

ประสิทธิผลของการเยี่ยมบ้านและการบริหารเภสัชกรรมโดยเภสัชกรชุมชนในการลดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาและปรับปรุงพฤติกรรมจัดการสุขภาพตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและ/หรือไขมันในเลือดผิดปกติภายใต้โครงการลดความแออัดในโรงพยาบาล: การศึกษาแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม

สิริน เจียรวิพัฒน์วงศ์, ศิริมา มัทธนาตุลย์, สิริมา สิตะรุโน, อรรพรรณ แซ่ลิ่ม

สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ในการลดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา (drug related problems: DRPs) และปรับปรุงพฤติกรรมจัดการสุขภาพของตนเอง (self-management behaviors: SMBs) ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและ/หรือไขมันในเลือดผิดปกติที่เข้าร่วมในโครงการลดความแออัดในโรงพยาบาลระหว่างกลุ่มที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมที่ร้านยาร่วมกับการเยี่ยมบ้าน และกลุ่มที่ได้รับเฉพาะการบริหารทางเภสัชกรรมที่ร้านยา **วิธีการ:** การศึกษาแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม ครั้งนี้สุ่มแบ่งผู้ป่วยเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 35 คน กลุ่มทดลองได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมที่ร้านยาในเดือนที่ 0, 2 และ 4 การเยี่ยมบ้านในเดือนที่ 1 และการโทรศัพท์ติดตามผลในเดือนที่ 3 กลุ่มควบคุมได้รับเฉพาะการบริหารทางเภสัชกรรมที่ร้านยาในเดือนที่ 0, 2 และ 4 การศึกษาประเมินจำนวนผู้ป่วยที่ไม่เกิด DRPs เมื่อเริ่มต้นการศึกษาและในเดือนที่ 4 ประเมิน SMBs และระดับความดันโลหิตของผู้ป่วย เมื่อเริ่มต้นการศึกษาและเมื่อสิ้นสุดการศึกษาในเดือนที่ 5 **ผลการวิจัย:** ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีจำนวนผู้ป่วยที่ไม่เกิด DRPs สูงกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 82.9 เทียบกับร้อยละ 57.1, $P=0.02$) มีพฤติกรรมในการรับประทานอาหารประเภทแป้งเป็นประจำวันน้อยกว่า มีพฤติกรรมในการออกกำลังกายเป็นประจำมากกว่า และมีวิธีการผ่อนคลายความเครียดที่เหมาะสมมากกว่ากลุ่มควบคุม ($P<0.05$) มีจำนวนผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมายสูงกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 57.1 เทียบกับร้อยละ 31.4, $P=0.03$) รวมทั้งมีความพึงพอใจระดับมากต่อการเยี่ยมบ้านและโทรศัพท์ติดตามผล **สรุป:** การให้การบริหารทางเภสัชกรรมในร้านยาร่วมกับการเยี่ยมบ้านและโทรศัพท์ติดตามผล มีประสิทธิภาพสูงกว่าการให้การบริหารทางเภสัชกรรมในร้านยาเพียงอย่างเดียวในการลด DRPs และส่งเสริมการปรับ SMBs ให้ดีขึ้น

คำสำคัญ: การเยี่ยมบ้าน การบริหารทางเภสัชกรรม ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา พฤติกรรมจัดการสุขภาพ เภสัชกรชุมชน

รับต้นฉบับ: 20 ต.ค. 2567, ได้รับบทความฉบับปรับปรุง: 14 ธ.ค. 2567, รับลงตีพิมพ์: 25 ธ.ค. 2567

ผู้ประสานงานบทความ: ศิริมา มัทธนาตุลย์, สิริมา สิตะรุโน สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา 90112 E-mail: sirimamahattanadul@gmail.com

Effectiveness of Home Visit and Pharmaceutical Care by a Community Pharmacist in Reducing Drug Related Problems and Improving Self-management Behaviors in Patients with Hypertension and/or Dyslipidemia under the Project to Reduce Overcrowding in Hospital: A Randomized Controlled Study

Sirin Jeanwiwattanavong, Sirima Mahattanadol, Sirima Sitaruno, Orawan Sae-Lim

Department of Clinical Pharmacy, Faculty of Pharmaceutical Sciences, Prince of Songkla University

Abstract

Objective: To compare the outcomes in reducing drug related problems (DRPs) and improving self-management behaviors (SMBs) of patients with hypertension and/or dyslipidemia participating in the hospital congestion reduction project between groups receiving pharmaceutical care at a pharmacy plus home visits and groups receiving pharmaceutical care only at the pharmacy. **Method:** This randomized controlled study randomly assigned patients into an experimental group and a control group, 35 patients each. The experimental group received pharmaceutical care at a pharmacy at months 0, 2 and 4, a home visit at month 1 and a follow-up phone call at month 3. The control group received pharmaceutical care only at the pharmacy at months 0, 2 and 4. The study assessed the number of patients without DRPs at baseline and month 4, and the patients' SMBs and blood pressure levels at baseline and at the end of the study at month 5. **Results:** More patients in the experimental group had no DRPs compared to the control group (82.9% vs. 57.1%, $P=0.02$). The experimental group had less regular consumption of carbohydrates, more regular exercise, and more appropriate stress relaxation methods than the control group ($P<0.05$). The experimental group had more patients with blood pressure within target goal than the control group (57.1 percent compared to 31.4 percent, $P=0.03$). They were highly satisfied with the home visits and follow-up phone calls. **Conclusion:** Providing pharmaceutical care in the pharmacy together with home visits and follow-up phone calls was more effective than providing pharmaceutical care in the pharmacy alone in reducing DRPs and promoting better SMBs.

Keywords: home visits, pharmaceutical care, drug related problems, self-management behaviors, community pharmacists

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงและโรคไขมันในเลือดผิดปกติเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบบ่อยที่สุดและมีผลกระทบร่วมกัน หากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตและไขมันในเลือดให้อยู่ในค่าที่เหมาะสมจะนำไปสู่การเจ็บป่วยแทรกซ้อนด้วยโรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ และภาวะไตวายเรื้อรังได้ นอกจากนี้ในผู้ที่มีระดับไขมันในเลือดสูงผิดปกติและไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้น้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท จะเพิ่มปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในค่าที่เหมาะสมนอกเหนือจากการเลือกใช้อย่างสมเหตุสมผล คือ การมีพฤติกรรมจัดการสุขภาพตนเอง (self-management behaviors: SMBs) ที่เหมาะสมของผู้ป่วยในด้านการบริโภคอาหาร การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด ซึ่งช่วยลดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่ส่งผลเพิ่มระดับความดันโลหิตและระดับไขมันในเลือด รวมถึงการค้นหาและแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา (drug related problems: DRPs) อย่างเหมาะสม (1-4)

DRPs ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคไขมันในเลือดผิดปกติในระดับบุคคลรวมทั้งครอบครัวที่ส่งผลกระทบต่อความสำเร็จในการรักษาโรค ประกอบด้วย การใช้ยาเองตั้งแต่ 1 ถึง 13 ขนาน การใช้ยาไม่ถูกต้องตามแพทย์สั่ง การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การได้รับยาที่มีอันตรกิริยาต่อกัน การเก็บรักษายาที่ไม่ถูกต้อง ยาที่ใช้หมดอายุ การหยุดยาเอง การขาดยาหรือได้รับยาไม่ต่อเนื่อง และการครอบครองยาเกินความจำเป็นจากการได้รับยาจากหน่วยบริการหลายแห่ง (5) การวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิผลของการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยในระดับโรงพยาบาลโดยเภสัชกรโรงพยาบาลหรือในระดับร้านยาโดยเภสัชกรชุมชนชี้ให้เห็นถึงบทบาทสำคัญของเภสัชกรในการค้นหา แก้ไข และป้องกันการเกิด DRPs รวมทั้งส่งเสริมให้มี SMBs ที่เหมาะสมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดผิดปกติ (6-10) อย่างไรก็ตาม ยังไม่สามารถประเมินผลกระทบเชิงบวกของการบริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยในร้านยาต่อผลลัพธ์ทางคลินิกในการรักษาโรคของผู้ป่วยในระยะยาวได้อย่างแน่ชัดเนื่องจากการขาดความต่อเนื่องในการให้การบริบาลผู้ป่วยและการส่งต่อข้อมูลการรักษาโรคของผู้ป่วยในลักษณะของเครือข่ายเพื่อดูแลสุขภาพของผู้ป่วย

การเยี่ยมบ้านเป็นกิจกรรมหนึ่งในกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่องเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาโรคให้เป็นไปตามเป้าหมาย จากการมีระบบการแก้ไข DRPs และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน (11) กิจกรรมการเยี่ยมบ้านที่มีในปัจจุบันส่วนใหญ่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพและเภสัชกรครอบครัวของโรงพยาบาล มีเพียงรายงานการศึกษาเดียวที่เปรียบเทียบประสิทธิผลก่อนและหลังการให้บริการเยี่ยมบ้านของเภสัชกรชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ ซึ่งพบว่า การเยี่ยมดูแลผู้ป่วยที่บ้านจำนวน 3 ครั้งและติดตามประเมินผลอีก 2 ครั้ง ในระยะเวลา 6 เดือนสามารถลดปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาและลดระดับความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยได้ (12) จึงเป็นที่น่าสนใจว่า การให้การบริบาลทางเภสัชกรรมร่วมกับการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและ/หรือไขมันในเลือดผิดปกติโดยเภสัชกรชุมชนจะสามารถลด DRPs และส่งเสริม SMBs ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าการได้รับเฉพาะการให้บริการทางเภสัชกรรมในร้านยาหรือไม่

โครงการลดความแออัดในโรงพยาบาลโดยร้านขายยาแผนปัจจุบัน (ขย.1) ในปัจจุบันมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มความสะดวกในการรับยารักษาและเพิ่มความปลอดภัยในการใช้ยาแก่ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มักมีการใช้ยาหลายชนิด โดยมีการใช้โปรแกรม hosconnect เชื่อมโยงฐานข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลและร้านยา ซึ่งทำให้เภสัชกรชุมชนทราบข้อมูลของผู้ป่วยและสามารถส่งต่อข้อมูลจากการให้การบริบาลผู้ป่วยให้กับโรงพยาบาล งานวิจัยนี้จึงได้ทำการศึกษาแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุมเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมในร้านยาร่วมกับการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและ/หรือไขมันในเลือดผิดปกติที่เข้าร่วมในโครงการดังกล่าว เทียบกับการได้รับเฉพาะการบริบาลทางเภสัชกรรมในร้านยาต่อการลดการเกิด DRPs และการมี SMBs ที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาบทบาทของเภสัชกรชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการรักษาโรค

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม ซึ่งได้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

ในมนุษย์ สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ รหัสโครงการ HSc-HREC-64-051-1-3

ตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาถูกเลือกโดยมีเกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงและ/หรือโรคไขมันในเลือดผิดปกติ จากโรงพยาบาลระนอง จังหวัดระนอง ที่เข้าร่วมในโครงการลดความแออัดในโรงพยาบาลโดยร้านขายยาแผนปัจจุบัน 2) ผู้ป่วยที่ได้เข้าร่วมโครงการลดความแออัดในโรงพยาบาลโดยร้านขายยาแผนปัจจุบันแห่งหนึ่งในอำเภอเมือง จังหวัดระนอง 3) ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมผลลัพธ์ทางคลินิกในด้านความดันโลหิตและ/หรือไขมันในเลือดให้เป็นไปตามเป้าหมายได้ 4) ผู้ป่วยสามารถสื่อสารและตอบแบบสัมภาษณ์ด้วยตัวเองหรือชักถามได้ และ 5) ผู้ป่วยมีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอเมือง จังหวัดระนอง เกณฑ์การคัดออก คือ 1) ผู้ป่วยที่ย้ายสถานพยาบาลในระหว่างการศึกษ และ 2) ผู้ป่วยที่ขาดการติดต่อและไม่มารับยาที่ร้านยา

กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคความดันโลหิตสูงเพียงอย่างเดียว กลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคไขมันในเลือดสูงเพียงอย่างเดียว และกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคไขมันในเลือดสูง จากนั้นตัวอย่างในแต่ละกลุ่มถูกสุ่ม (randomization) เป็น 2 กลุ่มย่อยคือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามสัดส่วน 1 : 1 โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ จากนั้นสร้างหมายเลขลำดับของผู้ป่วยของแต่ละกลุ่ม แล้วนำแต่ละหมายเลขลำดับใส่ซองทึบเมื่อพบผู้เข้าร่วมการศึกษาที่เข้าเกณฑ์ ผู้ช่วยเภสัชกรเปิดซองทึบตามหมายเลขลำดับที่ผู้ป่วยเข้าร่วมการศึกษาเพื่อจัดผู้ป่วยเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม

ขนาดตัวอย่าง

การคำนวณขนาดตัวอย่างใช้สูตรสำหรับการเปรียบเทียบสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 อำนาจการทดสอบที่ 0.80 สัดส่วนของผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่สามารถควบคุมผลลัพธ์ทางคลินิกให้เป็นไปตามเป้าหมาย เท่ากับ 0.50 และ 0.85 ตามลำดับ (13) และประมาณว่ามีผู้ป่วยหายไปจากการวิจัยร้อยละ 20 จำนวนตัวอย่างขั้นต่ำที่คำนวณได้คือกลุ่มละ 35 คน ดังนั้นขนาดตัวอย่างทั้งหมดในการศึกษานี้คือ 70 คน ทั้งนี้จำนวนผู้ป่วยในโครงการลดความแออัดในโรงพยาบาลที่รับยาจากร้านขายยาในการวิจัยมีจำนวน 97 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย 1) แบบเก็บข้อมูล DRPs ของผู้ป่วย ประกอบด้วย ประเภทของ DRPs สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับ DRPs และวิธีการจัดการ (14) 2) แบบบันทึกข้อมูลปัญหาที่พบจากการเยี่ยมบ้าน ประกอบด้วย แผนภูมิครอบครัว แบบประเมิน IN-HOME-SSS การจัดการ และแผนการรักษา (14) 3) แบบประเมิน SMBs 27 ข้อ ประกอบด้วย คำถามด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร 13 ข้อ ด้านพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ 3 ข้อ ด้านพฤติกรรมการออกกำลังกาย 8 ข้อ และด้านพฤติกรรมจัดการกับความเครียด 3 ข้อ คำตอบเป็นตัวเลือก 3 ระดับคือ ปฏิบัติเป็นประจำ (5-7 ครั้ง/สัปดาห์) ปฏิบัติเป็นบางครั้ง (1-4 ครั้ง/สัปดาห์) และไม่เคยปฏิบัติ 4) แบบประเมินความพึงพอใจ 11 ข้อ ประกอบด้วย คำถามด้านความสะดวกสบายที่ได้รับ (2 ข้อ) ด้านลักษณะของผู้ให้บริการ (3 ข้อ) ด้านข้อมูลที่ได้รับมีประโยชน์ (4 ข้อ) และด้านความพึงพอใจทั่วไป (2 ข้อ) โดยมีตัวเลือกจาก 1-5 คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1) ถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง (5) นอกจากนี้ยังมีคำถามวัดความพึงพอใจทั่วไป 2 ข้อที่มี 5 ตัวเลือก คือ พึงพอใจน้อยที่สุด(1) ถึงพึงพอใจมากที่สุด (5)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือทำโดยการนำเครื่องมือที่พัฒนาขึ้น ส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 2 ท่าน ซึ่งเป็นอาจารย์ทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพที่มีประสบการณ์การทำงานอย่างน้อย 10 ปี มีความเชี่ยวชาญทางด้านระเบียบวิธีวิจัย และการสร้างและพัฒนาเครื่องมือวิจัยเชิงสำรวจ หลังจากปรับปรุงเครื่องมือตามคำแนะนำ ผู้วิจัยทดสอบความเที่ยง Cronbach's alpha ของเครื่องมือโดยนำไปทดลองใช้กับตัวอย่าง 30 คนที่มีลักษณะคล้ายกับประชากรในการวิจัย คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดผิดปกติ ณ คลินิกผู้ป่วยโรคเรื้อรังโรงพยาบาลระนอง การทดสอบพบว่า Cronbach's alpha ของแบบประเมิน SMBs และแบบประเมินความพึงพอใจเท่ากับ 0.66 และ 0.62 ตามลำดับ สำหรับเครื่องมือที่ได้รับการทดสอบคุณภาพเครื่องมือมาในงานวิจัย ก่อนแล้ว คือ แบบเก็บข้อมูลปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วย (14) และแบบบันทึกข้อมูลปัญหาที่พบจากการเยี่ยมบ้าน (14)

วิธีการดำเนินการวิจัย

ในวันที่ผู้ป่วยมาพบเภสัชกรผู้วิจัยครั้งแรก ผู้วิจัยแจ้งรายละเอียดของโครงการวิจัยและขอคำยินยอมในการ

เข้าร่วมการวิจัยโดยให้ผู้ป่วยลงชื่อในแบบแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย การเก็บข้อมูลเริ่มจากเภสัชกรผู้วิจัยบันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานจากการสัมภาษณ์ เวชระเบียน และโปรแกรมเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลกับร้านยา หลังจากนั้นบันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกการบริหารทางเภสัชกรรม ได้แก่ ประวัติแพ้ยา ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว และข้อมูลยาที่ผู้ป่วยใช้อยู่ในปัจจุบัน ในเดือนที่ 0 ต่อมาให้ ผู้ป่วยตอบแบบประเมิน SMBs

กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมในร้านยาจากเภสัชกรผู้วิจัยจำนวน 3 ครั้ง ในเดือนที่ 0, 2 และ 4 ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมดังต่อไปนี้ 1) การตรวจวัดระดับความดันโลหิตของผู้ป่วย การส่งมอบยา ตรวจตรวจสอบความเหมาะสมของการสั่งจ่ายยา การตรวจสอบประวัติการใช้ยาของผู้ป่วย การประเมินอาการผิดปกติต่างๆ DRPs การตรวจสอบวิธีการจัดเก็บยาของผู้ป่วย และการจ่ายยาตามแพทย์สั่ง หากพบปัญหาหรือความคลาดเคลื่อนทำการแก้ไขตามความรุนแรงของปัญหา และบันทึกลงในแบบเก็บข้อมูล DRPs ของผู้ป่วย 2) การให้ความรู้เรื่องโรคประจำตัวของผู้ป่วย ปัจจัยเสี่ยง ชื่อยา สรรพคุณ วิธีการใช้ยา ข้อควรระวังในการใช้ยา อาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น การเก็บรักษายา ข้อควรปฏิบัติกรณีได้รับประทานยา การปฏิบัติตัว ภาวะแทรกซ้อน และจุดมุ่งหมายในการรักษา 3) การสัมภาษณ์ผู้ป่วยเกี่ยวกับความชอบในการรับประทานอาหารเค็ม/หวาน/มัน การดื่มชา/กาแฟ/แอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การพักผ่อน และภาวะเครียด ร่วมกับการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตน การรับประทานยาและการออกกำลังกายที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วย และ 4) การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสามารถซักถามในประเด็นที่ไม่เข้าใจหรือต้องการคำอธิบายเพิ่มเติม

ผู้ป่วยกลุ่มทดลองได้รับการสอบถามถึงความพร้อมและวันที่ผู้วิจัยจะสามารถเข้าเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยได้ หลังจากนั้น เภสัชกรผู้วิจัยจัดทำแผนที่บ้านของผู้ป่วยกลุ่มทดลองและออกเยี่ยมบ้านของผู้ป่วย จำนวน 1 ครั้งในเดือนที่ 1 และโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยจำนวน 1 ครั้งในเดือนที่ 3 กิจกรรมการเยี่ยมบ้าน ประกอบด้วย 1) การตรวจวัดระดับความดันโลหิตของผู้ป่วย การประเมินสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัวและ DRPs โดยใช้แบบประเมิน INHOMESSS ประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตัวเอง การเคลื่อนไหว ภาวะโภชนาการ การรับประทาน

อาหาร สภาพแวดล้อมภายในบ้านและความปลอดภัย ความสัมพันธ์ของบุคคลในบ้านและเพื่อนบ้าน ความเชื่อและทัศนคติต่อสุขภาพ และระบบบริการที่ผู้ป่วยใช้เมื่อมีการเจ็บป่วย 2) การค้นหา DRPs การเก็บยาตามแบบเก็บข้อมูล DRPs ของผู้ป่วย และสาเหตุของ DRPs โดยสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย รวมทั้งแก้ไขปัญหที่พบ 3) การให้ความรู้เรื่องโรคประจำตัวของผู้ป่วย ปัจจัยเสี่ยง ชื่อยา สรรพคุณ วิธีการใช้ยา ข้อควรระวังในการใช้ยา อาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น การเก็บรักษายา ข้อควรปฏิบัติกรณีได้รับประทานยา การปฏิบัติตัว ภาวะแทรกซ้อน และจุดมุ่งหมายในการรักษา 4) การสัมภาษณ์ผู้ป่วยเกี่ยวกับความชอบในการรับประทานอาหารเค็ม/หวาน/มัน การดื่มชา/กาแฟ/แอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การพักผ่อน และภาวะเครียด ร่วมกับการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตน การรับประทานยาและการออกกำลังกายที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วย 5) การบันทึกปัญหาที่พบจากการเยี่ยมบ้านลงในแบบบันทึกปัญหาที่พบจากการเยี่ยมบ้าน 6) การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสามารถซักถามในประเด็นที่ไม่เข้าใจหรือต้องการคำอธิบายเพิ่มเติม และ 7) การให้ตัวอย่างประเมินความพึงพอใจโดยใช้แบบประเมิน

การโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วย ประกอบด้วยกิจกรรมดังต่อไปนี้ 1) การค้นหา DRPs หากพบปัญหาหรือความคลาดเคลื่อน ทำการแก้ไขตามความรุนแรงของปัญหา และบันทึกลงในแบบเก็บข้อมูล DRPs ของผู้ป่วย 2) การให้ความรู้เรื่องโรคประจำตัวของผู้ป่วย ปัจจัยเสี่ยง ชื่อยา สรรพคุณ วิธีการใช้ยา ข้อควรระวังในการใช้ยา อาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น การเก็บรักษายา ข้อควรปฏิบัติกรณีได้รับประทานยา การปฏิบัติตัว ภาวะแทรกซ้อน และจุดมุ่งหมายในการรักษา 3) การสัมภาษณ์ผู้ป่วยเกี่ยวกับความชอบในการรับประทานอาหารเค็ม/หวาน/มัน การดื่มชา/กาแฟ/แอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การพักผ่อน และภาวะเครียด ร่วมกับการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตน การรับประทานยาและการออกกำลังกายที่เหมาะสม 4) การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสามารถซักถามในประเด็นที่ไม่เข้าใจหรือต้องการคำอธิบายเพิ่มเติม

