

## การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการด้านยาโดยบุคลากรทางการแพทย์ร่วมมือกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ : กรณีศึกษาอำเภอแม่ลาน จังหวัดปัตตานี

อะลาวิย์ หมาดทิง<sup>1,2</sup>, หทัยกาญจน์ เชาวน์พูนผล<sup>3</sup>

<sup>1</sup>นักศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาการจัดการเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

<sup>2</sup>กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลแม่ลาน จังหวัดปัตตานี

<sup>3</sup>ภาควิชาบริบาลทางเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์:** เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการด้านยา (Medication Therapy Management: MTM) ในผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ในชุมชนของอำเภอแม่ลาน จังหวัดปัตตานี และประเมินผลของรูปแบบ MTM ดังกล่าว **วิธีการ:** การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวางแผนจากการสัมภาษณ์บุคลากรทางการแพทย์และการสนทนากลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อให้ได้รูปแบบบริการ MTM สำหรับดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน 2) การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ที่รับรักษายาลดความดันโลหิตตั้งแต่ 4 รายการขึ้นไปจำนวน 16 คน โดยใช้รูปแบบบริการ MTM เป็นเวลา 2 เดือน 3) การประเมิน แบ่งเป็นการประเมินผลลัพธ์ของผู้ป่วยและการประเมินรูปแบบบริการ MTM โดยบุคลากรทางการแพทย์และ อสม. และ 4) การสะท้อนผลลัพธ์หลังการดำเนินงานโดยบุคลากรทางการแพทย์และ อสม. **ผลการวิจัย:** รูปแบบ MTM ที่พัฒนาขึ้น มี อสม. เชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ มีการออกแบบและวางแผนแก้ไขปัญหาสำหรับดูแลผู้ป่วยในชุมชนร่วมกันตามรูปแบบบริการ MTM ที่เหมาะสมตามบริบทและสภาพปัญหาของพื้นที่ ผลลัพธ์จากการดำเนินการพบว่า ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้เป็นปกติเพิ่มขึ้นจำนวน 9 คน จากผู้ป่วยทั้งหมด 16 คน โดยค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น การรับประทานน้ำบรูตลดลง 10 คน การลิ้มรับประทานยาลดลง 5 คน ความกังวลเรื่องการเกิดโรคไตจากการรับประทานยาลดลง 15 คน ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในระดับดีมากต่อการรับบริการ MTM โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ  $4.58 \pm 0.11$  (คะแนนเต็ม 5) **สรุป:** การนำรูปแบบบริการ MTM ที่มีส่วนร่วมของ อสม. มาดูแลผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ทำให้มีจำนวนผู้ป่วยควบคุมระดับความดันโลหิตได้เพิ่มขึ้นและค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยเฉลี่ยลดลง อีกทั้งลดปัญหาทางพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ทำให้ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

**คำสำคัญ:** การวิจัยเชิงปฏิบัติการ การจัดการด้านยา โรคความดันโลหิตสูง บุคลากรทางการแพทย์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

รับต้นฉบับ: 17 ก.พ. 2568, ได้รับบทความฉบับปรับปรุง: 17 มี.ค. 2568, รับลงตีพิมพ์: 19 มี.ค. 2568

ผู้ประสานงานบทความ: หทัยกาญจน์ เชาวน์พูนผล ภาควิชาบริบาลทางเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50200 E-mail: hathaik@gmail.com

## Action Research to Develop a Medication Management Model with the Collaboration between Health Care Professionals and Village Health Volunteers for Patients with Uncontrolled Blood Pressure: Case Study of Maelan District, Pattani

Alawee Madting<sup>1,2</sup>, Hathaikan Chowwanapoonpohn<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Graduate Student in Pharmacy Management, Faculty of Pharmacy, Chiang Mai University

<sup>2</sup>Department of Pharmacy and Health Consumer Protection, Mae Lan Hospital, Pattani

<sup>3</sup>Department of Pharmaceutical Care, Faculty of Pharmacy, Chiang Mai University

### Abstract

**Objective:** To develop a Medication Therapy Management (MTM) model for patients with uncontrolled blood pressure in the community of Maelan District, Pattani Province, and to evaluate the outcomes of the developed MTM model. **Method:** This Action research consisted of four phases. Phase 1 was planning based on the information from the interview with health care professionals and focus group discussions among village health volunteers (VHVs) on an MTM service model for caring for hypertensive patients in the community. Phase 2 involved the Implementation of care based on the MTM service model for two months in sixteen patients with uncontrolled blood pressure who received four or more antihypertensive medications. Phase 3 was the evaluation of patient outcomes and evaluation of the MTM model by health care professionals and VHVs. Phase 4 was the reflection after the model implementation by health care professionals and VHVs. **Results:** The developed MTM model employed VHVs as a link for providing care to patients in collaboration with health care professionals. The design and planning to resolve the problems for patient care in the community led to the MTM service model appropriate for the context and problems of the area. Outcome evaluation of the model implementation revealed that nine out of sixteen patients were able to control their blood pressure. The average blood pressure of the patients decreased significantly. The patients had better health behaviors. The consumption of budu decreased by ten patients. Forgetting to take medicine decreased by five patients. Concerns about developing kidney disease from taking medicines decreased by fifteen patients. The patients were very satisfied with the MTM service with average satisfaction score at  $4.58 \pm 0.11$  (out of five). **Conclusions:** The implementation of the MTM service model with the participation of VHVs to care for patients with uncontrolled blood pressure resulted in an increase in the number of patients with controlled blood pressure and a decrease in average blood pressure of the patients. It also reduces health behavior problems of patients associated with uncontrolled blood pressure.

**Keywords:** action research, medication therapy management, hypertension, health care professionals, village health volunteers

## บทนำ

ในปี พ.ศ.2566 มีประชากรทั่วโลกป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงถึง 1.28 พันล้านคน (1) ประชากรร้อยละ 20 ที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงและไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้เป็นปกติ ที่ผ่านมามีผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 7.5 ล้านคน ส่วนใหญ่เสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับโรคหัวใจและหลอดเลือด (2) ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุขของไทยในปี พ.ศ.2564-2566 พบจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง (3) มีผู้เสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงปีละประมาณ 3 พันคนต่อประชากรแสนคน (4)

ความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่มีค่าความดันโลหิตมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท การรักษาที่มีทั้งแบบไม่ใช้ยาและแบบใช้ยา การรักษาแบบไม่ใช้ยาเป็นการควบคุมพฤติกรรมเสี่ยงที่ส่งผลให้โรคมีความรุนแรงขึ้น (5) สำหรับการรักษาแบบใช้ยาจะพิจารณาเพิ่มตัวยาหรือขนาดยาตามระดับความดันโลหิตของผู้ป่วย หากผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน แพทย์ในโรงพยาบาลขนาดเล็กอาจพิจารณาส่งตัวผู้ป่วยแก่แพทย์เฉพาะทางในโรงพยาบาลขนาดใหญ่เพื่อให้เข้าถึงการสั่งใช้ยาที่มากขึ้น ซึ่งการส่งตัวผู้ป่วยส่วนใหญ่ทำให้เกิดภาระด้านค่าใช้จ่ายหรือความไม่สะดวกในการเดินทางเพื่อเข้ารับการรักษา (6)

ปัญหาสำคัญที่ส่งผลต่อการรักษาคือ ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยและการไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ (7) ดังนั้น เพื่อปรับปรุงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้ดีขึ้น การศึกษาในอดีตจึงนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (8) มาทำความเข้าใจพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเพื่อแก้ไขปัญหาความเชื่อด้านสุขภาพที่เกิดขึ้น (9) การทำความเข้าใจและการรับรู้มุมมองความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยทำให้เกิดการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในรูปแบบต่าง ๆ ได้แก่ การจัดการด้านยา การเยี่ยมบ้าน เป็นต้น

การจัดการด้านยาหรือ medication therapy management: MTM) เป็นระบบการดูแลผู้ป่วยภายใต้แนวคิดการบริบาลทางเภสัชกรรม (10) ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนหลัก คือ การทบทวนการใช้ยา การจัดทำบันทึกการใช้ยา การวางแผนการใช้ยา การให้การบริบาลด้านยาเพื่อแก้ปัญหาด้านยาหรือส่งต่อผู้ป่วย และการทำบันทึกเพื่อติดตามผลลัพธ์ (11) จากการทบทวนการนำ MTM มาใช้

พบว่าสามารถลดจำนวนปัญหาด้านการใช้ยาของผู้ป่วยลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการให้บริการของบุคลากรทางการแพทย์ที่เพิ่มขึ้น (12)

นอกจากการดูแลผู้ป่วยด้วย MTM แล้ว การเยี่ยมบ้านเป็นอีกวิธีหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่องที่บ้าน (13) ในการลงเยี่ยมบ้านมีการนำแบบประเมิน INHOMESSS มาใช้ทำความเข้าใจและรับรู้ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพทั้งตัวโรคและความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย (14) จากการทบทวนการศึกษาที่ใช้แบบประเมิน INHOMESSS ในขณะลงเยี่ยมบ้านพบว่า สามารถช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา ลดปัญหาด้านการใช้ยาของผู้ป่วยและทำให้ค่าระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (15) ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการเข้าถึงปัญหาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยในพื้นที่ได้มากขึ้น จึงมีการให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้ซึ่งมีความใกล้ชิดสนิทสนมกับผู้ป่วย อีกทั้งเป็นผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยประจำครัวเรือน เป็นผู้ให้ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย ดำเนินงานติดตามและดูแลผู้ป่วยที่บ้านร่วมกับกับบุคลากรทางการแพทย์ (16)

