

บทที่ 5

อภิปรายผลการศึกษา สรุปและข้อเสนอแนะ

อภิปรายผลการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของทีมสหสาขาวิชาชีพระหว่างการใช้รูปแบบความร่วมมือการบริหารการรักษาระหว่างแพทย์และเภสัชกร (Collaborative Drug Therapy Management, CDTM) กับรูปแบบการดูแลแบบปกติในศูนย์สุขภาพชุมชน ซึ่งมีวัตถุประสงค์เฉพาะ คือ (1) เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลในรูปแบบ CDTM กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลในรูปแบบปกติ โดยวัดจากร้อยละของผู้ป่วยที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเป้าหมายอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง (2) เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางมนุษยของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลในรูปแบบ CDTM กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลในรูปแบบปกติ โดยประเมินในด้านคุณภาพชีวิตผู้ป่วย และ ความพึงพอใจของผู้รับบริการ และ (3) เพื่อเปรียบเทียบจำนวนปัญหาที่ได้รับการแก้ไขจากการรักษาด้วยยา ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลผู้ป่วยแบบ CDTM กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลในรูปแบบปกติ

โดยการศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Study) ในรูปแบบการศึกษาแบบไปข้างหน้า โดยการคัดเลือกประชากรที่เข้าตามเกณฑ์ของการศึกษามาเป็นกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 35 คน คือ กลุ่มควบคุมดำเนินการศึกษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนจัวเตา และกลุ่มศึกษาดำเนินการศึกษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนยังเมิน ซึ่งศูนย์สุขภาพชุมชนทั้ง 2 แห่งเป็นศูนย์สุขภาพชุมชนที่อยู่ในความดูแลของโรงพยาบาลสะเมิง โดยตั้งแต่ปีพ.ศ. 2547 เป็นต้นมาได้มีการจัดให้มีทีมแพทย์ พยาบาล ลงไปให้การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นประจำทุกเดือน ซึ่งผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่เกิดภาวะโรคแทรกซ้อนที่รุนแรง หรือเป็นโรคแทรกซ้อนที่มีอาการของโรคคงที่ต่อมาในปีพ.ศ. 2549 เภสัชกรเริ่มเข้ามามีส่วนร่วมกับทีมแพทย์และพยาบาลในการลงไปดูแลผู้ป่วย แต่ในช่วงเดือนพฤษภาคม 2549 เป็นต้นมา ทางโรงพยาบาลมีปัญหาเกี่ยวกับบุคลากรแพทย์ที่ลดลง ทำให้แพทย์ไม่สามารถลงมาให้บริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนได้ทุกแห่ง มีเพียงที่ศูนย์สุขภาพชุมชนจัวเตาที่แพทย์สามารถลงไปให้บริการได้เป็นระยะ คือ 2 เดือน/ครั้ง (สลับกับพยาบาลวิชาชีพของทางโรงพยาบาลมาช่วยดูแลผู้ป่วย) เนื่องจากมีระยะทางไกลจากตัวอำเภอสะเมิงมากที่สุด (20 กิโลเมตร) และเป็นช่วงวันที่แพทย์ไม่ได้มีการออกตรวจคลินิกพิเศษที่โรงพยาบาลทำให้สามารถลงมาดูแล

ผู้ป่วยได้ ขณะที่ศูนย์สุขภาพชุมชนยังمينแพทย์ไม่สามารถมาดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ เนื่องจากกระยะทางไกลห่างจากตัวอำเภอสะเมิงมากที่สุด (40 กิโลเมตร) ซึ่งลักษณะการเดินทางคมนาคมดังกล่าวทำให้ใช้ระยะเวลาเดินทางประมาณ 1 ชั่วโมง จึงทำให้ไม่สะดวกต่อการออกพื้นที่ได้ ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้เภสัชกรสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสหสาขาวิชา จึงเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตได้รับประโยชน์สูงสุดจากการใช้ยาโดยใช้รูปแบบความร่วมมือการบริหารการรักษาทางยาระหว่างแพทย์และเภสัชกรในศูนย์สุขภาพชุมชนยังمينเปรียบ เทียบกับการดูแลผู้ป่วยในรูปแบบการดูแลแบบปกติซึ่งมีแพทย์และ/หรือพยาบาลวิชาชีพดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชนจัวเต่า

ในระยะเวลาระหว่างการศึกษานี้เฉลี่ยประมาณ 6 เดือน (เริ่มคัดเลือกผู้ป่วยตั้งแต่เดือนธันวาคม 2549 และสิ้นสุดการศึกษาเมื่อเดือน กันยายน 2550 ระยะเวลา รวม 10 เดือน) มีผู้ป่วยที่ถูกคัดออกจากการศึกษาทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษา โดยในกลุ่มควบคุมมีผู้ป่วยขาดนัดติดต่อกัน 2 ครั้ง จำนวน 4 คนทำให้มีผู้ป่วยเหลือจำนวน 31 คน (เริ่มต้น 35 คน) ส่วนผู้ป่วยกลุ่มศึกษามี 1 คนที่ถูกส่งต่อให้แพทย์ช่วยดูแลรักษา เนื่องจากมีค่าความดันโลหิต $BP \geq 160/90$ มิลลิเมตรปรอท สูงติดต่อกัน 2 ครั้ง และอีก 2 คนขาดนัดติดต่อกัน 2 ครั้ง จึงมีผู้ป่วยในกลุ่มศึกษาเหลือจำนวน 32 คน (เริ่มต้น 35 คน) เมื่อสิ้นสุดการศึกษา ซึ่งในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มที่ถูกคัดออกในระหว่างการศึกษานี้ไม่ได้นำมาแสดงวิเคราะห์ผลการศึกษา

ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษาดังแต่ต้นจนเสร็จสมบูรณ์ ในกลุ่มควบคุมมีจำนวน 31 คนเป็นหญิง 17 คน (ร้อยละ 54.8) กลุ่มศึกษามีจำนวน 32 คน เป็นหญิง 20 คน (ร้อยละ 62.5) โดยในกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 58.6 ± 10.9 ปี ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 61.3) ระดับการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่ไม่ได้รับการศึกษา (ร้อยละ 45.1) ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 3.9 ± 2.6 ปี การสูบบุหรี่พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้สูบบุหรี่ (ร้อยละ 67.7) มีดัชนีมวลกายเฉลี่ย 21.3 ± 3.0 กิโลกรัม/ตารางเมตร ส่วนกลุ่มศึกษามีอายุเฉลี่ย 61.1 ± 12.5 ปี ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 71.9) ระดับการศึกษาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้รับการศึกษา (ร้อยละ 54.3) ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 4.5 ± 2.9 ปี การสูบบุหรี่ส่วนใหญ่ผู้ป่วยไม่ได้สูบบุหรี่ (ร้อยละ 75.0) ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 21.3 ± 3.8 กิโลกรัม/ตารางเมตร โดยพบว่าข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การสรุปผลการวิจัยแบ่งเป็น 4 ส่วนคือ (1) การประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก (2) การประเมินผลลัพธ์ทางมนุษย (3) การประเมินผลปัญหาเกี่ยวกับการรักษาด้วยยา และ (4) การดำเนินงานความร่วมมือระหว่างแพทย์และเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วย ในด้านการสั่งใช้ยาของเภสัชกร จำนวนปัญหา

ที่ต้องได้รับคำปรึกษาจากแพทย์และทีมงานระหว่างการศึกษา และการติดตามเยี่ยมบ้าน โดยในแต่ละส่วนได้สรุปประเด็นสำคัญเพื่อนำเสนอ ดังนี้

1. การประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก

จากการศึกษา พบว่าค่าผลต่างของค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวหลังการศึกษาเปรียบเทียบกับก่อนการศึกษา กลุ่มศึกษามีค่าผลต่างของค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวโดยเฉลี่ยลดลงต่ำกว่าก่อนการศึกษา 7 ± 10 มิลลิเมตรปรอท โดยกลุ่มควบคุมลดลง 5 ± 5 มิลลิเมตรปรอท ส่วนค่าผลต่างของค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวหลังการศึกษาเปรียบเทียบกับก่อนการศึกษา พบว่ากลุ่มศึกษาลดลงโดยเฉลี่ย 4 ± 7 มิลลิเมตรปรอท และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยลดลง 2 ± 9 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งพบว่าผลต่างของค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.604$ และ 0.194 ตามลำดับ) อาจเนื่องจากผู้ป่วยทั้งหมดได้รับยาลดความดันโลหิตมาช่วงระยะเวลาหนึ่งซึ่งสามารถควบคุมความดันโลหิตได้อยู่ในระดับที่ค่อนข้างดี (โดยดูจากค่าความดันโลหิตเฉลี่ยก่อนการศึกษาของผู้ป่วย คือ SBP/DBP คือ $130/82$ mmHg และ SBP/DBP คือ $129/80$ mmHg ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษาตามลำดับ) และนอกจากนี้ผลต่างของค่าความดันโลหิตเฉลี่ยค่อนข้างน้อย อาจเนื่องมาจากการปรับเปลี่ยนการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตมาก่อน ความดันโลหิตจึงลดลงได้น้อยกว่าเมื่อก่อนเริ่มการรักษาในระยะแรก ซึ่งผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มต่างได้รับการดูแลรักษาจากทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยได้มีการปรับเปลี่ยนการรักษาตามความดันโลหิตที่วัดได้ในแต่ละครั้ง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเป้าหมายที่เหมือนกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสารินีย์ กฤตยานันต์ และคณะ (2547) ที่พบว่า ในการประเมินผลการปรับยาทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ศูนย์สุขภาพชุมชน ซึ่งผู้ป่วยทั้งหมดสามารถควบคุมความดันโลหิตได้อยู่ในระดับที่ค่อนข้างดีมาในระยะก่อนการศึกษา (โดยดูจากค่าความดันโลหิตเฉลี่ยก่อนการศึกษาของผู้ป่วย คือ SBP/DBP คือ $138/81$ mmHg และ SBP/DBP คือ $139/80$ mmHg ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษาตามลำดับ) และให้ค่าความดันโลหิตเฉลี่ยทั้งค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.292$, $p=0.631$ ตามลำดับ)

การศึกษานี้ได้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยการนำค่าสัดส่วนของผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย ตามการศึกษาของ Bogden และคณะ (1998) มาใช้ ซึ่งการวัดผลลัพธ์หลักทางคลินิก เช่นเดียวกับการศึกษาของ Bogden พบว่าร้อยละของผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตได้ตามเป้าหมายหลังการศึกษาในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้เมื่อนำค่าผลต่างเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและค่าผลต่างเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจ

คล้ายตัว ที่วัดก่อนการศึกษากับหลังการศึกษาระหว่างผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม ก็พบว่าผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม ให้ผลลัพธ์ทางคลินิกที่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน ส่วนหนึ่งอาจเกิดจากในการศึกษาของ Bogden พบว่าก่อนเริ่มการศึกษาผู้ป่วยทั้งหมดเป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ เมื่อทีมแพทย์และเภสัชกรให้การดูแลรักษาผู้ป่วยและประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกในอีก 6 เดือน ส่งผลให้ผลต่างของค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยระหว่างก่อนและหลังการศึกษาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ขณะที่ในการศึกษานี้ก่อนเริ่มการศึกษาผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้อยู่ในระดับที่ค่อนข้างดี เมื่อให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ต่างให้การดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตตามเป้าหมาย จึงทำให้ผลต่างของค่าเฉลี่ยความดันโลหิตและสัดส่วนของผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย จึงทำให้ผลลัพธ์ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ส่งผลให้การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้อาจได้จำนวนผู้ป่วยที่น้อยกว่าความเป็นจริง

แต่อย่างไรก็ตามในหลายการศึกษา ได้แก่ การศึกษา อภินันท์ กูตระกูล (2545), Chobania (2003) และ Thomas, Ramachandran (2005) ได้เสนอการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงถึงความจำเป็นในการควบคุมความดันโลหิตให้ได้อย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง เพราะจากการที่ผู้ป่วยควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ตามเป้าหมายเป็นเวลานานๆ อาจส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายและหัวใจวาย โรคหลอดเลือดสมองแตกและอุดตัน ซึ่งอาจทำให้เกิดอัมพาต โรคหลอดเลือดที่ไตเสื่อมสภาพจนอาจเกิดไตวาย เป็นต้น ดังนั้นในการศึกษานี้จึงได้ทำการวัดในการวัดผลลัพธ์หลักในการรักษาผู้ป่วย โดยศึกษาค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตลอดการศึกษา (3 ครั้งติดต่อกัน) เนื่องจากการประเมินค่าความดันโลหิตเพียงครั้งเดียวในผู้ป่วยแต่ละรายอาจไม่สามารถบอกการควบคุมความดันโลหิตได้ ซึ่งถ้าหากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้อย่างสม่ำเสมอเป็นเวลานานๆ อาจส่งผลต่อการเกิดภาวะโรคแทรกซ้อนตามมาได้

