



การประเมินผลโครงการคลินิกเคมียาโรคความดันโลหิตสูงโดยเภสัชกรในโรงพยาบาลศรีประจันต์

โดย

นางสาววิจิตรา ชิมตระกูล

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการจัดการทางเภสัชกรรม

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร

ปีการศึกษา 2557

ลิขสิทธิ์ของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร

การประเมินผลโครงการคลินิกเตมยาโรคความดันโลหิตสูงโดยเภสัชกรในโรงพยาบาลศรีประจันต์

โดย

นางสาววิจิตรา ชิมตระกูล

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการจัดการทางเภสัชกรรม

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร

ปีการศึกษา 2557

ลิขสิทธิ์ของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร

**PROJECT EVALUATION OF ANTIHYPERTENSIVE MEDICATION REFILL CLINIC BY
PHARMACIST AT SI PRACHAN HOSPITAL**

By

Miss Wijitra Simtrakul

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree

Master of Pharmacy Program in Pharmacy Management

Graduate School, Silpakorn University

Academic Year 2014

Copyright of Graduate School, Silpakorn University

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร อนุมัติให้วิทยานิพนธ์เรื่อง “ การประเมินผล
โครงการคลินิกเคมียาโรคความดันโลหิตสูงโดยเภสัชกรในโรงพยาบาลศรีประจันต์ ” เสนอโดย
นางสาววิจิตร чимตระกูล เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการจัดการทางเภสัชกรรม

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.ปานใจ ธารทัศนวงศ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

เภสัชกร ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรสิทธิ์ ล้อจิตรอำนาจ

คณะกรรมการตรวจสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ

(เภสัชกรหญิง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ผกามาศ ไมตรีมิตร)

...../...../.....

..... กรรมการ

(เภสัชกรหญิง รองศาสตราจารย์ ดร.ชะอรสิน สุขศรีวงศ์)

...../...../.....

..... กรรมการ

(เภสัชกรหญิง อาจารย์ ดร.เขวาลักษณ์ อ่ำรำไพ)

...../...../.....

..... กรรมการ

(เภสัชกร ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรสิทธิ์ ล้อจิตรอำนาจ)

...../...../.....

53362205 : สาขาวิชาการจัดการทางเภสัชกรรม

คำสำคัญ : คลินิกเดมยา โรคความดันโลหิตสูง

วิจิตรา ชิมตระกูล : การประเมินผลโครงการคลินิกเดมยาโรคความดันโลหิตสูง
โดยเภสัชกรในโรงพยาบาลศรีประจันต์. อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : ภก.พศ.ดร.สุรสิทธิ์
ลือจิตรอำนวย. 111 หน้า.

การวิจัยนี้เป็นแบบกึ่งทดลองและเชิงพรรณนา เพื่อเปรียบเทียบค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยก่อนและหลังเข้ารับบริการที่คลินิกเดมยาโรคความดันโลหิตสูงโดยเภสัชกร (คลินิกเดมยา) ศึกษาปัญหาด้านยา อาหาร และพฤติกรรมสุขภาพ ความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่รับบริการที่คลินิกเดมยาในโรงพยาบาลศรีประจันต์ 43 คน และผู้ให้บริการ 16 คน การรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน ถึง 31 ธันวาคม 2556 และผู้ให้บริการในเดือนมกราคม 2557 โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิก แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการ แบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ และ paired t-test เพื่อเปรียบเทียบค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยก่อนและหลังเข้ารับบริการ

ผลการวิจัยพบว่า ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวของผู้ป่วยก่อนและหลังเข้ารับบริการที่คลินิกเดมยาไม่แตกต่างกัน ($p=0.589$ และ 0.901 ตามลำดับ) พบปัญหาเกี่ยวกับยา 10 ครั้ง แก้ไขโดยส่งผู้ป่วยพบแพทย์และให้คำแนะนำการใช้จ่ายที่ถูกต้อง ผู้ป่วยมีความพึงพอใจบริการโดยรวมในระดับมากถึงมากที่สุดร้อยละ 86.05 และเห็นว่าคลินิกเดมยามีความสะดวกและรวดเร็วมากกว่าคลินิกโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 93.02 และ 95.35 ตามลำดับ) รวมถึงผู้ป่วยทุกรายยินดีเข้าร่วมโครงการฯ ต่อไป ผู้ให้บริการทุกรายมีความพึงพอใจต่อโครงการฯ ด้านความสะดวก รวดเร็ว และประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วย และเห็นว่าโครงการฯ นี้มีประโยชน์ ควรสนับสนุนให้ดำเนินงานต่อไป

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าคลินิกเดมยาทำให้ผู้ป่วยควบคุมค่าความดันโลหิตได้ไม่แตกต่างจากคลินิกโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาล ดังนั้นควรเพิ่มจำนวนผู้ป่วยที่รับบริการในคลินิกเดมยา โดยนำเสนอแนะจากการวิจัยนี้มาปรับปรุงการให้บริการและการดูแลผู้ป่วยให้มีความเหมาะสมมากขึ้น รวมถึงเภสัชกรทุกท่านในคลินิกเดมยาควรได้รับการพัฒนาความรู้และทักษะที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน

สาขาวิชาการจัดการทางเภสัชกรรม

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร

ลายมือชื่อนักศึกษา.....

ปีการศึกษา 2557

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

53362205 : MAJOR : PHARMACY MANAGEMENT

KEY WORD : REFILL CLINIC, HYPERTENSION

WIJITTRA SIMTRAKUL : PROJECT EVALUATION OF ANTIHYPERTENSIVE MEDICATION REFILL CLINIC BY PHARMACIST AT SI PRACHAN HOSPITAL. THESIS ADVISOR : ASSOC. PROF. SURASIT LOCHID-AMNUAY,Ph.D. 111 pp.

This is a quasi-experimental and descriptive study research design. The aims were to compare the blood pressure values before and after participation the antihypertensive medication refill clinic by pharmacist (Refill Clinic), investigate the occurrence of drug, food and health behavior related problems, and evaluate both patient and provider satisfaction. Forty three hypertensive patients who participate in Refill Clinic at Si Prachan Hospital (n=43) and sixteen providers (n=16) were enrolled in this study. Patient data collection was conducted during June 1,2013 till December 31, 2013 by patient clinical profile, questionnaire and provider data collection was conducted in January 2014 by interview. Statistics for data analysis were frequency, percentage and paired t-test to compare blood pressure values before and after participation the Refill Clinic

The result revealed that control of the systolic blood pressure values and diastolic blood pressure values at the Refill Clinic were not different from the Hypertention Clinic (p-values = 0.589 and p-values = 0.901, respectively). There were 10 drug related problems in which the pharmacist referred patients to the physician and recommended appropriate medication use. About 86.05 percent of the patients showed good and excellent satisfaction with overall service quality. Patients viewed that the service provided at the Refill Clinic was more convenient and faster than the Hypertension Clinic service. (93.02 percent and 95.35 percent, respectively). All patients were pleased to continue in participation to this project. Interviewing the providers also showed the result in the same direction as satisfaction with fast service, convenience, high efficacy and create benefits. Therefore they would continuously support this project.

This study indicated that the Refill Clinic under pharmacist management to control blood pressure was as effective as the Hypertension Clinic at hospital, thus increasing number of patients to this Refill Clinic are recommended. Suggestion from this thesis should be followed to improve the services and patient care. Capacity building in both knowledge and skill for pharmacists working the Refill Clinic should be developed.

Program of pharmacy management
Student's signature
Thesis Advisor's signature

Graduate School, Silpakorn University
Academic Year 2014

กิตติกรรมประกาศ

โครงการคลินิกเดิมาโรคความดันโลหิตสูงโดยเภสัชกร โรงพยาบาลศรีประจันต์ สามารถดำเนินการจนสำเร็จลุล่วงด้วยดี เนื่องจากได้รับความกรุณาจากบุคคลและหน่วยงานต่างๆ เป็นอย่างดี ผู้วิจัยจึงขอขอบพระคุณมา ณ ที่นี้ ได้แก่ นายแพทย์สุชน ยุวศิรินันท์ ท่านผู้อำนวยการ โรงพยาบาลศรีประจันต์ และเภสัชกรหญิงพวงพะกา เลี้ยงถนอม หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมและ คຸ້ມກອງຜູ້ບຣິໂກກທີ່ให้การสนับสนุนการจัดทำโครงการฯ นี้ นายแพทย์รัฐพล เวทสรณสุธี แพทย์ เฉพาะทางสาขาอายุรกรรม ผู้ให้คำแนะนำการจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยในโครงการฯ แพทย์ ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือคัดเลือกผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเข้าร่วมโครงการฯ พยาบาลแผนก ผู้ป่วยนอกทุกท่านที่ให้ความร่วมมือคัดกรองผู้ป่วยเข้ารับบริการที่คลินิกเดิมา ตลอดจนผู้ป่วยที่ เข้าร่วมโครงการฯ แพทย์ เภสัชกร และพยาบาลทุกท่านที่ให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถามและ แบบสัมภาษณ์ ซึ่งทำให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์เพื่อนำมาใช้ปรับปรุงโครงการฯ ต่อไปในอนาคต

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงความตั้งใจ ความเอาใจใส่ และความทุ่มเทของ เภสัชกร ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรสิทธิ์ ล้อจิตรอานวย อาจารย์ประจำภาควิชาเภสัชกรรมชุมชน คณะ เภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร อาจารย์ที่ปรึกษาโครงการวิจัย ที่กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำ โครงการวิจัยนี้ให้สำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ จึงขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญตาราง	ญ
สารบัญภาพ	ฎ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
วัตถุประสงค์ทั่วไป	4
วัตถุประสงค์เฉพาะ.....	4
สมมติฐานของการวิจัย.....	5
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	5
ขอบเขตของการวิจัย	5
นิยามศัพท์เฉพาะ	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	6
2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	7
การบริการคลินิกเติมยา (Refill Clinic)	7
ความหมาย.....	7
แนวคิดการพัฒนาคลินิกเติมยา	7
การพัฒนายาทางการแพทย์ของเภสัชกร	8
ปัญหาเกี่ยวกับยา (Drug related problem).....	10
วิธีการจัดการปัญหาของผู้ป่วย (Problem-oriented method)	16

โรคความดันโลหิตสูง.....	18
คำนิยาม	18
การประเมินความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง.....	19
การตรวจทางห้องปฏิบัติการ.....	19
ระดับความดันโลหิตเป้าหมาย.....	20
การรักษาโรคความดันโลหิตสูง.....	20
การติดตามผู้ป่วย.....	23
โรงพยาบาลศรีประจันต์	24
โครงการคลินิกเคมยาโรคความดันโลหิตสูงโดยเภสัชกร โรงพยาบาลศรีประจันต์	25
การประเมินโครงการ.....	26
ความหมาย.....	26
รูปแบบของการประเมินโครงการ	26
เกณฑ์และตัวชี้วัดระดับความสำเร็จของโครงการ	28
แนวคิดความพึงพอใจที่มีต่อสถานพยาบาล.....	29
วิธีการติดตามและวัดความพึงพอใจ	30
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	31
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	37
รูปแบบการวิจัย.....	37
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	37
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	38
ขั้นตอนการวิจัย	39
การเก็บรวบรวมข้อมูล	39
การวิเคราะห์ข้อมูล	40
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	41
ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย.....	41
ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วย	45

ผลการบริหารทางเภสัชกรรม	46
ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (Medical condition problem).....	46
ปัญหาเกี่ยวกับยา (Drug Related Problem)	49
ปัญหาด้านอาหารและพฤติกรรมสุขภาพ.....	52
การวิเคราะห์ความพึงพอใจของผู้รับบริการ	53
การวิเคราะห์ความพึงพอใจผู้ให้บริการ	57
5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	61
สรุปผลการศึกษา	61
อภิปรายผลการศึกษา	63
ข้อเสนอแนะ	69
ข้อจำกัดของการวิจัย	70
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป	70
รายการอ้างอิง	71
ภาคผนวก	76
ภาคผนวก ก แนวทางการดูแลผู้ป่วยในโครงการคลินิกเดิมยาโรคความดันโลหิตสูง	77
ภาคผนวก ข การส่งต่อผู้ป่วยในโครงการคลินิกเดิมยาโรคความดันโลหิตสูงพบแพทย์....	81
ภาคผนวก ค แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิกและติดตามปัญหาผู้ป่วย	84
ภาคผนวก ง แบบสืบค้นปัญหาจากผู้ป่วย	88
ภาคผนวก จ แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการ	93
ภาคผนวก ฉ แบบสัมภาษณ์ผู้ให้บริการ.....	97
ภาคผนวก ช เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์.....	99
ภาคผนวก ซ เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย.....	101
ภาคผนวก ฌ หนังสือแสดงความยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัย	105
ภาคผนวก ฎ ค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยแต่ละครั้งที่เข้ารับบริการที่คลินิกเดิมยา	107
ประวัติผู้วิจัย	111

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	หมวดหลักของปัญหาเกี่ยวกับยา.....	11
2	หมวดสาเหตุของปัญหาเกี่ยวกับยา.....	12
3	หมวดวิธีการแก้ปัญหเกี่ยวกับยา.....	14
4	หมวดผลลัพธ์ของการแก้ปัญหเกี่ยวกับยา.....	15
5	การจำแนกระดับโรคความดันโลหิตสูง.....	19
6	การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสำหรับการรักษาโรคความดันโลหิตสูง.....	20
7	หลักการใช้ยาลดความดันโลหิต.....	22
8	ข้อห้ามใช้และข้อควรระวังในการใช้ยาลดความดันโลหิต.....	23
9	การวิเคราะห์ข้อมูล.....	40
10	สาเหตุที่ผู้ป่วยถูกคัดออกจากโครงการฯ.....	42
11	ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ณ วันที่เข้าร่วมโครงการฯ.....	43
12	การเปรียบเทียบค่าดัชนีมวลกาย (BMI).....	44
13	การเปรียบเทียบค่า Systolic Blood Pressure.....	45
14	การเปรียบเทียบค่า Diastolic Blood Pressure.....	45
15	ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (Medical condition problem).....	46
16	ปัญหาเกี่ยวกับยา (Drug Related Problem).....	50
17	เหตุผลในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการฯ.....	53
18	ความพึงพอใจของผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการฯ.....	54
19	การเปรียบเทียบบริการที่คลินิกเดิมยากับคลินิกโรคความดันโลหิตสูง.....	55
20	ความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อโครงการฯ.....	56
21	ข้อมูลบุคลากรที่มีส่วนได้ส่วนเสียต่อโครงการฯ.....	57
22	ค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยแต่ละครั้งที่เข้ารับบริการที่คลินิกเดิมยา.....	108

สารบัญภาพ

ภาพ		หน้าที่
1	การเลือกใช้ยาลดความดันโลหิตที่สามารถเสริมฤทธิ์กัน.....	22
2	องค์ประกอบของการประเมินโครงการ	26
3	ผังข้อเสนอแนะเกี่ยวกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยในโครงการฯ.....	70
4	ผังแนวทางการดูแลผู้ป่วยในโครงการคลินิกเต็มยาโรคความดันโลหิตสูง	80
5	ใบส่งต่อผู้ป่วยในโครงการคลินิกเต็มยาโรคความดันโลหิตสูงพบแพทย์.....	83

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสำคัญระดับประเทศ เนื่องจากเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม และไม่ได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่องเกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆ ได้แก่ โรคหลอดเลือดในสมองแตก สมองตาย จากการขาดเลือด เส้นเลือดสมองตีบและนำไปสู่การเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต ภาวะหัวใจวาย ไตเสื่อม และนำไปสู่ไตวายเรื้อรัง ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิต ภาวะเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งจากการสำรวจสุขภาพอนามัยประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป โดยการตรวจร่างกาย ปี 2551-2552 พบว่า โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงของภาวะโรคอันดับที่ 5 ของชายไทย และอันดับที่ 2 ของหญิงไทย โดยทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตประมาณปีละ 70,000 ราย ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับ ร้อยละ 21.4 (ประมาณ 10.8 ล้านคน) และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในอนาคต สัดส่วนของกลุ่มผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตไม่เกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอท เท่ากับ ร้อยละ 20.9 (สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย, ม.ป.ป.: 142-147) การควบคุมระดับความดันโลหิตให้บรรลุเป้าหมาย สามารถลดอุบัติการณ์ของภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ ภาวะหัวใจวาย ร้อยละ 50 อัมพฤกษ์หรืออัมพาต ร้อยละ 35-40 และกล้ามเนื้อหัวใจตาย ร้อยละ 20-25 สำหรับการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การรักษาโดยใช้ยา และการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต (Life style) เช่น ลดการดื่มแอลกอฮอล์ ลดปริมาณการบริโภคเกลือ หยุดสูบบุหรี่ ลดน้ำหนัก ออกกำลังกาย เพิ่มการบริโภคผักและผลไม้ และลดการบริโภคอาหารไขมัน เป็นต้น (วรรงค์ ลาภานันต์, 2554: 321-325)

จากสถิติของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในโรงพยาบาลศรีประจันต์ ระหว่างปี 2553-2555 พบว่า มีผู้ป่วยรายใหม่ จำนวน 610 คน 435 คน และ 514 คน ตามลำดับ และมีผู้ป่วยเข้ารับบริการในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง (ให้บริการทุกวันพุธ) เฉลี่ย 381 คน 417 คน และ 460 คนต่อเดือน ตามลำดับ โดยมีแพทย์ประจำคลินิกโรคความดันโลหิตสูง 1 คน และมีแพทย์ตรวจแผนกผู้ป่วยนอก 3 คน จะเห็นได้ว่าในแต่ละปีมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ และ

ผู้ป่วยในคลินิกโรคความดันโลหิตสูงจำนวนมาก จึงทำให้แพทย์มีเวลาจำกัดในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งอาจมีผลทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการประเมินอาการอย่างละเอียดและไม่ได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์ ด้วยเวลาที่เหมาะสมตามสถานะทางคลินิก ผู้ป่วยอาจไม่มีโอกาสซักถามปัญหาจากแพทย์ เนื่องจากมีผู้ป่วยรายอื่นรอรับการตรวจ รวมถึงเมื่อแพทย์ตรวจผู้ป่วยจำนวนมากอาจมีภาวะทางอารมณ์ที่ไม่มั่นคงได้ ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดผลกระทบต่างๆ ได้แก่ ผลลัพธ์ในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงตามเป้าหมาย เวลาที่แพทย์ใช้ในการสั่งยา ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการที่ได้รับ ความพึงพอใจของแพทย์ผู้ให้บริการ และความเสี่ยงจากการถูกร้องเรียนเรื่องการปฏิบัติงาน (Dugdale, Epstein, and Pantilat, 1999)

จากการวิเคราะห์ข้อมูลระยะเวลาการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โดยการสุ่มตัวอย่างเดือนกุมภาพันธ์ 2556 พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 45 รอคอยพบแพทย์ 2-3 ชั่วโมง ผู้ป่วยทั้งหมด (ร้อยละ 100) รอรับยาไม่เกิน 30 นาที จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยต้องเสียเวลาค่อนข้างมากไปกับการรอคอยพบแพทย์ ซึ่งมีผลทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในระดับต่ำหรือไม่พึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับ (Anderson, Camacho, and Balkrishnan, 2007; กนกพร ลีลาเทพินทร์, พัชรา มาลีศรี และปรารณา ปุณณกิติเกษม, 2554; Ogunfowokan and Mora, 2012) และเมื่อวิเคราะห์ข้อมูลรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับโดยการสุ่มประวัติการรับยาลดความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และสิทธิประกันสังคมที่มีค่าความดันโลหิต ไม่เกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอท อย่างน้อย 3 ครั้งติดต่อกัน ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2555 ถึง มกราคม 2556 พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 77 ได้รับยาชนิดเดิม

เภสัชกรเป็นบุคลากรทางสาธารณสุขที่มีบทบาทจัดการกับภาวะโรคเรื้อรัง ได้แก่ การประเมินสถานะผู้ป่วยเบื้องต้น โดยให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวทั้งที่ต้องใช้ยาและไม่ใช้ยาแก่ผู้ป่วยอย่างเหมาะสม กำหนดแผนการรักษา ค้นหา ป้องกัน แก้ไข และติดตามปัญหาการใช้ยา ประเมินความร่วมมือด้านพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ทางการรักษาตามเป้าหมาย รวมทั้งได้ขยายบทบาทในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น ซึ่งที่ผ่านมาได้มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับบทบาทของเภสัชกรในระบบบริการเดมยาโรคเรื้อรังต่อเรื่องที่โรงพยาบาล ร้านขายยา และศูนย์สุขภาพชุมชน ได้แก่ ผลของการให้บริการคลินิกรับยาโรคความดันโลหิตสูงต่อเรื่องโดยเภสัชกร โรงพยาบาลพัทลุง พบว่า การควบคุมค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (Systolic blood pressure, SBP)

ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว (Diastolic blood pressure, DBP) ความร่วมมือในการใช้ยา ระหว่างครั้งที่มาโรงพยาบาลภายในกลุ่มแต่ละกลุ่มไม่แตกต่างกัน ผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ มีความพึงพอใจในระดับมากกับการให้บริการคลินิกรับยาต่อเนื่อง โดยเภสัชกร (บุญกร หนูจำ, 2546) การเปรียบเทียบผลทางคลินิกและความพึงพอใจต่อบริการของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ารับ บริการเคมียาโดยเภสัชกรกับคลินิกอายุรกรรม โรงพยาบาลตรัง พบว่า ระดับน้ำตาลในพลาสมา ขณะอดอาหาร (Fasting plasma glucose, FPG) ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (Glycosylated hemoglobin, HbA1c) และความพึงพอใจในบริการไม่แตกต่างกัน ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาหลัง เข้ารับบริการที่คลินิกเคมียามีแนวโน้มลดลง ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาระหว่างครั้งที่มารับบริการ เทียบกับก่อนการวิจัยมีความแตกต่างกันทางสถิติ (กาญจนา สิ้นไชย, 2547) การให้บริการเคมียา ต่อเนื่องให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยเภสัชกรที่ร้านยาคุณภาพ อำเภอพระสมุทรเจดีย์ ทำให้ระดับน้ำตาล ในเลือดขณะอดอาหาร (Fasting blood sugar, FBS) ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (SBP) ค่า ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว (DBP) ไม่แตกต่างกับการบริการที่โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์ สวาทยานนท์ ผู้ป่วยทั้งหมดพึงพอใจต่อความสะดวกและรวดเร็วของบริการในระดับมากถึงมากที่สุด ผู้ป่วยร้อยละ 74.3 พึงพอใจบริการโดยรวมในระดับมากถึงมากที่สุด (ระพีพรรณ ฆอลงสุข, สุรสิทธิ์ ล้อจิตรอำนวย และวิชัย สันติมาลีวรกุล, 2549) การจ่ายยาโรคความดันโลหิตสูงต่อเนื่อง โดยเภสัชกรที่ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลเทพา จังหวัดสงขลา พบว่า การให้บริการดังกล่าวไม่ทำให้ ความดันโลหิตเปลี่ยนแปลง แต่ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาการใช้ยาลดลง และมีความพึงพอใจต่อบริการ ในระดับมาก (มณฑา ธีระวุฒิ, โปยม วงศ์ภูวรักษ์ และวันทนา เจริญมงคล, 2550: 303-313) การ จ่ายยาโรคเบาหวานต่อเนื่องโดยเภสัชกรที่ศูนย์สุขภาพชุมชนตลาดเกียบ จังหวัดอุษุขยา พบว่า ทำให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มควบคุมผลลัพ์ทางคลินิกใกล้เคียงกับเป้าหมายมากขึ้น จำนวนผู้ป่วยที่ ควบคุมระดับน้ำตาลในพลาสมาขณะอดอาหาร (FPG) ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) และค่าความดันโลหิตได้ตามเป้าหมายเพิ่มขึ้น (สุชาติพิย์ วิชาญไพบูลย์ และสการินทร์ มีสมพินันต์, 2552: 310-316) และผู้ป่วยที่เข้ารับบริการเคมียาโดยเภสัชกรได้รับความปลอดภัยจากการใช้ยา (Riege, 2005) รวมถึงช่วยลดภาระงานของแพทย์ (Cassidy and others, 1996) จากหลักฐานทาง วิชาการดังกล่าวข้างต้น จึงสรุปได้ว่า การให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยเภสัชกรมีคุณภาพและ ประสิทธิภาพไม่แตกต่างจากการรับบริการใน โรงพยาบาล หรือศูนย์สุขภาพชุมชน โดยผลลัพ์ทาง

คลินิกของผู้ป่วยก่อนและหลังเข้ารับบริการเดมยาโดยเภสัชกรไม่แตกต่างกัน แต่ทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อบริการในระดับมาก และช่วยลดปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยด้วยการจัดการอย่างเหมาะสม

โรงพยาบาลศรีประจันต์ได้จัดทำโครงการคลินิกเดมยาโรคความดันโลหิตสูงโดยเภสัชกร (โครงการฯ) เพื่อเป็นทางเลือกที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ ให้ได้รับความสะดวกและรวดเร็วเพิ่มขึ้น เนื่องจากโครงการดังกล่าวจะลดขั้นตอนการรอคอยพบแพทย์ ทำให้แพทย์มีเวลาเพียงพอในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะโรคแทรกซ้อน แต่อย่างไรก็ตามจากความแตกต่างของสภาพแวดล้อมภายในและภายนอกของหน่วยบริการ ได้แก่ โครงสร้างการบริหารงาน ระบบปฏิบัติงาน ทรัพยากรการบริหาร (บุคลากร งบประมาณ การจัดการ วัสดุอุปกรณ์) ลักษณะทางสังคม วิถีชีวิต วัฒนธรรม ค่านิยม และความเชื่อของคนในชุมชน เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของโครงการ ดังนั้นจึงควรดำเนินการวิจัยเพื่อประเมินผลโครงการฯ ดังกล่าว เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจพัฒนาหรือปรับปรุงโครงการฯ ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อประเมินผลโครงการคลินิกเดมยาโรคความดันโลหิตสูงโดยเภสัชกรใน
โรงพยาบาลศรีประจันต์

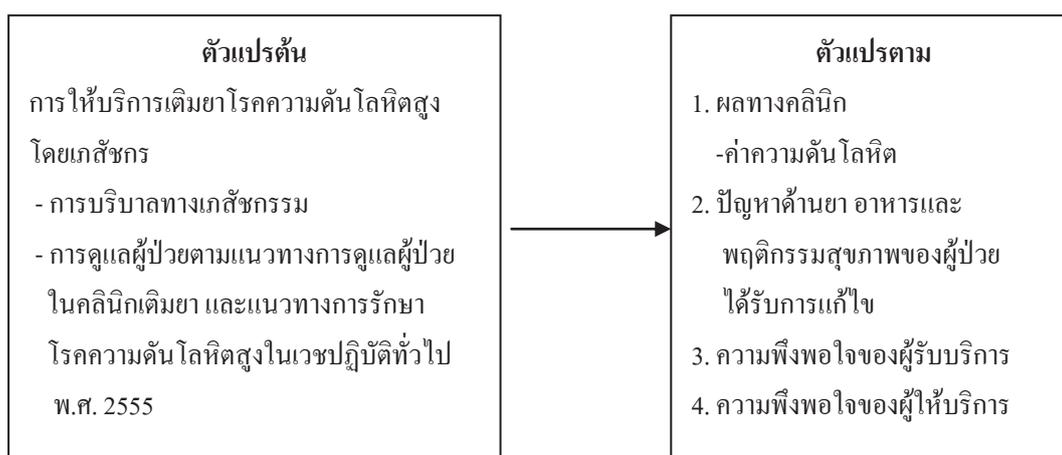
วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบผลทางคลินิกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังเข้ารับบริการที่คลินิกเดมยา
2. ศึกษาปัญหาด้านยา อาหาร และพฤติกรรมสุขภาพ
3. ศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการที่คลินิกเดมยา
4. ศึกษาความพึงพอใจของผู้ให้บริการ

สมมติฐานของการวิจัย

ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหลังเข้ารับบริการที่คลินิกเดิมยา ไม่แตกต่างกับก่อนเข้ารับบริการที่คลินิกเดิมยา

กรอบแนวคิดการวิจัย



ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงใน โครงการคลินิกเดิมยาโรคความดันโลหิตสูงโดยเภสัชกร (โครงการฯ) ในโรงพยาบาลศรีประจันต์ โดยทำการเก็บข้อมูล ตั้งแต่เดือน มิถุนายน ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2556 รวมระยะเวลา 7 เดือน และศึกษาในกลุ่มผู้ให้บริการที่มีส่วนได้ส่วนเสียต่อโครงการฯ (Stakeholder) ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร และพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก โดยทำการเก็บข้อมูลในเดือนมกราคม พ.ศ. 2557

นิยามศัพท์เฉพาะ

คลินิกเดิมยาโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง คลินิกที่ให้บริการผู้ป่วยนอกโรคความดันโลหิตสูงที่มีสถานะทางคลินิกอยู่ที่ โรงพยาบาลศรีประจันต์ โดยการทำงานร่วมกันของสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์มีหน้าที่กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้รับบริการ พิจารณาคัดเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่กำหนดเพื่อส่งเข้ารับบริการในคลินิกเดิมยา พยาบาลมีหน้าที่ซักประวัติ ตรวจวัดสัญญาณชีพ เภสัชกรมีหน้าที่สั่งยาโรคความดันโลหิตสูงต่อเนื่องตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย บันทึกข้อมูลลงใน