อำเภอแม่ลาน จังหวัดปัตตานีอยู่ในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้ โรคไม่ติดต่อเรื้อรังส่วนใหญ่ในพื้นที่คือโรคความดันโลหิตสูง (17-18) ในวันที่ 26 กรกฎาคม พ.ศ. 2566 อำเภอแม่ลานมีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด 572 คน ผู้ป่วยควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้จำนวน 476 คน (ร้อยละ 83.22) แบ่งเป็นผู้ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้โดยรับยารักษาขาดความดันโลหิตตั้งแต่ 4 รายการขึ้นไปจำนวน 41 คน (ร้อยละ 8.61) หากในอนาคตผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตจากการรักษาด้วยยาทุกรายการในโรงพยาบาลขนาดเล็ก แพทย์อาจพิจารณาส่งต่อผู้ป่วยแก่แพทย์เฉพาะทางในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ซึ่งอาจทำให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายหรือความไม่สะดวกในการเดินทางในผู้ป่วยบางราย

จากปัญหาของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นส่งผลทำให้เกิดการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยตามตัวชี้วัดของงานปฐมภูมิ กระทรวงสาธารณสุข ในกลุ่มผู้ป่วยที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้โดยรับยารักษาขาดความดันโลหิตตั้งแต่ 4 รายการขึ้นไปในอำเภอแม่ลาน โดยเป็นการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยร่วมกันระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และ อสม. เพื่อติดตามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยในชุมชนอย่างต่อเนื่อง จากการเยี่ยมบ้านพบปัญหาหลายประการที่ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่

สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ได้แก่ การรับประทานน้ำยาดู การลิ้มรับประทานยาอยู่เป็นประจำ และความเชื่อว่าโรคไตเกิดจากการรับประทานยา นอกจากนี้ยังพบปัญหาในกลุ่มผู้ป่วยที่นับถือศาสนาอิสลาม คือ การอ่านฉลากยาภาษาไทยไม่ได้ ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยกับบุคลากรทางการแพทย์ และผู้ป่วยมีความเชื่อในทางศาสนาบางประการซึ่งส่งผลให้ไม่เข้าตามแพทย์สั่ง รูปแบบการเยี่ยมบ้านแบบเดิมมีเพียงการให้คำแนะนำกับผู้ป่วย แต่ขาดการแก้ไขปัญหของผู้ป่วยและขาดการติดตามปัญหาของผู้ป่วย ส่งผลให้ปัญหาของผู้ป่วยไม่ลดลง ผู้วิจัยจึงเกิดความสนใจในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยในชุมชนที่มีส่วนร่วมจากบุคลากรทางการแพทย์และ อสม. ผ่านการทำความเข้าใจการรับรู้และมุมมองต่อพฤติกรรมสุขภาพที่แท้จริงของผู้ป่วย เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ การพัฒนารูปแบบการจัดการด้านยาในผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ครั้งนี้ใช้แนวทางของ MTM และนำ อสม. มาเป็นผู้เชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งน่าจะส่งผลให้สามารถแก้ไขปัญหาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง

ผู้วิจัยจึงพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยในชุมชนดังกล่าวอย่างเป็นระบบโดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการและประเมินผลรูปแบบดังกล่าว หากพบว่าได้ผลดีจะเป็นตัวอย่างรูปแบบการจัดการด้านยาที่สามารถใช้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่อื่น ๆ ได้ต่อไป

## วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ซึ่งเก็บข้อมูลช่วงเดือนกรกฎาคม 2567 ถึงเดือนตุลาคม 2567 โครงสร้างการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี เลขที่โครงการวิจัย RECPTN No.001/67 วันที่รับรอง 28 กุมภาพันธ์ 2567 การวิจัยประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติ การประเมินผล และการสะท้อนผลเกี่ยวกับรูปแบบบริการ MTM (รูปที่ 1)

### ขั้นตอนการวางแผน

ขั้นตอนการวางแผนทำเพื่อออกแบบและพัฒนา รูปแบบการจัดการด้านยาในผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ในชุมชนทุกตำบลของอำเภอแม่ลาน ในพื้นที่ดังกล่าว

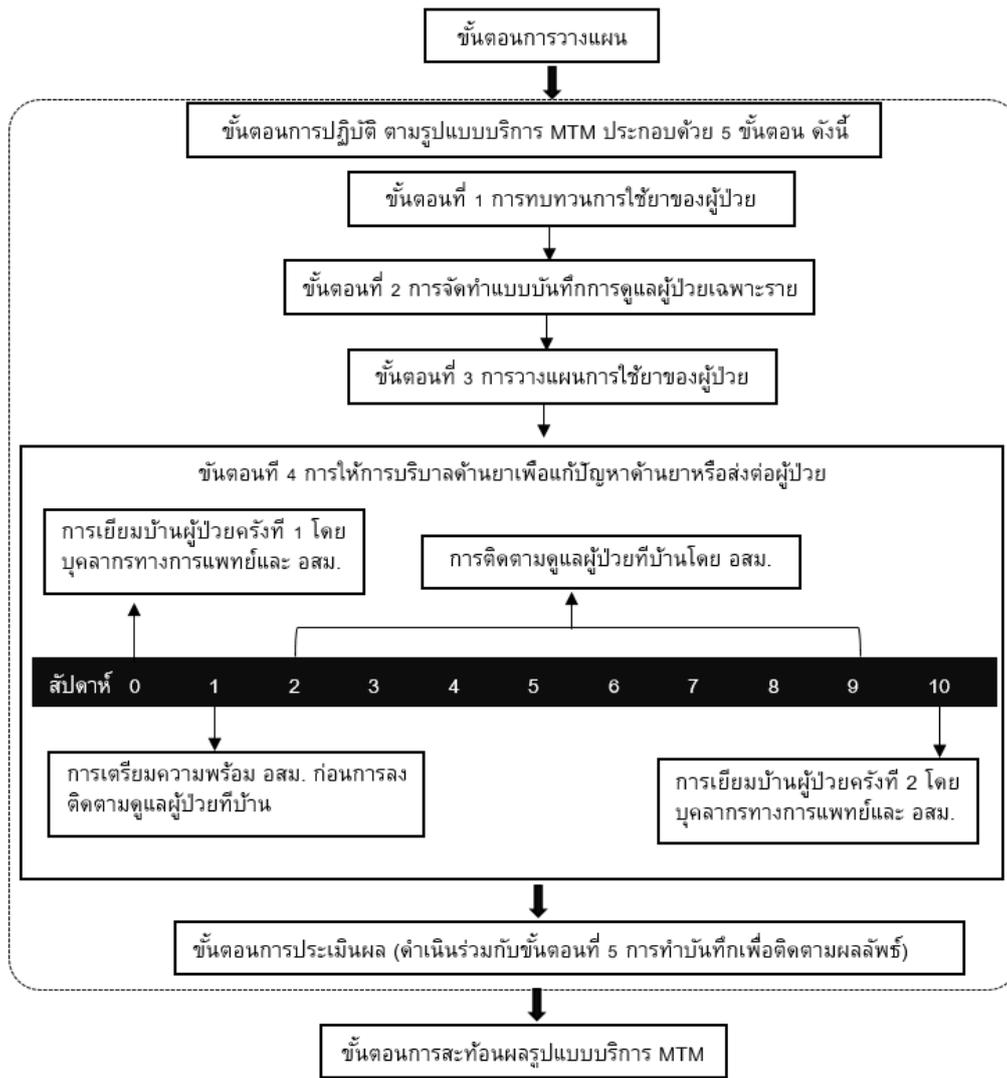
มีสถานพยาบาลจำนวน 4 แห่ง ประกอบด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวน 3 แห่งและศูนย์สุขภาพชุมชนจำนวน 1 แห่ง

**การสัมภาษณ์บุคลากรทางการแพทย์ :** ผู้วิจัยซึ่งเป็นเภสัชกรดำเนินการสัมภาษณ์บุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นผู้รับผิดชอบงานปฐมภูมิของอำเภอแม่ลานในแต่ละพื้นที่ทั้งหมด 5 คน ได้แก่ แพทย์จำนวน 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพของ รพ.สต. แห่งละ 1 คน รวมจำนวน 3 คน และพยาบาลวิชาชีพของศูนย์สุขภาพชุมชนแม่ลานจำนวน 1 คน การสัมภาษณ์เป็นแบบรายบุคคล โดยผู้วิจัยขออนุญาตบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ การสัมภาษณ์ดำเนินการ ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลแม่ลาน ใช้เวลา 15-20 นาทีต่อคน