โดยพบว่ากลุ่มควบคุมมีผู้ป่วยที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย ($BP < 140/90$ มิลลิเมตรปรอท) อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอตลอดการศึกษาทั้ง 3 ครั้ง จำนวน 10 คน (ร้อยละ 32.2) และในกลุ่มศึกษามีจำนวน 14 คน (ร้อยละ 43.8) เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการศึกษาที่ผู้ป่วยทุกคนมีค่าความดันโลหิตอย่างน้อย 1 ครั้งที่ไม่สามารถควบคุมได้ตามเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง (จากการติดตามต่อเนื่อง 3 ครั้ง) พบว่าในกลุ่มศึกษาผู้ป่วยมีแนวโน้มที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้อย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องเพิ่มขึ้น เช่นเดียวกับผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม นั่นคือสัดส่วนของผู้ป่วยจากทั้งสองกลุ่มที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเป้าหมายอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องตลอดการศึกษาไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.348$) และนอกจากนั้นเมื่อทำการแบ่งกลุ่มผู้ป่วยตามค่า

ความดันโลหิตที่วัดได้ในแต่ละครั้งระหว่างการศึกษาโดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม พบว่าผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีแนวโน้มที่มีจำนวนผู้ป่วยที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีเพิ่มขึ้นในแต่ละครั้งไม่ต่างกัน สาเหตุส่วนหนึ่งอาจเกิดจากก่อนเริ่มการศึกษาการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นการดูแลร่วมกันของทีมแพทย์ พยาบาล เภสัชกรและเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชน ที่ร่วมกันดูแลรักษาผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย ซึ่งผลลัพธ์ทางคลินิกในการควบคุมความดันโลหิตให้ได้ตามเป้าหมายในช่วงก่อนเริ่มการศึกษา ก็พบว่าผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่ค่าความดันโลหิตเฉลี่ยสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีอยู่แล้วในระดับหนึ่ง เช่นเดียวกับการศึกษาของสาริณีย์ กฤตยานันต์ และคณะ (2547) เมื่อดำเนินการศึกษาเภสัชกรและทีมสหวิชาชีพต่างก็มีเป้าหมายเดียวกันที่จะควบคุมความดันโลหิตให้ได้ตามเป้าหมาย จึงทำให้ผลลัพธ์หลักในการศึกษาครั้งนี้ในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มต่างให้ผลลัพธ์ที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเป้าหมายไม่พบแตกต่างกัน

อาจสรุปได้ว่า การดูแลรักษาผู้ป่วยในรูปแบบ CDTM กับการดูแลรักษาผู้ป่วยของทีมแพทย์ และ/หรือ พยาบาลก่อนเริ่มการศึกษา ต่างก็ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยให้สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเป้าหมายไม่แตกต่างกัน เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาที่มีมาก่อนในต่างประเทศผลที่ได้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน คือ Stimmel และคณะ (1982) ได้ทำการประเมินผลการให้การดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชของเภสัชกร พบว่าการสั่งจ่ายของเภสัชกรมีความปลอดภัยและเหมาะสมไม่แตกต่างจากแพทย์ที่ให้การดูแลผู้ป่วย และ Ellenor และ Dishman (1995) ก็ได้กล่าวถึงบทบาทเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยทางจิตเวชเช่นกัน ส่วนการศึกษาในประเทศไทยของ กาญจนา สินไชย (2549) ในผลการให้บริการของคลินิกเดมยาสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน (หรือเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่สามารถควบคุมได้) โดยเภสัชกร พบว่าเภสัชกรในคลินิกเดมยาให้บริการไม่แตกต่างจากคลินิกอายุรกรรมที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลต้ง

2. การประเมินผลลัพธ์ทางมนุษย์

การประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ เมื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ป่วยมารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนก่อนและหลังการศึกษาคือระยะเวลาห่างกันประมาณ 6 เดือนในแต่ละกลุ่ม โดยคะแนนความพึงพอใจเกิดจากคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยใน 4 ด้าน พบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มศึกษามีคะแนนความพึงพอใจในทุกด้านเพิ่มขึ้นจากก่อนการศึกษาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.03$) สำหรับผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมมีคะแนนความพึงพอใจในด้านการให้บริการที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.03$) อย่างไรก็ตามในส่วนคะแนนความพึงพอใจด้านมาตรฐานและ

คุณภาพบริการ เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ และ อาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อม นั้นไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากก่อนการศึกษา ($p>0.05$)

เมื่อพิจารณาการเปลี่ยนแปลงผลต่างของคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยระหว่างหลังการศึกษากับก่อนการศึกษาในแต่ละด้าน ซึ่งมีการเปรียบเทียบผู้ป่วยระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษา พบว่า ในผู้ป่วยกลุ่มศึกษามีผลต่างของคะแนนที่เพิ่มขึ้นจากก่อนการศึกษา คะแนนในด้านการให้บริการมีการเพิ่มขึ้นมากที่สุด (2.7 ± 4.2 คะแนน) ส่วนผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมมีผลต่างของคะแนนเฉลี่ยที่ลดลงจากก่อนการศึกษาในทุกด้าน นั่นคือ ผลต่างคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยระหว่างทั้งสองกลุ่มพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ซึ่งการที่คะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยของกลุ่มศึกษามีแนวโน้มที่เพิ่มมากขึ้นหลังการศึกษาในทุกด้าน ส่วนหนึ่งอาจเกิดจากการที่เภสัชกรเข้าไปมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วยโดยมีการติดตามอาการหรือแก้ไขปัญหาจากการรักษาด้วยยากับผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดทำให้ผู้ป่วยและเภสัชกรมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ขณะที่กลุ่มควบคุมบางครั้งการดูแลรักษาผู้ป่วยอาจไม่ทั่วถึงเนื่องจากมีผู้มารับบริการรักษาเป็นจำนวนมาก ทำให้ผู้มารับบริการแต่ละรายต้องใช้ระยะเวลาารับบริการนาน

จากการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้แบบสัมภาษณ์ประเมินคุณภาพชีวิต SF-36 ในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม เมื่อเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยระหว่างผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม และเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการศึกษา โดยมีระยะห่าง 6 เดือนของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม พบว่าทุกมิติไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) อย่างไรก็ตามพบว่ากลุ่มศึกษามีผลต่างของคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยหลังการศึกษาที่มีแนวโน้มในทางที่ดีขึ้นกว่าก่อนเริ่มการศึกษาในเกือบทุกมิติ (ยกเว้น มิติ General Health) ซึ่งในการศึกษาของพยอม (2548) ในการประเมินผลการบริการของเภสัชกรชุมชนต่อผลลัพธ์ในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่มีเภสัชกรเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษา (กลุ่มศึกษา) กับกลุ่มที่ไม่มีเภสัชกรเข้ามามีส่วนร่วม (กลุ่มควบคุม) พบว่า ให้ผลคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยระหว่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีค่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีเพียงมิติ Role emotional เท่านั้นที่ให้ผลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในเดือนที่ 6 เมื่อเทียบกับก่อนเริ่มการศึกษา และการศึกษาของ Vivian (2002) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับบทบาทเภสัชกรในการจัดการกับคลินิกโรคความดันโลหิตสูงโดยมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่มีเภสัชกรเข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (กลุ่มศึกษา) กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติจากแพทย์ที่คลินิก (กลุ่มควบคุม) พบว่าในกลุ่มศึกษามีผลคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยโดยวัดที่เริ่มการศึกษาและหลังการศึกษาที่ 6 เดือน ในทุกมิติทั้งระหว่างกลุ่มและภายในกลุ่มเดียวกันที่เริ่มต้นและที่ 6 เดือนไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สาเหตุส่วนหนึ่งอาจเนื่องจากสภาวะโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ยังไม่มีการแสดงของการ

เจ็บป่วยของโรคที่ชัดเจนดังเช่นโรคเรื้อรังอื่นๆ (วีรวรรณ อุชาภิชาติ และ สิริพรรณ พัฒนาฤดี, 2546, เกษม วัฒนชัย, 2532) และจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาน้อยเกินไปเช่นเดียวกับการศึกษาของ Vivian ส่งผลต่อการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย นอกจากนี้ในการศึกษารั้งนี้ได้มีตรวจสอบเครื่องมือหาความเชื่อมั่นในแบบสัมภาษณ์ SF-36 ในช่วงก่อนเริ่มการศึกษาพบว่ามีความน่าเชื่อถือที่ค่อนข้างต่ำ (ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค น้อยกว่า 0.6) เช่นในมิติ vitality และ mental health ดังนั้นการใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต SF-36 โดยการสัมภาษณ์ อาจต้องระมัดระวังในการใช้แบบประเมินเพื่อให้เหมาะสมในแต่ละบริบท วิธีชีวิตวัฒนธรรมทางสังคม ซึ่งจะช่วยให้การประเมินผลที่ได้ถูกต้องมากยิ่งขึ้น โดยในกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษารั้งนี้ส่วนหนึ่งเป็นชาวไทยภูเขาชนเผ่ากระเหรี่ยงซึ่งมีวิถีชีวิตและวัฒนธรรมที่แตกต่างจากชาวไทยพื้นราบ ทำให้บางครั้งในการสัมภาษณ์ผู้สัมภาษณ์เอง อาจสื่อสารหรือใช้ภาษาเพื่อทำความเข้าใจในแต่ละข้อคำถามได้ไม่ชัดเจน หรือไม่สามารถึงเข้าถึงในบริบทวิถีชีวิตวัฒนธรรมทางสังคมของผู้ป่วยได้ ทำให้การตอบข้อคำถามของผู้ป่วยอาจได้มาไม่ครบถ้วน หรือไม่ถูกต้องได้เช่นกัน

3. การประเมินผลปัญหาเกี่ยวกับการรักษาด้วยยา

ปัญหาเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาซึ่งแบ่งออกเป็น 7 ประเภทตามเกณฑ์ของ Strand และคณะ (1998) พบว่าในกลุ่มควบคุมมีทั้งหมด 71 ปัญหา และกลุ่มศึกษามี ทั้งหมด 51 ปัญหา โดยส่วนใหญ่พบปัญหาจากความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษา คิดเป็นร้อยละ 53.4 และ 56.9 ตามลำดับ โดยไม่พบปัญหาที่ผู้ป่วยควรได้รับยาเพิ่มและปัญหาผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องได้รับยาแต่ยาที่ใช้ไม่เหมาะสมของทั้งสองกลุ่ม และได้มีการแก้ไขปัญหาดังกล่าวทั้งหมดในกลุ่มควบคุมจำนวน 20 ปัญหา (ร้อยละ 28.2) และกลุ่มศึกษาจำนวน 35 ปัญหา (ร้อยละ 68.6) พบว่าแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งพบเช่นเดียวกับหลายการศึกษา (สุกัญฉิณี ปรีชากุล, 2544 , สาริณีย์ กฤตยานันต์ และคณะ, 2547) ที่พบว่า การให้บริบาลทางเภสัชกรรมส่งผลต่อการลดปัญหาจากการรักษาด้วยยา และเพิ่มความร่วมมือในการรักษาได้เป็นอย่างดี

ปัญหาจากการรักษาด้วยยาที่พบมากที่สุด คือ ปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย ซึ่งในการศึกษานี้ได้ทำการประเมินจากการนับเม็ดยา การสัมภาษณ์ผู้ป่วย และการมาพบตามนัด การประเมินดังกล่าวจำเป็นต้องใช้หลายวิธีร่วมกัน เนื่องจากไม่มีวิธีการใดเพียงวิธีการเดียวที่จะใช้ประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยได้ถูกต้องแม่นยำ (Lars and Terrence, 2005) นั่นคือในกลุ่มควบคุมพบปัญหาทั้งหมด 39 ปัญหา (24 ราย) และจำนวน 29 ปัญหา (18 ราย) ในกลุ่มศึกษา โดยสาเหตุส่วนใหญ่ของความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มเกิดจากการลืมรับประทานยา เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่สูงอายุ ได้รับยาที่ต้องรับประทานหลายเวลา และ/หรือได้รับยา