โปรแกรมคอมพิวเตอร์ แนะนำและประเมินการใช้ยา ค้นหาปัญหาจากการใช้ยา (Drug related problems) นัดติดตามผู้ป่วย และส่งผู้ป่วยพบแพทย์เพื่อตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนตามกำหนด

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีสภาวะทางคลินิกที่ หมายถึง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีค่าความดันโลหิตไม่เกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอท เมื่อวัดติดต่อกัน 3 ครั้งหลังสุด (3 visit) ซึ่งมีระยะห่างในแต่ละครั้ง 4-8 สัปดาห์ ผู้ป่วยไม่มีโรคร่วมอื่นๆ ยกเว้น โรคไขมันในเลือดสูง และไม่มีโรคแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น โรคหัวใจ โรคไต

แนวทางการดูแลผู้ป่วยในโครงการฯ หมายถึง แนวทางการดูแลผู้ป่วยซึ่งจัดทำขึ้นโดยแพทย์เฉพาะทางสาขาอายุรกรรม ร่วมกับคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สำหรับเภสัชกรใช้ดูแลผู้ป่วยในโครงการฯ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นข้อมูลประกอบการวางแผนด้านกำลังคน วัสดุอุปกรณ์ งบประมาณ ระบบปฏิบัติงาน เพื่อพัฒนาหรือปรับปรุงโครงการฯ
2. เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่องการประเมินผลโครงการคลินิกเคมียาโรคความดันโลหิตสูงโดยเภสัชกรในโรงพยาบาลศรีประจันต์ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นกรอบในการวิจัย ดังนี้

1. การบริการคลินิกเคมียา (Refill Clinic)
2. โรคความดันโลหิตสูง
3. โรงพยาบาลศรีประจันต์
4. โครงการคลินิกเคมียาโรคความดันโลหิตสูงโดยเภสัชกร โรงพยาบาลศรีประจันต์
5. การประเมินผลโครงการ
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การบริการคลินิกเคมียา (Refill Clinic)

ความหมาย

คลินิกเคมียา (วิบูล รัตนกุล, 2551) เป็นระบบการรับยาต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีอาการคงที่ที่ผ่านการพิจารณาจากแพทย์ตามเกณฑ์ที่กำหนดให้สามารถรับยาเดิมได้ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง โดยผู้ป่วยผ่านการประเมินและสั่งจ่ายจากเภสัชกรโดยตรง (Prescribing authority)

แนวคิดการพัฒนาคลินิกเคมียา

คลินิกนี้เกิดขึ้นมาจากปัญหาต่างๆ เช่น ปัญหาจำนวนและการกระจายของแพทย์ ไม่เพียงพอ ระบบการคัดกรองความรุนแรงของโรค ขั้นตอนการรับบริการ สถานที่ให้บริการ และจำนวนผู้ป่วย ซึ่งมีผลทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการตรวจ ผู้ป่วยรอการตรวจรักษาเป็นเวลานาน และมีผลต่อคุณภาพการตรวจรักษา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดความแออัดในการบริการ ลดอัตราการขาดยาของผู้ป่วย ลดขั้นตอนการบริการ ผู้ป่วยได้รับความสะดวกรวดเร็ว โดยการทำงานเป็น

ที่มาร่วมกับแพทย์และพยาบาล ซึ่งมีหน้าที่แตกต่างกัน ได้แก่ แพทย์ทำหน้าที่กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้รับบริการ พิจารณาคัดเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่กำหนด เพื่อส่งผู้ป่วยเข้ารับบริการที่คลินิก เดิมยา ส่วนเภสัชกรทำหน้าที่ประเมินสถานะผู้ป่วย (ส่งจ่ายยาเดิมต่อเนื่องหรือส่งผู้ป่วยกลับไปพบแพทย์) แนะนำการใช้ยา บันทึกข้อมูลในเวชระเบียน และทำนัดหมาย (วิบูล รัตนกุล, 2551)

การพัฒนาบทบาทการสั่งยาของเภสัชกร

ในปี ค.ศ. 1960 ถึง 1979 เภสัชกรเริ่มมีบทบาทเป็นผู้สั่งยาให้กับชาวอินเดียแถบชนบท และในปี 1972 มีการสำรวจพบว่า รัฐแคลิฟอร์เนีย (California) และรัฐวอร์ชิงตัน (Washington) เป็นรัฐแห่งแรกในประเทศสหรัฐอเมริกาที่มีการสั่งยาโดยเภสัชกร (Tracy, 2007: 2)

ในปี พ.ศ. 2541 คลินิกเดมิยาในประเทศไทยเริ่มนำมาใช้ในครั้งแรกที่โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยเริ่มดำเนินการในคลินิกพิเศษเฉพาะโรคที่มีอายุรแพทย์เป็นผู้รักษา ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อให้ได้รับบริการที่สะดวก รวดเร็ว แต่ยังไม่มีการประเมินผลระบบการรับยาต่อเนื่อง (สุสดี บัวทอง และพวงจิต เลิศสุทธิรักษ์ 2541: อ้างถึงใน กาญญา สิ้นไชย และสงวน ลือเกียรติบัณฑิต, 2549)

เภสัชกรมีบทบาทให้การดูแลผู้ป่วยในระบบบริการสั่งจ่ายยาโรคเรื้อรังต่อเนื่อง ดังนี้

1. โรคความดันโลหิตสูง (บุษกร หนูขำ, 2546; มณฑา ธีระวุฒิ, โปยม วงศ์ภูวรักษ์ และวันทนา เจริญมงคล, 2550; ระพีพรรณ ฉลองสุข, สุรสิทธิ์ ล้อจิตรอำนาจ และวิชัย สันติมาลีวรกุล, 2549; ทวีพร ศูนย์ดอน, 2553)
2. โรคเบาหวาน (กาญญา สิ้นไชย, 2547; ระพีพรรณ ฉลองสุข, สุรสิทธิ์ ล้อจิตรอำนาจ และวิชัย สันติมาลีวรกุล, 2549; สุชาติพิย์ วิชาญไพบูลย์ และสการินทร์ มีสมพิชน์, 2552; ทวีพร ศูนย์ดอน, 2553; Wang and others, 2014)
3. อาการปวดเรื้อรังที่ไม่มีสาเหตุจากโรคมะเร็ง (Ernest and others, 2007: 85-89)
4. โรคทางจิตเวช (สุภารัตน์ วัฒนสมบัติ, พิษณุ แสงรัตน์ และต่อพงษ์ วัฒนสมบัติ, 2554)
5. โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (HIV/AIDS) (Townsend and others, 2007; Babigumiramail and others, 2011)
6. โรคที่ใช้จ่าย้านการแข็งตัวของเลือด (Spalek and Gong, 1999)

7. โรคไขมันในเลือดสูง (Furmaga, 1993)

8. โรคภูมิแพ้และโรคหอบหืด (Olga, 2014: 513-522)

ความปลอดภัยด้านยาและความรับผิดชอบต่อผู้ป่วยของเภสัชกร

เป้าหมายหลักในการดูแลรักษาผู้ป่วย คือ ความต้องการให้ผู้ป่วยมีผลลัพธ์ทางคลินิกตามเป้าหมาย และผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากกระบวนการหรือขั้นตอนของการรักษา ซึ่งองค์ประกอบที่สนับสนุนให้การปฏิบัติงานของเภสัชกรด้านต่างๆ เช่น การปรับขนาดยา การแนะนำการใช้ยา และการสั่งยา ที่มีผลทำให้ผู้ป่วยความปลอดภัยและได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม (Pharmacist Prescribing Task Force, 2009: 267-274) ได้แก่

1. กฎหมายและนโยบายที่เหมาะสม
2. ความรู้ และความชำนาญของผู้สั่งยา
3. การเข้าถึงข้อมูลที่สำคัญของผู้ป่วย เช่น โรค ประวัติการใช้ยา เป้าหมายในการรักษา
4. ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้บริการและผู้ป่วย
5. การดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหวิชาชีพ
6. การบันทึกกิจกรรมที่เภสัชกรให้บริการผู้ป่วยอย่างครบถ้วน เพื่อประโยชน์ในการสื่อสารกับทีมสหวิชาชีพ

ข้อดีและข้อด้อยของการให้บริการคลินิกเต็มยา

ข้อดี

1. ลดเวลาในการปฏิบัติงานของแพทย์ (Cassidy et al., 1996; Riege, 2005: 213-223)
2. ลดปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยา (กาญจนา สิ้นไชย, 2547; มณฑา ธีระวุฒิ, โปยม วงศ์ภูวรักษ์ และวันทนา เจริญมงคล, 2550)
3. ลดต้นทุนการให้บริการ (ทวิพร ศูนย์ดอน, 2553; Riege, 2005: 213-223)
4. ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อบริการ (บุษกร หนูขำ, 2546; กาญจนา สิ้นไชย, 2547; มณฑา ธีระวุฒิ, โปยม วงศ์ภูวรักษ์ และวันทนา เจริญมงคล, 2550; ระพีพรรณ ฉลองสุข, สุรสิทธิ์ ล้อจิตรอำนาจ และวิชัย สันติมาลีวรกุล, 2549)
5. ลดระยะเวลาการรอคอยรับบริการของผู้ป่วย (บุษกร หนูขำ, 2546)

ข้อค้อย

1. เกสัชกรอาจจะไม่มีความสามารถในการประเมินภาวะของโรคได้ดี เนื่องจากไม่ได้รับการฝึกอบรมเรื่องการวินิจฉัยโรค (Stimmel, 1983)

ปัญหาเกี่ยวกับยา (Drug Related Problem)

การจัดประเภทปัญหาเกี่ยวกับยา ช่วยทำให้การบริบาลทางเภสัชกรรมเป็นระบบและครอบคลุมปัญหาเกี่ยวกับยาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ซึ่งมีหลายรูปแบบ (รจเรศ หาญรินทร์, 2552: 85-95) ได้แก่

1. ประเภทของปัญหาเกี่ยวกับยาของ Strand และคณะ 8 กลุ่ม ดังนี้
 - 1.1 ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่ควรจะได้ (Untreated indication)
 - 1.2 ผู้ป่วยได้รับยาไม่เหมาะสม (Improper drug selection)
 - 1.3 ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้อง แต่ขนาดน้อยเกินไป (Subtherapeutic dose)
 - 1.4 ผู้ป่วยไม่ได้รับยาตามแพทย์สั่ง (Failure to receive medication)
 - 1.5 ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้อง แต่ขนาดมากเกินไป (Overdosage)
 - 1.6 ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse drug reaction)
 - 1.7 ผู้ป่วยเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา (Drug interaction)
 - 1.8 ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่มีข้อบ่งชี้ทางวิชาการ (Medication use without indication)

2. ประเภทของปัญหาเกี่ยวกับยาของ The American Society of Health System Pharmacist (ASHP) 11 กลุ่ม ดังนี้

- 2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างยาที่ใช้กับโรคหรือภาวะที่เป็น เช่น มีการใช้ยาโดยไม่มีข้อบ่งชี้ มียาจากที่อื่นหรือภาวะโรคอื่นที่ยังไม่ได้รับการรักษา
- 2.2 ความเหมาะสมในการเลือกใช้ยา เช่น ยาที่เลือกใช้ไม่มีประสิทธิผลและความปลอดภัยเมื่อเปรียบเทียบกับยาชนิดอื่น ผู้ป่วยไม่ได้รับการปรับเปลี่ยนการรักษาให้เหมาะสม
- 2.3 แบบแผนการใช้ยา เช่น ขนาดยาหรือความถี่ของยาที่ผู้ป่วยได้รับไม่เหมาะสม รูปแบบยา วิธีการใช้ยา และการบริหารยาไม่เหมาะสม
- 2.4 การรักษาที่ซ้ำซ้อน
- 2.5 การแพ้หรือเกิดผลข้างเคียงที่ไม่สามารถทนได้

2.6 เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

2.7 อันตรกิริยาต่อกันระหว่างยา-ยา ยา-โรค ยา-อาหาร และยา-ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

2.8 ปัญหาการใช้ยาเพื่อวัตถุประสงค์ทางสังคมหรือเพื่อผ่อนคลาย

2.9 ไม่ได้รับยาหรือการรักษาที่สมควรได้รับ เช่น เกิดความคลาดเคลื่อนของระบบงาน ความไม่ร่วมมือของผู้ป่วย

2.10 ผลกระทบทางการเงิน เช่น ยาที่เลือกใช้ไม่เกิดความคุ้มค่าทางต้นทุน-ประสิทธิผล ราคาขายก่อให้เกิดภาระทางการเงินกับผู้ป่วย

2.11 ความรู้เกี่ยวกับการรักษาของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยไม่เข้าใจวัตถุประสงค์ของการใช้ยา ผู้ป่วยไม่เข้าใจข้อความในฉลากช่วยหรือบัตรพกติดกระเป๋า

3. ประเภทของปัญหาเกี่ยวกับยาของ The Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE) version 5.01 เป็นวิธีการที่เป็นระบบ แบ่งแยกปัญหาออกจากสาเหตุอย่างชัดเจน มีการจัดประเภทวิธีการแก้ไขและผลลัพธ์ของการแก้ไขปัญหา โดยจัดหมวดของปัญหาเป็น 4 หมวดหลัก ได้แก่ ปัญหาเกี่ยวกับยา (Problems) (ตารางที่ 1) สาเหตุของปัญหา (Causes) (ตารางที่ 2) วิธีการแก้ปัญห (Interventions) (ตารางที่ 3) และผลลัพธ์ของการแก้ปัญห (Outcome of intervention) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 1 หมวดหลักของปัญหาเกี่ยวกับยา

หมวดหลักของปัญหา	รายละเอียดของปัญหา
1. อาการไม่พึงประสงค์จากยา (Adverse reaction)	1.1 เกิดผลข้างเคียงจากยาแบบไม่แพ้ 1.2 เกิดผลข้างเคียงจากยาแบบแพ้ 1.3 เกิดพิษจากยา
2. ปัญหาจากการเลือกใช้ยา (Drug choice problem) ผู้ป่วยได้รับยาไม่เหมาะสมกับโรคที่เป็น	2.1 รูปแบบยาไม่เหมาะสม 2.2 การได้รับยาซ้ำซ้อนอย่างไม่เหมาะสม 2.3 มีข้อห้ามในการใช้ยา 2.4 ยาไม่มีข้อบ่งใช้ที่ชัดเจนในโรคที่เป็น

ตารางที่ 1 หมวดหลักของปัญหาเกี่ยวกับยา (ต่อ)

หมวดหลักของปัญหา	รายละเอียดของปัญหา
3. ปัญหาเกี่ยวกับขนาดยา (Dosing problem) ผู้ป่วยได้รับขนาดมากกว่าหรือน้อยกว่าขนาดที่ต้องการ	3.1 ขนาดยาหรือความถี่ของการให้ยาน้อยเกินไป 3.2 ขนาดยาหรือความถี่ของการให้ยาสูงเกินไป 3.3 ช่วงเวลาของการให้ยาสั้นเกินไป 3.4 ช่วงเวลาของการให้ยายาวเกินไป
4. ปัญหาการใช้ยา (Drug use problem)	4.1 ผู้ป่วยไม่ใช้ยาในทุกกรณี 4.2 ผู้ป่วยใช้ยาผิดชนิด
5. อันตรกิริยา (Interaction)	5.1 คาดว่าจะเกิดอันตรกิริยา 5.2 เกิดอันตรกิริยาแล้ว
6. ปัญหาอื่นๆ	6.1 ผู้ป่วยไม่พึงพอใจในการรักษา แม้ว่าได้รับยาที่เหมาะสม 6.2 การไม่ตระหนักถึงสุขภาพและโรคที่เป็น 6.3 ผู้ป่วยบอกอาการไม่ชัดเจน จำเป็นต้องซักประวัติเพิ่ม 6.4 การรักษาล้มเหลว ไม่ทราบสาเหตุ

ตารางที่ 2 หมวดสาเหตุของปัญหาเกี่ยวกับยา

สาเหตุหลัก	รายละเอียดของสาเหตุ
1. การเลือกใช้ยาหรือเลือกขนาดยา (Drug or dose selection)	1.1 การเลือกใช้ยาไม่เหมาะสม 1.2 การเลือกขนาดยาไม่เหมาะสม 1.3 มียาที่มีความคุ้มค่าด้านต้นทุนประสิทธิผลมากกว่า 1.4 ปัญหาด้านเภสัชจลนพลศาสตร์

ตารางที่ 2 หมวดสาเหตุของปัญหาเกี่ยวกับยา (ต่อ)

สาเหตุหลัก	รายละเอียดของสาเหตุ
1. การเลือกใช้ยาหรือเลือกขนาดยา (Drug or dose selection)	1.5 ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยาเสริมฤทธิ์หรือป้องกันโรค 1.6 ภาวะโรคดีขึ้นหรือแย่ลง 1.7 มีโรคเกิดขึ้นใหม่ 1.8 เกิดผลข้างเคียงจากยาหรือสาเหตุอื่นๆ
2. กระบวนการใช้ยา (Drug use process) สาเหตุมาจากวิธีการใช้ยาของผู้ป่วย แม้ว่าผู้ป่วยจะได้ยาในขนาดที่ถูกต้องและ ฉลากบอกวิธีการใช้ถูกต้อง	2.1 เวลาหรือช่วงเวลาในการใช้ยาไม่เหมาะสม 2.2 การใช้ยาน้อยกว่าที่ควรจะเป็น 2.3 การใช้ยามากกว่าที่ควรจะเป็น 2.4 ไม่มาติดตามวัดระดับยาในเลือด 2.5 การใช้ยาในทางที่ผิด 2.6 ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาหรือรูปแบบยาตามที่แพทย์สั่งได้
3. ข้อมูลหรือความรู้ (Information) ผู้ป่วยขาดความรู้ ความเข้าใจ หรือ เข้าใจผิดเกี่ยวกับยา	3.1 ผู้ป่วยไม่ทราบวิธีการใช้ยา 3.2 ผู้ป่วยไม่ทราบเหตุผลของการใช้ยา 3.3 ผู้ป่วยมีปัญหาการอ่านหรือความเข้าใจฉลากยา 3.4 ผู้ป่วยไม่เข้าใจภาษา 3.5 ผู้ป่วยขาดการสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์
4. ผู้ป่วยหรือปัญหาทางจิตใจ (Patient /psychologic) เกิดจากบุคลิกหรือพฤติกรรมของผู้ป่วย	4.1 ผู้ป่วยลืมใช้ยา 4.2 ผู้ป่วยมีความกังวลเกี่ยวกับยาที่ได้รับ 4.3 ผู้ป่วยสงสัยว่าอาจเกิดผลข้างเคียงจากยา 4.4 ผู้ป่วยไม่เต็มใจจ่ายเงินค่ารักษา 4.5 ผู้ป่วยลังเลใจที่รีบควนแพทย์เมื่อมีปัญหา 4.6 ผู้ป่วยไม่เต็มใจเปลี่ยนชนิดยา

ตารางที่ 2 หมวดสาเหตุของปัญหาเกี่ยวกับยา (ต่อ)

สาเหตุหลัก	รายละเอียดของสาเหตุ
4. ผู้ป่วยหรือปัญหาทางจิตใจ (Patient /psychologic) เกิดจากบุคลิกหรือพฤติกรรมของผู้ป่วย	4.7 ผู้ป่วยไม่เต็มใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 4.8 การได้รับยาจำนวนมากเกินไป 4.9 การรักษาไม่ตรงกับความสำเร็จเรื่องสุขภาพของผู้ป่วย 4.10 ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่เกิดอันตรกิริยาต่อยา
5. กระบวนการทางเภสัชกรรมหรือโบบัสยา (Pharmacy logistics) สาเหตุเกิดจากกระบวนการจ่ายยาหรือการสั่งยา	5.1 สั่งรายการยาที่ไม่มีในโรงพยาบาล 5.2 สั่งยากลาดเคลื่อน 5.3 ความคลาดเคลื่อนจากการจ่ายยา
6. สาเหตุอื่นๆ	6.1 ระบุสาเหตุอื่น 6.2 มีสาเหตุที่ไม่ชัดเจน

ตารางที่ 3 หมวดวิธีการแก้ปัญหาเกี่ยวกับยา

วิธีการแก้ไขปัญหาลหลัก	รายละเอียด
1. ไม่มีการแก้ไขปัญหา (no intervention)	1.1 ไม่มีการแก้ไขปัญหา 1.2 แจ้งแพทย์อย่างเดียว
2. การแก้ไขที่แพทย์ผู้สั่งยา (at prescriber level)	2.1 ขอข้อมูลเพิ่มเติมจากแพทย์ 2.2 วิธีการแก้ไขได้เสนอต่อแพทย์ และแพทย์ตอบรับข้อเสนอ 2.3 วิธีการแก้ไขได้เสนอต่อแพทย์ แต่แพทย์ไม่ตอบรับข้อเสนอ 2.4 วิธีการแก้ไขได้เสนอต่อแพทย์ แต่ไม่ทราบผลลัพธ์

ตารางที่ 3 หมวดวิธีการแก้ปัญหาเกี่ยวกับยา (ต่อ)

วิธีการแก้ไขปัญหาหลัก	รายละเอียด
3. การแก้ไขที่ตัวผู้ป่วย (at patient level)	3.1 ให้คำแนะนำโดยวาจากับผู้ป่วย 3.2 ให้คำแนะนำโดยการเขียนแจ้งผู้ป่วย 3.3 ผู้ป่วยถูกส่งต่อไปให้แพทย์ 3.4 ให้คำแนะนำโดยวาจากแพทย์หรือผู้ดูแล
4. การแก้ไขที่ตัวยาหรือฉลากยา (at drug level)	3.1 เปลี่ยนตัวยา 3.2 เปลี่ยนขนาดยา 3.3 เปลี่ยนสูตรยา 3.4 เปลี่ยนวิธีการใช้ยา 3.5 หยุดใช้ยา 3.6 ให้ยาชนิดใหม่
5. การแก้ไขอื่นๆ	4.1 ระบุการแก้ไขอื่นๆ 4.2 รายงานผลข้างเคียงของยาไปที่ศูนย์ติดตามและเฝ้าระวัง

ตารางที่ 4 หมวดผลลัพธ์ของการแก้ปัญหาเกี่ยวกับยา

ผลลัพธ์ของการแก้ไขปัญหาหลัก	รายละเอียด
1. ไม่ทราบผลลัพธ์	-
2. ปัญหาได้รับการแก้ไขทั้งหมด	-
3. ปัญหาได้รับการแก้ไขเพียงบางส่วน	-
4. ปัญหาไม่ได้รับการแก้ไข	4.1 ปัญหาไม่ได้รับการแก้ไข เพราะขาดการประสานงานกับผู้ป่วย 4.2 ปัญหาไม่ได้รับการแก้ไข เพราะขาดการประสานงานกับแพทย์

ตารางที่ 4 หมวดผลลัพธ์ของการแก้ปัญหาเกี่ยวกับยา (ต่อ)

ผลลัพธ์ของการแก้ไขปัญหาหลัก	รายละเอียด
4. ปัญหาไม่ได้รับการแก้ไข	4.3 ปัญหาไม่ได้รับการแก้ไข เพราะวิธีแก้ไขไม่มีประสิทธิภาพ 4.4 ไม่มีความจำเป็นต้องแก้ไขปัญหา หรือเป็นไปได้ที่จะแก้ไขปัญหา

วิธีจัดการปัญหาของผู้ป่วย (Problem-oriented method)

ปัญหาความเจ็บป่วย (Problem lists) อาจมีหลายปัญหา แต่ละปัญหาจะมีการบันทึกข้อมูลที่ได้จากคำบ่นหรือการพรรณนาอาการของผู้ป่วย การตอบคำถามทุกระบบ (Review of system) การสังเกตท่าทาง การพูด พฤติกรรม การตอบสนอง เป็นต้น (Subjective data) และข้อมูลที่สามารถยืนยันได้จากกระบวนการหรือการตรวจ เช่น สัญญาณชีพ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลตรวจร่างกาย (Objective data) เพื่อนำไปสู่การวางแผนและประเมินการรักษา ได้แก่ การเริ่มต้นให้การรักษา การรักษาต่อไปหรือหยุดการรักษาเดิม หรือการเฝ้าระวังอาการผู้ป่วย (อภิรักษ์ วงศ์รัตนชัย, 2556)

1. การประเมินปัญหา ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

1.1 การประเมินสาเหตุของปัญหา (Etiology) ซึ่งควรประเมินว่าเป็นปัญหาที่เกิดจากยาหรือไม่ และควรแยกแยะปัจจัยเสี่ยงหรือปัจจัยโน้มเอียงที่เป็นปัญหาในผู้ป่วย

1.2 การประเมินการรักษาตามข้อบ่งชี้ คือ การประเมินความรุนแรงของโรค (เล็กน้อย ปานกลาง รุนแรง) ประเมินการดำเนินของโรค (อาการเฉียบพลันหรือเรื้อรัง อาการคงที่หรือลุกลาม) ซึ่งความจำเป็นและเร่งด่วนในการรักษาต้องชัดเจน บางปัญหาอาจไม่รุนแรงพอที่จะใช้ยา และบางปัญหาอาจเหมาะสมกับการรักษาที่ไม่ต้องใช้ยา

1.3 การประเมินการรักษาที่ผู้ป่วยกำลังได้รับและการรักษาใหม่ คือ การประเมินความถูกต้องเหมาะสมของการรักษาที่ผู้ป่วยกำลังได้รับและการรักษาใหม่ รวมถึงบันทึกเหตุผล การเปลี่ยนแปลงการรักษาเพื่อใช้สื่อสารให้ทีมสหวิชาชีพเข้าใจ และใช้สำหรับตรวจสอบคุณภาพการบริบาล ได้แก่

1.3.1 ความเหมาะสมของยาที่ผู้ป่วยได้รับ ขึ้นอยู่กับปัญหาอื่นๆ ของผู้ป่วย (ปฏิกริยาระหว่างยากับโรค) ยาอื่นที่ได้รับ (ปฏิกริยาระหว่างยากับยา) อายุ การทำงานของตับและไต การแพ้ยา ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ความสะดวกในการบริหารยา ความร่วมมือในการใช้ยา และราคา

1.3.2 ความเหมาะสมของขนาดที่ผู้ป่วยได้รับ พิจารณาตามอายุ เพศ น้ำหนัก การทำงานของตับและไต ยาอื่นที่ผู้ป่วยได้รับ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องอื่นๆ

1.3.3 ความเหมาะสมของรูปแบบและวิธีการบริหารยาที่ผู้ป่วยได้รับ พิจารณาจากปัจจัยเฉพาะราย ความสะดวก ความร่วมมือการใช้ยา รูปแบบการดำเนินชีวิต และราคา

1.3.4 ความเหมาะสมของระยะเวลาการใช้ยา

1.3.5 ความจำเป็นต้องใช้ยา เพื่อพยายามลดจำนวนรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับ

1.3.6 สำหรับการรักษาในปัจจุบัน ควรประเมินการตอบสนองต่อการรักษา การติดตามตัวแปรต่างๆ ที่ผลต่อการรักษา ความร่วมมือในการใช้ยา และอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่อาจส่งผลกระทบต่อแผนการรักษา

2. การวางแผนการรักษา ได้แก่

2.1 การเริ่มต้นการรักษา (Therapeutic)

2.2 กำหนดรายการยาที่ผู้ป่วยควรหลีกเลี่ยงการใช้ (Drug to be avoided) พร้อมระบุเหตุผล

2.3 กำหนดเป้าหมายการรักษา (Goal) เช่น การรักษาโรคให้หายขาด การควบคุมอาการของโรค การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การป้องกันอัตราป่วยและอัตราตายในระยะยาว คุณภาพชีวิตดีขึ้น และลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ เป็นต้น

2.4 การติดตามตัวแปรอย่างเฉพาะเจาะจง (Therapeutic and toxicity monitoring parameters) เพื่อประเมินการตอบสนองต่อการรักษา และป้องกันอาการไม่พึงประสงค์จากยา

2.5 การให้ความรู้หรือคำแนะนำการใช้ยากับผู้ป่วย (Patient education)

2.6 การวางแผนติดตามผู้ป่วย (Future plan) เพื่อติดตามผลการตอบสนองต่อการรักษาหรือปัญหาจากการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง (Follow up)

โรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูง เป็นภาวะที่ตรวจพบค่าความดันโลหิตอยู่ในระดับสูงกว่าปกติ เรื้อรังเป็นเวลานาน ผู้ที่วัดค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (Systolic blood pressure, SBP) ได้มากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว (Diastolic blood pressure, DBP) ได้มากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท ถือว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง และการที่ความดันโลหิตสูงเป็นเวลานาน จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ เช่น โรคหลอดเลือดในสมองตีบ โรคหัวใจ โรคไตวาย เส้นเลือดโป่งพอง อัมพาต เป็นต้น

สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2555) ได้ให้คำนิยามของโรคความดันโลหิตสูง การประเมินความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง (ตารางที่ 5) คำแนะนำการตรวจทางห้องปฏิบัติการสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การกำหนดระดับความดันโลหิตเป้าหมายสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ดังนี้