ก่อนการสัมภาษณ์เภสัชกรคืนข้อมูลปฏิบัติการของปัญหาและสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยในชุมชนของอำเภอแม่ลานจำนวน 41 คนที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้เป็นปกติ และมีการใช้ยารักษาโรคความดันโลหิตตั้งแต่ 4 รายการขึ้นไป ข้อมูลส่วนนี้ได้จากการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยและการประเมิน INHOMESSS ในผู้ป่วยในช่วงก่อนเริ่มการวิจัย จากนั้นเภสัชกรให้ผู้เข้าร่วมสัมภาษณ์แสดงความเห็นในประเด็นต่าง ๆ ได้แก่ ความคิดเห็นต่อปัญหาพฤติกรรมสุขภาพที่เกิดขึ้น การแก้ไขปัญหาพฤติกรรมสุขภาพในชุมชนในอดีต วิธีการที่อาจช่วยลดปัญหาในอนาคต และการมีส่วนร่วมของบุคลากรทางการแพทย์และ อสม. ในการดำเนินการแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น

หลังจากนั้นเภสัชกรให้ข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบบริการ MTM สำหรับดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน จากนั้นให้ผู้เข้าร่วมการสัมภาษณ์แสดงความเห็นในเรื่องออกแบบและวางแผนการแก้ไขปัญหาด้านรูปแบบบริการ MTM โดยมีประเด็นการสัมภาษณ์ ได้แก่ ความคิดเห็นสำหรับการนำรูปแบบบริการ MTM มาดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน การมีส่วนร่วมของบุคลากรทางการแพทย์และ อสม. ในการดูแลผู้ป่วย การเตรียมความพร้อมให้กับ อสม. และการดำเนินงานเยี่ยมบ้านและติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

**การสนทนากลุ่มใน อสม. :** การสนทนากลุ่มทำใน อสม. 17 คนซึ่งมีคุณสมบัติดังนี้ เป็น อสม. ประจำครัวเรือนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการวิจัย มีโทรศัพท์ที่สามารถสื่อสารผ่าน Line application ได้ สามารถสื่อสารด้วยภาษามลายู และยินดีเข้าร่วมงานวิจัย การศึกษาจัดการสนทนากลุ่มจำนวน 4 กลุ่ม กลุ่มละ 4-5 คนตามพื้นที่ที่



รูปที่ 1. ขั้นตอนการดำเนินงานการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

รับผิดชอบของ อสม. ผู้วิจัยขออนุญาตบันทึกเสียงการสนทนากลุ่ม การสนทนากลุ่มดำเนินการโดยใช้ขั้นตอนเดียวกับที่ใช้ในบุคลากรทางการแพทย์

### ขั้นตอนการปฏิบัติ

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้โดยใช้ MTM ที่พัฒนาขึ้น มี อสม. เยี่ยมบ้าน ติดตามและดูแลผู้ป่วยในชุมชนร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ รูปแบบฯ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนของ MTM ได้แก่ การทบทวนการใช้ยาของผู้ป่วย การจัดทำบันทึกการใช้ยาของผู้ป่วยแต่ละราย การวางแผนการใช้ยาของผู้ป่วย การให้การบริบาลด้านยาเพื่อแก้ปัญหาด้านยาหรือส่งต่อผู้ป่วย และการทำบันทึกเพื่อติดตามผลลัพธ์

เกณฑ์การผู้วิจัยคัดเลือกตัวอย่างในการวิจัยด้วยวิธีเจาะจง คือ เป็นผู้ป่วยที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้

โดยรับยารักษาความดันโลหิตตั้งแต่ 4 รายการขึ้นไป อาจมีหรือไม่มีโรคร่วมอื่น ๆ อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอแม่ลานมากกว่า 1 ปี และยินดีเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ การศึกษาคำนวณขนาดตัวอย่างในงานวิจัยโดยใช้โปรแกรม G\*power version 3.1.9.4 โดยใช้สูตรสำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของประชากรสองกลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน การคำนวณใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD) ของความดันโลหิตก่อนและหลังจากการลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในครั้งที่ผ่านมาก่อนเริ่มงานวิจัย ซึ่งมีค่าเท่ากับ  $166.23 \pm 9.54$  mmHg และ  $157.45 \pm 11.62$  mmHg ตามลำดับ ผู้วิจัยกำหนดความคลาดเคลื่อนชนิดที่หนึ่งเท่ากับ 0.05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับ 0.8 การคำนวณได้จำนวนผู้ป่วย 14 คน เมื่อเพิ่มขนาดตัวอย่างเพื่อการสูญเสียอีกร้อยละ 20 ได้จำนวนผู้ป่วยในงานวิจัยทั้งหมด 17 คน

## ขั้นตอนการประเมินผล

ขั้นตอนการประเมินผลดำเนินการร่วมกับรูปแบบบริการ MTM ในขั้นตอนที่ 5 หรือการทำบันทึกเพื่อติดตามผลลัพธ์ การประเมินผลของรูปแบบบริการ MTM แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ 1) การประเมินผลลัพธ์ของผู้ป่วย ได้แก่ ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของผู้ป่วย ร้อยละของผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตได้ ร้อยละของผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมสุขภาพ และความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อรูปแบบบริการ MTM โดยใช้ข้อมูลจากการเยี่ยมบ้านโดยบุคลากรทางการแพทย์และ อสม. ครั้งที่ 1 จากการปฏิบัติในขั้นตอนที่ 1 ของรูปแบบบริการ MTM และครั้งที่ 2 จากการปฏิบัติในขั้นตอนที่ 4 ของรูปแบบบริการ MTM และ 2) การประเมินกระบวนการของรูปแบบบริการ MTM โดยบุคลากรทางการแพทย์และ อสม. การประเมินส่วนนี้ใช้การสัมภาษณ์บุคลากรทางการแพทย์และการสนทนากลุ่ม อสม. คำถามที่ใช้ได้แก่ จุดแข็งที่เอื้อต่อความสำเร็จ ปัญหาและอุปสรรค และข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาการดำเนินงาน

เครื่องมือที่ใช้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 แนวคำถามการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มสำหรับการประเมินกระบวนการของรูปแบบบริการ MTM แบบบันทึกการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม และเครื่องบันทึกเสียง ส่วนที่ 2 เป็นเครื่องมือที่ใช้พัฒนารูปแบบบริการ MTM ได้แก่ แบบประเมิน INHOMESSS แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการรับบริการ MTM ใน 7 ด้าน คือ 1) การเข้าถึงปัญหาที่เกิดขึ้น 2) ความรู้และคำแนะนำการแก้ไขปัญหา 3) การติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้านของ อสม. 4) สื่อความรู้ที่ได้รับ 5) ระยะเวลาในการเยี่ยมบ้าน 6) ระยะเวลาในการติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และ 7) ประโยชน์ที่เกิดขึ้นหลังการเยี่ยมบ้าน และติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้าน คำถามในแต่ละด้านมีตัวเลือก 5 ระดับ จาก 1 ถึง 5 โดยระดับ 1 หมายถึง ผู้ป่วยมีระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด และ ระดับ 5 หมายถึง ผู้ป่วยมีระดับความพึงพอใจดีมาก

การประเมินคุณภาพเครื่องมือทำโดยตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน และภาษาที่ใช้ในคำถาม ความเหมาะสมของเนื้อหาคำถามกับกลุ่มตัวอย่างและวัตถุประสงค์การวิจัย การตรวจสอบทำโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 4 ท่าน ได้แก่ เภสัชกรปฏิบัติงาน ณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาลกะพ้อ จังหวัดปัตตานี ซึ่งมีประสบการณ์การ

ทำงานด้านปฐมภูมิมากกว่า 10 ปี และและอาจารย์ 2 ท่าน ที่เชี่ยวชาญด้านเภสัชศาสตร์สังคมและการบริหาร ของคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

## ขั้นตอนการสะท้อนผล

ขั้นตอนการสะท้อนผลการใช้รูปแบบบริการ MTM เป็นการสัมภาษณ์บุคลากรทางการแพทย์และการสนทนากลุ่ม อสม. ที่ร่วมในการวิจัย เพื่อสรุปผลการประเมินรูปแบบบริการ MTM และแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อประเมินกระบวนการในรูปแบบบริการ MTM และสรุปหาประเด็นที่ควรพัฒนาในรูปแบบบริการ MTM

## การวิเคราะห์ข้อมูล

การสรุปร้อยละของปัญหาในแต่ละด้านของผู้ป่วย เช่น ภาวะโภชนาการ ความเชื่อและทัศนคติที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว การใช้จ่าย และการสื่อสารกับผู้ป่วย ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อรูปแบบบริการ MTM ใช้สถิติเชิงพรรณนา การประเมินกระบวนการตามรูปแบบบริการ MTM โดยบุคลากรทางการแพทย์และ อสม. เพื่อสรุปถึงจุดแข็งที่เอื้อต่อความสำเร็จ ปัญหาและอุปสรรค และข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ส่วนการประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบบริการ MTM ทำโดยเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังใช้รูปแบบดังกล่าว การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของผู้ป่วยก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ ใช้สถิติ Paired T-test ส่วนการเปรียบเทียบร้อยละของผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตได้ตามแนวทางรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562 ก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ ใช้สถิติ McNemar การศึกษากำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95.0