การบริหารทางเภสัชกรรมที่ร้านยาครั้งสุดท้ายในเดือนที่ 4 ประกอบด้วยการประเมินการเกิด DRPs ของผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้แบบเก็บข้อมูล DRPs ของผู้ป่วย ในเดือนที่ 5 หลังจากการให้การบริหารทางเภสัชกรรมที่ร้านยาครั้งสุดท้าย ผู้วิจัยประเมินระดับ

ความดันโลหิตและ SMBs ของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มโดยใช้แบบประเมิน SMBs ทั้งนี้เภสัชกรผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการต่าง ๆ ทั้งหมด ยกเว้นการวัดระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยซึ่งทำโดยผู้ช่วยเภสัชกร ระดับความดันโลหิตตามเป้าหมาย คือ น้อยกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท ส่วนในผู้ป่วยสูงอายุ (มากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปี) ระดับความดันโลหิตเป้าหมาย คือ น้อยกว่า 140/80 มิลลิเมตรปรอท ตามสภาวะร่วมของผู้ป่วย) (15)

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาใช้การวิเคราะห์ข้อมูลแบบ per-protocol analysis โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ SPSS กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่มใช้สถิติ independent t-test กรณีที่เป็นข้อมูลต่อเนื่องและมีการแจกแจงของข้อมูลปกติ และใช้สถิติ Mann-Whitney U test กรณีที่เป็นข้อมูลต่อเนื่องและมีการแจกแจงของข้อมูลไม่ปกติ และใช้สถิติ

chi-square test สำหรับวิเคราะห์ข้อมูลกลุ่ม (categorical data) แต่ในกรณีที่ข้อมูลมีค่าคาดหวัง (expected value) น้อยกว่า 5 มีจำนวนมากกว่าร้อยละ 20 ของเซลล์ทั้งหมดในตาราง การวิเคราะห์ข้อมูลใช้ Fisher's exact test

ผลการวิจัย

ข้อมูลพื้นฐานของตัวอย่าง

การศึกษานี้มีผู้เข้าร่วมการศึกษารวมทั้งหมด 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 35 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 35 คน ในระหว่างการศึกษามีผู้ถอนตัวจากการวิจัย 3 ราย และมีผู้ป่วยขาดการติดต่อจำนวน 2 ราย ซึ่งผู้วิจัยคัดเลือกผู้ป่วยเข้าการศึกษาเพิ่มเติมจำนวน 5 ราย ข้อมูลพื้นฐานโดยส่วนใหญ่ของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มในการศึกษาไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 1) ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองและในกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 66.8 ± 15.1 และ 62.3 ± 9.6 ปี ตามลำดับ (ช่วงอายุ 29-96 ปี) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 65.7

ตารางที่ 1. ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของผู้ป่วย

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวนผู้ป่วย(ร้อยละ)		
	กลุ่มทดลอง (n=35)	กลุ่มควบคุม (n=35)	P
เพศ			0.47 ^a
ชาย	17 (48.6)	14 (40.0)	
หญิง	18 (51.4)	21 (60.0)	
อายุเฉลี่ย (ปี)	66.8 ± 15.1	62.3 ± 9.6	0.14 ^b
อายุต่ำสุด/อายุสูงสุด (ปี)	29/96	40/90	
ระดับการศึกษาสูงสุด			0.01 ^c
ต่ำกว่าประถมศึกษา	3 (8.6)	3 (8.6)	
ประถมศึกษา	23 (65.7)	17 (48.6)	
มัธยมศึกษาตอนต้น	1 (2.9)	2 (5.7)	
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	1 (2.9)	10 (28.6)	
อนุปริญญา/ปวส.	2 (5.7)	0 (0.0)	
ปริญญาตรี	5 (14.3)	1 (2.9)	
สูงกว่าปริญญาตรี	0 (0.0)	2 (5.7)	
โรคประจำตัว			
ความดันโลหิตสูง	32 (91.4)	32 (91.4)	1.00 ^a
ไขมันในเลือดสูง	27 (77.1)	27 (77.1)	1.00 ^a
ความดันโลหิตสูงร่วมกับไขมันในเลือดสูง	24 (68.6)	24 (68.6)	1.00 ^a
เบาหวาน	11 (31.4)	14 (40.0)	0.45 ^a
เก๊าท์/หอบหืด/ปอดอุดกั้นเรื้อรัง	11 (31.4)	12 (34.3)	0.80 ^a

ตารางที่ 1. ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของผู้ป่วย (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวนผู้ป่วย(ร้อยละ)		
	กลุ่มทดลอง (n=35)	กลุ่มควบคุม (n=35)	P
ระยะเวลาเฉลี่ย (ปี) ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง มัธยฐาน (IQR)	10.0 (4.8, 20.0)	10.0 (5.8, 15.0)	1.00 ^d
โรคไขมันในเลือดผิดปกติ มัธยฐาน (IQR)	10.0 (5.5, 20.0)	8.0 (5.0, 11.0)	0.30 ^d
รายการยาเฉลี่ยที่ต้องรับประทานต่อวัน มัธยฐาน (IQR)	4 (3, 7)	4 (2, 6.5)	0.33 ^d
ประวัติการสูบบุหรี่			0.26 ^a
สูบบุหรี่	5 (14.3)	8 (22.9)	
เคยสูบบุหรี่ (ปัจจุบันเลิกสูบแล้ว)	13 (37.1)	7 (20.0)	
ไม่เคยสูบบุหรี่	17 (48.6)	20 (57.1)	
ประวัติการดื่มสุรา/แอลกอฮอล์			0.23 ^a
ดื่มสุรา/แอลกอฮอล์	4 (11.4)	3 (8.6)	
เคยดื่มสุรา/แอลกอฮอล์ (ปัจจุบันเลิกดื่มแล้ว)	14 (40.0)	8 (22.9)	
ไม่เคยดื่มสุรา/แอลกอฮอล์	17 (48.6)	24 (68.6)	
ประวัติการออกกำลังกาย			
ไม่เคยออกกำลังกาย	5 (14.3)	4 (11.4)	1.00 ^c
เดินเร็ว	12 (34.3)	8 (22.9)	0.29 ^a
ปั่นจักรยาน	2 (5.7)	2 (5.7)	1.00 ^c
วิ่ง	2 (5.7)	3 (8.6)	1.00 ^c
กายบริหาร	9 (25.7)	8 (22.9)	0.78 ^a
เดินลีลาศ/ตกปลา/กรีดยาง	5 (14.3)	10 (28.6)	0.15 ^a

^a Pearson's Chi-Square test , ^b Student t-test, ^c Fisher's exact test, ^d Mann-Whitney U test

และ 48.6 ตามลำดับ) ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง หรือทั้งสองโรครวมในจำนวนที่เท่ากัน มัธยฐานของจำนวนปีที่ เป็นโรคความดันโลหิตสูง 10 ปีในทั้งสองกลุ่ม และ 10 และ 8 ปี ตามลำดับ ในโรคไขมันในเลือดผิดปกติ มีมัธยฐานของจำนวนรายการยาที่ต้องรับประทานต่อวัน 4 รายการเท่ากันทั้งสองกลุ่ม ไม่เป็นผู้สูบบุหรี่หรือในผู้ที่เคยสูบบุหรี่ในปัจจุบันได้เลิกสูบบุหรี่แล้ว (ร้อยละ 85.7 และ 77.1 ตามลำดับ) ไม่เป็นผู้ดื่มสุราหรือในผู้ที่เคยดื่มสุราในปัจจุบันได้เลิกดื่มสุราแล้ว (ร้อยละ 88.6 และ 91.5 ตามลำดับ) มีการออกกำลังกายในรูปแบบต่าง ๆ แต่ส่วนใหญ่เป็นการเดินเร็วและกายบริหาร (ร้อยละ 34.3 และ 22.9 ตามลำดับ)

ปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยา

เมื่อเริ่มต้นการศึกษาในเดือนที่ 0 พบว่า มีเพียงร้อยละ 17.1 ของผู้ป่วยกลุ่มทดลอง และร้อยละ 28.6 ของ

ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ไม่พบ DRPs (ตารางที่ 2) ซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.26$) ลักษณะของ DRPs ที่พบส่วนใหญ่ในผู้ป่วยกลุ่มทดลอง คือ การกินยาไม่สม่ำเสมอ (ร้อยละ 68.6) และการใช้ยาชุด/ยาลูกกลอน/ยาสมุนไพร (ร้อยละ 31.4) ลักษณะของ DRPs ที่พบส่วนใหญ่ในผู้ป่วยกลุ่มควบคุม คือ การกินยาไม่สม่ำเสมอ (ร้อยละ 48.6) และการหยุดยาเอง (ร้อยละ 37.1)

ในการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมที่ร้านยาในเดือนที่ 2 พบว่า จำนวนผู้ที่ไม่พบ DRPs เพิ่มขึ้นในทั้งสองกลุ่ม กลุ่มทดลองที่ได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรมที่ร้านยาในเดือนที่ 0 ร่วมกับการเยี่ยมบ้านในเดือนที่ 1 มีผู้ที่ไม่พบ DRPs ร้อยละ 37.1 (เพิ่มจากร้อยละ 17.1 ในเดือนที่ 0) โดยผู้ที่มีปัญหาในเรื่องการกินยาไม่สม่ำเสมอลดลงเหลือร้อยละ 31.4 (จากร้อยละ 68.6 ในเดือนที่ 0) และมีจำนวนผู้ที่มีปัญหาในเรื่องการใช้ยาชุด/ยาลูกกลอน/ยาสมุนไพรลดลงเหลือร้อยละ 14.3 (จากร้อยละ 31.4 ในเดือนที่ 0)

ตารางที่ 2. จำนวน (ร้อยละ) ของผู้ป่วยที่พบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา (DRPs) ในช่วงก่อนและหลังการแทรกแซง