คำนิยาม

1. Isolated systolic hypertension (ISH) หมายถึง การวัดค่า SBP มากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท แต่ระดับ DBP น้อยกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท
2. Isolated office hypertension หรือ white coat hypertension (WCH) หมายถึง ภาวะที่ค่าความดันโลหิตที่วัดจากสถานบริการสุขภาพมีระดับสูง ($SBP \geq 140$ มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ $DBP \geq 90$ มิลลิเมตรปรอท) แต่เมื่อวัดระดับความดันโลหิตที่บ้านด้วยเครื่องวัดความดันโลหิตอัตโนมัติ พบว่า มีระดับปกติ ($SBP < 135$ มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ $DBP < 85$ มิลลิเมตรปรอท)
3. Mask hypertension หมายถึง ภาวะที่ค่าความดันโลหิตที่วัดจากสถานบริการสุขภาพมีระดับปกติ ($SBP < 140$ มิลลิเมตรปรอทและ/หรือ $DBP < 90$ มิลลิเมตรปรอท) แต่เมื่อวัดค่าความดันโลหิตที่บ้านด้วยเครื่องวัดความดันโลหิตอัตโนมัติ พบว่า มีค่าความดันโลหิตสูง ($SBP \geq 135$ มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ $DBP \geq 85$ มิลลิเมตรปรอท)

การเตรียมผู้ป่วยเพื่อวัดความดันโลหิต

ผู้ป่วยไม่รับประทานยาหรือกาแฟและไม่สูบบุหรี่ก่อนทำการวัดความดันโลหิต 30 นาที พร้อมกับถ่ายปัสสาวะให้เรียบร้อย นั่งพักบนเก้าอี้ ในห้องที่เงียบสงบเป็นเวลา 5 นาที

หลังฟังพนักเพื่อไม่ต้องเกร็งหลัง เท่า 2 ข้าง วางราบกับพื้น ไม่นั่งไขว่ห้าง ไม่พูดคุยขณะวัด
แขนซ้ายหรือแขนขวาที่ต้องการวัดวางอยู่บนโต๊ะ ไม่ต้องกำมือ

การประเมินความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง

ตารางที่ 5 การจำแนกระดับโรคความดันโลหิตสูงตามความรุนแรงในผู้ใหญ่ อายุ 18 ปีขึ้นไป

Category	SBP (มม.ปรอท)	และ	DBP (มม.ปรอท)
Optimal	<120	และ	<80
Normal	120-129	และ/หรือ	80-84
High normal	130-139	และ/หรือ	85-89
Grade 1 hypertension (mild)	140-159	และ/หรือ	90-99
Grade 2 hypertension (moderate)	160-179	และ/หรือ	100-109
Grade 3 hypertension (severe)	≥ 180	และ/หรือ	≥ 110
Isolated systolic hypertension	≥ 140	และ	<90

หมายเหตุ เมื่อความรุนแรงของ SBP และ DBP อยู่ต่างระดับกัน ให้ถือระดับที่รุนแรงกว่าเป็นเกณฑ์

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

สิ่งที่ต้องตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยทำการตรวจเมื่อแรกพบผู้ป่วย และควรตรวจซ้ำ
ปีละครั้ง หรืออาจส่งตรวจบ่อยขึ้นตามดุลยพินิจของแพทย์หากพบความผิดปกติ (น้ำหนัก+คุณภาพ
หลักฐาน II) ได้แก่

- 1.Fasting plasma glucose (FPG)
- 2.Serum total cholesterol, HDL-C, LDL-C, Fasting serum triglyceride ควรงดอาหาร
ก่อนมาตรวจอย่างน้อย 12 ชั่วโมง
- 3.Serum electrolytes, Creatinine, Estimated creatinine clearance หรือ Glomerular
filtration rate
- 4.Hemoglobin และ Hematocrit
- 5.Urinalysis
- 6.Electrocardiography (EKG)

ระดับความดันโลหิตเป้าหมาย

1. ค่าความดันโลหิต < 140/90 มิลลิเมตรปรอท ในผู้ป่วยทั่วไป (น้ำหนัก ++/คุณภาพ
หลักฐาน I)
2. ค่าความดันโลหิต < 130/80 มิลลิเมตรปรอท ในผู้ป่วยอายุน้อย (น้ำหนัก +/-คุณภาพ
หลักฐาน II)
3. ค่าความดันโลหิต < 130-139/80-85 มิลลิเมตรปรอท ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน
(น้ำหนัก +/-คุณภาพหลักฐาน II)
4. ค่าความดันโลหิต < 130/80 มิลลิเมตรปรอท ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง หาก proteinuria
< 1 กรัมต่อวัน (น้ำหนัก ++/คุณภาพหลักฐาน I) และ ระดับความดันโลหิต < 125/75 มิลลิเมตร
ปรอท หาก proteinuria > 1 กรัมต่อวัน (น้ำหนัก ±/คุณภาพหลักฐาน I)
5. ค่าความดันโลหิต < 130/80 มิลลิเมตรปรอท ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงในการเกิด
โรคหลอดเลือดสมอง (น้ำหนัก +/-คุณภาพหลักฐาน II)

การรักษาโรคความดันโลหิตสูง

1. การรักษาโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การลดการดื่มแอลกอฮอล์ การลดการ
รับประทานอาหารเค็ม การหยุดสูบบุหรี่ การลดน้ำหนัก เป็นต้น ซึ่งสามารถช่วยลดระดับความดัน
โลหิตได้เล็กน้อย และทำให้การใช้ยาลดความดันโลหิตลดลงได้ (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสำหรับการรักษาโรคความดันโลหิตสูง

วิธีการ	ข้อแนะนำ	ประสิทธิภาพของการลด SBP
การลดน้ำหนัก	ให้ดัชนีมวลกาย (BMI)=18.5-23 กิโลกรัมต่อตารางเมตร	5-20 มิลลิเมตรปรอทต่อการ ลดน้ำหนักตัว 10 กิโลกรัม
การใช้ DASH	ให้รับประทานผัก ผลไม้ให้มาก ลดปริมาณไขมันในอาหาร	8-14 มิลลิเมตรปรอท
การจำกัดเกลือในอาหาร	ให้ลดการรับประทานเกลือ โซเดียมคลอไรด์ น้อยกว่า 6 กรัมต่อวัน	2-8 มิลลิเมตรปรอท

ตารางที่ 6 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสำหรับการรักษาโรคความดันโลหิตสูง (ต่อ)

วิธีการ	ข้อแนะนำ	ประสิทธิภาพของการลด SBP
การออกกำลังกาย	ออกกำลังกายชนิดแอโรบิคอย่างสม่ำเสมอ เช่น เดินเร็วอย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน และเกือบทุกวัน	4-9 มิลลิเมตรปรอท
การลดการดื่มแอลกอฮอล์	จำกัดการดื่ม ไม่เกิน 2 drinks ต่อวัน ในผู้ชาย และไม่เกิน 1 drinks ต่อวัน ในผู้หญิง	2-4 มิลลิเมตรปรอท

2. การรักษาโดยการใช้ยาลดความดันโลหิต

เริ่มใช้ยาลดความดันโลหิตได้ทุกขนาน โดยยา 4 กลุ่มต่อไปนี้ เป็นที่นิยมใช้กันทั่วโลก และมีหลักฐานสนับสนุนถึงผลดีในระยะยาว ได้แก่ Thiazide-type diuretics, Calcium channel blockers (CCBs), Angiotensin converting enzyme inhibitors (ACEIs), Angiotensin II receptor blockers (ARBs)

สำหรับยา α - blocker ไม่แนะนำให้ใช้เป็นยาขนานแรก ยกเว้น ผู้ป่วยต่อมลูกหมากโต แต่สามารถใช้ α - blocker ร่วมกับยาลดความดันโลหิตกลุ่มหลักได้ (น้ำหนัก-/คุณภาพหลักฐาน II) β - blocker จะใช้เป็นยาขนานแรก ก็ต่อเมื่อมีข้อบ่งชี้เท่านั้น เช่น หลังเกิด myocardial infraction หรือผู้ป่วยที่มี tachyarrhythmia เป็นต้น (น้ำหนัก -/คุณภาพหลักฐาน II) ยาลดความดันโลหิตอื่นๆ เช่น Methyl dopa, Clonidine, Reserpine สามารถใช้ได้เนื่องจากยามีราคาถูกลง มีประสิทธิภาพในการลดความดันได้ดี แต่มีฤทธิ์ไม่พึงประสงค์ค่อนข้างมาก และมีการศึกษาประสิทธิภาพในระยะยาวน้อย (น้ำหนัก \pm /คุณภาพหลักฐาน II) จึงใช้เป็นยาลำดับหลังๆ เพื่อเสริมฤทธิ์ของยากลุ่มหลักในผู้ป่วยที่ยังคุมความดันโลหิตไม่ได้

ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีข้อบ่งชี้ในการใช้ยากลุ่มใด ให้ใช้ยาลดความดันโลหิตอย่างเป็นขั้นตอน จำแนกตามอายุผู้ป่วย (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 หลักการใช้ยาลดความดันโลหิต

	อายุ \leq 55 ปี	อายุ $>$ 55 ปี
Step 1	A	C/D
Step 2	A + C/D	C/D + A
Step 3	A + C + D	
Step 4	A + C + D	
เพิ่ม diuretics เช่น spironolactone หรือ furosemide ก่อนให้ α - blocker หรือ β - blocker		

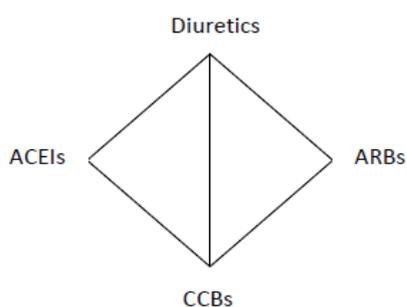
หมายเหตุ A=ACEIs หรือ ARBs (ให้ใช้ ACEIs ก่อน หากเกิดอาการไอ จึงเปลี่ยนเป็น ARBs)

(น้ำหนัก +/-คุณภาพหลักฐาน I)

C=Calcium channel blockers (ให้เลือกใช้ก่อน Diuretics) (น้ำหนัก +/-คุณภาพหลักฐาน II)

D=Diuretics (ระวังการใช้ในผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน โรคเกาต์ และการเกิดภาวะเกลือแร่ผิดปกติในเลือด)

การให้ยา 2 ชนิดร่วมกัน ควรเลือกกลุ่มยาที่สามารถเสริมฤทธิ์กัน (รูปที่ 1) (น้ำหนัก +/-คุณภาพหลักฐาน II)



รูปที่ 1 การเลือกใช้ยาลดความดันโลหิตที่สามารถเสริมฤทธิ์กัน

ข้อห้ามใช้และข้อควรระวังในการใช้ยาลดความดันโลหิต

ยาลดความดันโลหิตกลุ่มต่างๆ มีผลข้างเคียงที่จำเพาะแตกต่างกัน จึงมีข้อห้ามหรือข้อควรระวังในการใช้ต่างกัน (ตารางที่ 8)

ตารางที่ 8 ข้อห้ามใช้และข้อควรระวังในการใช้ยาลดความดันโลหิตกลุ่มต่างๆ

ยา	ข้อห้ามใช้
ACEI, ARBs	- ตั้งครรภ์ - หลอดเลือดแดงที่ไตตีบ - ระดับโพแทสเซียมในเลือด มากกว่า 5.5 มิลลิโมลต่อลิตร - อัตราการกรองของไต (eGFR) ลดลง มากกว่าร้อยละ 30 ภายใน 4 เดือน
Beta-blockers	- AV block (grade 2 หรือ 3) - โรคหอบหืด - โรคหลอดเลือดสมองอุดตัน - โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลาย
Diuretics	- โรคเก๊าท์
Alpha-blockers	- ภาวะหัวใจล้มเหลว
Methyldopa	- ตับอักเสบ
CCBs	- ภาวะหัวใจล้มเหลว

การปรับลดขนาดยาหรือชนิดของยาลดความดันโลหิตสูง

เมื่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี โดยค่อยๆ ลดหรือถอนยาออกอย่างช้าๆ ซึ่งมักจะทำได้ในผู้ป่วยที่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผู้ป่วยบางรายอาจถอนยาออกได้หมด และควรติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากระดับความดันโลหิตอาจสูงขึ้นในระยะเป็นเดือนหรือเป็นปี หลังหยุดยาได้

การติดตามผู้ป่วย

JNC 7 Express report แนะนำว่า เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิต ผู้ป่วยควรได้รับการติดตามผลการรักษาทุกเดือน จนกระทั่งสามารถควบคุมค่าความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย แต่สำหรับผู้ป่วย Grade 2 hypertension หรือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อน ควรได้รับการติดตามผลการรักษาให้บ่อยขึ้น และเมื่อผู้ป่วยสามารถควบคุมค่าความดันโลหิตได้ตามเป้าหมายและคงที่ ให้ติดตามผลการรักษาทุก 3 - 6 เดือน (United State Department of

Health and Human service, National Institutes of health, and National Heart and Lung and Blood Institutes, 2003)

โรงพยาบาลศรีประจันต์

โรงพยาบาลศรีประจันต์ เป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 60 เตียง สังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตั้งอยู่เลขที่ 218 หมู่ที่ 1 ตำบลวังน้ำซับ อำเภอศรีประจันต์ จังหวัด สุพรรณบุรี รับผิดชอบดูแลสุขภาพประชาชนประมาณ 6 หมื่นคน ประกอบด้วยบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ แพทย์เฉพาะทางสาขาสุนัขติกรรม จำนวน 1 คน แพทย์เฉพาะทางสาขาอายุรกรรม จำนวน 1 คน แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป จำนวน 3 คน ทันตแพทย์ จำนวน 3 คน เภสัชกร จำนวน 5 คน พยาบาล จำนวน 74 คน และบุคลากรอื่นๆ จำนวน 139 คน มีบริการคลินิกต่างๆ เช่น คลินิกตรวจโรคทั่วไป คลินิกทันตกรรม คลินิกฝากครรภ์และวางแผนครอบครัว คลินิกโรคเบาหวาน คลินิกโรคความดันโลหิตสูง คลินิกโรคหอบหืด คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คลินิกโรคเอดส์ คลินิกวัณโรค คลินิกสุขภาพเด็กดี คลินิกสุขภาพใจ และคลินิกรุ่งอรุณ (ให้บริการเวลา 7.30-8.30 น.) เป็นต้น

ผู้รับบริการในคลินิกตรวจโรคทั่วไปเฉลี่ยต่อวัน จำนวน 166 คน ผู้รับบริการในคลินิกโรคเบาหวานเฉลี่ยต่อวัน จำนวน 164 คน และผู้รับบริการในคลินิกโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ยต่อวัน จำนวน 110 คน (ข้อมูลวันที่ 1 เมษายน 2555 ถึง 31 มีนาคม 2556) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงซึ่งรับบริการที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 45 รอคอยพบแพทย์ 2-3 ชั่วโมง และผู้ป่วยทั้งหมดรอรับยาไม่เกิน 30 นาที (ข้อมูลเดือนกุมภาพันธ์ 2556)

ปัญหาสุขภาพที่สำคัญของผู้ป่วยในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลศรีประจันต์ คือ ปัญหาจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน (จำนวน 2,358 คน 2,490 คน และ 2,657 คน ในปี 2553, 2554 และ 2555 ตามลำดับ) และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (จำนวน 3,409 คน 4,573 คน และ 5,214 คน ในปี 2553, 2554 และ 2555 ตามลำดับ)

โครงการคลินิกเตinyaโรคความดันโลหิตสูงโดยเภสัชกร โรงพยาบาลศรีประจันต์

คลินิกเตinyaโรคความดันโลหิตสูงโดยเภสัชกร จัดตั้งขึ้นเมื่อ วันที่ 1 เมษายน 2556 โดยการสนับสนุนของ นายแพทย์สุชน ยูวธิ์นันท์ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลศรีประจันต์ หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค แพทย์เฉพาะทางสาขาอายุรกรรม และคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งได้กำหนดวันและเวลาให้บริการผู้ป่วยเป็นวันจันทร์ ตั้งแต่เวลา 7.30 - 14.00 น. ที่ห้องให้คำปรึกษาด้านยาของกลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค (กลุ่มงานเภสัชกรรมฯ) โดยมีเภสัชกรทำหน้าที่สั่งยาเดิมต่อเนื่องให้กับผู้ป่วยนอกโรคความดันโลหิตสูงที่มีสภาวะทางคลินิกคงที่ ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และส่งผู้ป่วยพบแพทย์เมื่อครบนัดตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อน หรือเมื่อพบความผิดปกติเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ซึ่งดำเนินการให้บริการผู้ป่วยครั้งแรกในวันที่ 17 มิถุนายน 2556

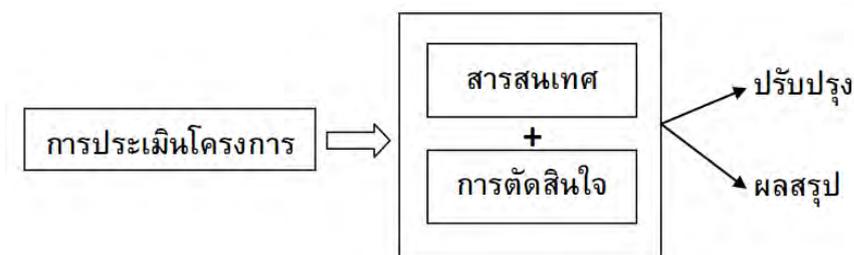
ขั้นตอนการเข้ารับบริการและการให้บริการผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่คลินิกเตinya มีดังนี้

1. ผู้ป่วยลงทะเบียนตรวจรักษาในโรงพยาบาล (Visit) ที่แผนกเวชระเบียน
2. ผู้ป่วยเข้ารับการซักประวัติ และวัดสัญญาณชีพ ที่จุดซักประวัติ แผนกผู้ป่วยนอก
3. พยาบาลที่จุดซักประวัติส่งผู้ป่วยพบเภสัชกรผู้รับผิดชอบโครงการฯ เพื่อสั่งยารักษาโรคความดันโลหิตสูงต่อเนื่อง ที่กลุ่มงานเภสัชกรรมฯ
4. เภสัชกรให้บริการผู้ป่วย ดังนี้
 - 4.1 ประเมินผลการรักษาจากค่าความดันโลหิต
 - 4.2 สอบถามการใช้ยาของผู้ป่วย รวมถึงความร่วมมือในการใช้ยา
 - 4.3 ซักถามรูปแบบพฤติกรรมสุขภาพ
 - 4.4 ให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับโรคและการใช้ยา
 - 4.5 จ่ายยาโรคความดันโลหิตสูง ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยเภสัชกร (ภาคผนวก ก)
 - 4.6 ทำการนัดผู้ป่วยเข้ารับบริการที่คลินิกเตinyaในครั้งต่อไป
 - 4.7 ทำการนัดผู้ป่วยพบแพทย์เพื่อตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนเมื่อครบกำหนด 1 ปี โดยนับจากการตรวจครั้งหลังสุด หรือส่งผู้ป่วยตรวจรักษากับแพทย์ (ภาคผนวก ข)

การประเมินโครงการ

ความหมาย

การประเมินโครงการ หมายถึง กระบวนการที่ก่อให้เกิดสารสนเทศสำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องกับโครงการที่จะใช้ในการตัดสินใจปรับปรุงโครงการ และตัดสินใจผลลัพธ์ของโครงการว่าได้ผลตามเป้าหมายของโครงการหรือไม่ จะดำเนินโครงการต่อไป หรือจะยุติโครงการ (บุญมี พันธุ์ไทย, 2556) (รูปที่ 2)



รูปที่ 2 องค์ประกอบของการประเมินโครงการ

รูปแบบของการประเมินโครงการ

การประเมินโครงการแบ่งออกได้เป็นหลายแบบตามเกณฑ์ที่ใช้ในการแบ่ง (บุญมี พันธุ์ไทย, 2556) ดังนี้

1. ตามหลักยึดในการประเมินโครงการ มี 2 ประเภท คือ
 - 1.1 การประเมินตามวัตถุประสงค์ของโครงการเป็นหลัก เพื่อตรวจสอบผลของโครงการว่าได้บรรลุตามวัตถุประสงค์หรือไม่
 - 1.2 การประเมินที่ไม่คำนึงถึงวัตถุประสงค์ของโครงการ
2. ตามลำดับเวลาที่ทำกรประเมิน มี 3 ประเภท คือ
 - 2.1 การประเมินก่อนเริ่มดำเนินการตามโครงการ เป็นการประเมินสภาพแวดล้อมหรือบริบท และปัจจัยต่างๆ ที่ใช้ในการดำเนินโครงการ
 - 2.2 การประเมินในขณะที่โครงการกำลังดำเนินการอยู่ เป็นการประเมินปัญหาหรืออุปสรรคของกิจกรรมต่างๆ ที่กำลังดำเนินการอยู่
 - 2.3 การประเมินหลังจากโครงการสิ้นสุดลงแล้ว เป็นการประเมินผลสัมฤทธิ์ของโครงการตามวัตถุประสงค์

3. ตามจุดมุ่งหมายของการประเมิน มี 2 ประเภท คือ

3.1 การประเมินเพื่อประเมินความก้าวหน้า (Formative Evaluation) เป็นการประเมินเพื่อต้องการใช้ผลการประเมินมาแก้ไขปรับปรุงโครงการ เป็นการประเมินขณะที่โครงการกำลังดำเนินการอยู่

3.2 การประเมินเพื่อสรุปผล (Summative Evaluation) เป็นการประเมินเพื่อต้องการตัดสินใจว่าโครงการนี้จะยกเลิก หรือดำเนินการต่อ เป็นการประเมินหลังโครงการสิ้นสุดแล้ว โดยพิจารณาว่าได้ผลตามวัตถุประสงค์หรือไม่

4. ตามสิ่งที่ถูกประเมิน มี 4 ประเภท คือ

4.1 การประเมินสถานะแวดล้อมหรือบริบท (Context Evaluation) เพื่อต้องการใช้ผลการประเมินกำหนดวัตถุประสงค์ของโครงการ หรือเป็นการประเมินย้อนหลังเพื่อพิจารณาว่าวัตถุประสงค์ของโครงการสอดคล้องกับนโยบายและสภาพปัญหาหรือไม่

4.2 การประเมินปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation) เป็นการประเมินความเหมาะสม ความพร้อม หรือความเพียงพอของปัจจัย เพื่อต้องการใช้ผลการประเมินเป็นตัวกำหนดแนวทางหรือวิธีการทำงานที่ดีที่สุดที่จะทำให้บรรลุจุดประสงค์ของโครงการ

4.3 การประเมินกระบวนการ (Process Evaluation) เป็นการประเมินกิจกรรมที่กำลังดำเนินการ เพื่อต้องการใช้ผลการประเมินมาปรับปรุงในระหว่างดำเนินโครงการ

4.4 การประเมินผลผลิต (Product Evaluation) เป็นการประเมินความสำเร็จของโครงการ เพื่อต้องการทราบว่าเมื่อสิ้นสุดโครงการ ผลลัพธ์เป็นอย่างไร ได้ตามจุดมุ่งหมายหรือไม่ เทียบกับเกณฑ์แล้วเป็นอย่างไร

5. ตามรูปแบบของการประเมิน ซึ่งเป็นกรอบความคิดโดยอาศัยคุณลักษณะของระบบที่ประกอบด้วย ปัจจัย กระบวนการ และผลผลิตเป็นหลักในการนำเสนอ แบ่งเป็น 3 ประเภท คือ

5.1 รูปแบบที่ยึดวัตถุประสงค์เป็นหลัก เป็นการประเมินมุ่งตรวจสอบการบรรลุวัตถุประสงค์ เช่น รูปแบบการประเมินของ Tyler Cronbach และ Svriven

5.2 รูปแบบที่เปรียบเทียบกับเกณฑ์การประเมิน เช่น รูปแบบการประเมินของ Stake

5.3 รูปแบบที่นำผลการประเมินไปช่วยตัดสินใจ เป็นการประเมินเพื่อให้ได้มาเพื่อสารสนเทศ เพื่อการตัดสินใจเลือกทางเลือกต่างๆ อย่างถูกต้อง เช่น รูปแบบการประเมินชิป (CIPP) ของสตัฟเฟิลบีม (Stufflebeam)

การประเมินผลโครงการนั้นต้องมีเกณฑ์และตัวชี้วัด (Indicator) ระดับความสำเร็จของโครงการ ซึ่งโดยทั่วไปเกณฑ์ที่ใช้ในการประเมินโครงการ (วรเดช จันทรศร และไพโรจน์ ภัทรนรากุล, 2541: อ้างถึงใน สมพิศ สุขแสน, 2545) มีดังนี้

เกณฑ์และตัวชี้วัด (Indicator) ระดับความสำเร็จของโครงการ

1. ตัวชี้วัดตามเกณฑ์ประสิทธิภาพ (Efficiency) เช่น สัดส่วนผลผลิตต่อต้นทุน ระยะเวลาในการให้บริการผู้ป่วย สัดส่วนของผลผลิตต่ออัตรากำลัง
2. ตัวชี้วัดตามเกณฑ์ประสิทธิผล (Effectiveness) เช่น ระดับการบรรลุตามเป้าหมาย หรือวัตถุประสงค์
3. ตัวชี้วัดตามเกณฑ์ความพอเพียง (Adequacy) เช่น ระดับความพอเพียงของทรัพยากร
4. ตัวชี้วัดตามเกณฑ์ความพึงพอใจ (Satisfaction) เช่น ระดับความพึงพอใจ
5. ตัวชี้วัดตามเกณฑ์ความเป็นธรรม (Equity) เช่น การให้โอกาสกับผู้ด้อยโอกาส ความเป็นธรรมระหว่างเพศ ระหว่างอาชีพ ระหว่างสิทธิการรักษาพยาบาล
6. ตัวชี้วัดตามเกณฑ์ความก้าวหน้า (Progress) เช่น กิจกรรมที่ทำแล้วเสร็จ ทรัพยากร และเวลาที่ใช้ไป ผลผลิตเปรียบเทียบกับเป้าหมายรวม
7. ตัวชี้วัดตามเกณฑ์ความยั่งยืน (Sustainability) เช่น ความอยู่รอดของโครงการด้าน เศรษฐกิจ สมรรถนะขององค์กร ความเป็นไปได้ในการขยายผลโครงการ
8. ตัวชี้วัดตามเกณฑ์ความเสียหายของโครงการ (Externalities) เช่น ผลกระทบด้าน สิ่งแวดล้อม ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคมและวัฒนธรรม

การจำแนกตัวชี้วัดตามลักษณะของสิ่งที่ได้รับการประเมิน

1. ตัวชี้วัดด้านบริบท (Context) พิจารณาจากสภาวะแวดล้อมก่อนมีโครงการ ความเป็นไปในขณะนั้นและอนาคต ความเข้าใจร่วมกันของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับโครงการ
2. ตัวชี้วัดด้านปัจจัยนำเข้า (Input) พิจารณาจากความชัดเจนของวัตถุประสงค์ของโครงการ ความพร้อมของทรัพยากร

3. ตัวชี้วัดด้านกระบวนการ (Process) พิจารณาจากการตรวจสอบกิจกรรม เวลา และทรัพยากรของโครงการ การยอมรับของผู้รับบริการและบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับโครงการ
4. ตัวชี้วัดด้านผลผลิต (Product) พิจารณาจากความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมโครงการ
5. ตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ (Outcome) พิจารณาจากคุณภาพชีวิต การมีส่วนร่วม
6. ตัวชี้วัดด้านผลกระทบ (Impact) พิจารณาจากผลที่คาดหวังและไม่คาดหวังที่ได้จากโครงการ

แนวคิดความพึงพอใจที่มีต่อสถานพยาบาล

อเดย์และแอนเดอร์เซนต์ ให้ความเห็นว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการรักษาพยาบาลและความรู้สึกที่ได้รับจากบริการ ประกอบด้วยพื้นฐาน 6 ข้อ ซึ่งเป็นสิ่งที่ควรได้รับการประเมิน และวิธีการติดตามและวัดความพึงพอใจของลูกค้า (Aday and Anderson, 1971: 52-80 อ้างถึงใน เปรมจิต กิจนวสิน, 2553: 19-20) ได้แก่

1. ความพึงพอใจต่อความสะดวกที่ได้รับจากการบริการ (Convenience) แบ่งเป็น
 - 1.1 การใช้เวลารอคอยในสถานบริการ (Office waiting time)
 - 1.2 การได้รับการดูแลเมื่อมีความต้องการ (Availability of care when need)
2. ความพึงพอใจต่อการประสานงานของงานบริการ (Base of getting to care) แบ่งเป็น
 - 2.1 ความสามารถในการรอรับบริการได้ทุกประเภทความต้องการของผู้ป่วย (Getting all needs met at once place)
 - 2.2 แพทย์ให้ความสนใจในสุขภาพของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (Concern of doctors for over all health)
 - 2.3 การติดตามผลการรักษา (Follow up care)
3. ความพึงพอใจต่ออภัยยศ และความสนใจของผู้ให้บริการ (Courtesy) ได้แก่ การแสดงท่าทางที่เป็นกันเอง และห่วงใยผู้ป่วย
4. ความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับจากผู้ให้บริการ (Medical information) ได้แก่ การปฏิบัติตนขณะเจ็บป่วย การใช้ยา

5. ความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการ (Quality of care) ได้แก่ คุณภาพการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับตามความคาดหวังที่มีต่อโรงพยาบาล

6. ความพึงพอใจต่อค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ (Out of pocket costs)