หลายชนิดในคราวเดียว จึงทำให้มีการหลงลืมรับประทานยาอยู่บ่อยครั้ง ซึ่งในกลุ่มควบคุมสามารถแก้ไขปัญหานี้ได้ 13 ปัญหา ส่วนปัญหาที่เหลือไม่พบรายงานการแก้ไขปัญหานี้แต่อย่างใด ในกลุ่มศึกษาสามารถแก้ไขปัญหานี้ได้ 15 ปัญหา โดยในกลุ่มศึกษาส่วนที่ได้รับการแก้ไขปัญหานี้ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาได้ เกิดจากการให้คำปรึกษาแนะนำผู้ป่วย ให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาและการรักษา และการให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจใช้ยาลดความดันโลหิต โดยการกำหนดช่วงเวลาที่เหมาะสมในการรับประทานยา และให้ยาลดความดันโลหิตที่รับประทานเพียงวันละหนึ่งครั้งแก่ผู้ป่วยเพื่อช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา นอกจากนี้ได้นัดหมายให้ผู้ป่วยและญาติเห็นความสำคัญของการใช้ยาตามที่สั่งอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาจึงพบได้น้อยกว่าในกลุ่มควบคุมและสามารถแก้ไขได้ในระดับหนึ่ง เช่นเดียวกับหลายการศึกษา ที่พบว่าส่วนหนึ่งเกิดจากผู้ป่วยสูงอายุ มีปัญหาการหลงลืม และ/หรือไม่ได้รับการศึกษาทำให้อ่านหนังสือที่ฉลากยาไม่ได้ ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาตามมา (Vivian, 2002, Preeyanut, 2001, จุฬาลักษณ์ จงวิริยานุรักษ์, 2542)

ปัญหาที่พบรองลงมาคือ ปัญหาผู้ป่วยได้รับขนาดยามากเกินไป พบว่าในกลุ่มควบคุมปัญหาใหม่ที่พบทั้งหมดในระหว่างการศึกษาจำนวน 14 ราย และจำนวน 10 รายในกลุ่มศึกษา โดยปัญหาดังกล่าวของทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็น ยา HCTZ ขนาด 50 มิลลิกรัมที่ให้ร่วมกับยาลดความดันโลหิตกลุ่มอื่น โดยยา HCTZ ที่ให้มีขนาดสูงเกินจากมาตรฐานการรักษา (standard guideline) ที่แนะนำให้ยา HCTZ 12.5-25 มิลลิกรัม เพื่อช่วยลดอาการข้างเคียงจากการใช้ยาและสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี (Chobania, V.A, *et.al.*, 2003) โดยในกลุ่มควบคุมสามารถแก้ไขปัญหานี้ได้ 3 ราย ส่วนปัญหาที่เหลือไม่พบรายงานการแก้ไขปัญหานี้แต่อย่างใด และในกลุ่มศึกษาสามารถแก้ไขปัญหานี้ได้ 8 ราย ส่วนอีก 2 ราย แก้ไขไม่ได้เนื่องจากผู้ป่วยมีปัญหาในเรื่องความร่วมมือในการใช้ยา โดยผู้ป่วยมีความเชื่อว่าการลดขนาดยาลงจะทำให้ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้จึงนำไปสู่การปฏิเสธความร่วมมือในการให้การรักษาด้วยยาตามมา ซึ่งเภสัชกรได้อธิบายถึงอาการข้างเคียงจากการที่ได้รับยามากเกินไปขนาดให้กับผู้ป่วย โดยผู้ป่วยขอรับประทานยาเหมือนเดิมโดยไม่ลดขนาดยา ทำให้เภสัชกรต้องให้ยาในขนาดสูงเกินจากมาตรฐานการรักษา โดยได้ทำการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากยาเป็นระยะ ซึ่งพบว่าไม่พบอาการผิดปกติจากยาแต่อย่างใด และผลลัพธ์ทางคลินิกยังพบว่าผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเป้าหมายอยู่

ปัญหาผู้ป่วยได้รับยาไม่เหมาะสมทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษามีปัญหาจากการได้รับยาที่ไม่เหมาะสมซึ่งมีสาเหตุคล้ายคลึงกัน คือ ขนาดและช่วงระยะเวลาที่ได้รับยายังไม่เหมาะสม ซึ่งในกลุ่มควบคุมมีปัญหาใหม่ที่พบในระหว่างการศึกษา 6 ราย และจำนวน 4 ราย ในกลุ่มศึกษา โดยในกลุ่มควบคุมไม่พบรายงานการแก้ไขปัญหานี้ ส่วนในกลุ่มศึกษาสามารถแก้ไขปัญหานี้ได้ทั้งหมด 4 ราย

ปัญหาที่พบในกลุ่มควบคุม ได้แก่ ยา nifedipine และ propranolol ซึ่งเป็นขนาดและช่วงระยะเวลาที่ได้รับยาไม่เหมาะสม โดยผู้ป่วยได้รับขนาดยาที่ต่ำกว่าขนาดการรักษาโรคความดันโลหิตสูง และช่วงระยะเวลาที่ได้รับห่างเกินไป 1-2 ครั้งต่อวัน ซึ่งปัญหาดังกล่าวไม่พบรายงานการแก้ไขแต่อย่างใด อาจเนื่องมาจากการวัดค่าความดันโลหิตที่ได้ในช่วงเวลาเช้าที่มารับการรักษา ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับประทานยารักษาความดันโลหิตมาก่อน จึงทำให้ค่าความดันโลหิตปกติ แต่ในระหว่างวันยาที่ได้รับไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ โดยตามฤทธิ์ทางเภสัชจลนศาสตร์ (Pharmacokinetic) สำหรับยา nifedipine มีค่าครึ่งชีวิตสั้น 2-5 ชั่วโมง และ 4-6 ชั่วโมงในยา propranolol โดยมีระยะเวลาการออกฤทธิ์ประมาณ 6-8 ชั่วโมง (Charles, F.L., et al., 2001) และยา nifedipine ชนิดออกฤทธิ์สั้น JNC7 ไม่ได้แนะนำให้ป็นยาหลักในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงเนื่องจากพบว่าเมื่อใช้ยาเป็นระยะเวลานานมีอัตราการตายสูงขึ้น (พิสนธ์ จงตระกูล, 2548)

ในขณะที่กลุ่มศึกษาปัญหาที่พบคือ ผู้ป่วยได้รับยา nifedipine และ propranolol ในขนาดและช่วงระยะห่างของเวลาที่ไม่เหมาะสม ซึ่ง 4 ปัญหาได้มีการแก้ไขโดยปรับเปลี่ยนการรักษาด้วยยาโดยหยุดให้ยา nifedipine และปรับให้ยา amlodipine แทนเพื่อให้ได้รับยาที่เหมาะสมโดยยาสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตลอดทั้งวันและทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยา และยา propranolol ได้ปรับขนาดยาเพิ่มขึ้นเป็น 40 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง โดยภายหลังที่มีการปรับเปลี่ยนยาพบว่าผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยทุกรายสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย และมีความร่วมมือในการรับประทานเพิ่มมากขึ้น