## ผลการวิจัย

### ขั้นตอนการวางแผน

#### ปัญหาของผู้ป่วยในชุมชน

จากการเยี่ยมบ้านของผู้ป่วย 16 คนที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้เป็นปกติและใช้ยาลดความดันโลหิตตั้งแต่ 4 รายการขึ้นไป โดยบุคลากรทางการแพทย์และ อสม. พบปัญหาที่เกิดขึ้นทั้งหมด 4 ด้าน คือ

1) ปัญหาด้านภาวะโภชนาการ : ผู้ป่วยทั้งศาสนาพุทธและศาสนาอิสลามจำนวน 14 คนชอบการรับประทานน้ำบูดูที่มีรสชาติเค็มจัด และเป็นวัฒนธรรมอาหารประจำ

พื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักประกอบอาหารโดยใช้น้ำบูดูมาปรุงร่วมกับเมนูอาหารในแต่ละมื้อ ดังคำกล่าว

“ตื่นเช้ามาชอบกินข้าวยากับน้ำบูดู เพราะลูกซื้อให้กินเกือบทุกวัน”

### 2) ปัญหาด้านความเชื่อและทัศนคติที่เกี่ยวข้อง

2.1) การรับรู้ถึงอุปสรรคต่อการใช้ยาและการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ: ผู้ป่วยทุกรายรับรู้ถึงอุปสรรคในการรับประทานยาและการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ส่งผลต่อโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรสวนยางพารา จึงต้องเริ่มทำงานตั้งแต่หัวรุ่งจนถึงเที่ยงวัน ทำให้ลืมรับประทานยามื้อเช้าเป็นประจำ ผู้ป่วยบางรายดื่มแอลกอฮอล์เป็นบางครั้งเมื่อมีงานเลี้ยงสังสรรค์กับเพื่อน ดังคำกล่าว

“ผมทำอาชีพกรีดยาง บ่อยครั้งมากที่ลืมกินยามื้อเช้า บางครั้งก็คิดว่าค่อยกลับมากิน แต่พอกลับมาบ้านก็นอนพักผ่อนจนลืมกินยา”

2.2) ความเชื่อเรื่องการเป็นโรคไตจากการรับประทานยา: ผู้ป่วยจำนวน 15 คนเชื่อว่า การรับประทานยาเป็นประจำทำให้เป็นโรคไต ซึ่งเป็นความเชื่อที่บอกต่อกันมาจากเครือญาติหรือคนรู้จัก ดังคำกล่าว “เคยไปงานศพ เขาก็บอกกันว่าผู้ตาย ตายด้วยโรคไตวาย ก่อนเขาตายกินยาเป็นกระสอบเลย”

2.3) ความเชื่อว่าโรคและการหายจากโรคขึ้นกับพระเจ้า: ผู้ป่วยที่นับถือศาสนาอิสลามทุกคนยึดมั่นตามหลักการศาสนาอิสลามที่ว่า “อัลลอฮ์ผู้เป็นพระเจ้าได้ประทานโรคภัยไข้เจ็บและการหายจากการเจ็บป่วย โดยมีพระองค์เพียงองค์เดียวที่กำหนด” การยึดความเชื่อทางศาสนาอาจทำให้ผู้ป่วยไม่ใช้ยาตามแพทย์สั่ง และเกิดการปิดกั้นการรับรู้ถึงปัญหาของโรคที่เกิดขึ้น ดังคำกล่าว

“ก็เป็นคนหนึ่งที่เป็นโรคความดัน มีไตมาด้วย บางครั้งก็คิดนะว่ายามันก็ช่วยได้แหละ แต่จะหายหรือไม่หายจากโรคก็เป็นอีกเรื่องอัลลอฮ์ได้กำหนดไว้แล้ว ก็ถือว่า เป็นบททดสอบหนึ่งจากพระเจ้าที่เราเสี่ยงไม่ได้”

### 3) ปัญหาด้านการใช้ยา

3.1) การลืมรับประทานยาเป็นประจำ: ผู้ป่วยจำนวน 7 คนมักลืมรับประทานยาเป็นประจำเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเกษตรกรสวนยางพารา ซึ่งต้องเริ่มทำงานตั้งแต่หัวรุ่งจนถึงเที่ยงวัน ทำให้ลืมรับประทานยามื้อเช้าอยู่เป็นประจำ ดังคำกล่าว

“กลับมาจากตัดยางก็ต้องเลี้ยงลูก ทำกับข้าว แล้วนอนพัก นึกอีกที ลืมยามื้อเช้าไปแล้ว”

“ออกไปตัดยางตั้งแต่ตี 3 ตี 4 ไม่ได้พาถุงยาไปด้วย กว่าจะกลับก็เที่ยง ยาตอนเช้าอาจไม่ได้กิน”

3.2) ความเบื่อหน่ายจากการรับประทานยา ผู้ป่วยจำนวน 9 คน เกิดความเบื่อหน่ายจากการรับประทานยาเป็นระยะเวลาสั้นๆ และรู้สึกท้อต่อการรับประทานยาเนื่องจากขาดกำลังใจในการรักษา ทั้งนี้มีผู้ป่วยบางรายที่คนในครอบครัวเป็นกำลังใจ ทำให้ผู้ป่วยมีแรงกระตุ้นที่ดีสำหรับการรักษาต่อไป ดังคำกล่าว

“กินยามานานมากแล้ว รู้สึกเบื่อ บางครั้งก็หลง ๆ ลืม ๆ ด้วย”

“รู้สึกท้อ เบื่อ บางครั้งก็อยากหยุดไปเลย ไม่มีกำลังใจ คิดว่าเมื่อไหร่ จะหายซักที”

3.3) การเกิดอาการข้างเคียงจากการรับประทานยา ผู้ป่วยเกิดอาการข้างเคียงจากยาขับปัสสาวะที่ใช้ลดความดันโลหิตจำนวน 2 คน โดยผู้ป่วยหยุดรับประทานยาขับปัสสาวะในช่วงเย็น เนื่องจากปัสสาวะบ่อยในกลางคืนซึ่งส่งผลต่อการนอน อีกทั้งพบผู้ป่วยจำนวน 2 คน หยุดรับประทานยาลดความดันโลหิตบางชนิดเนื่องจากรับประทานแล้วมีนิ่วในไต ดังคำกล่าว

“ไม่อยากกินยาตัวนี้แล้ว กินแล้วฉี่บ่อยตอนกลางคืน พอตื่นมาแล้วบางครั้งก็นอนไม่หลับอีก”

“กินยาความดันอยู่ บางครั้งเวียนหัวคลื่นไส้เลย หยุดยาความดันทุกตัว ไปซื้อยาแก้เวียนหัวจากร้านยามา กินก่อน แล้วค่อยไปบอกอาการกับหมอในวันนัดรอบหน้า”

3.4) การหยุดรับประทานยาและกลับมารับประทานยาเมื่อมีอาการผิดปกติ ผู้ป่วยจำนวน 2 คน รับประทานยาลดความดันโลหิตเฉพาะเมื่อมีอาการปวดศีรษะหรือปวดท้ายทอย เพราะผู้ป่วยขาดความรู้ที่ถูกต้องในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง โดยผู้ป่วยคิดว่า หากตนเองไม่มีอาการที่ผิดปกติใด ๆ เกิดขึ้น สามารถหยุดรับประทานยาได้ทันที และกลับมารับประทานยาอีกครั้งเมื่อมีอาการปวดศีรษะหรือปวดท้ายทอย ดังคำกล่าว

“ก่อนหน้ากินยาอยู่ประจำ ซักพักหยุดยาไปนานแล้วมีอาการปวดหัวบ่อยมาก เลยหาข้อมูลจากกูเกิล เขาบอกว่าอาการปวดศีรษะเป็นอาการหนึ่งของคนที่มีความดันสูง เลยกลับมาลองกินยาความดันดู ก็ถือว่าดีขึ้น ทำให้กินบ้างหยุดบ้างตามอาการ”

### 4) ปัญหาด้านภาษา และการสื่อสารกับผู้ป่วย

4.1) การไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยกับบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วยที่นับถือศาสนาอิสลามทุกคนไม่สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ โดยสื่อสารได้ด้วยภาษามลายูเพียงภาษาเดียว ส่งผลทำให้เกิดปัญหากับบุคลากรทางการแพทย์ที่ไม่สามารถสื่อสารด้วยภาษามลายูได้ ดังคำกล่าว “มีเข้าใจบ้าง ไม่เข้าใจบ้างจากที่คุณหมอบพูด เพราะเกิดมาก็พูดมลายู บางครั้งต้องให้ลูกสาวฟังภาษาไทยแล้วแปลเป็นภาษามลายู”