วิธีการติดตามและวัดความพึงพอใจของลูกค้า

1. ระบบการติเตียนและเสนอแนะ (Complaint and suggestion system) เป็นการค้นหาข้อมูลทัศนคติของลูกค้าเกี่ยวกับสินค้าและบริการ โดยใช้กล่องรับความคิดเห็นจากลูกค้า หรือโทรศัพท์สายด่วน

2. การสำรวจความพึงพอใจของลูกค้า (Customer satisfaction system) โดยใช้แบบสอบถาม หรือการสำรวจทางโทรศัพท์ ได้แก่

2.1 การให้คะแนนความพึงพอใจ (Rating customer satisfaction) เช่น ไม่พอใจอย่างยิ่ง ไม่พอใจ ไม่แน่ใจ พอใจ พอใจอย่างยิ่ง

2.2 การสอบถามลูกค้าความพึงพอใจของลูกค้า

2.3 การวิเคราะห์ปัญหาของลูกค้า (Problem analysis) โดยสอบถามปัญหาการใช้สินค้าและบริการ ข้อเสนอแนะการแก้ไขปัญหาดังกล่าวจากลูกค้า

2.4 การให้คะแนนคุณลักษณะของสินค้าและบริการ (Product performance rating) ซึ่งวิธีการนี้ทำให้ทราบจุดแข็งและจุดอ่อนของสินค้าและบริการ

3. การปลอมตัวเพื่อซื้อสินค้า (Ghost shopping) เป็นวิธีที่เชิญบุคคลภายนอกที่คาดว่า เป็นผู้ซื้อที่มีศักยภาพ ทำเสมือนว่าจะซื้อสินค้าและบริการขององค์กรและคู่แข่ง พร้อมวิเคราะห์จุดแข็งและจุดอ่อนเชิงเปรียบเทียบให้องค์กรทราบ

4. การวิเคราะห์ลูกค้าที่สูญเสียไป (Lost Customer Analysis) เป็นวิธีวิเคราะห์หาสาเหตุที่ลูกค้าเดิมเปลี่ยนไปใช้สินค้าและบริการอื่นแทน เช่น ราคาสินค้าและบริการสูงเกินไป บริการไม่ดีพอ สินค้าและบริการไม่น่าเชื่อถือ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยการบริการเคมียาโรคเรื้อรังต่อเนื่องโดยเภสัชกร

Cassidy, IB. and others. (1996) ศึกษาผลกระทบการจัดการของเภสัชกรในคลินิก เคมียาโรคความดันโลหิตสูงต่อเวลาการปฏิบัติงานของแพทย์ คุณภาพการดูแลผู้ป่วย ต้นทุนค่ายา และการใช้ทรัพยากร โดยการเปรียบเทียบผลของการปฏิบัติงานของเภสัชกร 2 รูปแบบ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 1993 ถึง 31 มกราคม 1994 คือ รูปแบบที่ 1 เภสัชกรทบทวนประวัติผู้ป่วยจากเวชระเบียนเพียงอย่างเดียว ให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะกับแพทย์เมื่อพบปัญหาการใช้ยา และรูปแบบที่ 2 เภสัชกรสัมภาษณ์ผู้ป่วย เพื่อค้นหาปัญหาการใช้ยาจากผู้ป่วยโดยตรง และให้คำแนะนำกับผู้ป่วย ซึ่งพบว่า การปฏิบัติงานของเภสัชกรทั้ง 2 รูปแบบ ช่วยลดระยะเวลาการปฏิบัติงานของแพทย์ โดยเฉพาะกลุ่มที่เภสัชกรได้สัมภาษณ์ผู้ป่วยเอง และคุณภาพการดูแลผู้ป่วยไม่แตกต่างกัน จากผลการวิจัยสรุปได้ว่า คลินิกเคมียาโดยเภสัชกร สามารถลดระยะเวลาทำงานของแพทย์โดยใช้ประโยชน์จากการจัดสรรทรัพยากรบุคคลที่เหมาะสม

Riege, Valerie J. (1999) ศึกษาโครงการนำร่องการพัฒนาคลินิกเคมียาโดยเภสัชกรในสถานพยาบาลของประเทศแถบอเมริกา 2 แห่ง คือ Bremerton naval hospital และ Everett naval clinic และในช่วงเดือนมกราคม 2001 ถึง กันยายน 2002 ได้มีการศึกษาการพัฒนาคลินิกเคมียาโดยเภสัชกรของ Keflavik naval hospital ประเทศไอซ์แลนด์ ซึ่งคลินิกได้รับการออกแบบบริการสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีสถานะทางคลินิกคงที่ให้ได้รับความปลอดภัยมากที่สุด โดยใช้ข้อกำหนดมาตรฐานการรักษาด้วยการใช้ยา (Drug protocol) จำนวน 98 ฉบับ ผลการศึกษา พบว่า การให้บริการโดยเภสัชกร (Intervention) ทำให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากการค้นพบปัญหาของผู้ป่วย และได้รับการแก้ไขปัญหอย่างเหมาะสม เช่น ขนาดยาไม่เหมาะสม ผู้ป่วยมีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติ เป็นต้น รวมถึงประหยัดต้นทุนการให้บริการโดยรวม และลดภาระงานของแพทย์

บุญกร หนูขำ (2546) ศึกษาผลการให้บริการของเภสัชกรในคลินิกรับยาต่อเนื่องโดยเภสัชกรต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลพัทลุง เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบมีกลุ่มควบคุม เมื่อทดลองเป็นเวลา 7 เดือน พบว่าการควบคุมค่า SBP, DBP และความร่วมมือ

ในการใช้ยาระหว่างกลุ่มในแต่ละครั้งที่มาโรงพยาบาล และระหว่างครั้งที่มาโรงพยาบาลภายในกลุ่มแต่ละกลุ่มไม่แตกต่างกัน ($p\text{-value} > 0.05$) เวลา รวมเฉลี่ยของการรอรับบริการทุกครั้งที่มาโรงพยาบาลของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม มีความพึงพอใจมากกับบริการของคลินิกโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งไม่แตกต่างกัน ทั้งก่อนและหลังการวิจัย ($p\text{-value} > 0.05$) และผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจมากถ้าเภสัชกรให้บริการคลินิกรับยาต่อเนื่องต่อไป บุคลากรพึงพอใจกับการบริการของเภสัชกรในคลินิกโรคความดันโลหิตสูงมากขึ้นเมื่อมีการให้บริการคลินิกรับยาต่อเนื่อง และพึงพอใจในระดับมากที่สุด มากที่สุด ถ้าเภสัชกรให้บริการคลินิกรับยาต่อเนื่องต่อไป ผลการวิจัยสรุปได้ว่า คุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี โดยการจ่ายยาแบบเดิมต่อเนื่องโดยเภสัชกรไม่แตกต่างจากการดูแลโดยแพทย์ แต่คลินิกรับยาต่อเนื่องใช้เวลาในการให้บริการโดยรวมน้อยกว่าคลินิกปกติ

มณฑา ธิระวุฒิ, โปยม วงศ์ภูวรักษ์ และวันทนา เจริญมงคล (2546) วิจัยผลการเติมยารักษาโรคความดันโลหิตสูงโดยเภสัชกรในศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลเทพา เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบ randomized controlled trial เมื่อทดลองเป็นเวลา 4 เดือน พบว่า ผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้ยาในกลุ่มทดลอง (ร้อยละ 22.4) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 100) อย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} < 0.001$) เมื่อเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่มีปัญหาการใช้ยาครั้งที่ 2 กับครั้งที่ 1 และครั้งที่ 3 กับครั้งที่ 2 พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} < 0.001$ และ $p\text{-value} = 0.016$ ตามลำดับ) ค่าเฉลี่ยของ SBP และ DBP แต่ละครั้งของกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ($p\text{-value} = 0.17$ และ $p\text{-value} = 0.58$ ตามลำดับ) และค่าเฉลี่ยของ SBP และ DBP แต่ละครั้งของกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน ($p\text{-value} = 0.40$ และ $p\text{-value} = 0.52$ ตามลำดับ) กลุ่มทดลองพึงพอใจต่อการเติมยาของเภสัชกรในระดับมาก และกลุ่มควบคุมพึงพอใจในระดับปานกลาง ผลการวิจัยสรุปได้ว่า การเติมยารักษาโรคความดันโลหิตสูงโดยเภสัชกรในศูนย์สุขภาพชุมชน สามารถลดปัญหาการใช้ยาได้ แต่ไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงค่าความดันโลหิตของผู้ป่วย และผู้ป่วยมีความพึงพอใจในค่าบริการรูปแบบนี้

ระพีพรรณ ฉลองสุข, สุรสิทธิ์ ล้อจิตรอำนวย และวิชัย สันติมาลีวรกุล (2549) วิจัยศึกษาเปรียบเทียบการให้บริการปฐมภูมิในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า กรณีศึกษาการให้บริการจ่ายยาต่อเนื่องตามใบสั่งแพทย์ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขข้อ)

ในเลือดสูง) ที่โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวาทยานนท์กับร้านยาคุณภาพ เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบมีกลุ่มควบคุมและเชิงพรรณนา เมื่อทดลองเป็นเวลา 6 เดือน ทำการเปรียบเทียบ FPG, SBP และDBP ของทั้ง 2 กลุ่ม ไม่พบความแตกต่าง (p-value = 0.673, 0.851 และ 0.751 ตามลำดับ) ผู้ป่วยมีความพึงพอใจบริการโดยรวมในระดับมากถึงมากที่สุด ร้อยละ 74.3 และผู้ป่วยทุกราย (ร้อยละ 100) พึงพอใจในระดับมากที่สุดต่อความสะดวกและความรวดเร็วของบริการจ่ายยาต่อเนื่องตามใบสั่งแพทย์ และผู้ให้บริการ ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร โรงพยาบาลซึ่งเป็นผู้ประสานงาน โครงการฯ และเภสัชกรร้านยา มีความพึงพอใจต่อโครงการฯ นี้ เภสัชกรพบปัญหาด้านการแพทย์ 24 อย่าง ปัญหาอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา 2 อย่าง ซึ่งได้รับการแก้ไขและผู้ป่วยมีผลทางเวชกรรมที่ดีขึ้น ผลการวิจัยสรุปได้ว่า ประสิทธิภาพการให้บริการเต็มยาต่อเนื่องแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยเภสัชกรชุมชนและการให้บริการของโรงพยาบาลไม่แตกต่างกัน ผู้รับบริการและผู้ให้บริการมีความพึงพอใจต่อโครงการฯ นี้

กาญจนา สินไชย (2547) ศึกษาผลการให้บริการของคลินิกเต็มยาสำหรับผู้ป่วยเบาหวานโดยเภสัชกร โรงพยาบาลตรัง เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบมีกลุ่มควบคุม เมื่อทดลองเป็นเวลา 8 เดือน พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมซึ่งรับบริการที่คลินิกอายุรกรรม มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวหลังการวิจัยลดลง (p-value = 0.017) ส่วนผู้ป่วยกลุ่มทดลองซึ่งรับบริการที่คลินิกเต็มยามีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวหลังการวิจัยไม่แตกต่างกัน (p-value = 0.148) เมื่อพิจารณาความร่วมมือในการใช้ยา พบว่า ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม มีการใช้ยาตามสั่งมากขึ้น โดยพบความไม่ร่วมมือในการใช้ยาก่อนการทดลองและระหว่างครั้งที่ 1, 2 และ 3 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (p-value < 0.001) และผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มมีความพึงพอใจในการรับบริการไม่แตกต่างกัน (p-value = 0.557) และร้อยละของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มที่มีค่า HbA1c อยู่ในเกณฑ์ไม่แตกต่างกันทั้งก่อนและหลังการทดลอง (p-value = 0.074) ผลการวิจัยสรุปได้ว่า คลินิกเต็มยาโรคเบาหวานให้บริการไม่แตกต่างจากคลินิกอายุรกรรม

สุรชาติพิศ วิชาญไพฑูลย์ และสการินทร์ มีสมพีชน์ (2552) ศึกษาผลลัพธ์ของการจ่ายยาโรคเบาหวานต่อเนื่องโดยเภสัชกรในศูนย์สุขภาพชุมชน ตำบลตลาดเกรียบ จังหวัดอยุธยา เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบทดสอบก่อนและหลังแบบไม่มีกลุ่มควบคุม (Pretest-posttest one group design) เมื่อทดลองเป็นเวลา 3 เดือน พบว่า ผู้ป่วยที่มีค่า FPG อยู่ในช่วง 70-130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

ไม่เปลี่ยนแปลง ผู้ป่วยที่มี HbA1c น้อยกว่าร้อยละ 7 เพิ่มขึ้น และผู้ป่วยที่มีค่าความดันโลหิตไม่เกิน 130/80 มิลลิเมตรปรอท เพิ่มขึ้น แต่ไม่พบความแตกต่าง (p-value =1, p-value =0.267 และ p-value =0.143 ตามลำดับ) ผู้ป่วยที่ควบคุม Total cholesterol ไม่เกิน 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (p-value <0.001) ผลการติดตามปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วย พบว่า ร้อยละ 40.5 สามารถแก้ไขได้โดยเภสัชกร ร้อยละ 59.5 ต้องส่งปรึกษาแพทย์หรือส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่เหมาะสม ร้อยละ 38.4 เป็นปัญหาที่จำเป็นต้องได้รับยาเพิ่มเติม ร้อยละ 23.7 เป็นปัญหาที่ผู้ป่วยได้รับยาถูกต้อง แต่ได้รับขนาดต่ำเกินไป และร้อยละ 18.3 เป็นปัญหาที่ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง ผลการวิจัยสรุปได้ว่า การให้บริการเดมยาโรคเรื้อรังต่อเนื่องแก่ผู้ป่วยโดยเภสัชกรในศูนย์สุขภาพชุมชนไม่มีผลทำให้ค่าความดันโลหิตและค่า HbA1c แตกต่างจากเดิม และเภสัชกรสามารถแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาได้

ทวีพร ศูนย์ดอน (2553) ศึกษาต้นทุนประสิทธิผลของการบริการเดมยาพร้อมกับให้คำปรึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงโดยเภสัชกรในร้านยาคุณภาพ ในเขตเทศบาลเมืองมหาสารคามเปรียบเทียบกับบริการตามปกติที่ศูนย์แพทย์ชุมชน เป็นการศึกษาเชิงสังเกตแบบไปข้างหน้า หลังสิ้นสุดการศึกษาในเดือนที่ 6 พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่รับบริการเดมยาที่ร้านยาคุณภาพ และกลุ่มที่รับบริการที่ศูนย์แพทย์ชุมชนตามปกติ ควบคุมค่า FBS อยู่ในช่วง 70-130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และควบคุมค่าความดันโลหิตไม่เกิน 130/80 มิลลิเมตรปรอท ไม่แตกต่างกัน (p-value >0.05) (ร้อยละ 42.1 และ 36.8 ตามลำดับ) การบริการเดมยาที่ร้านยาคุณภาพทำให้ใช้ต้นทุนเพิ่มขึ้นอีก 51.97 บาทต่อประสิทธิผลที่เพิ่มขึ้นร้อยละ 1 และจากผลการวิเคราะห์ความไว ถ้าเปลี่ยนให้ร้านยาทำหน้าที่เดมยาจะช่วยลดต้นทุนลงได้ 3.06 บาทต่อประสิทธิผลที่เพิ่มขึ้นร้อยละ 1 และเมื่อนำระยะเวลารอคอยของบริการที่ศูนย์แพทย์ชุมชนมาคิดเป็นต้นทุนด้วย การเปลี่ยนมาให้ร้านยาทำหน้าที่เดมยาจะช่วยลดต้นทุนลงได้ 336.94 บาทต่อประสิทธิผลที่เพิ่มขึ้นร้อยละ 1 ผลการวิจัยสรุปได้ว่า การให้บริการเดมยาที่ร้านยาคุณภาพมีต้นทุน-ประสิทธิผลที่คุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์

จากรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า การบริการเดมยาโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงโดยเภสัชกรในพื้นที่ต่างๆ ได้แก่ ศูนย์สุขภาพชุมชน ร้านขายยา และโรงพยาบาล ทำให้ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วย (ค่าความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือด) ไม่แตกต่างจากการบริการรูปแบบเดิมซึ่งให้บริการโดยแพทย์ในคลินิก โรคเรื้อรังของโรงพยาบาล

หรือเจ้าหน้าที่ในศูนย์สุขภาพชุมชน ระยะเวลาการเข้ารับบริการโดยรวมของผู้ป่วย ช่วยลดภาระงานของแพทย์ ทำให้สามารถค้นพบปัญหาเกี่ยวกับยาของผู้ป่วยและแก้ไขปัญหาได้โดยเภสัชกร หรือการส่งผู้ป่วยพบแพทย์ รวมถึงสร้างความพึงพอใจให้ผู้รับบริการและผู้ให้บริการ

งานวิจัยผลการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

เสาวณีย์ ภูมิภมร (2551) ศึกษาผลการให้บริการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เป็นมุสลิม โรงพยาบาลเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบมีกลุ่มควบคุมในช่วงเดือนตุลาคม 2558 ถึง มิถุนายน 2559 เมื่อทดลองเป็นเวลา 8 เดือน พบว่าค่า HbA1c ของทั้ง 2 กลุ่มลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนทำการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ค่า HbA1c ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ค่าความดันโลหิตของทั้ง 2 กลุ่ม เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนทำการทดลองและค่าความดันโลหิตระหว่างกลุ่มไม่แตกต่างกัน ส่วนระดับไตรกลีเซอไรด์ และ LDL-C ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน แต่ระดับไตรกลีเซอไรด์ และ LDL-C ในกลุ่มทดลองลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนทำการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.019 และ p-value = 0.000 ตามลำดับ) เมื่อทำการประเมินความร่วมมือในการใช้ยา พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีสัดส่วนของผู้ป่วยที่มีความร่วมมือในการใช้ยาระดับดีเพิ่มขึ้นไม่แตกต่างกัน คะแนนความรู้ของกลุ่มทดลองเกี่ยวกับโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.001)

มัทนียา ภูเกธร (2552) ศึกษาปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เก็บข้อมูลไปข้างหน้า ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2549 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2550 พบว่า ผู้ป่วย ร้อยละ 38.8 มีปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาและการปฏิบัติตัว โดยพบปัญหาจำนวน 81 ปัญหา ซึ่งปัญหาที่พบบ่อยที่สุด คือ การไม่ใช้ยาตามสั่ง จำนวน 25 ปัญหา รองลงมาเป็นอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา จำนวน 18 ปัญหา และปัญหาที่พบบ่อยเป็นลำดับที่ 3 คือ ขนาดยาต่ำเกินไปและผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม จำนวน 11 ปัญหา ซึ่งเภสัชกรได้ให้ความรู้และคำแนะนำการใช้ยาที่ถูกต้องกับผู้ป่วย ทำการบันทึกปัญหาดังกล่าวในเวชระเบียน เพื่อรายงานแพทย์ทราบและดำเนินการแก้ไข

ชวนชม ภัวตชนยา (2553) ศึกษาปัญหาการใช้ยาในเครือข่ายบริการสุขภาพชุมชนสำหรับผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลโพธาราม เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เก็บข้อมูลไปข้างหน้า

ตั้งแต่วันที่ 4 มิถุนายน พ.ศ. 2552 ถึง 28 กรกฎาคม พ.ศ. 2553 พบว่า ผู้ป่วย ร้อยละ 42.31 มีปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาและการปฏิบัติตัว โดยพบปัญหาจำนวน 22 ปัญหา ซึ่งปัญหาที่พบบ่อยที่สุด คือ ความไม่ร่วมมือใช้ยาตามสั่งและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย จำนวน 16 ปัญหา รองลงมาเป็น ปัญหาอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา จำนวน 3 ปัญหา ซึ่งเภสัชกรดำเนินการแก้ไขโดยให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวกับผู้ป่วยและแจ้งแพทย์ให้ปรับเปลี่ยนยา

ศุวรรณ คลังศรี, รัตนาภรณ์ อววิพันธ์ และพัชกรวิภา สุวรรณพรหม (2556) ศึกษาปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่รับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังเจ้า ตำบลเชียงทอง อำเภอวังเจ้า จังหวัดตาก โดยมีระยะเวลารวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเรื่องการใช้ยา ในช่วงเดือนตุลาคม 2554 ถึง พฤศจิกายน 2555 การเก็บข้อมูลการใช้ยาของผู้ป่วยก่อนการพัฒนากระบวนการส่งมอบยาและให้คำแนะนำ พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 53.7 มีปัญหาการใช้ยาอย่างน้อย 1 ปัญหา และหลังการพัฒนากระบวนการ พบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาจากการใช้ยาลดลงเหลือร้อยละ 16.2 ซึ่งลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และปัญหาที่พบบ่อยที่สุด คือ ผู้ป่วยไม่ใช้ยาตามสั่ง จำนวน 61 ราย รองลงมาเป็นผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา จำนวน 10 ราย ซึ่งหลังจากพัฒนากระบวนการ ลดลงเหลือ 17 ราย และ 2 ราย ตามลำดับ

ปิยวรรณ กุลวัชรรัตน์, ภารดี มยาเศส และอนุ ทองแดง (2557) ศึกษาผลการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับบริการในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลปากน้ำชุมพร จังหวัดชุมพร ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2553 ถึง 31 ธันวาคม 2554 เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบเปรียบเทียบผลก่อนและหลัง เมื่อทดลองเป็นเวลา 6 เดือน พบว่า ปัญหาจากการใช้ยาที่พบบ่อยที่สุดก่อนให้การบริหารทางเภสัชกรรม คือ การเลือกยาไม่เหมาะสม (ร้อยละ 31.3) หลังให้การบริหารทางเภสัชกรรม ปัญหาการใช้ยาลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} = 0.001$) โดยปัญหาที่พบบ่อยที่สุดหลังการบริหารทางเภสัชกรรมคือ การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (ร้อยละ 12.5)

จากรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า การบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทำให้ค้นพบปัญหาเกี่ยวกับยาของผู้ป่วย ซึ่งดำเนินการแก้ไขโดยเภสัชกรให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวกับผู้ป่วยหรือรายงานปัญหาให้แพทย์ทราบ มีผลทำให้ปัญหาเกี่ยวกับยาของผู้ป่วยลดลง รวมถึงผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคเพิ่มขึ้น

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้ แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

1. การศึกษากึ่งทดลอง (Quasi experimental study)

การศึกษาเปรียบเทียบค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้การศึกษาแบบกลุ่มเดียวและมีการวัดผลก่อนการทดลองและหลังการทดลอง (One group pretest posttest design)

2. การศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study)

2.1 ศึกษาปัญหาด้านยา อาหาร และพฤติกรรมสุขภาพ

2.2 ศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วยที่รับบริการที่คลินิก เดิมยาโรคความดันโลหิตสูงโดยเภสัชกร โรงพยาบาลศรีประจันต์ และผู้ให้บริการที่มีส่วนได้ส่วนเสียต่อโครงการฯ (Stakeholder)

กลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีกำหนดตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ประกอบด้วย กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยที่รับบริการที่คลินิกเดิมยาโรคความดันโลหิตสูงโดยเภสัชกร โรงพยาบาลศรีประจันต์ ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการฯ ได้แก่

1. ผู้ป่วยมีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสิทธิประกันสังคม

2. ผู้ป่วยมีค่าความดันโลหิตไม่เกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอท เมื่อวัดติดต่อกัน 3 ครั้ง

หลังสุด (3 visit) ซึ่งมีระยะห่างในแต่ละครั้ง 4-8 สัปดาห์

3. ผู้ป่วยไม่มีโรคร่วมอื่นๆ ยกเว้น โรคไขมันในเลือดสูง
3. ผู้ป่วยไม่มีโรคแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น โรคหัวใจ โรคไต
5. ผู้ป่วยสมัครใจเข้ารับบริการในคลินิกเดมยา
6. ผู้ป่วยได้รับการประเมินสถานะทางคลินิกจากแพทย์ และแพทย์ยินยอมให้ผู้ป่วย

เข้าร่วมโครงการฯ

ในระหว่างทำการศึกษา ผู้ป่วยจะถูกคัดออกจากโครงการฯ ตามเกณฑ์การคัดผู้ป่วย ออกจากโครงการฯ ดังนี้

1. ผู้ป่วยมีค่าความดันโลหิตตั้งแต่ 160/100 มิลลิเมตรปรอท ขึ้นไป
2. ผู้ป่วยมีค่าความดันโลหิตตั้งแต่ 141/91 ถึง 159/99 มิลลิเมตรปรอท เมื่อวัดติดต่อกัน 2 ครั้ง (2 visit)
3. ผู้ป่วยมีความประสงค์ออกจากโครงการ
4. ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนที่ต้องได้รับการดูแลจากแพทย์
5. ผู้ป่วยขาดนัดติดต่อกัน 3 ครั้ง
6. ผู้ป่วยตั้งครรภ์

กลุ่มที่ 2 ผู้ให้บริการที่มีส่วนได้ส่วนเสียต่อโครงการฯ (Stakeholder) ได้แก่ แพทย์ 6 ท่าน เภสัชกร 4 ท่าน และพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก 6 ท่าน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิกและติดตามปัญหาจากผู้ป่วย ประกอบด้วย บันทึกประวัติ ผู้ป่วย บันทึกการตรวจผลปฏิบัติการ บันทึกติดตามปัญหาโดยเภสัชกร (Pharmacist Note) (ภาคผนวก ค)
2. แบบสืบค้นปัญหาจากผู้ป่วย ประกอบด้วย หมวดปัญหาเกี่ยวกับยา อาหาร และ พฤติกรรมสุขภาพ (ภาคผนวก ง)
3. แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการที่คลินิกเดมยา ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจาก แบบสัมภาษณ์ผู้รับบริการของโครงการวิจัยการให้บริการจ่ายยาต่อเนื่องตามใบสั่งแพทย์ในผู้ป่วย โรคเรื้อรัง (ระพีพรรณ ฉลองสุข สุรสิทธิ์ ล้อจิตรอำนาจ และวิชัย สันติมาลีวรกุล, 2549) และแนวคิด

ความพึงพอใจ (Aday and Anderson, 1971: 52-80 อ้างถึงใน เปรมจิต กิจนาวสิน, 2553: 19-20)

(ภาคผนวก จ) ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการรับบริการ

ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

4. แบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแบบสัมภาษณ์ผู้ให้บริการของการวิจัยเรื่องการพัฒนาการพัฒนาศูนย์บริการสุขภาพชุมชน สำหรับผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลโพธาราม (ชวนชม ภาวัตชนยา, 2553: 119) ประกอบด้วย คำถามด้านความพึงพอใจต่อโครงการฯ ในภาพรวม และด้านความคิดเห็นต่อโครงการฯ (ภาคผนวก ฉ)

ขั้นตอนของการวิจัย

1. ทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง และเขียน โครงร่างงานวิจัย
2. การพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา
3. การขอรับรองจริยธรรมด้านการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

ในมนุษย์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร (ภาคผนวก ช)

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล
5. การวิเคราะห์ข้อมูล
6. การอภิปรายและสรุปผล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การเก็บข้อมูลด้านคลินิก โดยเก็บค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยทุกครั้งที่ได้รับบริการที่คลินิกเดิมยา เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของระดับความดันโลหิตของผู้ป่วย เป็นระยะเวลา 7 เดือน และเปรียบเทียบค่าความดันโลหิตของผู้ป่วย ณ วันที่เข้าร่วมโครงการฯ กับค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยในเดือนที่ 6 หรือเดือนที่ 7 หลังจากเข้าร่วมโครงการฯ โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิก และติดตามปัญหาจากผู้ป่วย

2. เก็บข้อมูลปัญหาด้านยา อาหาร และพฤติกรรมสุขภาพ และติดตามผลลัพธ์ของการแก้ไขปัญหของผู้ป่วยทุกครั้งที่ได้รับบริการที่คลินิกเดิมยา เป็นระยะเวลา 7 เดือน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิกและติดตามปัญหาจากผู้ป่วย และแบบสืบค้นปัญหาจากผู้ป่วย

3. การเก็บข้อมูลความพึงพอใจของบริการที่คลินิกเด็มา

3.1 เก็บข้อมูลความพึงพอใจของผู้รับบริการ ในเดือนที่ 6 หรือเดือนที่ 7 หลังจากเข้าร่วมโครงการฯ โดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการที่คลินิกเด็มา

3.2 เก็บข้อมูลความพึงพอใจของผู้ให้บริการ ในเดือนที่ 8 หลังจากเริ่มดำเนินโครงการฯ โดยใช้แบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อพิจารณาวัตถุประสงค์ วิธีการและเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล สามารถนำมาวางแผนการวิเคราะห์ข้อมูล ตามตารางที่ 9