ส่วนผู้ป่วยใช้หรือได้รับยาที่เหมาะสมแต่น้อยเกินไป ในกลุ่มควบคุมปัญหาใหม่ที่พบทั้งหมดในระหว่างการศึกษาจำนวน 6 ราย และ จำนวน 4 รายในกลุ่มศึกษา โดยในกลุ่มควบคุมไม่พบการแก้ไขปัญหาแต่อย่างใด ส่วนในกลุ่มศึกษาสามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้ทั้งหมด 4 ปัญหา โดยการแก้ไขปรับเปลี่ยนการรักษาด้วยยาโดยหยุดให้ยา nifedipine และปรับให้ยา amlodipine แทนและยา propranolol ได้ปรับขนาดยาเพิ่มขึ้นเป็น 40 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง โดยผลลัพธ์ทางคลินิกหลังมีการแก้ไขปัญหายาทุกรายมีสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย

ปัญหาการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา พบว่าผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมที่มีปัญหาการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาจำนวน 6 ราย และสามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้จำนวน 4 ราย โดย 2 รายไม่พบรายงานการแก้ไขปัญหาดังกล่าว อาจเนื่องมาจากการข้างเคียงที่เกิดขึ้นไม่ได้รับการดูแลตามคำแนะนำชีวิตประจำวันของผู้ป่วยและเป็นอาการที่เกิดขึ้นเพียงเล็กน้อยจึงมีการสั่งใช้ยาเดิมในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงอยู่ ซึ่งยาที่ก่อให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยที่พบบ่อยคือยา enalapril ที่ก่อให้เกิดอาการไอแห้งๆ ไอเรื้อรัง เวียนศีรษะ ซึ่งมีระดับความรุนแรงเล็กน้อยถึงปานกลาง ส่วนผู้ป่วยกลุ่มศึกษามีทั้งหมด 4 ราย และสามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้ทั้งหมด 4 ราย โดยยาที่

ก่อให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยที่พบได้บ่อยคือยา HCTZ ที่ก่อให้เกิดภาวะปัสสาวะมาก ผิดปกติ และ มีภาวะกรดยูริกในเลือดสูงขึ้น ซึ่งระดับความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง สำหรับสาเหตุส่วนใหญ่ของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา มักเกิดจากฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของยาเอง และอัตราที่พบในผู้ป่วยตามรายงานในประเทศไทยพบว่าจำนวนผู้ที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในระหว่างการศึกษาคิดเป็นร้อยละ 42 ของจำนวนผู้ที่ศึกษาทั้งหมด (สุภณลินี ปรีชากุล, 2544)

นอกจากนี้พบว่าปัญหาความไม่ร่วมมือในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม โดยได้จากการสอบถามและสัมภาษณ์ทุกครั้งที่มีผู้ป่วยมารับบริการ (ซึ่งบางครั้งการบอกเล่าของผู้ป่วยอาจไม่ได้บอกรายละเอียดที่ชัดเจนในการปฏิบัติตัว เนื่องจากเกรงใจเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการทำให้ข้อมูลที่ได้อาจไม่ได้ครบทั้งหมด) โดยปัญหาความไม่ร่วมมือในการปฏิบัติตัวอาจส่งผลต่อการควบคุมความดันโลหิตได้ โดยพบว่า ในกลุ่มควบคุมปัญหาส่วนใหญ่ที่พบมากที่สุด คือ การไม่ออกกำลังกาย (ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านสุขภาพร่างกาย หรือไม่ยอมออกกำลังกายเอง หรือออกกำลังกายน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 30 นาที) จำนวน 26 คนคิดเป็นร้อยละ 84 ของผู้ป่วยทั้งหมด ในกลุ่มศึกษาปัญหาที่พบมากที่สุดคือ ภาวะเครียด จำนวน 26 คนคิดเป็นร้อยละ 81 ของผู้ป่วยทั้งหมด โดยปัญหาทั้งหมดผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองได้ในกลุ่มควบคุมพบมากที่สุดคือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดการสูบบุหรี่หรือหยุดสูบบุหรี่คิดเป็นร้อยละ 44 ของผู้ป่วยทั้งหมดที่สูบบุหรี่ ส่วนในกลุ่มศึกษามีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารรสเค็ม อาหารไขมันสูงโดยการจำกัดการบริโภคลงได้ถึงร้อยละ 76 ของผู้ป่วยทั้งหมดที่รับประทานอาหาร โดยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการปฏิบัติตัวนั้นต้องใช้ระยะเวลาในการปรับเปลี่ยน และสร้างทัศนคติที่ดีในการดูแลสุขภาพจึงจะสามารถช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรักษาได้

4. การดำเนินงานความร่วมมือระหว่างแพทย์และเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วย

เนื่องจากในการศึกษานี้เภสัชกรมีบทบาทในการเลือกส่งยาในการรักษาผู้ป่วยได้ตามขั้นตอนการปฏิบัติงานที่กำหนดขึ้นร่วมกันระหว่างแพทย์และเภสัชกร (CDTM) โดยลักษณะการส่งยาที่พบมากที่สุด คือ ส่งยาเดิมโดยไม่มีการปรับขนาดยา ซึ่งเป็นการส่งยา HCTZ มากที่สุด เนื่องจากเป็นยาที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้ตั้งแต่ก่อนเริ่มการศึกษา และเป็นยาที่สามารถใช้ร่วมกับยากลุ่มอื่นเพื่อช่วยเสริมฤทธิ์ในการลดความดันโลหิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยระหว่างการศึกษาได้มีการปรับเปลี่ยนขนาดยาทั้งเพิ่มขนาดยาและลดขนาดยา ซึ่งส่วนใหญ่จะลดขนาดยาลงในผู้ป่วยที่ได้รับยา HCTZ ในขนาดที่สูง คือ 50 มิลลิกรัมต่อวันและเป็นการใช้ร่วมกับยากลุ่มอื่น เช่น ยา amlodipine, atenolol เป็นต้น ซึ่งตามมาตรฐานการรักษา (Chobanian,V.A.,et al, 2003) แนะนำให้ใช้

ขนาดยา HCTZ 12.5-25 มิลลิกรัมต่อวันร่วมกับการให้ยากลุ่มอื่นเช่น ยา amlodipine, atenolol เป็นต้น สำหรับลดความดันโลหิตและช่วยลดอาการข้างเคียงจากยาได้อีกด้วย