4.2) การไม่สามารถอ่านฉลากยา ผู้ป่วยที่นับถือศาสนาอิสลามทุกคนอ่านฉลากยาภาษาไทยไม่ได้ เพราะสื่อสารด้วยภาษามลายูเพียงภาษาเดียวตั้งแต่กำเนิด ซึ่งเป็นวัฒนธรรมภาษาประจำพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้ ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่เข้าใจวิธีการใช้ยาที่ถูกต้อง ดังคำกล่าว “จบแค่ ป.4 สมัยก่อน อ่านภาษาไทยยังไม่ได้ แถวบ้านก็ไม่พูดภาษาไทยกัน พูดแค่ภาษามลายู บนฉลากก็รู้แค่ตัวเลข แต่ไม่รู้ตัวหนังสือว่ากินยังไง กินก่อนหรือกินหลัง”

### รูปแบบบริการ MTM ในชุมชน

การสัมภาษณ์บุคลากรทางการแพทย์และการสนทนากลุ่ม อสม. ทำให้ได้ข้อมูลสำหรับออกแบบและวางแผนแก้ไขปัญหาดังกล่าวด้วยรูปแบบบริการ MTM สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน รูปแบบฯ ดังกล่าว ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

#### ขั้นตอนที่ 1 การทบทวนการใช้ยาของผู้ป่วย

เภสัชกรทบทวนข้อมูลการใช้ยาและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยแต่ละรายจากโปรแกรม HOSxP ของโรงพยาบาลแม่ลาน และทบทวนผลการประเมินด้วยแบบประเมิน INHOMESSS จากการลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วยก่อนเริ่มการวิจัย หลังจากนั้น แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ และ อสม. ในพื้นที่ ลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วย โดยใช้แบบประเมิน INHOMESSS เก็บข้อมูลผ่านการพูดคุยเพื่อค้นหาปัญหาในแต่ละด้านของผู้ป่วย เภสัชกรพูดคุยเพื่อค้นหาปัญหาด้านการใช้ยาและปัญหาด้านความเชื่อและทัศนคติที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว แพทย์พูดคุยเพื่อค้นหาปัญหาด้านผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจร่างกาย พยาบาลวิชาชีพพูดคุยเพื่อค้นหาปัญหาด้านความสามารถในการช่วยเหลือตัวเอง ด้านภาวะโภชนาการ ด้านสภาพสิ่งแวดล้อมในบ้าน ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในบ้าน และเพื่อนบ้าน ด้านความปลอดภัยรอบ ๆ บ้าน และด้านสถานที่ที่รับบริการเมื่อเจ็บป่วย ส่วน อสม. เป็นผู้ให้ข้อมูล

พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเพิ่มเติมแก่บุคลากรทางการแพทย์ เป็นล่ามภาษามลายูเพื่อสื่อสารกับผู้ป่วย อีกทั้งร่วมทำความเข้าใจปัญหาในแต่ละด้านของผู้ป่วย หากพบปัญหาด้านสุขภาพของผู้ป่วย บุคลากรทางการแพทย์อาจให้คำแนะนำหรือความรู้เบื้องต้นเพื่อแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพในแต่ละด้านที่เกิดขึ้น

**ขั้นตอนที่ 2 การจัดทำแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย** เภสัชกรจัดทำแบบบันทึกดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายสำหรับการติดตามดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะปัญหาสุขภาพในด้านต่าง ๆ ที่พบจากการลงเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 ตามแบบประเมิน INHOMESSS บุคลากรทางการแพทย์บันทึกคำแนะนำและความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในแบบบันทึกดังกล่าว และให้ อสม. นำแบบบันทึกไปใช้ติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เภสัชกรเป็นผู้บันทึกคำแนะนำและความรู้ของปัญหาด้านการใช้ยาและปัญหาด้านความเชื่อและทัศนคติที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้บันทึกคำแนะนำและความรู้เกี่ยวกับปัญหาด้านภาวะโภชนาการและปัญหาด้านการสื่อสารกับผู้ป่วย และมีแพทย์เป็นผู้ตรวจทานอีกครั้ง

“ในขั้นตอนที่ 2 อยากให้เภสัชกรเป็นผู้จัดทำแบบบันทึกดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย และเห็นด้วยกับการให้บุคลากรทางการแพทย์ได้เขียนคำแนะนำหรือความรู้ตามปัญหาเพื่อดูแลเป็นเฉพาะรายเลย” (พยาบาลวิชาชีพ รพ.สต.)

“ในขั้นตอนที่ 2 อยากให้แต่ละวิชาชีพที่ลงไปดูคนไข้ เป็นผู้ให้คำแนะนำ เพราะแต่ละวิชาชีพจะมีมุมมองเห็นปัญหา รวมถึงการดูแลคนไข้ที่แตกต่างกัน แบ่ง ๆ และช่วย ๆ กันจะดีมาก” (พยาบาลวิชาชีพ ศูนย์สุขภาพชุมชน)

**ขั้นตอนที่ 3 การวางแผนการใช้ยาของผู้ป่วย** ทีมเยี่ยมบ้านนัดแนะเพื่อแจกแจงหน้าที่ในการดำเนินงาน แพทย์เป็นผู้ตรวจสอบคำแนะนำและให้ความรู้สำหรับผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้จัดเตรียมสถานที่และอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้อง จากการสนทนากลุ่มใน อสม. พบว่า อสม. ทุกคนต้องการทราบคำแนะนำและความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย รวมถึงการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยที่เกิดขึ้น ในขั้นตอนที่ 3 จึงกำหนดให้เภสัชกรนัดพบ อสม. ก่อนที่ อสม. จะพบผู้ป่วยจริงที่บ้าน ทั้งนี้เพื่อเตรียมความพร้อมโดยซักซ้อมเกี่ยวกับคำแนะนำและความรู้ที่ระบุในแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย ปัญหาด้านสุขภาพที่พบจากการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 การสอนการใช้เครื่องวัดความดันโลหิต การอ่านผล การแปลผล และการรายงานผลผ่าน Line application ทั้งนี้

เพื่อให้ อสม. สามารถดำเนินการกับผู้ป่วยและสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ได้อย่างถูกต้อง การซักซ้อมยังมีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงแก่ อสม. ในประเด็นความร่วมมือในการใช้ยาตามแพทย์สั่งของผู้ป่วยภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากโรคความดันโลหิตสูง และการให้ช่องทางติดต่อทางโทรศัพท์สำหรับผู้ป่วยที่มีข้อสงสัยเป็นต้น สุดท้ายเภสัชกรประเมินความรู้และความเข้าใจของ อสม. ด้วยแบบทดสอบวัดความรู้ ซึ่ง อสม. แต่ละคนจะต้องได้คะแนนมากกว่าร้อยละ 80 จึงจะผ่านเกณฑ์สำหรับการลงติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ดังคำกล่าว

*“เห็นด้วยที่จะให้ อสม. ติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้าน แต่อาจต้องมีข้อมูลหรือเครื่องมือในการดูแลให้ อสม. เพราะ บางครั้ง อสม. ก็ไม่ได้มีความรู้ที่มากและสามารถแก้ไขปัญหาได้ตรงจุดที่คนไข้เป็น” (อสม.)*

**ขั้นตอนที่ 4 การให้การบริบาลเภสัชกรรมเพื่อแก้ปัญหาด้านยาหรือส่งต่อผู้ป่วย อสม. ติดตามผู้ป่วยที่บ้าน เดือนละ 1 ครั้ง รวม 2 เดือน สุดท้ายเป็นการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยครั้งที่ 2 โดยบุคลากรทางการแพทย์และ อสม. และให้ผู้ป่วยทุกคนตอบแบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการบริการ MTM ระหว่างการติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้าน หากพบว่าผู้ป่วยมีอาการผิดปกติหรือมีค่าความดันโลหิตที่บ้านในระดับวิกฤต (มากกว่า 180/120 mmHg) ให้ อสม. รายงานผลให้บุคลากรทางการแพทย์ทราบและประสานงานสำหรับการส่งต่อผู้ป่วยมาโรงพยาบาลในทันที ดังคำกล่าว**

*“กรณีที่ อสม. รายงานคนไข้มีค่าความดันในระดับวิกฤต ก็อยากให้นำโรงพยาบาลทันที เพราะบางครั้งคนไข้จำเป็นต้องฉีดยาไฮดรอลาลีนเพื่อลดความดันในทันที” (พยาบาลวิชาชีพ ศูนย์สุขภาพชุมชน)*

**ขั้นตอนที่ 5 การทำบันทึกเพื่อติดตามผลลัพธ์ของผู้ป่วย** เภสัชกรรวบรวมแบบประเมิน INHOMESSS และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการรับบริการ MTM ตลอดจนข้อมูลเกี่ยวกับค่าความดันโลหิต และปัญหาด้านการใช้ยาของผู้ป่วย ผลลัพธ์ของผู้ป่วยที่ศึกษา ได้แก่ ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต จำนวนผู้ป่วยที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ปัญหาในแต่ละด้านของผู้ป่วย เช่น ภาวะโภชนาการ ความเชื่อและทัศนคติที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว การใช้ยาและการสื่อสารกับผู้ป่วย และความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อรูปแบบการบริการ MTM ทั้งนี้หากพบผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้เป็นปกติ