ตารางที่ 9 การวิเคราะห์ข้อมูล

วัตถุประสงค์	วิธีการ/เครื่องมือ	การวิเคราะห์ข้อมูล
1. เพื่อเปรียบเทียบผลทางคลินิกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังเข้ารับบริการที่คลินิกเด็มา	แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิกและติดตามปัญหาจากผู้ป่วย	การวิเคราะห์เชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ paired t-test
2. ศึกษาปัญหาด้านยา อาหาร และพฤติกรรมสุขภาพ	-แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิกและติดตามปัญหาจากผู้ป่วย -แบบสืบค้นปัญหาจากผู้ป่วย	การวิเคราะห์เชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ
3. ศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการที่คลินิกเด็มา	แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการ	การวิเคราะห์เชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ
4. ศึกษาความพึงพอใจของผู้ให้บริการ	แบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ	การวิเคราะห์เชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาการประเมินผลโครงการคลินิกเด็มาโรคความดันโลหิตสูงโดยเภสัชกรในโรงพยาบาลศรีประจันต์ ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะทางคลินิกกึ่งที่ ซึ่งเข้ารับบริการที่คลินิกเด็มาโรคความดันโลหิตสูงโดยเภสัชกร ข้อมูลจากการศึกษาสามารถนำมาวิเคราะห์และนำเสนอผลการวิเคราะห์ เป็นดังนี้

1. ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกให้เข้าร่วมโครงการคลินิกเด็มาโรคความดันโลหิตสูง (โครงการฯ) มีจำนวน 56 ราย แต่อย่างไรก็ตามมีผู้ป่วยที่ถูกคัดออกจากโครงการฯ ก่อนสิ้นสุดการศึกษา (ธันวาคม 2557) จำนวนทั้งสิ้น 13 ราย ประกอบด้วยผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนที่ต้องได้รับการดูแลจากแพทย์ ซึ่งตรวจพบขณะผู้ป่วยเข้ารับการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนเมื่อครบกำหนด 1 ปี โดยนับจากการตรวจครั้งหลังสุด จำนวน 4 ราย ผู้ป่วยประสงค์ออกจากโครงการฯ เนื่องจากต้องการพบแพทย์ จำนวน 5 ราย ผู้ป่วยมีค่าความดันโลหิตมากกว่า 160/100 มิลลิเมตรปรอท จำนวน 3 ราย และผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เภสัชกรจึงส่งพบแพทย์เพื่อปรับยา จำนวน 1 ราย (ตารางที่ 10) ดังนั้นจึงเหลือผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมโครงการฯ สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูล จำนวนทั้งสิ้น 43 ราย

ทั้งนี้ ในระหว่างทำการศึกษา มีผู้ป่วยในโครงการฯ จำนวน 22 ราย ได้รับการส่งตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนเมื่อครบกำหนด 1 ปี ซึ่งนับจากการตรวจครั้งหลังสุด

ตารางที่ 10 สาเหตุที่ผู้ป่วยถูกคัดออกจากโครงการฯ ระหว่างทำการศึกษา

สาเหตุ	ช่วงเวลา ที่ออกจากโครงการฯ
ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนที่ต้องได้รับการดูแลจากแพทย์ ได้แก่ 1. ผู้ป่วยมีระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือด เท่ากับ 1,004 mg% 2. ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในพลาสมาขณะอดอาหาร เท่ากับ 145 mg% 3. ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในพลาสมาขณะอดอาหาร เท่ากับ 175 mg% 4. ผู้ป่วยมีอาการชาซีกขวา	ตุลาคม 2556 กันยายน 2556 สิงหาคม 2556 สิงหาคม 2556
ผู้ป่วยต้องการพบแพทย์ ได้แก่ 1. ผู้ป่วยมีค่าความดันโลหิต 147/87 มิลลิเมตรปรอท 2. ผู้ป่วยมีค่าความดันโลหิต 154/83 มิลลิเมตรปรอท 3. ผู้ป่วยมีค่าความดันโลหิต 159/91 มิลลิเมตรปรอท 4. ผู้ป่วยมีค่าความดันโลหิต 155/94 มิลลิเมตรปรอท 5. ผู้ป่วยมีบาดแผลจากกรดล้มร่วมด้วย จำเป็นต้องได้รับการรักษาจากแพทย์	พฤศจิกายน 2556 กันยายน 2556 สิงหาคม 2556 กันยายน 2556 สิงหาคม 2556
ผู้ป่วยมีค่าความดันโลหิตมากกว่า 160/100 มิลลิเมตรปรอท ได้แก่ 1. ผู้ป่วยมีค่าความดันโลหิต 170/100 มิลลิเมตรปรอท 2. ผู้ป่วยมีค่าความดันโลหิต 161/103 มิลลิเมตรปรอท 3. ผู้ป่วยมีค่าความดันโลหิต 178/83 มิลลิเมตรปรอท	กันยายน 2556 สิงหาคม 2556 สิงหาคม 2556
ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เกสซ์กรส่งผู้ป่วยพบแพทย์	สิงหาคม 2556

การจำแนกผู้ป่วยในโครงการฯ จำนวน 43 ราย ตามการวินิจฉัยโรคของแพทย์ แบ่งเป็น ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 23.26 และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับไขมันในเลือดสูง 33 ราย คิดเป็นร้อยละ 76.74 ผู้เข้าร่วมโครงการฯ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 72.09 อายุอยู่ในช่วง 38-61 ปี อายุเฉลี่ย 50.70 ± 6.23 ปี ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ 46-55 ปี ร้อยละ 51.16 พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยส่วนใหญ่ ได้แก่ ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 90.70 ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 79.07 ไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 53.49 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาระดับสูงสุดชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 76.74 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 79.07 และผู้ป่วยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 53.49 (ตารางที่ 11)

ตารางที่ 11 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ณ วันที่เข้ารับบริการที่คลินิกเดิมยาครั้งแรก (n=43)

ลักษณะประชากร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	12	27.91
หญิง	31	72.09
อายุ (ปี)		
36-45	10	23.26
46-55	22	51.16
56-65	11	25.58
การวินิจฉัยของแพทย์		
โรคความดันโลหิตสูง	10	23.26
โรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคไขมันในเลือดสูง	33	76.74
พฤติกรรมสุขภาพ		
ไม่เคยสูบบุหรี่	39	90.70
สูบบุหรี่	4	9.30
ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	34	79.07
ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	9	20.93
ไม่ออกกำลังกาย	23	53.49
ออกกำลังกาย	20	46.51
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้ศึกษา	2	4.65
ประถมศึกษา	33	76.74
มัธยมศึกษา	6	13.95
อนุปริญญา หรือเทียบเท่า	1	2.33
ปริญญาตรี	1	2.33
สิทธิการรักษา		
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	34	79.07
ประกันสังคม	9	20.93

ตารางที่ 11 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ณ วันที่เข้ารับบริการที่คลินิกเด็มาครั้งแรก (n=43) (ต่อ)

ลักษณะประชากร	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพหลัก		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	5	11.63
เกษตรกรรวม	13	30.23
รับจ้าง	23	53.49
ธุรกิจส่วนตัว	2	4.65

ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ของผู้ป่วย ณ วันที่เข้ารับบริการที่คลินิกเด็มาครั้งแรก อยู่ในช่วง 18.61-35.21 กิโลกรัมต่อตารางเมตร จำแนกได้เป็น ผู้ป่วย มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 18.50-24.99 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (ระดับปกติ ถึง น้ำหนักเกิน) จำนวน 16 ราย และมีค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (อ้วน) จำนวน 27 ราย หลังจากครบกำหนด 7 เดือน พบว่าผู้ป่วยมีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) อยู่ในช่วง 19.27-35.56 กิโลกรัมต่อตารางเมตร จำแนกได้เป็น ผู้ป่วยมีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 18.50-24.99 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (ระดับปกติ ถึง น้ำหนักเกิน) จำนวน 15 ราย และมีค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (อ้วน) จำนวน 28 ราย ซึ่งเมื่อทดสอบด้วยสถิติ McNemar's test พบว่า ค่าดัชนีมวลกายของผู้ป่วยก่อนและหลังเข้ารับบริการที่คลินิกเด็มาไม่แตกต่างกัน (p-value=1.000) (ตารางที่ 12)

ตารางที่ 12 การเปรียบเทียบค่าดัชนีมวลกาย (BMI) (n=43)

ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) (กิโลกรัมต่อตารางเมตร)	จำนวนผู้ป่วย* (ร้อยละ)	
	ก่อนเข้าร่วมโครงการฯ	หลังเข้าร่วมโครงการฯ
18.50-24.99 (ปกติ ถึง น้ำหนักเกิน)	16 (37.21)	15 (34.88)
ตั้งแต่ 25 (อ้วน)	27 (62.79)	28 (65.12)
รวม	43 (100.00)	43 (100.00)

*p-value =1.000 (McNemar's test)

2. ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วย

การศึกษานี้ติดตามผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโดยใช้ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (Systolic blood pressure; SBP) และค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว (Diastolic blood pressure; DBP)

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีค่า SBP ณ วันที่เข้ารับบริการที่คลินิกเดิมยาครั้งแรก อยู่ในช่วง 105-148 มิลลิเมตรปรอท ค่าเฉลี่ย 128.42 ± 10.35 มิลลิเมตรปรอท และหลังจากครบกำหนด 7 เดือน ผู้ป่วยมีค่า SBP อยู่ในช่วง 106-146 มิลลิเมตรปรอท ค่าเฉลี่ย 127.37 ± 10.61 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งเมื่อทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยของ SBP ของผู้ป่วยก่อนและหลังเข้ารับบริการที่คลินิกเดิมยาไม่แตกต่างกัน ($t=0.544$, $df=42$, $p\text{-value}=0.589$, $95\%CI=(-2.84)$ ถึง (4.93)) (ตารางที่ 13)

ตารางที่ 13 การเปรียบเทียบค่า Systolic blood pressure

Systolic blood pressure (มิลลิเมตรปรอท) n=43		t	p-value
ก่อนเข้าร่วมโครงการฯ	หลังเข้าร่วมโครงการฯ		
128.42 ± 10.35	127.37 ± 10.61	0.544	0.589

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีค่า DBP ณ วันที่เข้ารับบริการที่คลินิกเดิมยาครั้งแรก อยู่ในช่วง 64-95 มิลลิเมตรปรอท ค่าเฉลี่ย 79.79 ± 6.65 มิลลิเมตรปรอท และหลังจากครบกำหนด 7 เดือน ผู้ป่วยมีค่า DBP อยู่ในช่วง 67-91 มิลลิเมตรปรอท ค่าเฉลี่ย 79.67 ± 5.92 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งเมื่อทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยของ DBP ของผู้ป่วยก่อนและหลังเข้ารับบริการที่คลินิกเดิมยาไม่แตกต่างกัน ($t=0.126$, $df=42$, $p\text{-value}=0.901$, $95\%CI=(-1.75)$ ถึง (1.98)) (ตารางที่ 14) โดยยาลดความดันโลหิตที่ผู้ป่วยได้รับเป็นส่วนใหญ่ คือ Atenolol, Amlodipine, Enalapril, Hydrochlorothiazide+Amiloride, Hydrochlorothiazide

ตารางที่ 14 การเปรียบเทียบค่า Diastolic blood pressure

Diastolic blood pressure (มิลลิเมตรปรอท) n=43		t	p-value
ก่อนเข้าร่วมโครงการฯ	หลังเข้าร่วมโครงการฯ		
79.79 ± 6.65	79.67 ± 5.92	0.126	0.901

3. ผลการบริบาลทางเภสัชกรรม

การศึกษาครั้งนี้ เภสัชกรใช้หลักการบริบาลทางเภสัชกรรมในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การค้นหาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (Medical condition problem) การติดตามปัญหาเกี่ยวกับยา (Drug related problem) ปัญหาด้านอาหารและพฤติกรรมสุขภาพ และดำเนินการแก้ไขปัญหาดังนี้

3.1 ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (Medical condition problem)

การซักประวัติและสอบถามปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยโดยเภสัชกร ทำให้ค้นพบผู้ป่วยที่มีปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ จำนวน 30 ราย พบปัญหาทั้งหมด 14 ปัญหา แบ่งเป็น ปัญหาการเจ็บป่วยทั่วไปหรือเป็นปัญหาที่ผู้ป่วยเคยได้รับการรักษาด้วยยามาก่อน ซึ่งแก้ไขได้โดยเภสัชกร จำนวน 12 ปัญหา ได้แก่ เวียนศีรษะ ท้องผูก ปวดบริเวณทวารหนัก ท้องอืด โรคกระเพาะอาหาร อาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและข้อ แพ้อากาศ ไอ ผื่นคัน ใจสั่น ภาวะเครียด และนอนไม่หลับ ส่วนปัญหาที่ต้องส่งผู้ป่วยพบแพทย์มีจำนวน 2 ปัญหา ได้แก่ ผู้ป่วยมีอาการปวดขา ขาชา ปวดหลัง ซึ่งเป็นอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเป็นครั้งแรก และผู้ป่วยมีภาวะประจำเดือนผิดปกติ (ตารางที่ 15)

สำหรับการแก้ไขปัญหามีปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วยโดยเภสัชกร ได้แก่ การส่งจ่ายยาให้กับผู้ป่วยเพื่อรักษาหรือบรรเทาอาการ รวมถึงให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ซึ่งเภสัชกรจะพิจารณาส่งจ่ายยาที่เป็นรายการเดียวกับที่ผู้ป่วยเคยได้รับการสั่งใช้จากแพทย์ หรือส่งจ่ายยาในโรคหรืออาการที่ผู้ป่วยเคยเจ็บป่วยมาในอดีต หรือโรคที่ไม่รุนแรง เช่น โรคหวัด โรคกระเพาะอาหาร ผื่นคัน อาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ เป็นต้น (ตารางที่ 15)

ตารางที่ 15 ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (Medical condition problem)

ผู้ป่วยรายที่	ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ	การแก้ไขโดยการใช้ยา	คำแนะนำอื่นๆ
1	ปวดเข่า	Diclofenac	-
	คัดจมูก จาม	CPM	-
	เจ็บทวารหนัก	เพอร์สังมาตแคปซูล	-
	ท้องผูก	มะขามแขกแคปซูล	ใช้ยาเฉพาะเวลามีอาการ
2	คันบริเวณง่ามนิ้วมือ	Hydroxyzine, 0.1% TA cream	แนะนำล้างมือให้สะอาด และใช้โลชั่นทาผิว หลังจากปฏิบัติงานที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดอาการคัน

ตารางที่ 15 ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (Medical condition problem) (ต่อ)

ผู้ป่วย รายที่	ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ	การแก้ไขโดยการใช้ยา	คำแนะนำอื่นๆ
3.	ชานิ้วมือ	Gabapentin, Vitamin B1-6-12	-
	ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ	Diclofenac, Tramadol Orphenadrine+Paracetamol	ใช้ Tramadol เวลามีอาการปวด มากๆ หรือเมื่อใช้ Diclofenac ร่วมกับ Orphenadrine + Paracetamol แล้วไม่ดีขึ้น
4	โรคหัด ไอ	Cetirizine, Bromhexine, M.tussis	-
	ปวดหลัง	Diclofenac	-
5	โรคกระเพาะ	Omeprazole	-
	ปวดขา ตะคริว	Calcium, Tramadol, Orphenadrine+Paracetamol	ใช้ Tramadol เวลามีอาการปวด มากๆ
6	ปวดสันเท้า ปวดเข่า	Diclofenac, Orphenadrine+Paracetamol	-
7	คัน คันตามผิวหนัง	Hydroxyzine, 0.1%TA cream	-
8	โรคกระเพาะ	Omeprazole	-
9	ปวดเข่า	Orphenadrine+Paracetamol	-
10	ปวดเข่า	Diclofenac, Orphenadrine+Paracetamol	-
	ริดสีดวง	เพชรสังฆาตแคปซูล, Proctosedyl suppo.	-

ตารางที่ 15 ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (Medical condition problem) (ต่อ)

ผู้ป่วย รายที่	ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ	การแก้ไขโดยการใช้ยา	คำแนะนำอื่นๆ
11	โรคกระเพาะ	Omeprazole	-
	เจ็บท้องน้อย	Tramadol	-
	ไอ	Dextromethorphan, Acetylcysteine	-
12	โรคกระเพาะ	Omeprazole, Antacid gel, Domperidone	-
	นอนไม่หลับ	Lorazepam	ใช้ยาเฉพาะเวลามีอาการ
13	นอนไม่หลับ	Diazepam	-
14	ปวดข้อเข่า	Calcium, Diclofenac, Orphenadrine+Paracetamol	-
15	ปวดสันเท้า	Diclofenac	-
16	ปวดขา	Diclofenac	-
17	ปวดหัว มึนงง	Meloxicam, Betahistine	-
	โรคกระเพาะ ท้องอืด	Rantidine, Simethicone	-
	ใจสั่น	Propranolol	ใช้ยาเฉพาะเวลามีอาการ
	นอนไม่หลับ	Lorazepam	ใช้ยาเฉพาะเวลามีอาการ
18	โรคกระเพาะ ท้องอืด	Omeprazole, Simethicone. Buscopan	-
	นอนไม่หลับ	Lorazepam	-
	ท้องผูก	มะขามแขกแคปซูล	ใช้ยาเฉพาะเวลามีอาการ
	ปวดเมื่อย	Meloxicam	-
19	ปวดขา	Diclofenac, Orphenadrine+Paracetamol	-
	ไอ	Dextromethorphan, ยาอมมะแว้ง	-
	เวียนศีรษะ	Dimenhydrinate	-

ตารางที่ 15 ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (Medical condition problem) (ต่อ)

ผู้ป่วย รายที่	ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ	การแก้ไขโดยการใช้ยา	คำแนะนำอื่นๆ
20	ไอ	ยาอมมะแว้ง	-
21	ภาวะเครียด นอนไม่หลับ	Amitriptyline, Lorazepam	ใช้ยาเฉพาะเวลามีอาการ
22	ปวดนิ้ว	Orphenadrine+Paracetamol	-
23	โรคกระเพาะ ท้องอืด	Omeprazole	-
24	ปวดข้อ	Orphenadrine+Paracetamol	-
	เวียนศีรษะ	Dimenhydrinate	-
	นอนไม่หลับ	Lorazepam	ใช้ยาเฉพาะเวลามีอาการ
25	ปวดต้นคอ	Diclofenac	-
26	ปวดข้อ	Diclofenac, Orphenadrine+Paracetamol	-
27	เวียนศีรษะ	Cinnarizine, Flunarizine	-
	ท้องผูก	Bisacodyl	ใช้ยาเฉพาะเวลามีอาการ
	คันเคืองตา	Hista oph	ใช้ยาเฉพาะเวลามีอาการ
	เวียนศีรษะ	Betahistine	-
28	เวียนศีรษะ	Cinnarizine	-
	นอนไม่หลับ	Lorazepam	ใช้ยาเฉพาะเวลามีอาการ
29	ประจำเดือนผิดปกติ	-	ส่งปรึกษาแพทย์
30	ปวดขา ขาชา ปวดหลัง	-	ส่งปรึกษาแพทย์

3.2 ปัญหาเกี่ยวกับยา (Drug related problem)

จากการศึกษาปัญหาเกี่ยวกับยาของผู้ป่วย พบปัญหาอาการไม่พึงประสงค์จากยา (Adverse reaction) จำนวน 1 ครั้ง ปัญหาเกี่ยวกับขนาดยา (Dosing problem) ได้แก่ ผู้ป่วยใช้ยาผิดขนาด จำนวน 4 ครั้ง และปัญหาการใช้ยา (Drug use problem) จำนวน 5 ครั้ง แบ่งเป็น ผู้ป่วยใช้ยาผิดชนิด (2 ครั้ง) และผู้ป่วยไม่ใช้ยา (3 ครั้ง) (ตารางที่ 16)

สำหรับการแก้ไขปัญหเกี่ยวกับยาของผู้ป่วย ได้แก่ เกสักรส่งต่อผู้ป่วยพบแพทย์ เพื่อเปลี่ยนยา จำนวน 1 ครั้ง และเกสักรให้คำแนะนำโดยวาจากับผู้ป่วย จำนวน 9 ครั้ง (ตารางที่ 16) และเมื่อติดตามผลลัพธ์จากการแก้ไขปัญห พบว่า ผู้ป่วยที่มีปัญหาจากตัวยาที่ทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาได้รับการเปลี่ยนยาจากแพทย์ รวมถึงผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับคำแนะนำการใช้ยาจากเกสักรให้ความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งเพิ่มมากขึ้น

ตารางที่ 16 ปัญหาเกี่ยวกับยาของผู้ป่วย (Drug related problem)

ปัญหา	รายละเอียดของปัญหา	สาเหตุ	การแก้ไข
1.ปัญหาอาการไม่พึงประสงค์จากยา 1 ครั้ง	ผู้ป่วยใช้ยา Anapril® MimiTab 5 mg แล้วมีอาการอ่อนเพลียและเวียนศีรษะมาก	การเลือกใช้ยาที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา	เกสักรส่งต่อผู้ป่วยพบแพทย์ เพื่อเปลี่ยนยา
2.ปัญหาเกี่ยวกับขนาดยา (ใช้ยาผิดขนาด) 4 ครั้ง	1. ผู้ป่วยรับประทานยา Enalapril 1 เม็ด หลังอาหารเช้า แต่วิธีใช้บนฉลากยาระบุ ครั้ง เม็ด หลังอาหารเช้า 2. ผู้ป่วยรับประทานยา HCTZ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า แต่วิธีใช้บนฉลากยาระบุ ครั้ง เม็ด หลังอาหารเช้า 3. ผู้ป่วยรับประทานยา Gemfibrozil 1 เม็ด ก่อนอาหารเช้า แต่วิธีใช้บนฉลากยาระบุ 1 เม็ด ก่อนอาหารเช้าและเย็น	ผู้ป่วยไม่อ่านฉลากยาก่อนใช้ยา ซึ่งเกสักรพบปัญหาขณะผู้ป่วยเข้ารับบริการครั้งแรกที่คลินิกเดมิยา	เกสักรแนะนำผู้ป่วยให้อ่านฉลากยาก่อนใช้ยาทุกครั้ง
	4. ผู้ป่วยรับประทานยา Aspirin 2 เม็ด หลังอาหารเช้า แต่วิธีใช้บนฉลากยาระบุ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า	ผู้ป่วยไม่อ่านฉลากยา จึงไม่ทราบว่าแพทย์ปรับขนาดยาให้ในวันที่เข้ารับการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ซึ่งเกสักรพบปัญหาขณะผู้ป่วยถูกส่งกลับมารับบริการที่คลินิกเดมิยา	เกสักรแนะนำผู้ป่วยให้อ่านฉลากยาก่อนใช้ยาทุกครั้ง

ตารางที่ 16 ปัญหาเกี่ยวกับยาของผู้ป่วย (Drug related problem) (ต่อ)

ปัญหา	รายละเอียดของปัญหา	สาเหตุ	การแก้ไข
3. ปัญหาการใช้ยา 3.1 การใช้ยาผิดชนิด 2 ครั้ง	1. ผู้ป่วยรับประทานยาลดความดันโลหิตของสามี ซึ่งเป็นคนละชนิดกับที่ผู้ป่วยใช้ประจำ	ผู้ป่วยผิวดำ 1 สัปดาห์ จึงทำให้ไม่มียารับประทาน และผู้ป่วยไม่ทราบว่ายาลดความดันโลหิตแต่ละชนิดมีความเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย จึงนำยาของผู้อื่นมาใช้	เภสัชกรแนะนำผู้ป่วยว่าไม่ควรนำยาของผู้อื่นมาใช้ และผู้ป่วยควรมาพบแพทย์ก่อนนัดเมื่อทราบว่าไม่สามารถมาตามนัดได้
	2. ผู้ป่วยรับประทานยา Gemfibrozil ซึ่งแพทย์ได้ระงับการใช้แล้ว และไม่ได้รับประทานยา Simvastatin ที่แพทย์สั่งให้แทน	1. ผู้ป่วยมีความเข้าใจว่าต้องรับประทานยาลดไขมัน Gemfibrozil ที่เหลือให้หมดก่อน แล้วจึงเริ่มรับประทาน Simvastatin ซึ่งเป็นยาลดไขมันชนิดใหม่ที่แพทย์สั่งให้ในวันที่เข้ารับการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ซึ่งเภสัชกรพบปัญหาขณะผู้ป่วยถูกส่งกลับมาใช้บริการที่คลินิกเดิมยาผู้ป่วย 2. ผู้ป่วยมียา Gemfibrozil เหลืออยู่ เนื่องจากใช้ยานานต่ำกว่าที่แพทย์สั่ง และไม่ได้นำมาคืนที่กลุ่มงานเภสัชกรรม	แนะนำผู้ป่วยให้ใช้ Simvastatin และหยุดใช้ Gemfibrozil และแนะนำให้แพทย์ที่เหลือทั้งหมดมาคืนกลุ่มงานเภสัชกรรมในวันนัดครั้งถัดไปทุกครั้ง เพื่อป้องกันการใช้ยาผิดกรณีแพทย์ปรับยาให้กับผู้ป่วย
3.2 ผู้ป่วยไม่ใช้ยา 3 ครั้ง	1. ผู้ป่วยรับประทานยา Enalapril , Moduretic, Amlodipine อย่างละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า แต่วิธีใช้บนฉลากยา Enalapril ระบุ 1 เม็ด หลังอาหารเช้าและเย็น)	ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าจะรับประทานยามากเกินไป ซึ่งเภสัชกรพบปัญหาขณะผู้ป่วยเข้ารับบริการครั้งแรกที่คลินิกเดิมยา	แนะนำผู้ป่วยให้รับประทานยา Enalapril 2 มื้อ ตามแพทย์สั่ง

ตารางที่ 16 ปัญหาเกี่ยวกับยาของผู้ป่วย (Drug related problem) (ต่อ)

ปัญหา	รายละเอียดของปัญหา	สาเหตุ	การแก้ไข
3.2 ผู้ป่วย ไม่ใช้ยา 3 ครั้ง	2.ผู้ป่วยไม่ได้รับประทานยา Simvastatin เป็นเวลา 5 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล	ผู้ป่วยได้รับข้อมูลจากรายการ วิทยุว่า การรับประทานยา สลายไขมันเป็นสาเหตุให้ต้อง ล้างไต ทำให้ผู้ป่วยเกิดความ กังวล ไม่กล้ารับประทานยา	อธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่า การใช้ยา Simvastatin อย่างต่อเนื่องตามแพทย์ สั่งไม่ได้ทำให้ผู้ป่วยต้อง ล้างไต แต่การไม่ใช้ยา มี ผลทำให้เกิดโรคต่างๆ ตามมาได้
	3.ผู้ป่วยไม่ได้รับประทานยา ลดความดันโลหิตสูง 2 วัน .	ผู้ป่วยมีประชุมนอกสถานที่ ทำงานเป็นเวลา 2 วัน และ ไม่ได้ไปรับประทาน ด้วย	แนะนำผู้ป่วยว่าไม่ควรลืม นำไปรับประทาน บ่อยๆ เนื่องจากอาจทำ ให้ความดันโลหิตสูงได้ ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิด ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมาได้

3.3 ปัญหาด้านอาหารและพฤติกรรมสุขภาพ

นอกจากเภสัชกรจะได้ทำการศึกษาปัญหาด้านยาของผู้ป่วยแล้ว เภสัชกรได้ศึกษาปัญหาด้านอาหารและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งทำให้สามารถค้นพบปัญหา ได้แก่ ผู้ป่วยชอบรับประทานอาหารรสเค็ม 15 ราย (ร้อยละ 34.88) ไม่ได้ออกกำลังกาย 23 ราย (ร้อยละ 53.49) ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ขณะมีงานเลี้ยงสังสรรค์ 9 ราย (ร้อยละ 20.93) สูบบุหรี่ 4 ราย (ร้อยละ 9.30) สำหรับการแก้ไขปัญหานั้น ได้แก่ การแนะนำผู้ป่วยให้ลดการรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม ใส่เครื่องปรุงรสเค็มในอาหารลดลง ไม่ควรรับประทานอาหารที่มีรสหวานจัด และอาหารที่มีไขมันสูง เช่น อาหารทอด อาหารที่มีกะทิ เป็นต้น เป็นประจำ แนะนำการออกกำลังกายด้วยวิธีเดินเร็วๆ อย่างต่อเนื่อง วันละ 30 นาที อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ และการลดหรือเลิกดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ รวมถึงการลดหรือเลิกสูบบุหรี่

นอกจากนี้พบผู้ป่วย 1 ราย รับประทานข้าวต้มกับปลาเค็มเป็นเวลา 2 สัปดาห์ ซึ่งมีสาเหตุมาจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วยได้อัต และญาติทำอาหารให้ผู้ป่วยรับประทานในระยะพักฟื้น จึงทำให้ผู้ป่วยมีค่าความดันโลหิตเป็น 144/95 มิลลิเมตรปรอท เกษชกรได้อธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่า การรับประทานปลาเค็มเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยมีความดันโลหิตเพิ่มขึ้น และเมื่อติดตามผลในนัดครั้งต่อไป พบค่าผู้ป่วยมีค่าความดันโลหิตลดลงเป็น 135/90 มิลลิเมตรปรอท

สำหรับการติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยหลังเข้ารับบริการที่คลินิกเดมิยาไม่มีการเปลี่ยนจากก่อนเข้ารับบริการที่คลินิกเดมิยา

4. การวิเคราะห์ความพึงพอใจของผู้รับบริการ

จากการศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการคลินิกเดมิยาโรคความดันโลหิตสูงโดยเกษชกร จำนวน 43 คน โดยใช้แบบสอบถาม ได้ผลลัพธ์ดังนี้