DRPs	กลุ่มทดลอง (n=35) ในเดือนที่					กลุ่มควบคุม (n=35) ในเดือนที่		
	0	1	2	3	4	0	2	4
ไม่พบการเกิด DRPs	6 (17.1)	7 (20.0)	13 (37.1)	19 (54.3)	29 (82.9)	10 (28.6)	12 (34.3)	20 (57.1)
P ของความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	0.26 ^a		0.80 ^a		0.02 ^a			
DRPs ที่พบ								
1. การใช้ยาไม่ตรงข้อบ่งใช้	0	0	0	0	0	0	0	0
2. การให้ยาผิดชนิด	0	0	0	0	0	0	0	0
3. การให้ยารักษาขนาดต่ำเกินไป	0	0	0	0	0	0	0	0
4. การไม่ได้รับยาที่ควรใช้ในการรักษาโรค	0	0	0	0	0	0	0	0
5. การใช้ยาไม่ตรงตามแพทย์สั่ง								
5.1 ลดขนาดยาเอง	4 (11.4)	3 (8.6)	2 (5.7)	1 (2.9)	1 (2.9)	3 (8.6)	2 (5.7)	2 (5.7)
P ของความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	1.00 ^b		1.00 ^b		1.00 ^b			
5.2 เพิ่มขนาดยาเอง	2 (5.7)	2 (5.7)	1 (2.9)	1 (2.9)	1 (2.9)	2 (5.7)	1 (2.9)	1 (2.9)
P ของความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	1.00 ^b		1.00 ^b		1.00 ^b			
5.3 หยุดยาเอง	6 (17.1)	6 (17.1)	5 (14.3)	3 (8.6)	0	13 (37.1)	11 (31.4)	6 (17.1)
P ของความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	0.06 ^a		0.09 ^a		0.03 ^b			
5.4 กินยาไม่สม่ำเสมอ	24 (68.6)	20 (57.1)	11 (31.4)	6 (17.1)	2 (5.7)	17 (48.6)	10 (28.6)	4 (11.4)
P ของความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	0.09 ^a		0.79 ^a		0.67 ^b			
5.5 ขาดยา	7 (20.0)	7 (20.0)	5 (14.3)	4 (11.4)	0	5 (14.3)	4 (11.4)	3 (8.6)
P ของความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	0.53 ^a		1.00 ^b		0.24 ^b			
5.6 กินยาซ้ำซ้อน	2 (5.7)	2 (5.7)	1 (2.9)	1 (2.9)	0	0	0	0
P ของความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	0.49 ^b		1.00 ^b		n/a			
5.7 ใช้ยาผิดวิธี	3 (8.6)	3 (8.6)	2 (5.7)	1 (2.9)	0	2 (5.7)	2 (5.7)	1 (2.9)
P ของความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	1.00 ^b		1.00 ^b		0.49 ^b			
5.8 ใช้ยาผิดชนิด	0	0	0	0	0	0	0	0
5.9 ใช้ยาอื่นที่ส่งผลต่อการรักษา	0	0	0	0	0	0	0	0
6. เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา	2 (5.7)	2 (5.7)	0	0	0	0	0	0
P ของความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	0.49 ^b		n/a		n/a			
7. การให้ยารักษาขนาดสูงเกิน	0	0	0	0	0	0	0	0

ตารางที่ 2. จำนวน (ร้อยละ) ของผู้ป่วยที่พบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา (DRPs) ในช่วงก่อนและหลังการแทรกแซง (ต่อ)

DRPs	กลุ่มทดลอง (n=35) ในเดือนที่					กลุ่มควบคุม (n=35) ในเดือนที่		
	0	1	2	3	4	0	2	4
8. ยาชุด/ยาลูกกลอน/ยาสมุนไพร	11 (31.4)	11 (31.4)	5 (14.3)	3 (8.6)	2 (5.7)	8 (22.9)	7 (20.0)	6 (17.1)
P ของความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	0.42 ^a		0.53 ^a		0.26 ^b			

^a Pearson's Chi-Square test ^b Fisher's exact test, n/a: not applicable

ในขณะที่ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมซึ่งได้เฉพาะการบริบาลทางเภสัชกรรมที่ร้านยาในเดือนที่ 0 พบว่า ในเดือนที่ 2 มีผู้ป่วยที่ไม่พบ DRPs เพิ่มขึ้นร้อยละ 34.3 (จากร้อยละ 28.6 ในเดือนที่ 0) โดยมีจำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาในเรื่องการกินยาไม่สม่ำเสมอลดลงเหลือร้อยละ 28.6 (จากร้อยละ 48.6 ในเดือนที่ 0) อย่างไรก็ตามมีจำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาในเรื่องการหยุดยาเองลดลงเพียงเล็กน้อยเหลือร้อยละ 31.4 (จากร้อยละ 37.1 ในเดือนที่ 0) ทั้งนี้ ร้อยละของผู้ป่วยที่ไม่พบ DRPs ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในเดือนที่ 2 ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P=0.80)

ในเดือนที่ 4 พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองซึ่งได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรมในเดือนที่ 0 และ 2 ร่วมกับการเยี่ยมบ้านในเดือนที่ 1 และการโทรศัพท์ติดตามผลในเดือนที่ 3 มีจำนวนผู้ป่วยที่ไม่พบ DRPs (ร้อยละ 82.9) สูงกว่าในผู้ป่วยกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับเฉพาะการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมที่ร้านยาในเดือนที่ 0 และ 2 (ร้อยละ 57.1) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P=0.02)

ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมี DRPs ลดลง แต่การเกิด DRPs ในแต่ละประเภทตั้งแต่เดือนที่ 0-4 ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นในเรื่องการหยุดยาเอง ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีการหยุดยาเองในเดือนที่ 4 (0 ราย) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม (6 รายหรือร้อยละ 17.1) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P=0.03) (ตารางที่ 2)

จากการสอบถามผู้ป่วยที่มีปัญหาขาดยาพบว่า สาเหตุสำคัญเกิดจากผู้ป่วยกังวลว่า ยาจะทำให้มีปัญหาคอไตจึงได้หยุดกินยาเอง ทำให้มีโอกาสนในการควบคุมโรคประจำตัวไม่ได้ เภสัชกรได้ชี้แจงว่า ทางแพทย์ผู้รักษาได้ปรับขนาดยาให้เหมาะสมแก่ผู้ป่วยโดยไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อไต และแนะนำให้ผู้ป่วยกินยาเพื่อควบคุมโรคประจำตัวของตน ส่วนปัญหาการกินยาซ้ำซ้อน เกิดจากการที่ผู้ป่วยได้รับยาจากหลายสถานพยาบาล ซึ่งเภสัชกรได้แนะนำให้ญาติผู้ป่วยนำยาที่มีการซ้ำซ้อนไปพบแพทย์ที่รักษา

ปัญหาด้านอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่พบคือ ผู้ป่วยที่ได้รับยาลดความดันโลหิตหลายตัว มีอาการมึนหัวและเวียนตอนเปลี่ยนท่าในบางครั้ง เภสัชกรแนะนำให้เปลี่ยนอิริยาบถอย่างช้า ๆ ประมาณร้อยละ 20-30 ของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มใช้ยาสมุนไพรร่วม เช่น โสม สาหร่ายสาไปรูลินา งาดำ น้ำมันมะพร้าว ถึงเช้า เห็ดหลินจือ เป็นต้น โดยหวังให้รักษาโรคของตนให้มีอาการดีขึ้น และหายขาดจากโรค โดยได้ข้อมูลมาจากสื่อโฆษณา โทรศัพท์ facebook, youtube, tiktok และการแนะนำจากญาติหรือเพื่อนบ้าน เภสัชกรแนะนำผู้ป่วยและญาติว่า ไม่ควรซื้อยาสมุนไพรมารับประทานเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกร เพราะอาจส่งผลให้เกิดผลข้างเคียงต่อระบบต่าง ๆ ในร่างกาย โดยอาจมีผลเพิ่มหรือลดระดับยาที่ใช้รักษาโรคของตน และอาจส่งผลทำให้ไม่สามารถควบคุมสภาวะโรคได้ ซึ่งอาจนำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคที่เป็นอันตรายต่อชีวิตได้

ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มศึกษาส่วนใหญ่ (ร้อยละ 60.0 ของผู้ป่วยกลุ่มทดลองและร้อยละ 74.3 ของผู้ป่วยกลุ่มควบคุม) มีการเก็บยาที่เหมาะสม ปัญหาส่วนใหญ่ที่พบในผู้ที่มีการเก็บยาไม่เหมาะสม คือ ยาในช่องไม่ตรงกับชื่อยาที่ระบุบนหน้าซองดังแสดงในตารางที่ 3 เภสัชกรได้เน้นย้ำถึงความสำคัญของการเก็บยาให้ถูกต้องและเหมาะสม ความสำคัญของการเก็บยาในช่องหรือภาชนะที่เหมาะสม เพื่อลดการสัมผัสกับอากาศหรือแสงแดดที่อาจทำให้ยาสูญเสียสภาพ และส่งผลให้ได้รับขนาดยาที่ไม่เหมาะสมหรืออาจทำให้เกิดพิษต่อร่างกายได้เมื่อผู้ป่วยนำมารับประทาน และความสำคัญของการเก็บยาในช่องให้ตรงกับชื่อยาหน้าซองและฉลากการใช้ยาเพื่อป้องกันความสับสนในการใช้ยาของผู้ป่วยและลดความเสี่ยงในการรับประทานยาผิดขนาด/ผิดชนิด

ผู้ป่วยเกือบทั้งหมดไม่มีปัญหาในด้านฐานะทางการเงิน แต่มีปัญหาในเรื่องของความรู้ความเข้าใจในการใช้ยา รวมทั้งมีข้อจำกัดการใช้ยาเพราะผู้สูงอายุมีปัญหาด้าน

ตารางที่ 3. ปัญหาด้านการเก็บยา ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ยา และการดูแลความทุกข์จากยาของผู้ป่วยกลุ่มทดลองและผู้ป่วยกลุ่มควบคุม

ปัญหา	จำนวน (ร้อยละ)	
	กลุ่มทดลอง (n=35)	กลุ่มควบคุม (n=35)
การเก็บยา		
เหมาะสม	21 (60.0)	26 (74.3)
ไม่เหมาะสม	14 (40.0)	9 (25.7)
ยาไม่ได้เก็บในซอง/ภาชนะที่เหมาะสม	5 (14.3)	2 (5.7)
ยาในซองไม่ตรงกับชื่อยาหน้าซอง	8 (22.9)	4 (11.4)
ยาไม่ได้เก็บในซองหรือภาชนะกันแสง	0	2 (5.7)
ไม่ได้เก็บยาในตู้เย็น/เก็บตำแหน่งไม่ถูก	1 (2.9)	2 (5.7)
ฉลากยาเลอะเลือน อ่านไม่ชัดเจน	4 (11.4)	1 (2.9)
ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ยา		
ฐานะการเงิน	0	0
ความรู้ ความเข้าใจ	15 (42.9)	20 (62.5)
ความเชื่อ ความกังวล	11 (31.4)	2 (5.7)
ข้อจำกัดการใช้ยา	11 (31.4)	2 (5.7)
อ่านหนังสือไม่ออก	20 (57.1)	17 (48.6)
ปัญหาการมองเห็น/ตาบอด	18 (51.4)	15 (42.9)
ปัญหาการได้ยิน/หูหนวก	22 (62.9)	21 (60.0)
ปัญหาการใช้กล้ามเนื้อ/มือสั่น/กล้ามเนื้ออ่อนแรง	13 (37.1)	19 (54.3)
ความจำเสื่อม/หลงลืม	3 (8.6)	4 (11.4)
พฤติกรรมความเคยชิน	3 (8.6)	4 (11.4)
ไม่มีผู้ดูแล/อยู่ลำพัง	2 (5.7)	0
ความทุกข์จากยา		
ผู้ป่วยสูญเสียหน้าที่การทำงานของร่างกายจากอาการไม่พึงประสงค์จากยา	0	0
ผู้ป่วยเกิดความเครียดวิตกกังวลจากการใช้ยาและอาการข้างเคียงจากยา	6 (17.1)	5 (14.3)
ผู้ป่วยไม่มั่นใจในประสิทธิภาพของยา	2 (5.7)	5 (14.3)
ผู้ดูแลมีความเครียดในการดูแลด้านยา	4 (11.4)	2 (5.7)
ผู้ป่วยรู้สึกว่าการใช้ยาของตนเองเป็นภาระต่อผู้อื่น	3 (8.6)	4 (11.4)
การใช้ยาส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ของคนในครอบครัว	3 (8.6)	2 (5.7)