(ค่าความดันโลหิตมากกว่า 140/90 mmHg) หรือพบปัญหาการใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง เภสัชกรจะดำเนินการตามรูปแบบบริการใหม่อีกครั้งในผู้ป่วยรายนั้น

**ขั้นตอนการปฏิบัติ**

**ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย**

ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตและรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตตั้งแต่ 4 รายการขึ้นไป เข้าร่วมโครงการจำนวน 17 คน มีผู้ป่วยจำนวน 1 คนออกจากโครงการวิจัยในระหว่างการเก็บข้อมูล ทำให้มีผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจำนวน 16 คน ตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (11 คน) อายุเฉลี่ยเท่ากับ 61.50 ± 5.28 ปี ประกอบอาชีพเกษตรกร (ทำสวนยางพารา) (9 คน) ผู้ป่วยนับถือศาสนาพุทธจำนวน 9 คน และนับถือศาสนาอิสลามจำนวน 7 คน ทุกคนไม่มีประวัติแพ้ยา โรคที่เป็นร่วมกับโรคความดันโลหิตมากที่สุดคือ โรคเบาหวาน

**กรณีศึกษาการใช้ MTM ดูแลผู้ป่วย**

จากการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยป่วยเพศหญิงท่านหนึ่งที่นับถือศาสนาอิสลามพบว่า ปัจจุบันผู้ป่วยใช้ยาลดความดันโลหิต 4 รายการ ปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การรับประทานน้ำぶดู การลืมรับประทานยาอยู่เป็นประจำ การสื่อสารภาษาไทยกับบุคลากรทางการแพทย์ไม่ได้ การอ่านฉลากยาไม่ได้ และความเชื่อว่าการกินยาทำให้เกิดโรคไต และการหายจากโรคขึ้นกับพระเจ้า ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ใช้ยาตามแพทย์สั่ง จากปัญหาที่เกิดขึ้น เภสัชกรจัดทำแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย มีการบันทึกคำแนะนำและความรู้เพื่อจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นโดยบุคลากรทางการแพทย์ และให้ อสม. นำแบบบันทึกดังกล่าวไปใช้ติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้าน คำแนะนำและความรู้ของ อสม. ที่ใช้สำหรับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น มีดังนี้

การรับประทานน้ำぶดู: การแก้ไขทำโดยแนะนำความรู้ตามแนวทางโภชนาบำบัดโรคความดันโลหิตสูงเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่เหมาะสม ผู้ป่วยรายนี้เป็นผู้ทำอาหารให้ครอบครัวรับประทาน จึงสามารถให้คำแนะนำโดยตรงกับผู้ป่วยถึงปริมาณโซเดียมในแต่ละประเภทอาหารทั้งของสดและผลิตภัณฑ์ที่แปรรูป รวมทั้งมีการระบุถึงปริมาณโซเดียมในหน่วยมิลลิกรัมต่อหนึ่งช้อนชาในแต่ละประเภทอาหารสำหรับการบริโภคในแต่ละครั้งเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยได้รับปริมาณโซเดียมเกินในแต่ละวัน

การลิ้มรับประทานยาอยู่เป็นประจำ: การแก้ไขทำโดยแนะนำให้ผู้ป่วยนำยาที่รับประทานในมือเข้าติดตัวไปในทุกวันเพื่อป้องกันการหลงลืมรับประทานยา และให้ความรู้เพื่อสร้างความตระหนักถึงอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากโรคความดันโลหิตสูงหากไม่รับประทานยาในทุก ๆ วัน

การใช้ภาษามลายูเป็นหลักในผู้ป่วยรายนี้ ทีมเยี่ยมบ้านไม่สามารถสื่อสารกับผู้ป่วยได้ อสม. ซึ่งเป็นคนในพื้นที่จึงทำหน้าที่เป็นคนกลางในการสื่อสารกับผู้ป่วยและทีมเยี่ยมบ้าน ทำให้บุคลากรทางการแพทย์เข้าถึงปัญหาด้านสุขภาพของผู้ป่วยได้มากขึ้น นอกจากนี้สำหรับปัญหาการอ่านฉลากยาไม่ได้ เภสัชกรได้ปรับเปลี่ยนฉลากแบบเดิมเป็นฉลากรูปภาพสำหรับผู้ป่วย และให้ อสม. แนะนำการใช้ฉลากยารูปภาพกับผู้ป่วยอีกครั้งที่บ้านผู้ป่วยและ

ความเชื่อว่าโรคและการหายจากโรคขึ้นกับพระเจ้า: การแก้ไขทำโดยให้ อสม. พูดคุยกับผู้นำศาสนาในชุมชนเรื่องการรับประทานยาลดความดันโลหิตสูงอย่างเป็นประจำ โดยแนะนำความรู้เพื่อสร้างความตระหนักถึงอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากโรคความดันโลหิตสูง และให้ผู้นำศาสนามาพูดคุยต่อผู้ป่วยเป็นรายบุคคล มีการติดตามความรู้ของผู้ป่วยหลังจากพูดคุยกับผู้นำศาสนาโดย อสม.

### ขั้นตอนการประเมินผล

#### ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วย

หลังการดำเนินการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยด้วยรูปแบบบริการ MTM พบว่า จำนวนผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้เป็นปกติเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเพิ่มจาก 0 เป็น 9 คนในสัปดาห์ที่ 10 จากผู้ป่วยทั้งหมด 16 ( $P=0.045$ ) ค่าความดันโลหิตซิสโตลิกของผู้ป่วยเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจาก  $156.25 \pm 10.28$  mmHg เป็น  $130.63 \pm 10.48$  mmHg ในสัปดาห์ที่ 10 ( $P<0.001$ ) ส่วนค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกของผู้ป่วยเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จาก  $86.5 \pm 12.68$  mmHg เป็น  $77.31 \pm 7.94$  mmHg ในสัปดาห์ที่ 10 ( $P=0.017$ ) ดังแสดงในตารางที่ 2

#### ปัญหาที่พบในผู้ป่วย

การเปรียบเทียบปัญหาในด้านโภชนาการที่ส่งผลให้ผู้ป่วยควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ในช่วงก่อนและหลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นพบว่า จำนวนผู้ป่วยที่รับประทานน้ำบดลดลงจาก 16 คนเหลือ 6 คนในสัปดาห์ที่ 10 ส่วนใน

ด้านการใช้จ่ายพบว่า จำนวนผู้ป่วยที่ลิ้มรับประทานยาลดลงจาก 7 รายเหลือ 2 รายในสัปดาห์ที่ 10 ส่วนในด้านความเชื่อและทัศนคติพบว่า จำนวนผู้ป่วยที่มีความเชื่อโรคไตจากการรับประทานยาลดลงจาก 16 คนเหลือเพียง 1 คนในสัปดาห์ที่ 10 หลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น ไม่พบปัญหาความเบื่อหน่ายการรับประทานยา การเกิดอาการข้างเคียงจากการรับประทานยา การหยุดรับประทานยาและกลับมารับประทานยาเมื่อมีอาการผิดปกติ ผู้ป่วยศาสนาอิสลามไม่เข้าใจฉลากยา ความเชื่อที่ว่าความเจ็บป่วยและการหายจากโรคขึ้นกับพระเจ้า และการไม่สามารถสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ขณะเยี่ยมบ้าน

#### ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อ MTM

ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการทั้ง 16 คน พึงพอใจในระดับมากต่อรูปแบบบริการ MTM โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ  $4.58 \pm 0.5$  (คะแนนเต็ม 5) ความพึงพอใจด้านการเข้าถึงปัญหาที่เกิดขึ้น ความรู้และคำแนะนำการแก้ไขปัญหาการติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้านของ อสม. สื่อความรู้ที่ได้รับระยะเวลาในการเยี่ยมบ้าน ระยะเวลาในการติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และประโยชน์ที่เกิดขึ้นหลังการเยี่ยมบ้านและติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้าน มีคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 4.50 จากคะแนนเต็ม 5 ในทุกด้าน

### ขั้นตอนการสะท้อนผล

#### จุดแข็งที่เอื้อต่อความสำเร็จ

1) ความพร้อมของบุคลากรทางการแพทย์และ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนของอำเภอแม่ลาน บุคลากรทางการแพทย์ทุกคนผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรตามวิชาชีพสำหรับการดูแลผู้ป่วยในชุมชน และร่วมกันดูแลผู้ป่วยเป็นที่สหวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร และพยาบาลวิชาชีพ ตลอดจนมีการวางแผนเพื่อเตรียมพร้อมสำหรับการดูแลผู้ป่วยร่วมกับ อสม. ในพื้นที่ และมีการประสานงาน การสื่อสาร และการส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยสำหรับการดูแลผู้ป่วยในชุมชนจากคลินิกโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลแม่ลานสู่ รพ.สต. ที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยในชุมชน จึงมีผลทำให้บุคลากรทางการแพทย์และ อสม. มีความพร้อมต่อการดูแลผู้ป่วยในชุมชน ดังคำกล่าว

“ทุกครั้งที่จะลงชุมชนเพื่อไปดูแลไข้ เราก็จะมีการสื่อสารกันผ่านกลุ่ม Line NCD ที่มีทั้งเจ้าหน้าที่ของ รพ.และ รพ.สต. ที่รับผิดชอบงาน เพื่อสอบถามความสะดวกและทำ

การส่งข้อมูลคนไข้ก่อนลงพื้นที่จริง” (พยาบาลวิชาชีพ รพ.สต.)