ในส่วนของการปรับเพิ่มขนาดยาของเกสซกรในครั้งนี้ ได้แก่ ยา amlodipine เนื่องจากผู้ป่วยส่วนหนึ่งไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้และขนาดยาที่ได้ยังอยู่ในช่วงการรักษาที่ปรับเพิ่มได้อีก และเมื่อปรับขนาดยาขึ้นไปพบว่าผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีขึ้นตามเป้าหมายการรักษา และยาที่มีการสั่งให้ใหม่ส่วนใหญ่จะเป็นยา amlodipine เนื่องจากเดิมผู้ป่วยบางรายเคยได้รับยา nifedipine ในการรักษา ซึ่งตามมาตรฐานการรักษาในปัจจุบัน (Chobanian,V.A.,et al, 2003)ไม่แนะนำให้ป็นยาหลักในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงเนื่องจากพบว่าเมื่อใช้ยาเป็นระยะเวลานาน มีอัตราการตายสูงขึ้น (พิสนธิ์ จงตระกูล, 2548) จึงได้มีการปรับเปลี่ยนให้ยาใหม่โดยหยุดยา nifedipine และให้ยา amlodipine พบว่าหลังมีการปรับเปลี่ยนยาผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเป้าหมายการรักษา และมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเพิ่มขึ้นด้วย

นอกจากนี้เกสซกรได้มีการสั่งหยุดใช้ยา โดยสาเหตุส่วนใหญ่เนื่องจากการเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา พบว่าในระหว่างการศึกษาเกสซกรได้หยุดใช้ยา HCTZ เนื่องจากพบว่าผู้ป่วยบางรายมีอาการปวดบวมข้อ โดยคาดว่าจะป็นโรคเกาต์ และหลังจากการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบค่ากรดยูริกในเลือดสูงกว่าค่าปกติ ผู้ป่วยจึงได้รับคำแนะนำให้หยุดใช้ยาดังกล่าวและเปลี่ยนยาโดยให้ enalapril แทน ในผู้ป่วยอีก 1 รายมีการหยุดใช้ propranolol เนื่องจากพบว่าผู้ป่วยมีอาการหายใจขัด ซึ่งอาจเป็นผลจากอาการข้างเคียงของยานี้ได้ ผู้ป่วยจึงได้รับการหยุดยาเดิมและได้รับยา atenolol แทนซึ่งมีการออกฤทธิ์จำเพาะที่หัวใจและหลอดเลือด สูงกว่าที่หลอดเลือด (ซึ่งเดิมผู้ป่วยมีปัญหาจากการใช้ยา enalapril ที่ทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และปัจจุบันผู้ป่วยรายนี้ได้รับยา HCTZ ร่วมกับยา propranolol และยาamlodipine ในการรักษาภาวะความดันโลหิตสูงอยู่แล้ว) และหลังการปรับเปลี่ยนยาไม่พบอาการดังกล่าวอีก ในผู้ป่วยอีก 1 รายมีการหยุดใช้ amlodipine เนื่องจากพบว่า ผู้ป่วยได้รับยาดังกล่าวแล้วมีอาการชาและเท้าบวมมากขึ้น หลังจากได้รับยา จึงได้รับการหยุดยาดังกล่าวและได้รับยา atenolol แทน ซึ่งหลังการปรับเปลี่ยนยาไม่พบอาการดังกล่าวอีก

จำนวนปัญหาที่ต้องได้รับคำปรึกษาจากแพทย์และทีมงานระหว่างการศึกษา ปัญหาที่พบมากที่สุดคือ ผู้ป่วยมีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการผิดปกติ จำนวน 10 ปัญหา คิดเป็นร้อยละ 45.5 ซึ่งเป็นปัญหาจากผลไขมันในเลือดสูงผิดปกติ การทำงานของไตที่ผิดปกติ และกรดยูริกในเลือดสูง โดยทีมสหสาขาวิชาชีพสามารถแก้ไขได้จำนวน 8 ปัญหา โดยการให้ยาในการรักษาภาวะไขมันในเลือดสูง หรือการส่งต่อเพื่อไปตรวจผลทางห้องปฏิบัติการซ้ำเพื่อค้นหาสาเหตุที่ทำให้เกิดการผิดปกติ ซึ่งสาเหตุส่วนหนึ่งที่พบคือ ผู้ป่วยเคยมีประวัติเป็นนิ่วที่ไต ทำให้ค่าการทำงานของไตผิดปกติตามมา

เป็นต้น และเภสัชกรสามารถแก้ไขได้เองจำนวน 2 ปัญหา (2 คน) โดยทั้ง 2 คนสามารถแก้ไขโดยการแนะนำภาวะโรคไขมันในเลือดสูง การปฏิบัติตัวได้แก่ การควบคุมอาหารมัน และออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และเมื่อทำการตรวจผลทางห้องปฏิบัติการซ้ำอีกครั้ง (ระยะห่าง 3 เดือน) พบว่าไขมันในเลือดอยู่ในระดับปกติ

ในการศึกษานี้มีการออกติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพโดยมีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน 2 คน ซึ่งพบปัญหาทั้งหมด 4 ปัญหา โดยการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยทำให้ทีมสหสาขาวิชาชีพสามารถค้นหาปัญหาจากการรักษาในทุกด้านอย่างครอบคลุมมากขึ้น จากการที่มีโอกาสได้เห็นวิถีชีวิตความเป็นอยู่ที่แท้จริงของผู้ป่วย และการเยี่ยมบ้านทำให้เกิดความสัมพันธ์อันดีระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพกับผู้ป่วยและญาติ ซึ่งให้การต้อนรับที่ดี รวมทั้งญาติเข้ามามีบทบาทสำคัญที่ร่วมช่วยกันแก้ไขปัญหาต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยทั้ง 2 คน 4 ปัญหาสามารถแก้ไขได้ในบางส่วน นั่นคือผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีขึ้นในช่วงเป้าหมายของการรักษา และผู้ป่วยมาตามนัดทุกครั้ง รวมทั้งผู้ป่วยสามารถรับประทานยาได้สม่ำเสมอมากขึ้น ซึ่งช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรักษาด้วยยาได้เป็นอย่างดี อย่างไรก็ตามยังพบว่ามียาบางปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ในทันทีที่ต้องค่อยๆปรับเปลี่ยนได้แก่ การปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับภาวะโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากผู้ป่วยต้องอาศัยระยะเวลาในการปรับเปลี่ยนและสร้างแรงกำลังใจจากคนใกล้ชิด รวมทั้งทีมสหสาขาวิชาชีพที่ช่วยโน้มน้าวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งน่าจะสามารถช่วยแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้ เช่นเดียวกับหลายการศึกษาที่มีการออกเยี่ยมบ้านทำให้สามารถค้นพบปัญหาได้มากขึ้น และปัญหาที่พบส่วนใหญ่ ก็คือผู้ป่วยที่ไม่สามารถใช้จ่ายอย่างถูกต้องและปัญหาการปฏิบัติตัวที่ไม่เหมาะสมกับภาวะโรค (Preeyanut, 2001, จุฬาลักษณ์ จงวิริยานุรักษ์, 2542 , สาริณีย์ และคณะ, 2547)

จากผลการดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยใช้รูปแบบความร่วมมือการบริหารการรักษาทางยาระหว่างแพทย์และเภสัชกรในศูนย์สุขภาพชุมชนยังمينครั้งนี้ สามารถช่วยดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่พบภาวะโรคแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ ให้สามารถควบคุมความดันโลหิตได้อย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องในระหว่างการรักษา และ ช่วยคัดกรองผู้ป่วยที่พบว่ามีปัญหาผิดปกติจากการรักษาได้ในระดับหนึ่ง ซึ่งให้ผลลัพธ์ในทางคลินิกที่ไม่แตกต่างจากการดูแลรักษาผู้ป่วยโดยแพทย์และ/หรือพยาบาลในรูปแบบเดิมที่เคยให้การรักษามาก่อนเริ่มการศึกษา สามารถช่วยลดภาระของแพทย์และพยาบาลในการตรวจรักษาและดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้บทบาทที่สำคัญของเภสัชกรในการดูแลรักษาผู้ป่วย คือ เภสัชกรสามารถช่วยดูแลปัญหาจากการรักษาด้วยยาและแก้ไขปัญหามาจากการรักษาด้วยยาได้ โดยทำให้ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้องเหมาะสมและลดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยในรูปแบบ CDTM จึงเป็นรูปแบบที่สามารถนำไปใช้พัฒนาระบบการให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหรือโรคเรื้อรังอื่นๆในศูนย์สุขภาพชุมชน

อื่นๆต่อไปได้ ในกรณีที่บุคลากรแพทย์ขาดแคลน และเภสัชกรมีศักยภาพที่ในการร่วมทำงานกับ ทีมสหสาขาวิชาชีพ และน่าจะเป็นแนวทางในการเปิดบทบาทวิชาชีพของเภสัชกรในการให้บริการ ทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยในชุมชนได้อีกทางหนึ่ง

สรุปผล

จากการศึกษาผลการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยใช้รูปแบบความร่วมมือการบริหารการรักษาทางยาระหว่างแพทย์และเภสัชกร (Collaborative Drug Therapy Management, CDTM) ในศูนย์สุขภาพชุมชน พบว่ากลุ่มที่เข้ารับการดูแลในรูปแบบ CDTM ให้ผลในการควบคุมความดันโลหิตได้ตามเป้าหมายอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องตลอดการศึกษาไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรักษาจากแพทย์และ/หรือพยาบาล อย่างไรก็ตามพบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการรับบริการเพิ่มมากขึ้น มีผลต่อการลดลงของจำนวนปัญหาจากการรักษาด้วยยาและจำนวนปัญหาความไม่ร่วมมือในการปฏิบัติตัวแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น ถ้าหากมีบุคลากรที่เพียงพอในการดำเนินงานที่ศูนย์สุขภาพชุมชนและที่บ้านอย่างต่อเนื่อง จะเป็นประโยชน์ ในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่อไป และเป็นรูปแบบที่สามารถนำไปพัฒนาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหรือโรคเรื้อรังอื่นๆในศูนย์สุขภาพชุมชนอื่นๆต่อไปอีกด้วย

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. ผลลัพธ์ทางคลินิกในการศึกษานี้แตกต่างจากการศึกษาทั่วไป นั่นคือ ในการศึกษานี้เป็นการวัดผลลัพธ์โดยการหาสัดส่วนของผู้ป่วยที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตลอดการศึกษา เนื่องจากการที่ผู้ป่วยควบคุมความดันโลหิตไม่ได้อย่างต่อเนื่องตามเป้าหมายเป็นเวลานานๆ อาจส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและหลอดเลือด ขณะที่การศึกษาทั่วไปทำการวัดผลลัพธ์จากค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตก่อนและหลังการศึกษา หรือ สัดส่วนของผู้ป่วยที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้หลังการศึกษา (เดือนที่ 6 หรือ 12 เดือน) เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเริ่มการศึกษา ทำให้ไม่สามารถนำข้อมูลจากการศึกษาอื่นๆมาใช้ในการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้อย่างเหมาะสม

2. ระยะเวลาในการประเมินผลในการศึกษานี้มีจำกัด หากมีการติดตามผลต่อไปอย่างต่อเนื่องอีกอย่างน้อย 1 ปี อาจทำให้เห็นผลลัพธ์ทางคลินิกที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. การประเมินผลในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยใช้รูปแบบCDTM ควรต้องติดตามในระยะยาว เนื่องจาก ผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยอาจไม่สามารถแสดงได้ชัดเจนในช่วงระยะเวลาเพียง 3 ครั้งที่ได้รับการดูแลรักษา
2. การประเมินคุณภาพชีวิตที่ใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตที่เฉพาะเจาะจงต่อโรคความดันโลหิตสูงโดยตรง อาจช่วยบอกความแตกต่างของคุณภาพชีวิตได้ดียิ่งขึ้น
3. เกสัชกรควรหาโอกาสเพิ่มพูนความชำนาญและทักษะในการดูแลผู้ป่วยให้มากขึ้น เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยโรคอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูง เช่น ภาวะไขมันในเลือดสูง เป็นต้น และควรทบทวนแนวทางปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์เป็นระยะๆเพื่อกำหนดแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาอื่น ๆ นอกเหนือที่กำหนดไว้
4. การศึกษาในครั้งนี้อาจเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยในคลินิกเฉพาะโรคที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในศูนย์สุขภาพชุมชนอื่นๆที่ประสบปัญหาการขาดแคลนบุคลากรแพทย์และเภสัชกรมีศักยภาพในการร่วมทำงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อช่วยดูแลผู้ป่วยต่อไปในอนาคต
5. การศึกษาในครั้งถัดไปอาจวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผล หรือ ต้นทุน-ผลได้ เพื่อให้ทราบว่าการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของทีมสหสาขาวิชาชีพรูปแบบCDTM มีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์หรือไม่