การมองเห็น การได้ยิน การใช้กล้ามเนื้อ และการหลงลืม อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีผู้ดูแล ในผู้ป่วยที่อยู่ตามลำพังจะมีเพื่อนบ้านคอยมาหาทุกวัน (ตารางที่ 3) ในการจัดการปัญหาของผู้ป่วยและปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ยา เภสัชกรได้ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคประจำตัวและยาที่ใช้รักษา ในผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดด้านการใช้ยา เภสัชกรได้เน้นย้ำและทบทวนการใช้ยากับญาติและผู้ดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้องและเหมาะสม

ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มศึกษาไม่มีผู้ป่วยคนใดที่มีการสูญเสียหน้าที่การทำงานของร่างกายเนื่องจากการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่ใช้ แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักเกิดความเครียดวิตกกังวลจากการใช้ยาและอาการข้างเคียงจากยาว่าจะทำให้เกิดปัญหาต่อได้ จึงหยุดยาเอง (ตารางที่ 3) ซึ่งเภสัชกรได้ชี้แจงให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าทางแพทย์ผู้รักษาได้ทำการปรับขนาดยาให้เหมาะสมแก่ผู้ป่วยโดยไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อได้แล้ว และเน้นย้ำให้ผู้ป่วยกลับไปรับประทาน

ยาเพื่อควบคุมโรคประจำตัวของตน รวมทั้งให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยที่มีความกังวลว่าการใช้ยาของตนจะเป็นภาระของผู้อื่น และให้กำลังใจแก่ผู้ดูแลที่มีความเครียดในการดูแลเรื่องยาและผู้ป่วย

ในด้านปัญหาที่เกี่ยวกับยาเหลือใช้และยาหมดอายุ พบว่า ร้อยละ 62.9 ของผู้ป่วยกลุ่มทดลองและร้อยละ 66.7 ของผู้ป่วยกลุ่มควบคุม ไม่มีปัญหาของยาเหลือใช้ ร้อยละ 85.7 ของผู้ป่วยกลุ่มทดลองและร้อยละ 88.6 ของผู้ป่วยกลุ่มควบคุมไม่มีปัญหาเรื่องยาหมดอายุ ปริมาณยาเหลือใช้เกิดจากการที่ผู้ป่วยรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ สัมรับประทานยา หยุดยาเอง รวมถึงการที่โรงพยาบาลให้ยามาเกินในแต่ละครั้ง ซึ่งเมื่อสะสมแล้วทำให้เหลือยาจำนวนมาก เกสัชกรจัดการกับปัญหานี้ โดยเก็บยาหมดอายุของผู้ป่วยคืนเพื่อนำไปกำจัดอย่างเหมาะสม เน้นย้ำวิธีการเก็บรักษายาที่ถูกต้องและแนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานยาที่ใกล้จะหมดอายุก่อนเพื่อป้องกันการเกิดยาหมดอายุ

เกสัชกรจัดการปัญหาที่พบจากการเยี่ยมบ้านครั้งแรก โดยให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตน การรับประทานอาหาร รวมถึงการออกกำลังกายที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ดีต่อโรค ซึ่งจะส่งผลทำให้มีการควบคุมผลลัพธ์ทางคลินิกได้เป็นไปตามเป้าหมาย นอกจากนี้ ยังให้ความรู้เรื่องยาและเน้นย้ำความสำคัญของการรับประทานยาให้สม่ำเสมอ ตรงเวลา ไม่ควรปรับเปลี่ยนขนาดยาเองหรือหยุดยาเองตามต้องการ รวมทั้งได้เน้นย้ำการรับประทานยาให้ตรงเวลาและถูกวิธี ในผู้ป่วยที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เกสัชกรได้ให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในกรณีที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา นอกจากนี้เกสัชกรได้แนะนำการเก็บรักษายาที่ถูกต้อง ตลอดจนเกสัชกรได้เก็บยาเหลือใช้เพื่อนำไปคืนโรงพยาบาล และเก็บยาหมดอายุเพื่อทำลายอย่างเหมาะสมต่อไป

พฤติกรรมกรรมการจัดการสุขภาพของตนเอง

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร: เมื่อเริ่มต้นการศึกษาในเดือนที่ 0 ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่รับประทานอาหารเช้า 3 มื้อตรงเวลาเป็นประจำ (ร้อยละ 42.9 และ 45.7 ตามลำดับ) ผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมกับโรคที่

เป็นในความถี่ 1-4 ครั้ง/สัปดาห์มากที่สุด เช่น พฤติกรรมในการบริโภคอาหารที่มีไขมัน (เช่น เนื้อสัตว์ติดมัน ปลาหมึก หอย กุ้ง ข้าวผัด ข้าวขาหมู เป็นต้น) (ร้อยละ 51.4 และ 57.1 ตามลำดับ) อาหารประเภทข้าวเหนียว ขนมปัง ผีอก โดยไม่จำกัดจำนวน (ร้อยละ 68.6 และ 68.6 ตามลำดับ) อาหารที่มีส่วนประกอบของเกลือในปริมาณที่สูง (เช่น กะปิ ปลาเค็ม ปลาร้า ผักกาดทอง เป็นต้น) (ร้อยละ 54.3 และ 40.0 ตามลำดับ) อาหารที่มีรสจัด (เช่น ส้มตำ ปูดอง ยำ ปลาเค็ม น้ำพริกกะปิ เป็นต้น) (ร้อยละ 45.7 และ 54.3 ตามลำดับ) ขนมหวาน (ร้อยละ 54.3 และ 65.7 ตามลำดับ) น้ำผลไม้และผลไม้รสหวานจัด (เช่น มะม่วงสุก ทุเรียน เป็นต้น) (ร้อยละ 57.1 และ 60.0 ตามลำดับ) อาหารทอด เช่น ไก่ทอด ลูกชิ้นทอด กลัวยทอด เป็นต้น (ร้อยละ 65.7 และ 65.7 ตามลำดับ)

ในเดือนที่ 0 ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มศึกษามีสัดส่วนผู้ป่วยที่มีการใส่ผงชูรสหรือซุ๊ปก้อนขณะปรุงอาหาร ในความถี่ของการปฏิบัติเป็นบางครั้ง 1-4 ครั้ง/สัปดาห์และไม่เคยปฏิบัติใกล้เคียงกัน (ประมาณร้อยละ 30) ผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ไม่รับประทานบะหมี่กึ่งสำเร็จรูป (ร้อยละ 68.6 และ 65.7 ตามลำดับ) และอาหารไขมันแปรรูป (เช่น เครื่องดื่มพร้อมชงหรืออินวัน นมข้นหวาน เป็นต้น) (ร้อยละ 48.6 และ 60.0 ตามลำดับ) รวมทั้งไม่รับประทานอาหารในแต่ละมื้อจนรู้สึกอิ่มมาก (ร้อยละ 74.3 และ 77.1 ตามลำดับ)

เมื่อสิ้นสุดการศึกษาในเดือนที่ 5 พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยส่วนใหญ่ระหว่างผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมยังคงไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นพฤติกรรมการบริโภคอาหารประเภทข้าวเหนียว ขนมปัง ผีอก โดยไม่จำกัดจำนวนที่กลุ่มทดลองบริโภคในความถี่ที่น้อยกว่า ($P < 0.01$) คือ ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มทดลองบริโภค 5-7 ครั้ง/สัปดาห์ บริโภค 1-4 ครั้ง/สัปดาห์ และไม่บริโภค เท่ากับ 5.7, 54.3 และ 40.0 ตามลำดับ ขณะที่ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มควบคุมในเรื่องดังกล่าวเท่ากับ 22.9, 71.4 และ 5.7 ตามลำดับ

พฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่: ในเดือนที่ 0 ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มศึกษามากกว่าร้อยละ 80 ไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มแอลกอฮอล์ และไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งในช่วงก่อนการวิจัยและในเดือนที่ 5 ของการวิจัย ทั้งในเดือนที่ 0 และเดือนที่ 5 ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีบุคคลใกล้ชิดร้อยละ 80 ที่ไม่สูบบุหรี่ ในขณะที่

ที่ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมมีบุคคลใกล้ชิดร้อยละ 57.1 ที่ไม่สูบบุหรี่ ($P=0.03$)

พฤติกรรมการออกกำลังกาย: เมื่อเริ่มต้นการศึกษาในเดือนที่ 0 ผู้ป่วยทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ไม่ออกกำลังกาย (ร้อยละ 54.3 และ 48.6 ตามลำดับ) ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีความเข้าใจที่ถูกต้องว่าควรหยุดออกกำลังกายหากมีอาการผิดปกติ เช่น เวียนศีรษะ หน้ามืด เป็นต้น (ร้อยละ 57.1 และ 74.3 ตามลำดับ) ไม่ออกกำลังกายโดยไม่มีผู้อื่นอยู่ด้วย (ร้อยละ 51.4 และ 62.9 ตามลำดับ) หรือในขณะที่นอนเปลี่ย/ท้องว่าง (ร้อยละ 71.4 และ 71.3 ตามลำดับ) รวมทั้งไม่ออกกำลังกายทันทีหลังจากรับประทานอาหารอิ่มใหม่ ๆ (ร้อยละ 82.9 และ 77.1 ตามลำดับ) พฤติกรรมการออกกำลังกายที่กล่าวมาไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มทั้งในช่วงก่อนและเมื่อสิ้นสุดการศึกษาในเดือนที่ 5

เมื่อสิ้นสุดการศึกษาในเดือนที่ 5 พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมออกกำลังกายบางประการโดยมีผู้ที่มีการออกกำลังกายอย่างน้อย 3 วัน/สัปดาห์ ครั้งละ 20-30 นาทีเป็นประจำ (5-7 ครั้ง/สัปดาห์) หรือเป็นบางครั้ง (1-4 ครั้ง/สัปดาห์) (ร้อยละ 100) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 82.8) ($P=0.04$) ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ยังคงใช้การทำงานออกแรงจนเหงื่อออกแทนการออกกำลังกาย (ร้อยละ 85.7) ซึ่งมากกว่ากลุ่มทดลอง (ร้อยละ 54.3) ($P=0.01$) นอกจากนี้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองยังมีจำนวนผู้ป่วยที่มีการอบอุ่นร่างกาย ยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ก่อนออกกำลังกายโดยใช้เวลา 5 - 10 นาที โดยปฏิบัติเป็นประจำ หรือเป็นบางครั้ง (ร้อยละ 97.1) มากกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 74.3) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.02$)

พฤติกรรมการจัดการกับความเครียด: เมื่อเริ่มต้นการศึกษาในเดือนที่ 0 ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มศึกษามีพฤติกรรมในการจัดการกับความเครียดไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่จะมีการผ่อนคลายความเครียดด้วยการทำงานอดิเรก ปลูกพืชสวนกิจ หรือออกกำลังกาย เป็นต้น ในความถี่เป็นประจำ (5-7 ครั้ง/สัปดาห์) (ร้อยละ 62.9 และ 48.6 ตามลำดับ) ไม่ใช้การดื่มแอลกอฮอล์หรือยานอนหลับในการช่วยผ่อนคลายความเครียด (ร้อยละ 68.6 และ 74.3 ตามลำดับ) รวมทั้งมีพฤติกรรมนอนหลับอย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง เป็นประจำ (ร้อยละ 57.1 และ 54.3 ตามลำดับ)