4.1 เหตุผลในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการฯ

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 62.79 ตัดสินใจเข้าร่วมโครงการฯ โดยให้เหตุผลว่า เจ้าหน้าที่แนะนำ ผู้ป่วย ร้อยละ 34.88 ให้เหตุผลว่า คลินิกเดมิยาช่วยประหยัดเวลาในการเข้ารับบริการเมื่อเทียบกับคลินิกโรคความดันโลหิตสูง และผู้ป่วย ร้อยละ 2.33 ให้เหตุผลว่า อยากทดลองบริการรูปแบบใหม่ (ตารางที่ 17)

ตารางที่ 17 เหตุผลในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการฯ (n=43)

เหตุผลในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการฯ	จำนวน	ร้อยละ
เจ้าหน้าที่แนะนำ	27	62.79
ประหยัดเวลา เมื่อเทียบกับคลินิกโรคเรื้อรัง	15	34.88
อยากทดลองบริการรูปแบบใหม่	1	2.33

4.2 ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการที่ได้รับจากคลินิกเดมิยา

ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับในด้านต่างๆ ได้แก่ ความรวดเร็ว ความสะดวก การติดตามผลการรักษาที่ต่อเนื่อง ความเอาใจใส่และการช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ การพูดจาและมารยาทจากเจ้าหน้าที่ ความรู้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคและยา และบริการภาพรวมในระดับปานกลางถึงมากที่สุด โดยพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 72.09 มีความพึงพอใจในระดับ

มากถึงมากที่สุดด้านความรวดเร็ว ร้อยละ 79.07 พึงพอใจในระดับมากถึงมากที่สุดด้านความสะดวก ร้อยละ 72.09 พึงพอใจในระดับมากถึงมากที่สุดด้านการติดตามผลการรักษาที่ต่อเนื่อง ร้อยละ 81.39 พึงพอใจในระดับมากถึงมากที่สุดด้านความเอาใจใส่และการช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ ร้อยละ 88.37 พึงพอใจในระดับมากถึงมากที่สุดด้านการพุดจาและมารยาทจากเจ้าหน้าที่ ร้อยละ 81.39 พึงพอใจในระดับมากถึงมากที่สุดด้านความรู้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคและยาที่ได้รับ และ ร้อยละ 86.05 พึงพอใจในระดับมากถึงมากที่สุดต่อบริการที่ได้รับในภาพรวม (ตารางที่ 18) ตารางที่ 18 ความพึงพอใจของผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการฯ

องค์ประกอบของความพึงพอใจ	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ความรวดเร็ว	14 (32.56)	17 (39.53)	12 (27.91)	0 (0.00)	0 (0.00)
ความสะดวก	14 (32.56)	20 (46.51)	9 (20.93)	0 (0.00)	0 (0.00)
การติดตามผลการรักษาที่ต่อเนื่อง	11 (25.58)	20 (46.51)	12 (27.91)	0 (0.00)	0 (0.00)
ความเอาใจใส่ การช่วยเหลือ จากเจ้าหน้าที่	13 (30.23)	22 (51.16)	8 (18.61)	0 (0.00)	0 (0.00)
การพุดจา มารยาท จากเจ้าหน้าที่	13 (30.23)	25 (58.14)	5 (11.63)	0 (0.00)	0 (0.00)
ความรู้ คำแนะนำการปฏิบัติตัว เกี่ยวกับโรคและยาที่ได้รับ	11 (25.58)	24 (55.81)	8 (18.61)	0 (0.00)	0 (0.00)
บริการภาพรวม	8 (18.61)	29 (67.44)	6 (13.95)	0 (0.00)	0 (0.00)

4.3 การเปรียบเทียบบริการที่คลินิกเตมยาโรคความดันโลหิตสูงกับคลินิกโรคความดันโลหิตสูง

เมื่อทำการเปรียบเทียบบริการที่คลินิกเตมยาโรคความดันโลหิตสูงกับบริการที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง ในด้านความสะดวก ความรวดเร็ว และการควบคุมความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้เข้าร่วมโครงการฯ ส่วนใหญ่ ให้ความเห็นว่า ความสะดวกในการรับบริการที่คลินิกเตมยาฯ ดีกว่าคลินิกโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 93.02) ความรวดเร็วในการรับบริการที่คลินิกเตมยาฯ ดีกว่าคลินิกโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 95.35) และการบริการของคลินิกเตมยาฯ ทำให้การควบคุมโรคความดันโลหิตสูงดีกว่าคลินิกโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 51.16) (ตารางที่ 19)

ตารางที่ 19 การเปรียบเทียบบริการที่คลินิกเตมยาโรคความดันโลหิตสูงกับคลินิกโรคความดันโลหิตสูง

	การให้บริการ		
	คลินิกเตมยาฯ ดีกว่า คลินิกโรคความดัน โลหิตสูง	คลินิกเตมยาฯ เท่ากับ คลินิกโรคความดัน โลหิตสูง	คลินิกเตมยาฯ แย่กว่า คลินิกโรคความดัน โลหิตสูง
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ความสะดวก	40 (93.02)	3 (6.98)	0 (0.00)
ความรวดเร็ว	41 (95.35)	2 (4.65)	0 (0.00)
การควบคุมโรคความดันโลหิตสูง	22 (51.16)	21 (48.84)	0 (0.00)

4.4 ความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อโครงการฯ

จากการสอบถามผู้ป่วยในโครงการฯ ภายหลังเข้ารับบริการที่คลินิกเตมยาต่อเนื่องครบ 7 เดือน เกี่ยวกับความยินดีที่จะเข้าร่วมโครงการฯ นี้ต่อไปหรือไม่ พบว่า ผู้ป่วยทั้งหมด (ร้อยละ 100.00) ยินดีเข้าร่วมโครงการฯ ต่อไป โดยมีผู้ป่วยจำนวน 31 ราย ให้เหตุผลเพิ่มเติมว่า คลินิกเตมยาทำให้ได้รับความสะดวก (ร้อยละ 58.06) ได้รับบริการที่รวดเร็ว (ร้อยละ 58.06) ได้รับคำชี้แจงหรือการอธิบายที่ดีจากเภสัชกร (ร้อยละ 6.45) ผู้ป่วยชื่นชอบบริการที่คลินิกเตมยา (ร้อยละ 3.23) และเภสัชกรให้บริการดีเป็นกันเองกับผู้ป่วย (ร้อยละ 3.23) (ตารางที่ 20) นอกจากนี้ผู้ป่วยบางส่วนให้ความคิดเห็นต่อโครงการฯ ที่น่าสนใจดังนี้

“สะดวก รวดเร็ว ไม่ต้องรอเป็นวัน ไม่เสียเวลา”

“สะดวก รวดเร็ว เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่ไม่ค่อยมีเวลา”

“เภสัชกรให้บริการดีมาก เป็นกันเอง ได้รับความสะดวก”

“ควรทำโครงการฯ นี้ต่อไป”

เมื่อสอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับการแนะนำผู้ป่วยรายอื่นให้เข้าร่วมโครงการฯ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 86.05 ต้องการแนะนำผู้ป่วยรายอื่นให้เข้าร่วมโครงการฯ โดยมีผู้ป่วย จำนวน 21 ราย ให้เหตุผลเพิ่มเติมว่าโครงการฯ นี้ ทำให้ผู้ป่วยได้รับความสะดวก (ร้อยละ 66.67) ได้รับบริการที่รวดเร็ว (ร้อยละ 47.62) และมีความรู้เรื่องการใช้จ่ายเงิน (ร้อยละ 4.76) เจ้าหน้าที่ให้บริการดี (ร้อยละ 4.76) รวมถึงเภสัชกรให้คำแนะนำดี (ร้อยละ 4.76) (ตารางที่ 20)

อย่างไรก็ตาม มีผู้ป่วยที่ไม่ต้องการแนะนำผู้ป่วยรายอื่นให้เข้าร่วมโครงการฯ คิดเป็น ร้อยละ 13.95 โดยผู้ป่วย จำนวน 5 ราย ให้เหตุผลเพิ่มเติมว่า ผู้ป่วยที่สามารถควบคุมความดันโลหิต ได้ดีจะได้รับการคัดเลือกเข้าร่วมโครงการฯ อยู่แล้ว (ร้อยละ 40.00) ผู้ป่วยไม่สามารถอธิบาย รายละเอียดของโครงการฯ ให้ผู้อื่นเข้าใจได้ (ร้อยละ 20.00) ผู้ป่วยต้องการให้แพทย์เป็นผู้คัดเลือกผู้ป่วยรายอื่นเข้าโครงการฯ (ร้อยละ 20.00) และการเข้าร่วมโครงการฯ ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของผู้ป่วยแต่ละราย (ร้อยละ 20.00) (ตารางที่ 20)

ตารางที่ 20 ความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อโครงการฯ

ความคิดเห็น	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
ยินดีเข้าร่วมโครงการฯ ต่อไป	43	100.00
เนื่องจาก		
ความสะดวกในการรับบริการ	18	58.06
ความรวดเร็วในการรับบริการ	18	58.06
ได้รับคำชี้แจงหรือการอธิบายที่ดีจากเภสัชกร	2	6.45
ชื่นชอบบริการที่คลินิกเดิมยา	1	3.23
เภสัชกรให้บริการดี เป็นกันเองกับผู้ป่วย	1	3.23
แนะนำผู้ป่วยรายอื่นให้เข้าร่วมโครงการฯ	37	86.05
เนื่องจาก		
ทำให้ผู้ป่วยได้รับความสะดวก	14	66.67
ทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่รวดเร็ว	10	47.62
ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องการใช้จ่ายเงิน	1	4.76
เจ้าหน้าที่ให้บริการดี	1	4.76
เภสัชกรให้คำแนะนำดี	1	4.76

ตารางที่ 20 ความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อโครงการฯ (ต่อ)

ความคิดเห็น	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
ไม่แนะนำผู้ป่วยรายอื่นให้เข้าร่วมโครงการฯ	6	13.95
เนื่องจาก		
ผู้ป่วยที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี จะได้รับการคัดเลือกเข้าร่วมโครงการฯ อยู่แล้ว	2	40.00
ผู้ป่วยไม่สามารถอธิบายรายละเอียดของโครงการฯ ให้ผู้อื่นเข้าใจได้	1	20.00
ผู้ป่วยต้องการให้แพทย์เป็นผู้คัดเลือกผู้ป่วยรายอื่นเข้าร่วมโครงการฯ	1	20.00
การเข้าร่วมโครงการฯ ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของผู้ป่วยแต่ละราย	1	20.00

5. การวิเคราะห์ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ

เภสัชกรผู้รับผิดชอบโครงการฯ ได้ดำเนินการสัมภาษณ์ผู้ให้บริการที่มีส่วนได้ส่วนเสียต่อโครงการฯ ตั้งแต่วันที่ 14 มกราคม ถึง 24 มกราคม 2557 จำนวน 16 คน แบ่งเป็น บุคลากรระดับบริหาร ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และหัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค และบุคลากรระดับปฏิบัติงาน ได้แก่ แพทย์ จำนวน 5 คน เภสัชกร จำนวน 3 คน และพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 6 คน (ตารางที่ 21)

ตารางที่ 21 ข้อมูลบุคลากรที่มีส่วนได้ส่วนเสียต่อโครงการฯ

บุคลากร	จำนวน
ระดับบริหาร	
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล	1 คน
หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค	1 คน
ระดับปฏิบัติงาน	
แพทย์	5 คน
เภสัชกร	3 คน
พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก	6 คน

5.1 ความพึงพอใจในภาพรวมของโครงการฯ

จากการสัมภาษณ์ผู้ให้บริการที่มีส่วนได้ส่วนเสียต่อโครงการฯ พบว่า ผู้ให้บริการทุกท่านมีความพึงพอใจต่อโครงการฯ นี้ ในด้านความสะดวกและรวดเร็ว เนื่องจากสามารถลดขั้นตอนการพบแพทย์และลดระยะเวลารอคอยแพทย์สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการทางคลินิกคงที่และได้รับยาชนิดเดิม โดยหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการซักประวัติและวัดสัญญาณชีพที่แผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยสามารถเข้ารับบริการที่คลินิกเดิมยาโรคความดันโลหิตสูงโดยเภสัชกรได้โดยไม่ต้องรอพบแพทย์ รวมถึงผู้ให้บริการทุกท่านมีความพึงพอใจในด้านประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากทำให้เภสัชกรมีเวลาพูดคุยกับผู้ป่วยมากขึ้น ซึ่งเป็นการสื่อสารแบบสองทาง ทั้งการให้ข้อมูลการใช้จ่ายจากผู้ป่วย และการค้นหาปัญหาการใช้จ่ายและการให้คำแนะนำการใช้จ่ายที่ถูกต้องจากเภสัชกร

5.2 ความคิดเห็นของผู้ให้บริการต่อโครงการฯ

การสำรวจความคิดเห็นของผู้ให้บริการเกี่ยวกับเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าและออกจากโครงการฯ แนวทางการดูแลผู้ป่วย ปัญหาจากการดำเนินโครงการฯ ประโยชน์ที่ได้รับจากโครงการฯ รวมถึงการดำเนินโครงการฯ ต่อไปหรือไม่ ได้ผลลัพธ์ดังนี้

ผู้ให้บริการส่วนใหญ่ เห็นว่าเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าและออกจากโครงการฯ มีความเหมาะสมแล้ว แต่อย่างไรก็ตาม ผู้ให้บริการ 2 ราย เห็นว่าควรลดความเข้มงวดของเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการฯ จากเกณฑ์เดิมที่กำหนดให้ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการฯ ได้จะต้องมีค่าความดันโลหิตไม่เกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอท ติดต่อกัน 3 ครั้ง เป็นผู้ป่วยที่มีค่าความดันโลหิตไม่เกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอท ติดต่อกันเพียง 2 ครั้ง ก็สามารถให้เข้าร่วมโครงการฯ ได้

ส่วนเกณฑ์การคัดผู้ป่วยออกจากโครงการฯ พบว่า ผู้ให้บริการ 1 ราย เห็นว่าควรคัดผู้ป่วยออกจากโครงการฯ ตั้งแต่ครั้งแรกที่พบว่าผู้ป่วยมีค่าความดันโลหิตเกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งเข้มงวดกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ กล่าวคือ ผู้ป่วยจะถูกคัดออกจากโครงการฯ เมื่อพบผู้ป่วยมีค่าความดันโลหิตเกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอท ติดต่อกัน 2 ครั้ง

สำหรับแนวทางการดูแลผู้ป่วยในโครงการฯ พบว่าผู้ให้บริการส่วนใหญ่เสนอให้มีการปรับเกณฑ์การดูแลผู้ป่วยโดยเภสัชกร โดยผู้ให้บริการ 4 ราย เสนอให้ปรับแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการฯ จากผู้ป่วยที่มีค่าความดันโลหิตไม่เกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอท เภสัชกรสั่งจ่ายยาเดิมและนัดผู้ป่วย 1-2 เดือน เป็นผู้ป่วยที่มีค่าความดันโลหิตไม่เกิน 145/95 มิลลิเมตรปรอท ให้

ส่งจ่ายยาเดิมและนัดผู้ป่วย 1-2 เดือน และผู้ให้บริการ 5 ราย เสนอให้ปรับเกณฑ์เดิมจากที่กำหนด ให้เกณฑ์ส่งจ่ายยาเดิมและนัดผู้ป่วย 2 สัปดาห์ กรณีที่พบว่าผู้ป่วยที่มีค่าความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 140/90 และ 160/100 มิลลิเมตรปรอท เป็นให้เกณฑ์ส่งจ่ายยาเดิมและนัดผู้ป่วย 1 เดือน ผู้ให้บริการ 1 ราย เสนอว่ากรณีที่ผู้ป่วยที่มีค่าความดันโลหิตไม่เกิน 150/100 มิลลิเมตรปรอท ให้ส่งจ่ายยาเดิม และนัดผู้ป่วย 1 เดือน

ผู้ให้บริการ 1 ราย เสนอให้ปรับเกณฑ์เดิมจาก ผู้ป่วยที่มีค่าความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 140/90 และ 160/100 มิลลิเมตรปรอท 2 ครั้งติดต่อกัน เกณฑ์ส่งจ่ายยาเดิมและนัดพบแพทย์ 1 สัปดาห์ เป็นผู้ป่วยที่มีค่าความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 140/90 และ 160/100 มิลลิเมตรปรอท 2 ครั้ง ติดต่อกัน ให้ส่งจ่ายยาเดิมและนัดพบแพทย์ 2 สัปดาห์ โดยให้เหตุผลว่าเพื่ออำนวยความสะดวก ให้กับผู้ป่วยไม่ต้องมาโรงพยาบาลบ่อยจนเกินไป

ผู้ให้บริการ 1 ราย เสนอให้ปรับเกณฑ์เดิมจาก ผู้ป่วยที่มีค่าความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 140/90 และ 160/100 มิลลิเมตรปรอท 2 ครั้งติดต่อกัน เกณฑ์ส่งจ่ายยาเดิมและนัดพบแพทย์ 1 สัปดาห์ เป็นเมื่อพบผู้ป่วยที่มีค่าความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 140/90 และ 160/100 มิลลิเมตรปรอท 2 ครั้งติดต่อกัน ให้ส่งผู้ป่วยพบแพทย์ทันที

ส่วนปัญหาที่พบจากการดำเนิน โครงการฯ จากการศึกษาพบว่า การดำเนินงาน โครงการฯ ดังกล่าว ทำให้ภาระงานของเภสัชกรเพิ่มขึ้น เนื่องจากเภสัชกรจะได้รับการมอบหมายหน้าที่ให้ ปฏิบัติงานในคลินิกเดิมฯ ซึ่งเป็นงานที่เพิ่มขึ้นจากงานประจำ รวมถึงการสื่อสารและส่งต่อข้อมูล ของผู้ให้บริการ ซึ่งเภสัชกรผู้รับผิดชอบ โครงการฯ ไม่ได้กำหนดว่าเภสัชกรหรือพยาบาลต้องทำ หน้าที่นัดผู้ป่วยซึ่งพบแพทย์และแพทย์ส่งกลับมารับบริการที่คลินิกเดิมฯในครั้งต่อไป และไม่ได้ กำหนดขั้นตอนหลังจากที่ผู้ป่วยพบแพทย์แล้วว่าผู้ป่วยจะต้องมาพบเภสัชกรที่คลินิกเดิมฯก่อนรอ รับยาหรือผู้ป่วยสามารถรับยาได้เลย รวมถึงไม่ได้กำหนดแนวทางปฏิบัติกรณีผู้ป่วยผิวดินที่ คลินิกเดิมฯว่าจะให้ส่งผู้ป่วยพบแพทย์หรือส่งผู้ป่วยมาพบเภสัชกร และปัญหาที่เภสัชกรท่านอื่น ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่แทนเภสัชกรประจำคลินิกเดิมฯกรณีติดภาระกิจอื่นได้ เนื่องจากยังไม่ได้ รับการมอบหมายหน้าที่และฝึกปฏิบัติงาน

สำหรับประโยชน์ที่ได้รับจากโครงการฯ ผู้ให้บริการเห็นว่าโครงการฯ ดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยได้รับการที่มีความสะดวกและรวดเร็ว ลดภาระงานของแพทย์ ผู้ป่วยมีโอกาสพูดคุยปัญหา ด้านยาและสุขภาพกับเภสัชกรได้มากขึ้น เพิ่มบทบาทของวิชาชีพเภสัชกรรม ผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการให้บริการของโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามเนื่องจากผู้ป่วยในโครงการฯ มีจำนวนไม่มาก จึงลดความแออัดของผู้ป่วยในวันที่มีคลินิกโรคความดันโลหิตสูงได้เล็กน้อย

ทั้งนี้ เนื่องจากโครงการฯ นี้มีประโยชน์ทั้งต่อผู้ป่วย ผู้ให้บริการ และโรงพยาบาล จึงทำให้ผู้ให้บริการทุกท่าน มีความเห็นว่าโครงการฯ ควรมีการดำเนินงานต่อไป รวมถึงรับผู้ป่วยเข้ารับบริการที่คลินิกเดิมยาเพิ่มขึ้น

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการศึกษา

การประเมินผลโครงการคลินิกเด็มาโรคความดันโลหิตสูงโดยเภสัชกรในโรงพยาบาลศรีประจันต์ (โครงการฯ) เป็นการวิจัยกึ่งทดลองและเชิงพรรณนา เพื่อเปรียบเทียบผลทางคลินิกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังเข้ารับบริการที่คลินิกเด็มา ศึกษาปัญหาด้านยา อาหาร และพฤติกรรมสุขภาพ ศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ซึ่งมีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่รับบริการที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลศรีประจันต์ และผู้ให้บริการที่มีส่วนได้ส่วนเสียต่อโครงการฯ ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร และพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก โดยใช้การกำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเก็บค่าความดันโลหิต และปัญหาด้านยา อาหาร และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยจากแบบบันทึกข้อมูลทางคลินิก เก็บข้อมูลความพึงพอใจของผู้รับบริการจากแบบสอบถาม และข้อมูลความพึงพอใจของผู้ให้บริการจากการสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ และสถิติ paired t-test ซึ่งผลการวิจัยพบว่า

ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วย ได้แก่ ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวก่อนเข้ารับบริการที่คลินิกเด็มาไม่แตกต่างจากหลังเข้ารับบริการที่คลินิกเด็มา ($p\text{-value}=0.589$, $p\text{-value}=0.901$ ตามลำดับ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานของการวิจัย แสดงให้เห็นว่า การให้บริการที่คลินิกเด็มาโรคความดันโลหิตสูงโดยเภสัชกร มีผลทำให้การควบคุมค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยไม่แตกต่างจากคลินิกโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาล

ผลจากการค้นหาปัญหาเกี่ยวกับยาของผู้ป่วย (Drug related problems) ทำให้พบปัญหาอาการไม่พึงประสงค์จากยา (Adverse reaction) จำนวน 1 ครั้ง ซึ่งเภสัชกรส่งผู้ป่วยพบแพทย์เพื่อเปลี่ยนตัวยา และปัญหาเกี่ยวกับขนาดยา (Dosing problem) จำนวน 4 ครั้ง รวมถึงปัญหาการใช้ยา (Drug use problem) จำนวน 5 ครั้ง ซึ่งเภสัชกรให้คำแนะนำการใช้ยาที่ถูกต้องกับผู้ป่วย และผู้ป่วย

ทุกรายให้ความร่วมมือในใช้ยาตามสั่ง ส่วนผลจากการค้นหาปัญหาด้านอาหาร พบว่า ผู้ป่วยรับประทานอาหารรสเค็ม ร้อยละ 34.88 ซึ่งผู้ป่วยได้รับคำแนะนำให้ลดการรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม เติมเครื่องปรุงรสเค็มในอาหารลดลง แต่ทั้งนี้ไม่ได้ทำการติดตามผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรบริโภคอาหารของผู้ป่วยหลังเข้าร่วมโครงการฯ นอกจากนี้ในระหว่างทำการศึกษ พบว่า ผู้ป่วย 1 ราย รับประทานอาหารรสเค็มติดต่อกันเป็นเวลา 2 สัปดาห์ ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็น 144/95 มิลลิเมตรปรอท และภายหลังจากผู้ป่วยได้รับคำแนะนำการบริโภคอาหาร พบว่า ค่าความดันโลหิตลดลงเป็น 135/90 มิลลิเมตรปรอท แสดงให้เห็นว่า การนำหลักการบริบาลทางเภสัชกรรมมาใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทำให้ค้นพบปัญหาเกี่ยวกับยาและอาหาร รวมถึงดำเนินการแก้ไขปัญหาก็กับผู้ป่วยได้

ผลจากการค้นหาปัญหาด้านพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ผู้ป่วยดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ขณะมีงานเลี้ยงสังสรรค์ ร้อยละ 20.93 สูบบุหรี่ ร้อยละ 9.30 และผู้ป่วยไม่ได้ออกกำลังกาย ร้อยละ 53.49 ซึ่งผู้ป่วยได้รับคำแนะนำให้ลดหรือเลิกการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ แต่ไม่มีผลทำให้พฤติกรรมกรดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยหลังเข้ารับบริการที่คลินิกเดิมาเปลี่ยนแปลงจากก่อนเข้ารับบริการ ทั้งนี้ผู้วิจัยไม่ได้ทำการติดตามผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรออกกำลังกายของผู้ป่วย

ผลการประเมินความพึงพอใจต่อบริการในภาพรวมในระดับมากถึงมากที่สุดของผู้ป่วยเท่ากับ ร้อยละ 86.05 และความพึงพอใจในระดับมากถึงมากที่สุดของบริการด้านต่างๆ ได้แก่ ผู้ป่วยมีความพึงพอใจด้านการพุดจาและมารยาทจากเจ้าหน้าที่มากที่สุด ร้อยละ 88.37 รองลงมาคือด้านความเอาใจใส่และการช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ และด้านความรู้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคและยาที่ได้รับ ร้อยละ 81.39 ด้านความสะดวก ร้อยละ 79.07 ด้านความรวดเร็ว และการติดตามผลการรักษาที่ต่อเนื่อง ร้อยละ 72.09 ตามลำดับ และผู้ป่วยมีความเห็นว่า ความรวดเร็ว ความสะดวก และการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับจากบริการที่คลินิกเดิมาดีกว่าคลินิกโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 95.35, 93.02, 51.16 ตามลำดับ) นอกจากนี้ผู้ป่วยทุกรายมีความยินดีเข้าร่วมโครงการฯ นี้ต่อไป

ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ให้บริการ พบว่า ผู้ให้บริการทุกท่านมีความพึงพอใจต่อโครงการฯ ในด้านความสะดวก รวดเร็ว และประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วย และมีความเห็นว่าโครงการฯ นี้มีประโยชน์ต่อผู้ป่วย ผู้ให้บริการ และโรงพยาบาล จึงควรสนับสนุนให้ดำเนินงานต่อไป อย่างไรก็ตามผู้ให้บริการบางส่วนได้แสดงความเห็นให้มีการปรับเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการฯ เกณฑ์การคัดผู้ป่วยออกจากโครงการฯ และแนวทางการดูแลผู้ป่วย รวมถึงควรมีการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นขณะดำเนินโครงการฯ

จากการศึกษาพบว่า ผลลัพธ์ทางคลินิก ผลการให้การบริบาลทางเภสัชกรรม ผลลัพธ์ความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ให้บริการที่ได้จากการประเมินผลขณะดำเนินงาน แสดงให้เห็นว่าโครงการฯ นี้ ควรมีการดำเนินงานต่อไป โดยการนำข้อคิดเห็นต่างๆ ของผู้รับบริการและผู้ให้บริการมาทบทวนเพื่อใช้ปรับปรุงและพัฒนาโครงการฯ

อภิปรายผลการศึกษา

ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วย ได้แก่ ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวก่อนเข้ารับบริการที่คลินิกเดมยาไม่แตกต่างจากหลังเข้ารับบริการที่คลินิกเดมยา ($p\text{-value}=0.589$, $p\text{-value}=0.901$ ตามลำดับ) สอดคล้องกับผลการวิจัยที่แสดงให้เห็นว่า การให้บริการของเภสัชกรในระบบบริการเดมยาโรคความดันโลหิตสูงต่อเนื่อง มีผลทำให้การควบคุมค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยไม่แตกต่างกับระบบบริการรูปแบบเดิมที่ผู้ป่วยได้รับการสั่งยาจากเจ้าหน้าที่ในศูนย์สุขภาพชุมชนหรือแพทย์ในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง (บุษกร หนูขำ, 2546; ระพีพรรณ ฉลองสุข, สุรสิทธิ์ ล้อจิตรอำนาจ และวิชัย สันติมาลีวรกุล, 2549; มณฑา ธีระวุฒิ, โปยม วงศ์ภูวรักษ์ และวันทนา เจริญมงคล, 2550; ทวีพร ศูนย์ดอน, 2553)

ตามข้อแนะนำของแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2555 ระบุว่า การลดน้ำหนักตัวทุก 10 กิโลกรัม มีผลทำให้ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวลดลง 4-20 มิลลิเมตรปรอท และการลดการดื่มแอลกอฮอล์มีผลทำให้ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวลดลง 2-4 มิลลิเมตรปรอท (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2555) ซึ่งการเปรียบเทียบค่าดัชนีมวลกายของผู้ป่วย โดยใช้สถิติ McNemar's test พบว่า ค่าดัชนีมวลกายของผู้ป่วยก่อนเข้ารับบริการที่คลินิกเดมยาไม่แตกต่างกับหลังเข้ารับบริการที่คลินิกเดมยา ($p\text{-value}=1.000$) และ

พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยหลังเข้ารับบริการที่คลินิกเดมยา ไม่เปลี่ยนแปลงจากก่อนเข้ารับบริการที่คลินิกเดมยา แสดงให้เห็นว่า น้ำหนักตัวและพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยไม่มีผลต่อการควบคุมค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยหลังเข้ารับบริการที่คลินิกเดมยา