2) รูปแบบบริการ MTM: รูปแบบบริการ MTM มี อสม. ดูแลผู้ป่วยร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ ตลอดจนนำ ข้อมูลที่ได้ไปคืนต่อชุมชน รูปแบบดังกล่าวมีการแก้ไข ปัญหาของผู้ป่วยผ่านการมีส่วนร่วมของบุคลากรทาง การแพทย์และ อสม. ในพื้นที่อย่างเหมาะสมกับบริบทและ สภาพปัญหาของพื้นที่ ในขั้นตอนของ MTM มีการระบุ ผู้ดำเนินการ เครื่องมือที่ใช้ และรายละเอียดการปฏิบัติการ ในแต่ละขั้นตอนที่ชัดเจน จึงทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ดังคำกล่าว

“MTM มีรายละเอียดชัดเจน มีการนำเครื่องมือมา ใช้ มีคำตอบของการแก้ไขปัญหาก็กับคนไข้ได้ที่สามารถ นำมาใช้ได้จริง” (พยาบาลวิชาชีพ รพ.สต.)

3) การเตรียมความพร้อมของ อสม. ก่อนการดูแล ผู้ป่วย รูปแบบบริการ MTM มีการติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดย อสม. แต่ในช่วงก่อนดำเนินการ เกสซ์กรได้เตรียม ความพร้อมทั้งด้านความรู้และคำแนะนำแก่ อสม. เพื่อแก้ไข ปัญหาของผู้ป่วยในภาพรวมและรายบุคคล อีกทั้งมีการวัด ความรู้ของ อสม. ด้วยแบบทดสอบ จึงทำให้ อสม. มีความรู้ ความสามารถในการติดตามดูแลผู้ป่วยในชุมชนที่มากขึ้น ดังคำกล่าว

“ส่วนตัวก็รู้สึกไม่ได้มีความรู้มาก แต่ถ้ามีเกสซ์กร มาช่วยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหรือยา ก็อาจช่วยให้ อสม. อย่างเรามีความรู้ที่จะช่วยคนไข้ได้มากขึ้น” (อสม.)

4) ระยะเวลาของการเยี่ยมบ้านและความถี่การ ติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้าน รูปแบบการดูแลผู้ป่วยในชุมชน มี การกำหนดระยะเวลาในการลงเยี่ยมบ้านและการติดตาม ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อให้เกิดความสะดวกต่อการดูแลผู้ป่วย ในชุมชน จากงานวิจัยพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่พึงพอใจต่อ รูปแบบบริการ MTM ในระดับดีมาก ทั้งระยะเวลาในการ เยี่ยมบ้านและระยะเวลาในการติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ดังคำ กล่าว

“คิดว่าให้ อสม. ลงติดตามคนไข้ที่บ้าน เดือนละ ครั้ง เพราะหากติดตามสัปดาห์ละครั้งอาจจะบ่อยไป จน คนไข้ไม่สะดวกมาพบเจอ อีกอย่าง อสม. ก็มีงานอื่น ๆ อีก แต่เดือนละครั้งก็เหมาะสมแล้ว” (อสม.)

5) การใช้แบบประเมิน INHOMESSS ในการเยี่ยม บ้าน การประเมินด้วยแบบประเมิน INHOMESSS ทำให้ บุคลากรทางการแพทย์และ อสม. เข้าถึงปัญหาและสามารถ

แก้ไขปัญหของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง นอกจากนี้การ ติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้านของ อสม. โดยใช้แบบบันทึกการ ดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายเพื่อให้คำแนะนำและความรู้แก่ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำและแก้ไขปัญหาที่ เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง ดังคำกล่าว

“ตอนเยี่ยมบ้านคนไข้รอบก่อน ๆ จะเน้นประเด็น แค่พฤติกรรมและการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องของคนไข้ แต่พอนำ INHOMESSS เข้ามา ก็ช่วยให้เราซักถามอีกหลายปัญหา ของคนไข้ได้มากขึ้น” (พยาบาลวิชาชีพ รพ.สต.)

### ปัญหาและอุปสรรค

ปัญหาที่พบ คือ บุคลากรทางการแพทย์ไม่ เพียงพอต่องานประจำ บุคลากรทางการแพทย์ที่เยี่ยมบ้าน ของผู้ป่วย ประกอบด้วย แพทย์ เกสซ์กร และพยาบาล วิชาชีพ ซึ่งต้องมีการวางแผนการดำเนินการร่วมกัน บางครั้งบุคลากรแต่ละวิชาชีพต้องเผชิญกับภารกิจที่จำเป็น โดยมีจำนวนผู้ปฏิบัติงานในงานประจำที่ลดน้อยลง ส่งผลให้ เกิดปัญหาขาดแคลนบุคลากรในการให้บริการทาง การแพทย์ในบางช่วงเวลา ทำให้ไม่สามารถดำเนินการตาม แผนที่วางไว้ และต้องมีการปรับเปลี่ยนการดำเนินการที่ กำหนดในแผนก่อนหน้า

“บางครั้งก็มีจำนวนแพทย์ที่น้อยจากเหตุจำเป็นที่ ต้องลางาน ก็ต้องช่วยแพทย์คนอื่นตรวจคนไข้ก่อนเพราะ คนไข้เยอะ ทำให้ไม่สามารถลงไปเยี่ยมบ้านได้ ต้องหาวัน ใหม่อีกครั้ง” (แพทย์)

### ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

1) การให้ความรู้แก่คนในชุมชน โรคความดัน โลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบมากที่สุด ในอำเภอแม่ ลาน มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นต่อเนื่องในทุก ๆ ปี ประชาชน ส่วนใหญ่ได้รับความรู้และคำแนะนำด้านพฤติกรรมสุขภาพ เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงจากการเข้ารับบริการใน โรงพยาบาลแม่ลานเท่านั้น ในอนาคต หากมีสื่อหรือ กิจกรรมการให้ความรู้แก่ประชาชนในชุมชน อาจทำให้ ประชาชนมีความเข้าใจที่มากขึ้น และทำให้จำนวนผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงลดลงได้

“อยากเสนอให้มีเจ้าหน้าที่ทางโรงพยาบาลหรือน้องเกสซ์กรได้เป็นวิทยากรมาช่วยแบ่งปันความรู้แก่คนใน ชุมชนให้เขาได้ทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตว่า ควรป้องกัน รักษา และมีวิธีการดูแลกันยังไงบ้าง” (อสม.)

2) การเสริมสร้างความรู้แก่บุคคลในครอบครัวหรือ ผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต้องมีการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดีขึ้นเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้เป็นปกติ บุคคลในครอบครัวหรือผู้ดูแลมีส่วนในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้นควรให้ความรู้แก่บุคคลในครอบครัวด้วยเพื่อช่วยเป็นผู้กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ดีตลอดไป

“คุยกับสามีคนไข้ ดูเขาก็เชื่อว่ากินยาแล้วเป็นไตได้ เลยคิดว่าความเชื่อนี้ ไม่เพียงเกิดขึ้นกับคนไข้ คนดูแลก็มีความเชื่อเหมือนกัน ถ้าเราได้เข้าไปอธิบายและปรับเปลี่ยนความเชื่อคนในครอบครัวเขาได้ ก็จะช่วยทำให้เขารู้สึกใช้ยาอย่างปลอดภัยและสบายใจขึ้น” (พยาบาลวิชาชีพ รพ.สต.)

### การอภิปรายและสรุปผล

การแก้ไขปัญหของผู้ป่วยด้วยรูปแบบบริการ MTM ผ่านการเยี่ยมบ้านโดยบุคลากรทางการแพทย์และ อสม. และมีการติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้านโดย อสม. ส่งผลให้ผู้ป่วยควบคุมระดับความดันโลหิตได้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยค่าความดันโลหิตซิสโตลิกและค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกของผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Li และคณะที่พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับบริการรูปแบบ MTM มีค่าความดันโลหิตเข้าเป้าหมายเพิ่มมากขึ้น และระดับความดันโลหิตซิสโตลิกเฉลี่ยของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับบริการรูปแบบ MTM ลดลง (12)

หลังจากการใช้รูปแบบ MTM พบว่า ปัญหาของผู้ป่วยที่ลดลง ได้แก่ การรับประทานน้ำบด การลืมรับประทานยา และความเชื่อโรคไตที่จากการรับประทานยา ทั้งนี้ไม่พบปัญหาความเบื่อหน่ายจากการรับประทานยา การเกิดอาการข้างเคียงจากการรับประทานยา การหยุดรับประทานยาและกลับมารับประทานยาเมื่อมีอาการผิดปกติ อีกทั้งกลุ่มผู้ป่วยศาสนาอิสลามไม่พบปัญหาการไม่เข้าใจฉลากยา ความเชื่อตามศาสนาอิสลามที่ไม่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพ และการสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ขณะเยี่ยมบ้าน เนื่องจากปัญหาดังกล่าวได้ถูกแก้ไขจากการเยี่ยมบ้านโดยบุคลากรทางการแพทย์และ อสม. และการติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้านโดย อสม. สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุภาพร สนองเดช ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ผ่านการเยี่ยมบ้านโดยมีบุคลากรทางการแพทย์และ อสม. คอยให้คำแนะนำและแก้ไขปัญหาด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย ทำให้จำนวนผู้ป่วยที่เกิดปัญหาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(19)