เมื่อสิ้นสุดการศึกษาในเดือนที่ 5 พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีจำนวนผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการทำงานอดิเรก ปลูกพืชสวนกิจ หรือออกกำลังกาย เป็นต้น โดยปฏิบัติเป็นประจำ (5-7 ครั้ง/สัปดาห์) มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 94.3 และ 54.3 ตามลำดับ) ($P<0.01$)

การควบคุมระดับความดันโลหิต

จากตารางที่ 4 ก่อนเริ่มการศึกษาในเดือนที่ 0 ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองร้อยละ 94.3 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 91.4 ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย ($P=0.64$) ในเดือนที่ 2 ซึ่งผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มศึกษามารับการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมโดยเภสัชกรที่ร้านยาเป็นครั้งที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองซึ่งได้รับการเยี่ยมบ้านในเดือนที่ 1 รวมด้วย มีสัดส่วนผู้ที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมายสูงกว่าในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 37.1 เทียบกับ 11.4, $P=0.01$) (ตารางที่ 4)

ในเดือนที่ 4 ซึ่งผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มศึกษามารับการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมโดยเภสัชกรที่ร้านยาเป็นครั้งที่ 3 แต่ผู้ป่วยกลุ่มทดลองได้รับการโทรศัพท์ติดตามผลโดยเภสัชกรในเดือนที่ 3 รวมด้วย พบว่า สัดส่วนผู้ป่วยในกลุ่มทดลองที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมายยังคงเพิ่มสูงขึ้นและสูงกว่าในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 54.3 เทียบกับ 17.1, $P<0.01$) (ตารางที่ 4) เมื่อสิ้นสุดการศึกษาในเดือนที่ 5 พบว่า สัดส่วนผู้ป่วยในกลุ่มทดลองที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมายยังคงเพิ่มสูงขึ้นในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 57.1 เทียบกับ 31.4, $P=0.03$)

ระดับความดันโลหิตเฉลี่ย

จากตารางที่ 5 ในเดือนที่ 0 ความดันโลหิตสูงสุดขณะหัวใจห้องล่างบีบตัว (systolic blood pressure: SBP) และความดันโลหิตต่ำสุดขณะหัวใจห้องล่างคลายตัว (diastolic blood pressure: DBP) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($P=0.62$ และ 0.44 ตามลำดับ) ในเดือนที่ 2, 4 และ 5 ค่า SBP ของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.01$, <0.01 และ <0.01 ตามลำดับ) ในเดือนที่ 2 และ 5

ตารางที่ 4. ผลการควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมายของผู้ป่วยกลุ่มทดลองและผู้ป่วยกลุ่มควบคุมก่อนการแทรกแซงในเดือนที่ 0 และภายหลังการแทรกแซงในเดือนที่ 1, 2, 4 และ 5

	การควบคุมระดับความดันโลหิต ได้ตามเป้าหมาย ¹	จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ)		P ³
		กลุ่มทดลอง (n=35) ²	กลุ่มควบคุม (n=35) ²	
เดือนที่ 0	ควบคุมได้	2 (5.7)	3 (8.6)	0.64
	ควบคุมไม่ได้	33 (94.3)	32 (91.4)	
เดือนที่ 1	ควบคุมได้	6 (17.1)	-	-
	ควบคุมไม่ได้	29 (82.9)	-	
เดือนที่ 2	ควบคุมได้	13 (37.1)	4 (11.4)	0.01
	ควบคุมไม่ได้	22 (62.9)	31 (88.6)	
เดือนที่ 4	ควบคุมได้	19 (54.3)	6 (17.1)	< 0.01
	ควบคุมไม่ได้	16 (45.7)	29 (82.9)	
เดือนที่ 5	ควบคุมได้	20 (57.1)	11 (31.4)	0.03
	ควบคุมไม่ได้	15 (42.9)	24 (68.6)	

1: ระดับความดันโลหิตเป้าหมายน้อยกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท ส่วนผู้ป่วยสูงอายุ (มากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปี) ระดับความดันโลหิตเป้าหมายน้อยกว่า 140/80 มิลลิเมตรปรอท ตามสภาวะร่วมของผู้ป่วย (15)

2: ผู้ป่วยกลุ่มทดลองได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรมที่ร้านยาในเดือนที่ 0, 2 และ 4 ร่วมกับการเยี่ยมบ้านในเดือนที่ 1 และการโทรศัพท์ติดตามผลในเดือนที่ 3 ส่วนผู้ป่วยกลุ่มควบคุมได้รับเฉพาะการบริบาลทางเภสัชกรรมที่ร้านยาในเดือนที่ 0, 2 และ 4

3: Pearson's Chi-Square test

ตารางที่ 5. ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความดันโลหิตเฉลี่ยของผู้ป่วยกลุ่มทดลองและผู้ป่วยกลุ่มควบคุมก่อนการแทรกแซงในเดือนที่ 0 และภายหลังการแทรกแซงในเดือนที่ 1, 2, 4 และ 5

เดือนที่	ความดันโลหิต ¹	ระดับความดันโลหิต (มิลลิเมตรปรอท)		P ³
		กลุ่มทดลอง ² (n=35)	กลุ่มควบคุม ² (n=35)	
0	SBP	153.7 $\pm$ 14.5	156.0 $\pm$ 23.1	0.62
	DBP	81.5 $\pm$ 12.3	83.8 $\pm$ 13.1	0.44
1	SBP	148.6 $\pm$ 10.9	-	-
	DBP	78.7 $\pm$ 10.9	-	-
2	SBP	141.4 $\pm$ 11.7	150.9 $\pm$ 15.4	0.01
	DBP	74.4 $\pm$ 12.1	82.3 $\pm$ 10.2	< 0.01
4	SBP	136.7 $\pm$ 10.2	149.4 $\pm$ 15.1	< 0.01
	DBP	76.5 $\pm$ 11.5	80.4 $\pm$ 11.7	0.16
5	SBP	134.2 $\pm$ 9.00	143.5 $\pm$ 14.0	< 0.01
	DBP	75.2 $\pm$ 12.5	82.2 $\pm$ 9.6	0.01

1: ความดันโลหิตสูงสุดขณะหัวใจห้องล่างบีบตัว (systolic blood pressure: SBP) และความดันโลหิตต่ำสุดขณะหัวใจห้องล่างคลายตัว (diastolic blood pressure: DBP)

2: ผู้ป่วยกลุ่มทดลองได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรมที่ร้านยาในเดือนที่ 0, 2 และ 4 ร่วมกับการเยี่ยมบ้านในเดือนที่ 1 และการโทรศัพท์ติดตามผลในเดือนที่ 3 ส่วนผู้ป่วยกลุ่มควบคุมได้รับเฉพาะการบริบาลทางเภสัชกรรมที่ร้านยาในเดือนที่ 0, 2 และ 4

3: independent t-test

ตารางที่ 6. ความพึงพอใจของผู้ป่วยกลุ่มทดลองเมื่อได้รับการดูแลโดยการเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกร (n=35)

	ประเด็นความพึงพอใจ ¹	ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD
ความสะดวกสบายที่ได้รับ		
1.	ท่านได้รับความสะดวกสบายในการรับบริการเยี่ยมบ้าน	4.74 $\pm$ 0.61
2.	ท่านรู้สึกว่าการให้เภสัชกรให้ความเป็นส่วนตัวเพียงพอที่ทำให้ท่านพูดคุยได้อย่างสบายใจเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของท่าน	4.77 $\pm$ 0.43
ลักษณะของผู้ให้บริการ		
3.	เภสัชกรให้บริการด้วยความยิ้มแย้มแจ่มใส มีกิริยาและวาจาสุภาพ	5.00 $\pm$ 0.00
4.	เภสัชกรให้ความสนใจและเอาใจใส่ให้ท่านมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาโรคของท่านเอง	5.00 $\pm$ 0.00
5.	เภสัชกรมีความรู้ ความสามารถในการให้คำแนะนำแก่ท่านอย่างเพียงพอ	4.86 $\pm$ 0.36
ข้อมูลที่ได้รับ		
6.	เภสัชกรให้ความรู้ และข้อมูลเกี่ยวกับยา โรคประจำตัวและการรักษาเพียงพอกับความต้องการของท่าน	4.83 $\pm$ 0.38
7.	ท่านคิดว่าเภสัชกรสามารถให้คำแนะนำด้านยาและแก้ปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาของท่านได้	4.89 $\pm$ 0.32
8.	ท่านได้รับคำแนะนำ วิธีการดูแลผู้ป่วย/การปฏิบัติตัวที่ชัดเจนจากเภสัชกร	4.97 $\pm$ 0.17
9.	เภสัชกรสามารถตอบคำถามเมื่อท่านมีข้อสงสัยได้	4.89 $\pm$ 0.32
ความพึงพอใจทั่วไป		
10.	การเยี่ยมบ้านนี้เป็นการบริการที่มีประโยชน์ต่อท่านอย่างมาก	4.97 $\pm$ 0.17
11.	โดยภาพรวมท่านพอใจกับการบริการที่ได้รับ	4.83 $\pm$ 0.38
1: ระดับคะแนน: เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5), เห็นด้วย (4), ไม่มีความเห็น (3), ไม่เห็นด้วย (2), ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1) หรือพึงพอใจมากที่สุด (5) พึงพอใจมาก (4) พึงพอใจปานกลาง (3) พึงพอใจน้อย (2) พึงพอใจน้อยที่สุด (1)		

ค่า DBP ของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($P < 0.01$ และ 0.01 ตามลำดับ) อย่างไรก็ตาม ไม่พบความแตกต่างของ DBP ระหว่างกลุ่มในเดือนที่ 4 ($P = 0.16$)

ความพึงพอใจในการได้รับการเยี่ยมบ้าน

จากตารางที่ 6 ผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 4.74-5.00 จากคะแนนเต็ม 5) ต่อทุกประเด็นที่ประเมิน ทั้งในเรื่องความสะดวกสบายในการรับบริการเยี่ยมบ้าน เภสัชกรผู้ให้บริการ ข้อมูลที่ได้รับ และความพึงพอใจทั่วไป ผู้ป่วยเห็นด้วยอย่างยิ่งว่าการเยี่ยมบ้านเป็นการบริการที่มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยอย่างมาก (4.97 ± 0.17) และโดยภาพรวมผู้ป่วยมีความพึงพอใจกับการบริการที่ได้รับเป็นอย่างมาก (4.83 ± 0.38)

การอภิปรายผล

การวิจัยพบว่า การให้การบริบาลทางเภสัชกรรมโดยเภสัชกรในร้านยาร่วมกับการเยี่ยมบ้านและการติดตาม

ผลอย่างต่อเนื่องทางโทรศัพท์ในระยะเวลาห่างที่เหมาะสมในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและ/หรือไขมันในเลือดผิดปกติสามารถลดการเกิด DRPs และปรับ SMBs ให้เหมาะสม รวมทั้งเพิ่มสัดส่วนผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายได้มากกว่าการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมในร้านยาเพียงอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

DRPs ที่พบมากที่สุด chez ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง คือ การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอและการใช้ยาชุด/ยาลูกกลอน/ยาสมุนไพร ส่วนในผู้ป่วยกลุ่มควบคุมพบปัญหามากที่สุดด้านการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอและการหยุดยาเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในอดีต (9-11, 16)