ผลจากการนำหลักการบริบาลทางเภสัชกรรมมาใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทำให้ค้นพบปัญหาเกี่ยวกับยาของผู้ป่วย (Drug related problems) และดำเนินการแก้ไขปัญหให้กับผู้ป่วย ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการไม่พึงประสงค์จากยา ได้รับการส่งต่อพบแพทย์เพื่อเปลี่ยนตัวยา ผู้ป่วยที่เข้าใจผิดขนาดและชนิด รวมถึงผู้ป่วยที่ไม่เข้าใจ ได้รับคำแนะนำการใช้ที่ถูกต้องจากเภสัชกร และผู้ป่วยทุกรายให้ความร่วมมือในเข้าใจตามสั่ง สอดคล้องกับผลการวิจัยที่แสดงให้เห็นว่าเภสัชกรมีบทบาทในการดูแลปัญหาด้านยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ และดำเนินการแก้ไขด้วยการให้คำแนะนำหรือส่งต่อผู้ป่วยพบแพทย์ เช่น ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (บุษกร หนูจำ, 2546; มณฑา ธีระวุฒิ, โปยม วงศ์ภูวรักษ์ และวันทนา เจริญมงคล, 2550; มัทนียา ภูเกษร, 2552) ผู้ป่วยโรคเบาหวาน (กาญญา สิ้นไชย, 2547; ระพีพรรณ ฉลองสุข, สุรสิทธิ์ ล้อจิตรอำนาจ และวิชัย สันติมาลีวรกุล, 2549; เสาวณีย์ ภูมิภมร, 2551; สุชาติพิศ วิชาญไพบูลย์ และสการินทร์ มีสมพีชน์, 2552; ชวนชม ภวัชรนยา, 2553; ครุวรรณ คลังศรี, รัตนาภรณ์ อาวิพันธ์ และพัศตรีวิภา สุวรรณพรหม, 2556) และผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (เปียวรรณ กุลวัชรรัตน์, ภารดี มยาเสส และอนุ ทองแดง (2557)

การที่ผู้ป่วยเข้าใจผิดขนาด มีสาเหตุมาจากผู้ป่วยไม่อ่านฉลากยา จึงไม่ทราบว่ายานี้ปรับเปลี่ยนวิธีการใช้ยา สอดคล้องกับผลการสุ่มสอบถามผู้ป่วยจำนวน 158 ราย ที่มารับบริการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่ง พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 40 ไม่อ่านฉลากยาที่ใช้ประจำเนื่องจากยาที่ได้รับเป็นยาเดิม (สภาเภสัชกรรม, 2555) ดังนั้นจึงเป็นหน้าที่ของเภสัชกรในการสร้างความตระหนักเรื่องการอ่านฉลากก่อนใช้ยาให้กับผู้ป่วย รวมถึงตรวจสอบความถูกต้องของการใช้ยาโดยวิธีการให้ผู้ป่วยบอกเล่าการใช้ยาเดิม (show and tell method) ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้เกิดความปลอดภัยจากการใช้ยาได้

สาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 62.79) ตัดสินใจเข้าร่วมโครงการฯ เนื่องจากได้รับการแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ สอดคล้องกับเหตุผลที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ตัดสินใจเข้าร่วมโครงการระบบบริการจ่ายยาต่อเนื่องตามใบสั่งแพทย์ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ร้านยา เนื่องจากได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ที่โรงพยาบาล รวมถึงเป็นโครงการใหม่ที่

โรงพยาบาลจัดทำขึ้น ผู้ป่วยไม่ทราบรายละเอียดของโครงการฯ จึงต้องอาศัยการอธิบายจากบุคลากรทางการแพทย์ (ระพีพรรณ นลองสุข, สุรสิทธิ์ ล้อจิตรอำนาจ และวิชัย สันติมาลีวรกุล, 2549)

นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วย 2 ราย ไม่ต้องการแนะนำให้ผู้ป่วยรายอื่นเข้าร่วมโครงการฯ โดยให้เหตุผลว่า ผู้ป่วยต้องการให้แพทย์เป็นผู้คัดเลือกผู้ป่วยรายอื่นให้เข้าร่วมโครงการฯ และไม่สามารถอธิบายรายละเอียดของโครงการฯ ให้ผู้ป่วยรายอื่นทราบได้ สอดคล้องกับลักษณะเฉพาะของบริการทางการแพทย์ที่บุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้ตัดสินใจเลือกบริการให้กับผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ทราบข้อมูลของบริการที่จะได้รับ (ณัฐ จินาเพย, 2555: 8)

ด้านผลการประเมินความพึงพอใจต่อบริการในภาพรวมในระดับมากที่สุดของผู้ป่วย เท่ากับ ร้อยละ 86.05 สอดคล้องกับการวิจัยของ ระพีพรรณ นลองสุข, สุรสิทธิ์ ล้อจิตรอำนาจ และวิชัย สันติมาลีวรกุล (2549) ซึ่งทำการศึกษาเปรียบเทียบผลระหว่างบริการของโรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สาขาถนนกับบริการทางเภสัชกรรมของเภสัชกรประจำร้านยาในการจ่ายยา ต่อเนื่องตามใบสั่งแพทย์และดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคไขมันในเลือดสูง) พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 74.3 มีความพึงพอใจบริการโดยรวมต่อบริการที่ร้านยาในระดับมากที่สุด ทั้งนี้พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุดของบริการด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านการพุดจาและมารยาทจากเจ้าหน้าที่มากที่สุด ร้อยละ 88.37 รองลงมาคือ ความเอาใจใส่และการช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ และความรู้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคและยาที่ได้รับ ร้อยละ 81.39 ความสะดวก ร้อยละ 79.07 ความรวดเร็วและการติดตามผลการรักษาต่อเนื่อง ร้อยละ 72.09 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุดด้านความรวดเร็วมีจำนวนน้อยที่สุด (ร้อยละ 72.09) ทั้งนี้เนื่องจากเภสัชกรต้องใช้เวลาในกระบวนการค้นหาปัญหาด้านยาหรือพฤติกรรมสุขภาพ การให้ความรู้และคำแนะนำการปฏิบัติตัวที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย ซึ่งมีผลทำให้ผู้ป่วยจำนวนมากมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุดด้านความรู้คำแนะนำ การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคและยาที่ได้รับ (ร้อยละ 81.39)

อย่างไรก็ตาม ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยด้านความสะดวกและความรวดเร็วจากการศึกษาครั้งนี้แตกต่างจากการวิจัยของระพีพรรณ นลองสุข, สุรสิทธิ์ ล้อจิตรอำนาจ และวิชัย สันติมาลีวรกุล (2549) ที่พบว่า ผู้ป่วยจำนวนมากที่มีพึงพอใจในระดับมากที่สุดด้าน

ความสะดวกและรวดเร็ว (ร้อยละ 92.3) ทั้งนี้เนื่องจากความแตกต่างในประเด็นการเข้าถึงสถานบริการด้านสุขภาพ และขั้นตอนการให้บริการ ได้แก่ ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการฯ ในโรงพยาบาลต้องเดินทางมาโรงพยาบาลเหมือนเดิม ส่วนผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการฯ กับร้านยา สามารถเดินทางไปใช้บริการที่ร้านยาใกล้บ้าน ซึ่งทำให้ได้รับความสะดวกมากกว่า และผู้เข้าร่วมโครงการฯ ในโรงพยาบาลต้องผ่านขั้นตอนการซักประวัติและวัดสัญญาณชีพจากแผนกผู้ป่วยนอกที่ต้องให้บริการผู้ป่วยรายอื่น ซึ่งมีจำนวนมากกว่าที่ร้านยา ส่วนผู้ป่วยที่ใช้บริการที่ร้านยาคุณภาพจะได้รับการซักประวัติ และการวัดสัญญาณชีพจากเภสัชกร จึงทำให้ได้รับความรวดเร็วมากกว่า อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบบริการด้านความสะดวกและความรวดเร็วกับคลินิกโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาล พบว่า ผู้รับบริการส่วนใหญ่ (ร้อยละ 93.02 และ 95.35 ตามลำดับ) มีความเห็นว่าการบริการที่คลินิกเดิมทำให้ความสะดวกและรวดเร็วมากกว่า ทั้งนี้เนื่องจากการบริการที่คลินิกเดิมฯ ช่วยลดขั้นตอนการรอคอยพบแพทย์ให้กับผู้ป่วยที่มีสถานะทางคลินิกคงที่และรับยาชนิดเดิม

ถึงแม้ว่าผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วย ได้แก่ ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวก่อนเข้ารับบริการที่คลินิกเดิมฯ ไม่แตกต่างจากหลังเข้ารับบริการที่คลินิกเดิมฯ อย่างไรก็ตามผู้ป่วยร้อยละ 51.16 มีความเห็นว่าการบริการของคลินิกเดิมฯ ทำให้ควบคุมโรคความดันโลหิตสูงได้ดีกว่าคลินิกโรคความดันโลหิตสูง อาจเป็นเพราะว่าผู้ป่วยได้รับความรู้ คำแนะนำการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคและยาเพิ่มขึ้น ซึ่งมีผลทำให้ผู้ป่วยรู้สึกที่สามารถควบคุมค่าความดันโลหิตได้ดีกว่าเดิม

สิ่งที่ต้องคำนึงถึงประการหนึ่ง คือ ผู้ป่วยบางรายมีปัญหาด้านสายตา ทำให้อ่านแบบสอบถามไม่ชัด จึงต้องทำการเก็บข้อมูลความพึงพอใจด้วยวิธีการสัมภาษณ์ผู้ป่วย ซึ่งอาจมีผลต่อการตัดสินใจตอบคำถามของผู้ป่วยได้ สอดคล้องกับการศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่อบริการที่ได้รับจากคลินิกรับยาต่อเนื่องของโรงพยาบาลพัทลุง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ อ่านหนังสือไม่ชัด หรือผู้ป่วยบางรายอ่านหนังสือไม่ได้ จึงต้องใช้วิธีการสัมภาษณ์การที่ผู้ป่วยต้องตอบคำถามต่อหน้าผู้ให้บริการ อาจทำให้รู้สึกเกรงใจ ไม่กล้าตอบว่าไม่พึงพอใจ และบุคลากรทางการแพทย์เป็นที่พึ่งหลักในการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยอาจกลัวว่าถ้าตอบไม่พึงพอใจจะมีผลต่อบริการที่จะได้รับในอนาคต รวมถึงผู้ป่วยเป็นชาวชนบท อาจจะไม่กล้าแสดงความคิดเห็น (บุษกร หนูจำ, 2546: 72)

สำหรับผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ให้บริการ พบว่า ผู้ให้บริการทุกท่านมีความพึงพอใจต่อโครงการฯ ในด้านความสะดวก รวดเร็ว และประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วย รวมถึงมีความเห็นว่าโครงการฯ นี้มีประโยชน์ต่อผู้ป่วย ผู้ให้บริการ และโรงพยาบาล จึงควรสนับสนุนให้ดำเนินงานต่อไป สอดคล้องกับผลการศึกษาความพึงพอใจของผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องกับโครงการพัฒนาระบบการจ่ายยาต่อเนื่องตามใบสั่งแพทย์ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ร้านยา ซึ่งให้ความเห็นว่าโครงการฯ ช่วยลดภาระของแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีสถานภาพเวชกรรมคงที่และรับยาชนิดเดิม แพทย์มีเวลาดูแลผู้ป่วยโรคอาการเฉียบพลันมากขึ้น และผู้ป่วยได้รับประโยชน์จากการที่เภสัชกรสามารถให้เวลาในการพูดคุยซักถามกับผู้ป่วยได้มากขึ้น รวมถึงเภสัชกรมีโอกาสอบถาม ค้นหา และแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาของผู้ป่วยได้ (ระพีพรรณ ฉลองสุข, สุรสิทธิ์ ล้อจิตรอำนาจ และวิชัย สันติมาลีวรกุล, 2549) และสอดคล้องกับผลการศึกษาความพึงพอใจของผู้ให้บริการคลินิกรับยาโรคความดันโลหิตสูงต่อเนื่องของโรงพยาบาลพัทลุง ซึ่งพบว่า ผู้ให้บริการมีความพึงพอใจมากถึงมากที่สุดหากเภสัชกรเปิดให้บริการคลินิกรับยาต่อเนื่องต่อไป (บุษกร หนูจำ, 2546)

นอกจากนี้พบข้อคิดเห็นจากผู้ให้บริการเกี่ยวกับการปรับเกณฑ์การคัดเลือผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการฯ จากผู้ป่วยที่มีค่าความดันโลหิตไม่เกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอท ติดต่อกัน 3 ครั้ง เป็นผู้ป่วยมีค่าความดันโลหิตไม่เกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอท ติดต่อกัน 2 ครั้ง ให้เข้าร่วมโครงการฯ ได้ สอดคล้องกับตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2557 ที่ระบุว่า เป้าหมายของการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีโรคเบาหวานร่วม หมายถึง ผู้ป่วยต้องมีค่าความดันโลหิต 2 ครั้งสุดท้ายติดต่อกัน น้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2556) ซึ่งถ้าปรับเกณฑ์การคัดเลือผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการฯ ตามข้อคิดเห็นนี้ จะทำให้ผู้ป่วยผ่านเกณฑ์การคัดเลือกเข้ารับบริการที่คลินิกเดิมยามีจำนวนมากขึ้น และข้อเสนอเกี่ยวกับการปรับเกณฑ์การคัดเลือผู้ป่วยออกโครงการฯ จากผู้ป่วยที่มีค่าความดันโลหิตเกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอท ติดต่อกัน 2 ครั้ง เป็นคัดเลือผู้ป่วยออกโครงการฯ ทันที เมื่อพบว่าผู้ป่วยที่มีค่าความดันโลหิตเกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอท เนื่องจากผู้ให้บริการอาจมีความวิตกกังวลว่าจะเกิดอันตรายต่อสุขภาพของผู้ป่วยซึ่งควบคุมค่าความดันโลหิตตามเป้าหมายไม่คงที่

การเสนอให้ปรับเกณฑ์จากผู้ป่วยที่มีค่าความดันโลหิตไม่เกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอท สั่งจ่ายยาเดิมและนัดผู้ป่วย 1-2 เดือน เป็นผู้ป่วยที่มีค่าความดันโลหิตไม่เกิน 145/95 มิลลิเมตรปรอท

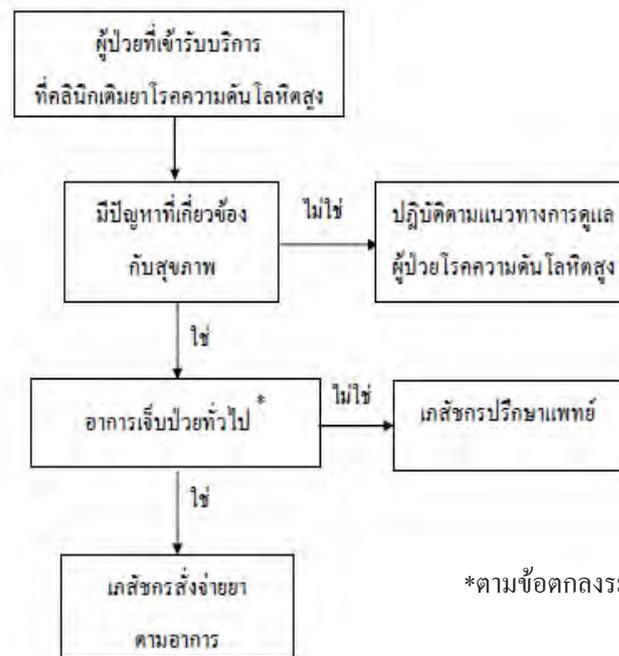
ให้ส่งจ่ายยาเดิมและนัดผู้ป่วย 1-2 เดือน และการปรับเกณฑ์จากผู้ป่วยที่มีค่าความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 140/90 และ 160/100 มิลลิเมตรปรอท ส่งจ่ายยาเดิมและนัดผู้ป่วย 2 สัปดาห์ เป็นผู้ป่วยที่มีค่าความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 140/90 และ 160/100 มิลลิเมตรปรอท ให้ส่งจ่ายยาเดิมและนัดผู้ป่วย 1 เดือน รวมถึงผู้ป่วยที่มีค่าความดันโลหิตไม่เกิน 150/100 มิลลิเมตรปรอท ให้ส่งจ่ายยาเดิมและนัดผู้ป่วย 1 เดือน ซึ่งข้อเสนอให้มีการขยายระยะเวลาการนัดผู้ป่วยที่มีค่าความดันโลหิตเกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอท เป็น 2 เดือนนั้น ไม่สอดคล้องกับคำแนะนำใน JNC 7 Express report ที่ระบุว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตควรได้รับการติดตามผลการรักษาทุกเดือน จนกระทั่งควบคุมค่าความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย แต่สำหรับผู้ป่วย Grade 2 hypertension หรือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนควรได้รับการติดตามผลการรักษาให้บ่อยขึ้น และเมื่อผู้ป่วยสามารถควบคุมค่าความดันโลหิตได้ตามเป้าหมายและคงที่ ให้ติดตามผลการรักษาทุก 3 - 6 เดือน (United State Department of Health and Human service, National Institutes of health, and National Heart and Lung and Blood Institutes, 2003) รวมถึงเกษตรกรไม่มีความชำนาญด้านการวินิจฉัยโรคและการประเมินอาการทางคลินิกอย่างละเอียด ดังนั้นเพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย (ไม่เกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอท) จึงควรนัดหมายผู้ป่วยเพื่อติดตามผลในระยะเวลาไม่เกิน 1 เดือน

ส่วนผู้ให้บริการที่มีความเห็นให้ปรับเกณฑ์จากผู้ป่วยที่มีค่าความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 140/90 และ 160/100 มิลลิเมตรปรอท 2 ครั้งติดต่อกัน ส่งจ่ายยาเดิมและนัดพบแพทย์ 1 สัปดาห์ เป็นให้ส่งผู้ป่วยพบแพทย์ทันที ทั้งนี้เนื่องจากแพทย์จะได้ดำเนินการแก้ไขปัญหของผู้ป่วยในขณะนั้นทันที ไม่ต้องรอถึงนัดครั้งหน้า และการนัดผู้ป่วยให้พบแพทย์ในอีก 1-2 สัปดาห์ต่อไป อาจทำให้ผู้ป่วยไม่ได้พบแพทย์ตามนัดได้ ถ้าผู้ป่วยมีค่าความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติในวันนัดพบแพทย์ เนื่องจากพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกจะส่งผู้ป่วยมารับยาต่อเนื่องที่คลินิกเดิมยา

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยที่มีส่วนสนับสนุนว่าโครงการคลินิกเตมยาโรคความดันโลหิตสูงโดยเภสัชกร เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยที่มารับบริการ โดยพบว่า ประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยไม่แตกต่างกับการให้บริการที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างปลอดภัยตามแนวทางการดูแลที่ได้มาตรฐาน ผ่านความเห็นชอบจากแพทย์ผู้ชำนาญ ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขปัญหาด้านยา และได้รับความรู้ คำแนะนำการปฏิบัติเกี่ยวกับโรคและยา ผู้รับบริการและผู้ให้บริการมีความพึงพอใจต่อโครงการฯ นี้ จึงมีข้อเสนอดังนี้

1. ควรเพิ่มจำนวนผู้ป่วยในคลินิกเตมยา ซึ่งจะช่วยลดความแออัดของผู้ป่วย ลดภาระงานของแพทย์ และเภสัชกรในวันที่มีคลินิกโรคความดันโลหิตสูง รวมถึงควรจัดอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ในกลุ่มงานเภสัชกรรมให้เหมาะสมในช่วงเวลาที่ให้บริการคลินิกเตมยา
2. ผู้ให้บริการที่มีส่วนได้ส่วนเสียต่อโครงการฯ ควรประชุมร่วมกันเพื่อทบทวนรูปแบบการให้บริการที่มีความเหมาะสมและชัดเจนมากขึ้น
3. ควรมอบหมายหน้าที่ให้เภสัชกรทุกท่านปฏิบัติงานในคลินิกเตมยา และเภสัชกรทุกท่านควรได้รับการพัฒนาความรู้และทักษะการประเมินปัญหา การวางแผนการรักษา และการจัดการปัญหาเกี่ยวกับยา
4. แพทย์และเภสัชกร ควรจัดทำข้อตกลงเกี่ยวกับคำนิยามของอาการเจ็บป่วยทั่วไป และรายการยาที่เภสัชกรสามารถสั่งจ่ายเพื่อให้การรักษาผู้ป่วย สำหรับนำมาปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วยในคลินิกเตมยา (รูปที่ 3) ดังนี้



รูปที่ 3 ฟังข้อเสนอแนะเกี่ยวกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยในคลินิกเดิมาโรคความดันโลหิตสูง

ข้อจำกัดของการวิจัย

สำหรับสถานบริการสุขภาพที่ต้องการนำผลการวิจัยนี้ไปใช้เพื่อจัดระบบบริการจ่ายยาโรคเรื้อรังต่อเนื่องโดยเภสัชกร ควรพิจารณาถึงปัจจัยต่างๆ เช่น ลักษณะพื้นฐานของผู้ป่วย จำนวนแพทย์ จำนวนผู้ป่วย และความพร้อมของเภสัชกร เป็นต้น ทั้งนี้เนื่องจากระบบบริการรูปแบบนี้เหมาะสำหรับสถานบริการสุขภาพที่มีแพทย์ไม่เพียงพอต่อการให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เภสัชกรมีความพร้อมให้บริการและภาระงานไม่มากจนเกินไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรประเมินผลโดยใช้เกณฑ์ประสิทธิภาพ ได้แก่ ระยะเวลาที่ผู้ป่วยรอคอยรับบริการที่คลินิกเดิมา และระยะเวลาที่เภสัชกรใช้เพื่อให้บริการผู้ป่วยแต่ละราย
2. ควรวิจัยประเมินผลทางเศรษฐศาสตร์ เช่น การวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยประสิทธิผล
3. ควรมีการศึกษาผลการให้บริการคลินิกเดิมาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคหอบหืด เป็นต้น

รายการอ้างอิง

- กนกพร ลีลาเทพินทร์, พัชรา มาลีศรี และปรารถนา ปุณณกิติเกษม. (2554). “การประเมินระดับคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลรัฐบาลในกรุงเทพฯ ด้วยแบบจำลอง SERVQUAL.” วารสารวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี 34, 4 (ตุลาคม-ธันวาคม): 443-456.
- กาญจนา สิ้นไชย. (2547). “ผลการให้บริการของคลินิกเตinyaสำหรับโรคเบาหวานโดยเภสัชกรในโรงพยาบาลตรัง.” เกษศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ชวนชม ภวัคชนยา. (2553). “การพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพชุมชน สำหรับผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลโพธาราม.” เกษศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการทางเภสัชกรรม มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- ณัฐ จินาเพย. (2555). “ความพึงพอใจต่อบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาล ตรีศึกษา โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จังหวัดเชียงราย.” ปริญญาตรี คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ดร.วรรณ คลังศรี, รัตนาภรณ์ อวิพันธ์ และพัศตรีวิภา สุวรรณพรหม. (2556). “การมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิในกระบวนการพัฒนาระบบงานบริการส่งมอบยา และให้คำแนะนำการใช้ยา.” วารสารเภสัชกรรมไทย 5, 2 (กรกฎาคม-ธันวาคม): 91-107.
- ทวีพร ศูนย์คอน. (2553). “การวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผลของการบริการเตinyaพร้อมกับให้คำปรึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงโดยเภสัชกรร้านยาคุณภาพในเขตเทศบาลเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม.” เกษศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- บุญมี พันธุ์ไทย. (2556). “รูปแบบการประเมินโครงการ.” เข้าถึงเมื่อ 5 พฤษภาคม. เข้าถึงได้จาก <http://e-book.ram.edu/e-book/m/MR654/chapter2.pdf>.

- บุญกร หนูขำ. (2546). “ผลการให้บริการคลินิกปรึกษาต่อเนื่องโดยเภสัชกรต่อคุณภาพการรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง.” เภสัชศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ปิยวรรณ กุลวีย์รัตน์, ภารดี มยาเสศ และอนุ ทองแดง. (2557). “การประเมินผลลัพธ์ในการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลชุมชนประเทศไทย.” วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน 10, 1 (มกราคม-เมษายน): 80-92.
- เปรมจิต กิจนวลสิน. (2553). “การรับรู้และความพึงพอใจของผู้ใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอกเวลาราชการ ของสถาบันโรคผิวหนัง.” บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาการจัดการ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- มณฑา ธีระวุฒิ, โปยม วงศ์สุวรรณ และวันทนา เจริญมงคล. (2550). “ผลของการเพิ่มยารักษาโรคความดันโลหิตสูงโดยเภสัชกรในศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลเทพา.” **สงขลานครินทร์เวชสาร** 25, 4 (กรกฎาคม-สิงหาคม): 303-313.
- มัทนียา ภูเกษร. (2552). “ปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง.” วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล 19, เสริม (พฤษภาคม): S26-S36.
- จรเรศ หาญรินทร์. (2552). “การจัดประเภทของปัญหาเกี่ยวกับยา.” วารสารเภสัชกรรมไทย 1, 1 (มกราคม-มิถุนายน): 85-95.
- ระพีพรรณ ฉลองสุข, สุรสิทธิ์ ล้อจิตรอำนาจ และวิชัย สันติมาลีวรกุล. (2549). โครงการวิจัย ศึกษาเปรียบเทียบการให้บริการปฐมภูมิระหว่างร้านยาเอกชนกับหน่วยบริการปฐมภูมิในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า: กรณีการให้บริการจ่ายยาต่อเนื่องตามใบสั่งแพทย์ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ม.ป.ท.
- วรงค์ ลาภานันต์. (2554). “Therapeutic lifestyle change in treatment of hypertension.” ใน ตำราประชุมวิชาการทางการแพทย์ กรมแพทย์ทหารอากาศ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช, 321-325. นภาวดี อิมพุลทรัพย์ และคณะ, บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร: คอนเซ็ปท์เมดิคัล จำกัด
- วิบูล รัตนกุล. (2551). “Refill clinic: Emerging trend in pharmacy practice.” **จดหมายข่าวเภสัชกรรมโรงพยาบาล** 1, 1(มกราคม-กุมภาพันธ์): 7.

สภาเภสัชกรรม. (2555). “โครงการสัปดาห์เภสัชกรรม ประจำปี 2555” จดหมายข่าวสภา

เภสัชกรรม 16, 1 (มกราคม-มีนาคม): 2.

สมพิศ สุขแสน. (2545). **CIPP Model: รูปแบบการประเมินผลโครงการ.** เข้าถึงเมื่อ

21 กุมภาพันธ์. เข้าถึงได้จาก <http://library.uru.ac.th/article/htmlfile/cipp.pdf>.

สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2555). **แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงใน**

เวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2555. กรุงเทพมหานคร: อีวี่น้ำพรีนติ้ง.

สุรชาติพิชญ์ วิชาญไพบูลย์ และสการินทร์ มีสมพีชน์. (2552). “ผลลัพธ์ของการจ่ายยาโรคเบาหวาน

ต่อเนื่องโดยเภสัชกรในศูนย์สุขภาพชุมชน.” **วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการ**

สุขภาพ 4, 3 (กรกฎาคม-กันยายน): 310-316.

สุภารัตน์ วัฒนสมบัติ พิษณุ แสงรัตน์ และต่อพงษ์ วัฒนสมบัติ. (2554). “ผลการดูแลผู้ป่วยนอก

โรคทางจิตเวชด้วยบริการคลินิกเดิมา ในโรงพยาบาลเชิงราชประชานุเคราะห์และ

เครือข่าย.” **เชิงราชวารสาร 3, 2 (กรกฎาคม-ธันวาคม): 1-11.**

สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย. (ม.ป.ป.). **รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการ**

ตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552. นนทบุรี: เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). **ยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัด และแนวทางการ**

จัดเก็บข้อมูล กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2557. ม.ป.ท.

เสาวณีย์ ภูมิภมร. (2551). “การประเมินผลการให้บริการทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่

เป็นมุสลิม ในโรงพยาบาลเหนือคลอง.” **เภสัชศาสตร์มหบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรม**

คลินิก มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

อภีรักษ์ วงศ์รัตนชัย. (2556). **วิธีแก้ปัญหา (Problem-oriented method).** เข้าถึงเมื่อ 5 พฤษภาคม.

เข้าถึงได้จาก <http://www.pha.nu.ac.th/practice/dis1/articles/SOAP.htm>.

Anderson Roger T., Camacho Fabian T., and Balkrishnan R. (2007). **Willing to wait?: The**

influence of patient waiting time on satisfaction with primary care. Accessed

May 19. Available from

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1810532/pdf/1472-6963-7-31.pdf>.

- Babigumiramail Joseph B., and others. (2011). **Cost effectiveness of a pharmacy-only refill program in a large urban HIV/AIDs clinic in uganda.** Accessed May 1. Available from <http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0018193>.
- Cassidy, IB. and others. (1996). **Impact of pharmacist-operated general medicine chronic care refill clinics on practitioner time and quality of care.** Accessed October 1. Available from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8826553>.
- Dugdale D. C., Epstein R., and Pantilat S. Z. (1999). **Time and the patient-physician relationship.** Accessed May 19. Available from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1496869/>.
- Ernest J. Dole and others. (2007). "Provision of pain management by a pharmacist with prescribing authority." **American journal of health –system pharmacy** 64, 1 (January): 85-89.
- Furmaga EM. (1993). **Pharmacist management of a hyperlipidemia clinic.** Accessed May 1. Available from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8427286>.
- Ogunfowokan O., and Mora M. (2012). **Time, expectation and satisfaction: Patients' experience at national hospital Abuji, Nigeria.** Accessed May 19. Available from www.phcfm.org/index.php/phcfm/article/download/398/390
- Olga Lourenco, and others. (2014). "Evaluation of allergic rhinitis and asthma control in portugate community pharmacy setting." **Journal of managed care pharmacy** 20, 5 (May): 513-522.
- Pharmacist Prescribing Task Force. (2010). "Prescribing by pharmacist information paper (2009)." **Canadian journal of hospital pharmacy** 30, 3(May-June): 267-274.
- Riege, Valerie J. (2005) **A patient safety program & research evaluation of U.S. navy pharmacy refill clinics.** Accessed October 1. Available from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21249799>.