การศึกษาแสดงให้เห็นว่า รูปแบบบริการ MTM ที่เกิดจากการออกแบบและพัฒนาของบุคลากรทางการแพทย์และ อสม. ในพื้นที่ สามารถช่วยให้การแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีระบบ รูปแบบดังกล่าวมีการวางแผนในแต่ละขั้นตอน รวมถึงการระบุผู้ดำเนินการเครื่องมือที่ใช้ และรายละเอียดการปฏิบัติในแต่ละขั้นตอนอย่างชัดเจน ทำให้ผู้ดำเนินการสามารถปฏิบัติตามขั้นตอนได้อย่างถูกต้อง ทั้งนี้ การให้ อสม. มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้แก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยได้มากขึ้น การเยี่ยมบ้านของบุคลากรทางการแพทย์และ อสม. และการติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้านของ อสม. มีการให้คำแนะนำเพื่อแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดีขึ้น ส่งผลให้ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีขึ้นและทำให้ปัญหาของผู้ป่วยลดลง ทั้งนี้ก่อนการติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้าน อสม. ทุกคนต้องผ่านการเตรียมพร้อมก่อนการลงติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยเภสัชกรเป็นผู้ชักชวนการแก้ไขปัญหของผู้ป่วยในภาพรวมและรายบุคคลกับ อสม.

บริการรูปแบบ MTM ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการวิจัยมีจุดแข็ง คือ ความพร้อมของบุคลากรทางการแพทย์และ อสม. การเตรียมความพร้อมให้กับ อสม. ก่อนการดูแลผู้ป่วย ระยะเวลาของการเยี่ยมบ้านและความถี่ การลงติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้านที่ชัดเจน และการใช้แบบประเมิน INHOMESSS ในการเยี่ยมบ้าน ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการพึงพอใจต่อรูปแบบบริการ MTM ในภาพรวมในระดับมาก และยังพึงพอใจต่อการรักษาโรคความดันโลหิตสูงและการให้บริการของบุคลากรทางการแพทย์

งานวิจัยนี้ทำในตัวอย่างขนาดเล็ก จึงไม่อาจสรุปผลอ้างอิงไปยังประชากรในวงกว้าง จึงควรมีการศึกษาที่ใช้กลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่ขึ้น การคัดเลือกตัวอย่างโดยใช้วิธีเฉพาะเจาะจง อาจส่งผลให้เกิดอคติในการเลือกตัวอย่าง ทำให้ผลการศึกษาไม่สะท้อนถึงสถานการณ์ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนโดยรวม งานวิจัยนี้ใช้เวลาในการติดตามผลลัพธ์ของรูปแบบบริการ MTM เพียง 2 เดือน จึงไม่ทราบผลลัพธ์ในระยะยาว เช่น ความยั่งยืนของผลการรักษาหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย จึงควรมีการติดตามและประเมินผลผู้ป่วยในระยะเวลาที่ยาวนานขึ้น เช่น 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อให้เห็นผลลัพธ์ของรูปแบบบริการ MTM ที่ชัดเจนขึ้น

งานวิจัยนี้ดำเนินการในพื้นที่อำเภอแม่ลาน จังหวัดปัตตานี ซึ่งมีลักษณะทางวัฒนธรรม ภาษา และ ศาสนาที่เฉพาะเจาะจง ผลลัพธ์ของการศึกษานี้อาจไม่สามารถนำไปใช้ได้โดยตรงกับชุมชนที่มีบริบททางสังคม และวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน จำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยน รูปแบบบริการให้เหมาะสมกับแต่ละพื้นที่ อย่างไรก็ตาม รูปแบบบริการ MTM ที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปปรับกับ พื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียงกับอำเภอแม่ลาน เช่น ชุมชนหรือ พื้นที่ที่มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวนมาก โดยปรับเปลี่ยน รูปแบบบริการให้เข้ากับวิถีชีวิต ภาษา ศาสนา และ วัฒนธรรมของพื้นที่นั้น ๆ อีกทั้งการใช้เทคโนโลยีพัฒนา เครื่องมือสำหรับดูแลผู้ป่วย เช่น แอปพลิเคชันติดตามการ ใช้ยาหรือการให้คำแนะนำผ่านแพลตฟอร์มออนไลน์ อาจ ส่งผลให้การสื่อสารและติดตามผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้น

### กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยความช่วยเหลือจาก บุคลากรทางการแพทย์และ อสม. ที่มีส่วนร่วมในการพัฒนา รูปแบบการจัดการด้านยาเพื่อดูแลผู้ป่วยที่ควบคุมความดัน โลหิตไม่ได้ในพื้นที่ ตลอดจนอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณ จากคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

### เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization Regional Office for South-East Asia. Hypertension fact sheet [online]. 2011 [cited Jun 25, 2023]. Available from: [www.searo.who.int/entity/noncommunicable\\_diseases/media/non\\_communicable\\_diseases\\_hypertension\\_fs.pdf](http://www.searo.who.int/entity/noncommunicable_diseases/media/non_communicable_diseases_hypertension_fs.pdf).
2. World Health Organization. New data highlight increases in hypertension or diabetes incidence [online]. 2012 [cited Jun 25, 2023]. Available from: [www.who.int/mediacentre/news/releases/2012/world\\_health\\_statistics\\_20120516/en/index.html](http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2012/world_health_statistics_20120516/en/index.html).
3. Health Data Center. Data service plan NCD in Maelan district [online]. 2023 [cited Jun 25, 2023]. Available from: [hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php](http://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php).
4. Office of Policy and Strategy Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Public health statistics for the year 1998-2010 [online]. 2010 [cited

- Jun 25, 2023]. Available from: [bps.ops.moph.go.th/index.php?mod=bps&doc=5](http://bps.ops.moph.go.th/index.php?mod=bps&doc=5).
5. Sodkomkham N. Factors affecting blood pressure control in patients with primary hypertension. Samut Song khram Province. Journal of Research for Promoting Health and Quality of Life 2022; 2: 25-36.
6. National Drug Information. Drug list in hospital [online]. 2022 [cited Jun 25, 2023]. Available from: [ndi.fda.moph.go.th](http://ndi.fda.moph.go.th).
7. Barker F, Atkins L, Lusignan S. Applying the COM-B behaviour model and behaviour change wheel to develop an intervention to improve hearing-aid use in adult auditory rehabilitation. Int J Audiol 2016; 55(Suppl 3): S90–S98. doi:10.3109/14992027.2015.1120894
8. Becker MH. Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. Med Care 1975; 13: 10–24.
9. Kumpiriyapong N, Sasat S. The effect of health belief program on medicine used behavior in older persons with hypertension. Royal Thai Navy Medical Journal 2017; 44: 67-83.
10. Ramalho de Oliveira D, Brummel AR, Miller DB. Medication therapy management: 10 years of experience in a large integrated health care system. J Manag Care Pharm 2010; 16: 185-95.
11. Metropolitan Health and Aged Care Services Division, Victorian Government Department of Human Services. Leading the way in continuing care: Improving care for older people initiative-A report on Victoria's achievements: January 2005–December 2007 [online]. 2008 [cited Jun 25, 2023]. Available from: [www.health.vic.gov.au/subacute](http://www.health.vic.gov.au/subacute).
12. Li N, Song JF, Zhang MZ, Min X, Hua HL, Chang YL. Impact of medication therapy management (MTM) service model on multi-morbidity patients with hypertension: a pilot RCT. BMC Geriatr 2023; 23: 10. doi:10.1186/s12877-023-03725-4

13. Yaengkratok S., Manglasiri R. Community health center operations manual. Nakhon Ratchasima: Chokcharoen Marketing, 2002.
14. Hatthirat S. The complete family doctor's handbook. 2nd ed. Bangkok: Moh Chao Ban; 2006.
15. Thavornwattanayon W. Basic knowledge and skills for family pharmacy work. Veridian E-Journal Science and Technology. Silpakorn University 2016; 3: 44–61.
16. Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. A manual for officials to elevate village health volunteers [online]. 2023 [cited Aug 5, 2023]. Available from: [www.dss.go.th/document/Manual for officials.pdf](http://www.dss.go.th/document/Manual%20for%20officials.pdf).
17. Sunthornbhaesaj S. Ethnic relations. 2nd ed. Bangkok: Ancient City; 2005.
18. Bureau of Non-Communicable Diseases, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Annual report 2016. Bangkok: WVO Officer of Printing Mill. 2023.
19. Sanongdech S. The results of pharmaceutical care in patients with diabetes and high blood pressure in the Subdistrict Health Promoting Hospital, Loei Hospital Network. Thai Journal of Clinical Pharmacy 2022; 28: 85-97.