สำหรับปัญหาด้าน SMBs ของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มศึกษามีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการรับประทานอาหารครบ 3 มื้อตรงเวลา และหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่จะส่งผลเสียต่อภาวะโรคประจำตัวที่เป็นอยู่ เช่น อาหารไขมันแปรรูป เบะหมี่สำเร็จรูป เป็นต้น มีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการผ่อนคลายความเครียดด้วยการทำงานอดิเรก ปฏิบัติศาสนกิจ หรือออกกำลังกาย โดยไม่ใช้การสูบบุหรี่

บุหรี่ยี่สิบแอลกอฮอล์หรือยานอนหลับ รวมทั้งมีพฤติกรรม การนอนหลับอย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง เป็นประจำ อย่างไรก็ตามยังคงพบปัญหาด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภค อาหารโดยเฉพาะความถี่ในการรับประทานอาหารประเภท ข้าวเหนียว ขนมปัง เผือก โดยไม่จำกัดจำนวนต่อสัปดาห์ และพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายที่ยังคงใช้การทำงาน ออกแรงจนเหงื่อออกแทนการออกกำลังกาย หรือมีความถี่ ในการออกกำลังกายน้อยกว่าที่ควร

ประสิทธิผลในการลดการเกิด DRPs และส่งเสริม การปรับ SMBs ของผู้ป่วยให้ดีขึ้น จากการให้การบริบาล ทางเภสัชกรรมในระดับร้านขายยาแผนปัจจุบันโดยเภสัชกร ชุมชนจากการวิจัยนี้มีความสอดคล้องกับการศึกษา ก่อนหน้า ที่แสดงให้เห็นว่า การให้คำแนะนำปรึกษาเรื่องโรคและ ยาที่ใช้รักษาโรคแก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรค ไช้มันในเลือดสูงโดยเภสัชกรชุมชนในร้านยา สามารถค้นหา และแก้ไข DRPs (8-10) และสามารถปรับเปลี่ยน SMBs ของผู้ป่วยในด้านการรับประทานอาหารให้เหมาะสมได้ (10) แนวโน้มของการลดลงของ DRPs และระดับความดันโลหิต ก่อนและหลังการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมที่ร้านยาใน ระยะเวลาต่าง ๆ ของผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ได้จากการศึกษา นี้ แสดงให้เห็นว่า การให้การบริบาลทางเภสัชกรรมที่ร้าน ยาต่อเนื่องอย่างน้อยทุก 2 เดือนติดต่อกัน 3 ครั้งขึ้นไป สามารถทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงประโยชน์ของการ รับประทานยาประจำตัวอย่างเคร่งครัดถูกวิธีและการเก็บยา อย่างถูกต้อง รวมถึงการมี SMBs ที่เหมาะสม เพื่อป้องกัน การเกิดภาวะแทรกซ้อนอันตรายจากโรคที่เป็นอยู่และ สามารถควบคุมผลลัพธ์ทางคลินิกให้เป็นไปตามเป้าหมาย ได้

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาครั้งนี้บ่งชี้ว่า การให้ การบริบาลทางเภสัชกรรมที่ร้านยาร่วมกับการเยี่ยมดูแล ผู้ป่วยที่บ้านและมีการโทรศัพท์ติดตามผลอย่างต่อเนื่องช่วย เพิ่มจำนวนผู้ป่วยที่ไม่เกิด DRPs และมี SMBs ที่เหมาะสม ในบางประเด็น ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับ ความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายในระยะเวลาที่ รวดเร็วกว่าและคงผลลัพธ์ทางคลินิกให้เป็นไปตาม เป้าหมายในระยะยาวได้ดีกว่าการให้การบริบาลทางเภสัช กรรมที่ร้านยาเพียงอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.05$) ทั้งนี้เนื่องจากการเยี่ยมบ้านทำให้เภสัชกรมีเวลา ในการดูแลผู้ป่วยและพูดคุยทำความเข้าใจในเรื่องโรค การ ใช้จ่าย และ SMBs ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยมากขึ้น เข้าถึง

ปัญหาเชิงลึกที่อาจทำให้เกิด DRPs และเข้าใจวิถีชีวิตที่ ผู้ป่วยต้องเผชิญที่ทำให้การใช้จ่ายไม่ได้ผล ทำให้สามารถ ค้นหา DRPs ที่แท้จริงหรือสาเหตุที่แท้จริงที่ส่งผลกระทบ ต่อการควบคุมภาวะโรคของผู้ป่วยได้มากขึ้น ซึ่งการให้การ บริบาลโดยเภสัชกรที่โรงพยาบาลหรือการให้การบริบาล โดยเภสัชกรชุมชนเฉพาะที่ร้านยาอาจไม่มีเวลามากพอที่จะ ทำให้สามารถค้นพบ DRPs ที่แท้จริงหรือสาเหตุที่แท้จริงที่ ส่งผลกระทบต่อผลการรักษาดังกล่าวได้

อย่างไรก็ตาม งานวิจัยนี้ดำเนินการโดยการเยี่ยม บ้านผู้ป่วยเพียง 1 ครั้ง และโทรศัพท์ติดตามอีกคนละ 1 ครั้ง อาจไม่เพียงพอที่จะลดการเกิด DRPs และมี SMBs ได้ อย่างต่อเนื่องในระยะยาว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการติดตาม ผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน รวมทั้ง ในกระบวนการโทรศัพท์ ติดตามครั้งที่ 2 เภสัชกรไม่สามารถประเมินสภาพที่แท้จริง วิถีชีวิต และปัญหาต่าง ๆ ซึ่งเป็นบริบทเฉพาะของผู้ป่วยแต่ ละราย อย่างไรก็ตาม การดำเนินการเช่นนี้ลดภาระงานของ การเยี่ยมบ้านเภสัชกรลงได้ และอาจเพิ่มความสำเร็จในการ นำไปปฏิบัติได้จริง

รูปแบบการศึกษาและผลการศึกษครั้งนี้สอดคล้อง กับผลการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (meta-analysis) จากงานวิจัย แบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุมจำนวน 12 การศึกษาใน ต่างประเทศที่พบว่า การให้บริการเยี่ยมบ้านจำนวน 5 ครั้ง โดยเภสัชกรใน 1 ปี โดยการเยี่ยมบ้านทั้งช่วงห่างหลังจาก ผู้ป่วยได้รับการรักษาจากโรงพยาบาลแล้วนานเกิน 3 เดือน และประเมินความสำเร็จโดยใช้ผลลัพธ์ที่สัมพันธ์กับบทบาท ของเภสัชกรที่มุ่งเน้นการลดการเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลเนื่องจากยา และการติดตามการใช้จ่ายให้ถูก ขนาน ถูกขนาด และถูกวิธี เพื่อคงผลลัพธ์ทางคลินิกของ โรคของผู้ป่วยให้เป็นไปตามเป้าหมายการรักษา มี ประสิทธิภาพทำให้ผู้ป่วยได้รับความรู้มากขึ้นเกี่ยวกับโรคและ ยาที่ใช้ วิธีการใช้จ่าย รวมทั้งการจัดการและเก็บรักษายาเพื่อ ลดปัญหาการกักตุนยาหมดอายุ ยาที่ไม่มีความจำเป็นต้อง ใช้รวมถึงยาที่ซ้ำซ้อน รวมทั้งทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือ ในการใช้จ่ายเพิ่มขึ้น (17) เช่นเดียวกับการเปรียบเทียบ ประสิทธิภาพก่อนและหลังการเยี่ยมบ้านของเภสัชกรชุมชน ไทยในผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนที่ไม่สามารถควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดและมีความเสี่ยงต่อการเกิด DRPs ที่ พบว่า การเยี่ยมดูแลผู้ป่วยที่บ้านจำนวน 3 ครั้งห่างกันทุก 2-4 สัปดาห์ และติดตามประเมินผลอีก 2 ครั้งห่างกันทุก 2-4 สัปดาห์ ในระยะเวลา 6 เดือน สามารถลดปัญหาการไม่ให้

ความร่วมมือในด้านยาและลดภาวะความดันโลหิตสูงลงสู่ระดับที่มีความรุนแรงน้อยกว่าได้ (12)

อย่างไรก็ตาม ในการปฏิบัติงานจริง การเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกรชุมชนอย่างต่อเนื่องทุกเดือนอาจทำได้ยากเนื่องจากภาระงานของเภสัชกรและจำนวนของผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่ร้านยา รวมทั้งทรัพยากรที่มีอย่างจำกัด แต่จากประโยชน์ของวิธีการที่ใช้ในการศึกษานี้ รวมทั้งความพึงพอใจอย่างมากของผู้ป่วยต่อการเยี่ยมบ้าน ในอนาคตอาจพัฒนาการเยี่ยมบ้านแบบออนไลน์ ซึ่งจะทำให้สามารถให้การบริบาลทางเภสัชกรรมและติดตามผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องทุกเดือน เนื่องจากมีความสะดวกในการเข้าถึงผู้ป่วย ลดระยะเวลาการเดินทาง และระยะเวลาในการติดตามทำให้เพิ่มศักยภาพในการติดตามผู้ป่วยได้จำนวนมากขึ้น และสามารถสื่อสารสองทางทั้งภาพและเสียงระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงคำแนะนำเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของตนเองได้แบบเรียลไทม์และพูดคุยโต้ตอบกันได้ทันทีโดยไม่ต้องเสียเวลาและเสียค่าใช้จ่ายในการต้องเดินทางมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล นอกจากนี้ยังสามารถทำการประชุมสายในหลายวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทำให้เพิ่มประโยชน์ในการจัดการปัญหาและดูแลสุขภาพของผู้ป่วยแบบองค์รวม รวมทั้งสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการรักษาโดยไม่มีข้อจำกัดเรื่องเวลาและสถานที่ (18)

ผลการวิเคราะห์ห่อภิมาณเกี่ยวกับการเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกรในต่างประเทศพบว่า ปัจจัยที่ทำให้การบริบาลทางเภสัชกรรมที่ร้านยาและ/หรือการเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกรไม่สามารถคงผลลัพธ์ทางคลินิกให้เป็นไปตามเป้าหมาย คือ การขาดการสื่อสารหรือเกี่ยวกับปัญหาของผู้ป่วยโดยตรงระหว่างเภสัชกรและแพทย์ผู้ทำการรักษาภายหลังการเยี่ยมบ้านแต่ละครั้ง (17) ผลจากการศึกษานี้จึงบ่งชี้ถึงประโยชน์ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในการเข้าร่วมในโครงการลดความแออัดในโรงพยาบาลโดยร้านขายยาแผนปัจจุบัน (ขย. 1) ต่อความสำเร็จในการเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการปัญหาที่เกี่ยวกับยาและการรักษาโรค จากการที่เภสัชกรมีเวลาในการให้คำปรึกษาและแนะนำการใช้ยาให้แก่ผู้ป่วยเพิ่มขึ้น และมีการเชื่อมโยงฐานข้อมูลผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลและร้านยา (โปรแกรม hosconnect) ที่ทำให้เภสัชกรสามารถทราบข้อมูลการรักษาของผู้ป่วยจากทางโรงพยาบาล และสามารถส่งต่อข้อมูล DRPs ของผู้ป่วยหรือ

ปัญหาที่สัมพันธ์กับความล้มเหลวในการควบคุมผลลัพธ์ทางคลินิกให้กับโรงพยาบาล รวมทั้งสามารถประสานงานการทำงานเป็นทีมกับเภสัชกรและทีมสหสาขาวิชาชีพภายในโรงพยาบาล ส่งผลทำให้เพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการ DRPs และการรักษาโรครวมทั้งสามารถลดความถี่และค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยได้ การศึกษาในต่างประเทศบ่งชี้ว่า หากผู้ป่วยสามารถควบคุมและคงระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายได้จะส่งผลให้สามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาได้ โดยค่าใช้จ่ายต่อการลดลงของ SBP 1 มิลลิเมตรปรอทมีมูลค่า 33.27 และ 69.98 ดอลลาร์ ตามลำดับ (19)

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแรกในรูปแบบสุมและมีกลุ่มควบคุมที่ศึกษาประสิทธิผลของการเยี่ยมบ้านและ/หรือการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมโดยเภสัชกรชุมชนต่อ DRPs และ SMBs ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและ/หรือไขมันในเลือดผิดปกติ ข้อมูลที่ได้สามารถใช้เพื่อพัฒนาเภสัชกรชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นที่เข้าร่วมในโครงการลดความแออัดในโรงพยาบาลโดยร้านขายยาแผนปัจจุบัน และเป็นข้อมูลสำหรับ สภาเภสัชกรรม สถาบันการศึกษาทางเภสัชศาสตร์ (วิทยาลัยเภสัชบำบัดแห่งประเทศไทยและคณะเภสัชศาสตร์) สมาคมเภสัชกรชุมชน และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการผลักดันให้เกิดการบริบาลโดยการเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกรชุมชนทั้งการเยี่ยมบ้านโดยตรงหรือการเยี่ยมบ้านแบบออนไลน์ รวมทั้งการจัดให้มีการพัฒนาทักษะที่จำเป็นต่อการเยี่ยมบ้านให้กับเภสัชกรชุมชน ทั้งนี้เพื่อประโยชน์สูงสุดในการรักษาและดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ข้อจำกัดของการศึกษานี้ คือ ตัวอย่างผู้ป่วยมารับบริการในร้านยาเดียว ทำให้ตัวอย่างอาจมีลักษณะที่ต่างจากผู้ป่วยในพื้นที่อื่นได้ การวิเคราะห์ผลแบบ per protocol analysis โดยตัดอาสาสมัครที่เข้าร่วมงานวิจัยไม่สม่ำเสมอตามแผนการทดลองออก ทำให้เหลือแต่ผู้ที่ปฏิบัติตามแผนการวิจัยได้ครบถ้วน และได้ผลการวิจัยที่ไปเป็นในทางบวก (การแทรกแซงมีประสิทธิภาพ) ซึ่งอาจไม่สะท้อนประสิทธิภาพของวิธีการในความเป็นจริงที่ผู้ป่วยบางรายอาจไม่สามารถปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ได้ทั้งหมด นอกจากนี้ การไม่สามารถปกปิดมาตรการที่ใช้จากอคติในการประเมิน DRPs ได้ รวมทั้งการแจ้งผู้ป่วยกลุ่มทดลองล่วงหน้าก่อนวันไปเยี่ยมบ้าน อาจทำให้ผู้ป่วยและญาติมี

การเตรียมตัวซึ่งอาจทำให้ไม่สามารถค้นหาสาเหตุของ DRPs ได้

งานวิจัยนี้เยี่ยมบ้านผู้ป่วยเพียง 1 ครั้งและโทรศัพท์ติดตามอีกคนละ 1 ครั้ง ซึ่งอาจไม่เพียงพอสำหรับการติดตามผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน และผลลัพธ์ในลด DRPs และ SMBs ในระยะยาว นอกจากนี้ ในกระบวนการโทรศัพท์ติดตามครั้งที่ 2 เกสัชกรไม่สามารถประเมินสภาพที่แท้จริง วิถีชีวิต และปัญหาต่าง ๆ ซึ่งเป็นบริบทเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย อย่างไรก็ตาม การดำเนินการเช่นนี้ลดภาระงานของการเยี่ยมบ้านเภสัชกรลงได้ และอาจเพิ่มความสำเร็จในการนำไปปฏิบัติได้จริง ในอนาคต จึงควรมีการศึกษาผลของการบริหารทางเภสัชกรรมและติดตามผลต่อเนื่องที่นานมากกว่า 6 เดือนและเพิ่มความถี่ในการประเมินผลซ้ำต่อ SMBs โดยเฉพาะพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วย เนื่องจากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าเมื่อสิ้นสุดการศึกษาในเดือนที่ 5 ยังคงมีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งในกลุ่มที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมที่ร้านยา ร่วมกับการเยี่ยมบ้านและการโทรศัพท์ติดตามผลอย่างต่อเนื่อง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารประเภทข้าวเหนียว ขนมปังเผือก โดยไม่จำกัดจำนวน เป็นประจำ 5-7 ครั้ง/สัปดาห์ หรือรับประทานอาหารประเภทผักเป็นหลักโดยหลีกเลี่ยงอาหารไขมัน เป็นบางครั้ง 1-4 ครั้ง/สัปดาห์ รวมทั้งเพิ่มระดับการวัด SMBs เป็น 5 ระดับเพื่อให้สะท้อนความถี่ของพฤติกรรมได้ละเอียดขึ้น และเพิ่มระดับการประเมินความพึงพอใจ เป็น 7 ระดับ เพื่อให้ผู้ตอบสามารถแสดงความรู้สึกได้ ครอบคลุมมากขึ้น

สรุป

การให้การบริหารทางเภสัชกรรมในร้านยา ร่วมกับการเยี่ยมบ้านและโทรศัพท์ติดตามผลโดยเภสัชกรชุมชน ภายใต้โครงการลดความแออัดในโรงพยาบาลโดยร้านยา แผนปัจจุบันของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ความดันโลหิตสูง และ/หรือไขมันในเลือดผิดปกติ มีประสิทธิภาพสูงกว่าการให้เฉพาะการบริหารทางเภสัชกรรมในร้านยาเพียงอย่างเดียว ในการลดการเกิด DRPs และส่งเสริมการปรับ SMBs ให้ดีขึ้น ผลจากการศึกษานี้จะเป็นแนวทางในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนและเพิ่มบทบาทของเภสัชกรในการเยี่ยมบ้านเพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างปลอดภัย และการจัดการสุขภาพที่เหมาะสม

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยความอนุเคราะห์จากผู้ให้ข้อมูลทุกท่าน ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลระนอง ที่กรุณาให้ข้อมูลและช่วยประสานงานในการดำเนินการวิจัย ขอขอบพระคุณผู้ช่วยเภสัชกรและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกท่านที่ช่วยเหลือในการเก็บข้อมูล วิทยานิพนธ์นี้ได้รับทุนสนับสนุนงานวิจัยแบบมุ่งเป้าโดยคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

เอกสารอ้างอิง

1. Sodkomkam N. Factors affecting blood pressure control among patients with primary hypertension, Samut songkhram province. Journal of Research for Health Improvement and Quality of Life 2022; 2: 25-36.
2. Subgranon T. Health care behaviors among hyperlipidemia person in Chomphu subdistrict, Lampang province [master thesis]. Pathumthani: Thammasat University; 2016.
3. Markjuye W. Outcome of development of drug related problem management by participation of pharmacist in multidisciplinary team at non-communicable disease clinics, Kongkrilas hospital at Sukhothai province [online]. 2023 [cited Aug 22, 2024]. Available from: www.tako.moph.go.th/librarybook/web/books/view?id=24
4. Ellis SL, Carter BL, Malone DC, Billups SJ, Okano GJ, Valuck RJ, et al. Clinical and economic impact of ambulatory care clinical pharmacists in management of dyslipidemia in older adults: The IMPROVE Study. Pharmacotherapy 2000; 20: 1508-16.
5. National Health Security Office, Faculty of Pharmaceutical Sciences, Chulalongkorn University, Primary Care Pharmacist Club. A guide for pharmacists in pharmacy operations in primary care units. Bangkok: Srimuang printing; 2017.
6. Towattanakhun S, Lerkiatbundit S. Evaluation of pharmaceutical care services in uncontrolled hyper-

- tensive patients at a primary care unit. *Thai Journal of Pharmacy Practice* 2010; 2: 118-30.
7. Buss VH, Shield A, Kosari S, Naunton M. The impact of clinical services provided by community pharmacies on the Australian healthcare system: a review of the literature. *J Pharm Policy Pract* 2018; 11: 22.
 8. Newman TV, San-Juan-Rodrigueza A, Parekh N, Swart ECS, Klein-Fedyshin M, Shrank WH, et al. Impact of community pharmacist-led interventions in chronic disease management on clinical, utilization, and economic outcomes: an umbrella review. *Res Social Adm Pharm* 2020; 16: 1155-65.
 9. Laungsopaparn T. Pharmaceutical care for chronic disease at a drugstore in Bangkok [master thesis]. Bangkok: Mahidol University; 2000.
 10. Sookaneknun P, Rattanachotpanit T, Thowanna B, Senanok R, Somsaard P, Sonhorm U, et al. Comparison of pharmaceutical care outcomes in chronic disease patients receiving refill prescription between accredited community pharmacies and primary care units, Maha Sarakham province. *Journal of Health Systems Research* 2012; 6: 100-11.
 11. Thomudtha P, Pattanajak C, Thomudtha A, Khampa S, Phoomwanitchakit S, Jeeraaumponwat P, et al. Effects of home care pharmacy service in urban area health system, Mahasarakham province. *Srinagarind Medical Journal* 2017; 32: 229-35.
 12. Tunpichart S. Ecommunity-based pharmacist home health care for type 2 diabetes in Bangkok metropolitan: a community based study [dissertation]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2010.
 13. Geber J, Parra D, Beckey NP, Korman L. Optimizing drug therapy in patients with cardiovascular disease: the impact of pharmacist-managed pharmacotherapy clinics in a primary care setting. *J Pharmacother* 2002; 22: 738-47.
 14. Saploy S. Guideline development of family pharmacist in Samutsakhon hospital [master thesis]. Bangkok: Silpakorn University; 2015.
 15. Unger T, Borghi C, Charchar F, Khan N, Poulter N, Prabhakaran D, et al. 2020 International society of hypertension global hypertension practice guidelines. *J Hypertens* 2020; 75: 1334-57.
 16. Chayanattapong P. Drug related problems in patients with chronic diseases during home visits by pharmacists in the family care team of Promkiri district health network. *Thai Journal of Pharmacy Practice* 2017; 9: 103-10.
 17. Abbott RA, Moore DA, Rogers M, Bethel A, Stein K, Coon JT. Effectiveness of pharmacist home visits for individuals at risk of medication-related problems: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMC Health Serv Res* 2020; 20: 39.
 18. Institute of Dermatology. Telemedicine service manual [online]. 2024 [cited Dec 3, 2024]. Available from: [www.dms.go.th/backend//Content/Content_File/Population/Attach/25670409105434AM_10คู่มือบริการประชาชนระบบการแพทย์ทางไกล\(TeleMedicine\) IOD.ส.ผ. pdf](http://www.dms.go.th/backend//Content/Content_File/Population/Attach/25670409105434AM_10คู่มือบริการประชาชนระบบการแพทย์ทางไกล(TeleMedicine) IOD.ส.ผ. pdf)
 19. Linnea A, Jayoung H, Barry L, Gail P, Christopher S, Elizabeth A, et al. Cost-effectiveness of a physician–pharmacist collaboration intervention to improve blood pressure control. *Hypertension* 2015; 66: 1145-51.