Spalek VH, and Gong WC. (1999). **Pharmaceutical care in an integrated health system.**

Accessed May 1. Available from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10467822>.

Stimmel GL. (1983) **Political and legal aspects of pharmacist prescribing.** Accessed October 1.

Available from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6614020>.

Townsend Mary L. and others. (2007). **Association between pharmacy refill-based adherence rates and CD4 count and viral-load responses: A retrospective analysis in**

treatment-experienced adults with HIVs. Accessed May 1. Available from

<http://www.clinicaltherapeutics.com/article/S0149-2918%2807%2900106-3/abstract>.

Tracy Sarah A. (2007). "Introduction to collaborative drug therapy management." in

Collaborative drug therapy management handbook, 2. Tracy Sarah A., and

Clegg Cynthia A., editor. Maryland: American Society of Health-System

Pharmacists.

United State Department of Health and Human service, National Institutes of health, and

National Heart and Lung and Blood Institutes. (2003). **JNC 7 express. The seventh**

report of joint national committee on prevention, detection, evaluation and

treatment of high blood pressure. Accessed May 18. Available from

<http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension/express.pdf>.

Wang Jong-Yi and others. (2014). "Effect of prescription refill on quality of care among patients

with type 2 diabetes: An exploratory study." **Diabetes research and clinical**

practice 105, 1 (July): 110–118.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

แนวทางการดูแลผู้ป่วย

โครงการคลินิกเคมียาโรคความดันโลหิตสูงโดยเภสัชกรโรงพยาบาลศรีประจันต์

แนวทางการดูแลผู้ป่วยโครงการคลินิกเคมียาโรคความดันโลหิตสูงโดยเภสัชกรพัฒนาขึ้นมาจากแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่ายโรงพยาบาลศรีประจันต์ ซึ่งจัดทำขึ้นโดยแพทย์เฉพาะทางสาขาอายุรกรรม ร่วมกับคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สำหรับใช้ดูแลผู้ป่วยในโครงการฯ

ผู้ป่วยในโครงการฯ ที่มาตามนัด ลงทะเบียนเข้ารับบริการในโรงพยาบาล (Visit) ที่แผนกเวชระเบียน (ห้องบัตร) จากนั้นเข้ารับการซักประวัติและตรวจวัดสัญญาณชีพจากพยาบาล ซึ่งกรณีพบว่า ผู้ป่วยมีค่าความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 160/100 มิลลิเมตรปรอท จะส่งผู้ป่วยเข้าตรวจรักษากับแพทย์ และกรณีพบว่า ผู้ป่วยมีค่าความดันโลหิตไม่เกิน 160/100 มิลลิเมตรปรอท จะส่งผู้ป่วยพบเภสัชกรที่คลินิกเคมียา ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการดูแลจากเภสัชกรตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยในโครงการฯ (รูปที่ 4) ดังนี้

1. ประเมินอาการเบื้องต้น การค้นหา ป้องกัน แก้ไขปัญหาด้านยาและพฤติกรรมสุขภาพ และให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวทั้งที่ต้องใช้ยาและไม่ใช้ยา
2. กรณีที่พบว่า ผู้ป่วยมีค่าความดันโลหิตไม่เกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอท ส่งจ่ายยาเดิม และนัดผู้ป่วย 1-2 เดือน (4-8 สัปดาห์)
3. กรณีที่พบผู้ป่วยมีค่าความดันโลหิตตั้งแต่ 141/91 ถึง 159/99 มิลลิเมตรปรอท ส่งจ่ายยาเดิมและนัดผู้ป่วย 2 สัปดาห์
4. กรณีที่พบผู้ป่วยมีค่าความดันโลหิตตั้งแต่ 141/91 ถึง 159/99 มิลลิเมตรปรอท ติดต่อกันเป็นครั้งที่ 2 ส่งจ่ายยาเดิม 1 สัปดาห์ และนัดผู้ป่วยพบแพทย์ใน 1 สัปดาห์ถัดไป
5. ผู้ป่วยในโครงการฯ ทุกรายจะถูกส่งพบแพทย์เมื่อครบกำหนดนัดตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อน (ระยะเวลา 1 ปี นับจากวันที่ได้รับการตรวจครั้งล่าสุด) และเมื่อแพทย์ประเมินว่าผู้ป่วยมีอาการปกติ จะส่งผู้ป่วยกลับเข้ารับบริการที่คลินิกเคมียาในครั้งต่อไป

6. ผู้ป่วยในโครงการฯ ทุกรายจะถูกส่งพบแพทย์และถูกคัดออกจากโครงการฯ ในกรณีต่อไปนี

6.1 ผู้ป่วยมีค่าความดันโลหิตตั้งแต่ 160/100 มิลลิเมตรปรอท

6.2. ผู้ป่วยมีค่าความดันโลหิตตั้งแต่ 141/91 ถึง 159/99 มิลลิเมตรปรอท ติดต่อกัน

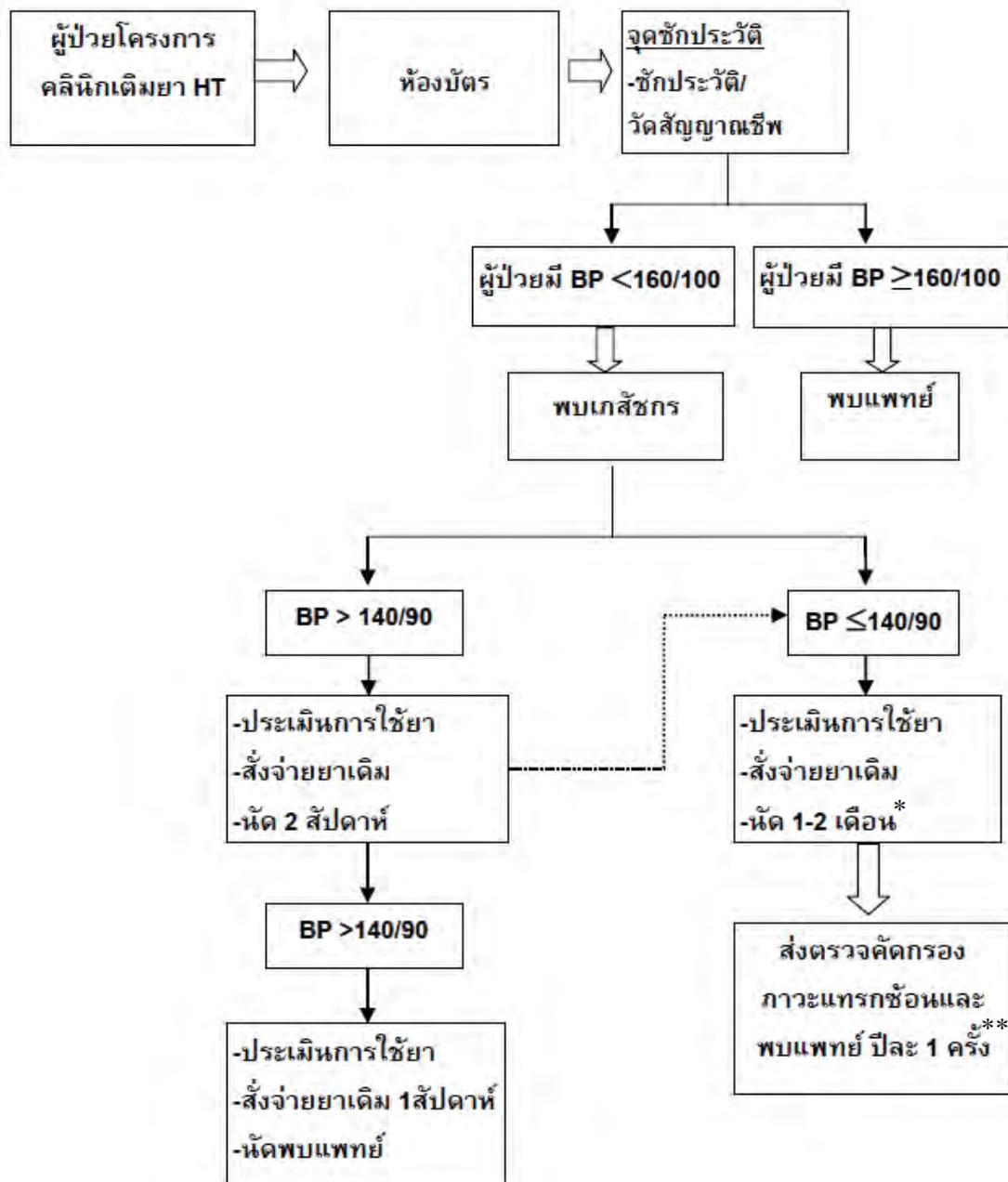
2 ครั้ง หลังเข้ารับบริการที่คลินิกเดิมยา

6.3 ผู้ป่วยมีความประสงค์ออกจากโครงการ

6.4 ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนที่ต้องได้รับการดูแลจากแพทย์

6.5 ผู้ป่วยขาดนัดติดต่อกัน 3 ครั้ง

6.6 ผู้ป่วยตั้งครรภ์



* 4-8 สัปดาห์

** ระยะเวลา 1 ปี นับจากได้รับการตรวจครั้งหลังสุด

รูปที่ 4 ผังแนวทางการดูแลผู้ป่วยโครงการคลินิกเด็มาโรคความดันโลหิตสูงโดยเภสัชกร
โรงพยาบาลศรีประจันต์

ภาคผนวก ข

การส่งต่อผู้ป่วยในโครงการคลินิกเตมิยาโรคความดันโลหิตสูงโดยเภสัชกรกลับพบแพทย์

เภสัชกรประจำคลินิกเตมิยา จะออกใบนัดให้ผู้ป่วยในโครงการฯ ทุกราย เพื่อตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนประจำปี (Annual screening) ได้แก่ การส่งตรวจ Fasting plasma glucose (FPG), Serum total cholesterol, HDL-C, LDL-C, Serum triglyceride, Serum creatinine, Uric acid, Serum potassium, Urine albumin และพบแพทย์ ซึ่งเภสัชกรจะแนะนำผู้ป่วยให้งดน้ำและอาหารก่อนมาตรวจอย่างน้อย 12 ชั่วโมง (รูปที่ 5)

นอกจากนี้เภสัชกรประจำคลินิกเตมิยา จะออกใบนัดให้ผู้ป่วยในโครงการฯ เพื่อส่งพบแพทย์ใน 1 สัปดาห์ ถัดไป เมื่อพบว่า ผู้ป่วยมีค่าความดันโลหิตตั้งแต่ 141/91 ถึง 159/99 มิลลิเมตรปรอท ติดต่อกัน 2 ครั้ง หรือผู้ป่วยในโครงการฯ มีปัญหาอื่นๆ เช่น ปัญหาสุขภาพ หรือปัญหาด้านยา (รูปที่ 5)

ใบส่งต่อผู้ป่วยในโครงการคลินิกเดิมยาโรคความดันโลหิตสูง โดยเภสัชกรกลับพบแพทย์	
ชื่อ.....HN.....	
วันนัด.....	เวลา 7.00-9.00 น.
นัดมาเพื่อ	
HT Annual screening : FPG, Chol., TG, HDL-C, Cr, Uric acid, K ⁺ , U-Alb	
ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุม BP ได้ ส่งพบแพทย์ โดยวัด BP ครั้งสุดท้าย เมื่อ.....เท่ากับ.....	
.....	
การปฏิบัติตัว	
งดน้ำและอาหารตั้งแต่ 6 โมงเย็น	
ผู้ออกใบนัด.....	วันที่ออกใบนัด.....
กรุณามาตามนัด และปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ	
สำหรับแพทย์ประเมิน	
การนัดครั้งต่อไป	
ส่งผู้ป่วยกลับ <u>คลินิกเดิมยา HT</u> วันที่.....	
ส่งผู้ป่วยกลับ <u>คลินิกโรค HT</u>	

รูปที่ 5 ใบส่งต่อผู้ป่วยในโครงการคลินิกเดิมยาโรคความดันโลหิตสูง
โดยเภสัชกรกลับพบแพทย์

ภาคผนวก ค

ชื่อ-สกุล.....HN.....

3. บันทึกติดตามปัญหาโดยเภสัชกร (Pharmacist Note)**3.1 ปัญหาด้านยา**

ครั้งที่ / วันที่	ปัญหาที่พบ	สาเหตุของปัญหา	วิธีแก้ปัญห	ผลลัพธ์

3.2 ปัญหาด้านอาหาร

ครั้งที่ / วันที่	ปัญหาที่พบ	ข้อเสนอแนะ/วิธีแก้ไข

ชื่อ-สกุล.....HN.....

3.3 ปัญหาด้านพฤติกรรมสุขภาพ

ครั้งที่ / วันที่	ปัญหาที่พบ	ข้อเสนอแนะ/วิธีแก้ไข

3.4 ปัญหาอื่นๆ

.....

.....

.....

.....

ภาคผนวก ง

แบบสืบค้นปัญหาจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในคลินิกเคมียา

ปัญหาด้านยา

หมวดปัญหาเกี่ยวกับยาตามแบบ <i>The Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE)</i>	
ปัญหาเกี่ยวกับยา	รายละเอียดของปัญหา
1.อาการไม่พึงประสงค์จากยา (adverse reaction)	-เกิดผลข้างเคียงจากยาแบบแพ้ -เกิดผลข้างเคียงจากยาแบบไม่แพ้ -เกิดพิษจากยา
2.ปัญหาจากการเลือกใช้ยา (drug choice problem)	-ชนิดของตัวยาไม่เหมาะสมกับข้อบ่งใช้ -รูปแบบยาไม่เหมาะสมกับข้อบ่งใช้ -การได้รับยาซ้ำซ้อน -มีข้อห้ามใช้ในการใช้ยา -ไม่ได้รับยาที่สมควรได้รับ -ยาไม่มีข้อบ่งใช้ที่ชัดเจนในโรคที่ผู้ป่วยเป็น
3.ปัญหาเกี่ยวกับขนาดยา (dosing problem)	-ขนาดยาน้อยเกินไป ความถี่ในการให้ยาไม่เพียงพอ -ขนาดยาสูงเกินไป ความถี่ในการให้ยามากเกินไป -ช่วงเวลาของการให้ยาสั้นเกินไป -ช่วงเวลาของการให้ยานานเกินไป
4.ปัญหาการใช้ยา (drug use problem)	-ผู้ป่วยไม่ใช้ยา -ผู้ป่วยใช้ยาผิดชนิด
5.อันตรกิริยา (interaction)	-คาดว่าจะเกิด / เกิดอันตรกิริยาระหว่างยากับยา -อันตรกิริยาระหว่างยากับอาหาร
6.ปัญหาอื่นๆ (other)	-ผู้ป่วยไม่พึงพอใจในการรักษาแม้ว่าจะได้รับยาเหมาะสมแล้ว -ผู้ป่วยไม่ตระหนักถึงสุขภาพและโรคที่เป็น -บอกอาการไม่ชัดเจน จำเป็นต้องซักประวัติหรือหาข้อมูลเพิ่มเติม -การรักษาล้มเหลว ไม่ทราบเหตุผล

หมวดสาเหตุของปัญหาตามแบบ PCNE	
สาเหตุของปัญหา	รายละเอียดของสาเหตุ
1. การเลือกใช้ยาหรือขนาดยา (drug/dose selection)	<ul style="list-style-type: none"> - การเลือกใช้ยาไม่เหมาะสม - การเลือกขนาดยาไม่เหมาะสม - มียาที่ใช้แล้วมีความคุ้มค่าในแง่ต้นทุน-ประสิทธิผลมากกว่า - ปัญหาทางด้านเภสัชจลนศาสตร์ - ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยาที่เสริมฤทธิ์หรือป้องกันโรค/อาการ - มีโรค/อาการเกิดขึ้นใหม่ที่ยังไม่ได้รับการรักษา
2. กระบวนการใช้ยาของผู้ป่วย (drug use process)	<ul style="list-style-type: none"> - ช่วงเวลาการใช้ยาไม่เหมาะสม - ใช้ยาน้อยกว่าที่ควรจะเป็น - ใช้ยามากกว่าที่ควรจะเป็น - ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาตามแพทย์สั่งได้
3. ข้อมูล/ความรู้ (information)	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยไม่ทราบวิธีการใช้ยา - ผู้ป่วยไม่ทราบเหตุผลการใช้ยา - ผู้ป่วยมีปัญหาในการอ่านฉลากยา - ผู้ป่วยไม่เข้าใจภาษา - ผู้ป่วยขาดการสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์
4. ผู้ป่วย/ปัญหาทางจิตใจ (patient/psychological)	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยลืมใช้ยา - ผู้ป่วยกังวลเกี่ยวกับยาที่ได้รับ - ผู้ป่วยสงสัยว่าอาจเกิดผลข้างเคียงจากยา - ผู้ป่วยไม่เต็มใจเปลี่ยนตัวยา - ผู้ป่วยไม่เต็มใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรม - ผู้ป่วยลังเลใจที่รับกวนแพทย์เมื่อมีปัญหา - ผู้ป่วยได้รับรายการยาจำนวนมากเกินไป - การรักษาไม่ตรงกับความเชื่อเรื่องสุขภาพของผู้ป่วย - ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่เกิดอันตรกิริยาต่อยา
5. กระบวนการทางเภสัชกรรม/ใบสั่งยา (pharmacy logistic)	<ul style="list-style-type: none"> - เกิดความคลาดเคลื่อนจากการสั่งยา - เกิดความคลาดเคลื่อนจากการจ่ายยา

หมวดวิธีการแก้ปัญหาแบบตาม PCNE	
วิธีการแก้ปัญหา	รายละเอียด
1. ไม่มีการแก้ปัญหา (no intervention)	-แจ้งแพทย์เพียงอย่างเดียว
2. แก้ไขที่แพทย์ผู้สั่งยา (at prescriber level)	-ขอข้อมูลเพิ่มเติมจากแพทย์ -วิธีการแก้ไขได้เสนอต่อแพทย์ และแพทย์ตอบรับข้อเสนอ -วิธีการแก้ไขได้เสนอต่อแพทย์ และแพทย์ไม่ตอบรับข้อเสนอ -วิธีการแก้ไขได้เสนอต่อแพทย์ แต่ไม่ทราบผล
3. แก้ไขที่ผู้ป่วย (at patient level)	-ให้คำแนะนำโดยวาจากับผู้ป่วย -ให้คำแนะนำโดยการเขียนแจ้งผู้ป่วย -ผู้ป่วยถูกส่งต่อแพทย์ -ให้คำแนะนำโดยวาจากับญาติหรือผู้ดูแล
4. แก้ไขที่ตัวยาหรือฉลากยา (at drug level)	-เปลี่ยนตัวยา -เปลี่ยนขนาดยา -ให้ยาตัวใหม่ -หยุดให้ยา -เปลี่ยนวิธีการใช้ยา (ช่วงเวลา)

หมวดผลลัพธ์แก้ปัญหาแบบตาม PCNE	
ผลลัพธ์แก้ปัญหา	รายละเอียด
1. ไม่ทราบ	-
2. ปัญหาได้รับการแก้ไขทั้งหมด	-
3. ปัญหาได้รับการแก้ไขเพียงบางส่วน	-
4. ปัญหาไม่ได้รับการแก้ไข	-ปัญหาไม่ได้รับการแก้ไข เพราะขาดการประสานงานกับแพทย์ -ปัญหาไม่ได้รับการแก้ไข เพราะขาดการประสานงานกับผู้ป่วย -ปัญหาไม่ได้รับการแก้ไข เพราะวิธีการแก้ไขไม่มีประสิทธิภาพ -ไม่มีความจำเป็นต้องแก้ไขปัญหา หรือเป็นไปได้ที่จะแก้ไข ปัญหา

ปัญหาด้านอาหาร

อาหารคาร์โบไฮเดรต	กิน อาหารประเภท แป้ง ขนมหวาน ผลไม้รสหวาน <u>เป็นประจำ</u>
อาหารไขมัน	กิน เนื้อสัตว์ติดมัน เครื่องในสัตว์ แกงกะทิ อาหารทะเล ของทอด ชีส หรือเนย <u>เป็นประจำ</u>
อาหารรสเค็ม	กิน อาหารรสเค็ม ขนมขบเคี้ยว ไข่กรอก <u>เป็นประจำ</u>
ผักและผลไม้	<u>ไม่กิน</u> ผัก และผลไม้ <u>เป็นประจำ</u>

ปัญหาด้านพฤติกรรมสุขภาพ

การออกกำลังกาย	เดินเร็วๆ วิ่งเหยาะๆ น้อยกว่า 30 นาที/วัน และ/หรือ น้อยกว่า 4 วัน/สัปดาห์
การดื่มแอลกอฮอล์	ผู้ชายดื่มสุรา (40%) เกิน 88 มล./วัน ผู้หญิงดื่มสุรา (40%) เกิน 44 มล./วัน ดื่มเบียร์ (5%) เกิน 355 มล./วัน ดื่มเหล้าองุ่น (12%) เกิน 148 มล./วัน
การสูบบุหรี่	สูบบุหรี่.....มวน/วัน

ภาคผนวก จ

แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการ

โครงการคลินิกเตมยาโรคความดันโลหิตสูงโดยเภสัชกร โรงพยาบาลศรีประจันต์

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าคำตอบ และ/หรือ กรอกข้อความลงในช่องว่าง

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ
 - 1.ชาย
 - 2.หญิง
2. อายุ.....ปี
3. โรคที่เป็นร่วมด้วย
 - 1.ไม่มี
 - 2.โรคไขมันในเลือดสูง
4. ระดับการศึกษาสูงสุด
 - 1.ไม่ได้ศึกษา
 - 2.ประถมศึกษา
 - 3.มัธยมศึกษา
 - 4.อนุปริญญาหรือเทียบเท่า
 - 5.ปริญญาตรี
 - 6.อื่นๆ.....
5. สิทธิการรักษา
 - 1.หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
 - 2.ประกันสังคม
6. อาชีพหลัก
 - 1.ไม่ได้ประกอบอาชีพ
 - 2.เกษตรกร
 - 3.รับจ้าง
 - 4.ธุรกิจส่วนตัว
 - 5.อื่นๆ ระบุ.....

ตอนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการรับบริการ

7. เหตุใดท่านจึงตัดสินใจเข้าร่วมโครงการคลินิกเตมยาโรคความดันโลหิตสูงโดยเภสัชกร
 1. อยากทดลองบริการรูปแบบใหม่
 2. เจ้าหน้าที่แนะนำ
 3. ผู้ป่วย /ญาติ แนะนำ
 4. ประหยัดเวลาในการรับบริการ
เมื่อเทียบกับคลินิกโรคเรื้อรัง
 5. อื่นๆ ระบุ.....

8. ความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับที่คลินิกเดมิยาโรคความดันโลหิตสูงโดยเภสัชกร

องค์ประกอบความพึงพอใจต่อบริการ	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
8.1 ท่านพึงพอใจต่อ <u>ความรวดเร็ว</u> ของบริการ					
8.2 ท่านพึงพอใจต่อ <u>ความสะดวก</u> ของบริการ					
8.3 ท่านพึงพอใจต่อ <u>การติดตามผลการรักษา</u> ที่ต่อเนื่อง					
8.4 ท่านพึงพอใจต่อ <u>ความเอาใจใส่</u> การช่วยเหลือ จากเจ้าหน้าที่					
8.5 ท่านพึงพอใจต่อ <u>การพูดจา มารยาท</u> จากเจ้าหน้าที่					
8.6 ท่านพึงพอใจต่อ <u>ความรู้ คำแนะนำ</u> การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคและยา ที่ได้รับ					
8.7 ท่านพึงพอใจต่อ <u>บริการในภาพรวม</u>					

9. เมื่อเปรียบเทียบบริการที่คลินิกเดมิยา กับ บริการที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง ท่านคิดว่า

9.1 <u>ความสะดวก</u> ของบริการที่ คลินิกเดมิยา	1.ดีกว่า	2.เท่ากัน	3.แยกว่า	<u>คลินิกโรคความดัน โลหิตสูง</u>
9.2 <u>ความรวดเร็ว</u> ของบริการที่ คลินิกเดมิยา	1.ดีกว่า	2.เท่ากัน	3.แยกว่า	<u>คลินิกโรคความดัน โลหิตสูง</u>
9.3 <u>การควบคุมโรคความดันโลหิตสูง</u> ของบริการที่คลินิกเดมิยา	1.ดีกว่า	2.เท่ากัน	3.แยกว่า	<u>คลินิกโรคความดัน โลหิตสูง</u>

10. ภายหลังจากที่ท่านได้รับบริการที่คลินิกเตมยาโรคความดันโลหิตสูงโดยเภสัชกร
ท่านอยากเข้ารับบริการ ที่คลินิกเตมยาฯ ต่อไปหรือไม่

1. ยินดีใช้บริการต่อไป

2. ไม่ยินดีใช้บริการต่อ

เนื่องจาก.....

.....

11. ท่านคิดว่า จะแนะนำผู้ป่วยรายอื่น ให้เข้ารับบริการที่คลินิกเตมยาโรคความดันโลหิตสูงโดย
เภสัชกรหรือไม่

1. แนะนำ

2. ไม่แนะนำ

เนื่องจาก.....

.....

ตอนที่ 3 ความคิดเห็น และข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....

.....

ภาคผนวก จ

แบบสัมภาษณ์ผู้ให้บริการ

โครงการคลินิกเตมยาโรคความดันโลหิตสูงโดยเภสัชกร โรงพยาบาลศรีประจันต์

ส่วนของความพึงพอใจต่อโครงการ

ท่านมีความพึงพอใจในภาพรวม อย่างไร

ส่วนของการความคิดเห็น

1. ท่านคิดว่า การกำหนดเกณฑ์คัดเลือกผู้ป่วยเข้าโครงการ และเกณฑ์การคัดผู้ป่วยออกจากโครงการ เหมาะสมหรือไม่
2. ท่านคิดว่า แนวทางการดูแลผู้ป่วยในโครงการนี้ เหมาะสมหรือไม่
3. ท่านคิดว่า ขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วยจากคลินิกโรคเรื้อรัง เข้ารับบริการที่คลินิกเตมยา และขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วยกลับพบแพทย์ เหมาะสมหรือไม่
4. จากการดำเนินการที่ผ่านมา ท่านคิดว่า ขั้นตอนใดที่เป็นปัญหา หรือไม่สะดวกในการปฏิบัติงาน เช่น ด้านกำลังคน วัสดุ อุปกรณ์ ระบบปฏิบัติงาน งบประมาณ
5. ท่านคิดว่าโครงการนี้มีประโยชน์ต่อผู้ป่วย ผู้ปฏิบัติงาน และโรงพยาบาลอย่างไร
6. ท่านคิดว่าโครงการนี้มีข้อเสีย และควรดำเนินการต่อไปหรือไม่ อย่างไร

ภาคผนวก ข



คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร
 วิทยาเขตพระราชวังสนามจันทร์ อ.เมือง จ.นครปฐม 73000
 โทรศัพท์ 034 - 255800, 034 - 218770 โทรสาร 034 - 255801

แบบ จว.5/2552

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
 คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร

เอกสารรับรองเลขที่.....3 / 2556.....

ชื่อโครงการ การประเมินผลโครงการคลินิกเตมยาโรคความดันโลหิตสูงโดยเภสัชกร
 ในโรงพยาบาลศรีประจันต์

เลขที่โครงการ/รหัส ID8/2556.....

ชื่อหัวหน้าโครงการ นางสาวจิตรา ชินตระกูล

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับ
 แนวปฎิญาเฮลซิงกิ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะเภสัชศาสตร์
 มหาวิทยาลัยศิลปากร

ลงนาม

ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (เภสัชกร รองศาสตราจารย์ ดร.ชนะเสระฐ์ จิวาทิรุพัฒน์)

ลงนาม

คณบดีคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร (เภสัชกรหญิง รองศาสตราจารย์ ดร.จุไรรัตน์ นันทานิช)

วันที่รับรอง วัน.....7...../เดือน.....มิถุนายน.....ปี...2556....

วันที่หมดอายุ วัน.....6...../เดือน.....มิถุนายน.....ปี...2557....

ภาคผนวก ข



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
(Participant Information Sheet)

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

โครงการวิจัยเรื่อง การประเมินผลโครงการคลินิกเด็มาโรคความดันโลหิตสูงโดยเภสัชกรในโรงพยาบาล
ศรีประจันต์

ชื่อผู้วิจัย.....นางสาววิจิตรา ชิมตระกูล.....

สถานที่วิจัยโรงพยาบาลศรีประจันต์.....

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ทำขึ้นเพื่อ

1. เปรียบเทียบผลทางคลินิกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังเข้ารับบริการที่คลินิกเด็มา
2. ศึกษาปัญหาด้านยา อาหาร และพฤติกรรมสุขภาพ
3. ศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการที่คลินิกเด็มา
4. ศึกษาความพึงพอใจของผู้ให้บริการที่คลินิกเด็มา

ประโยชน์ที่ท่านจะได้รับจากการเข้าร่วมโครงการ

1. ท่านได้รับการดูแลตามมาตรฐานที่ได้รับการรับรองจากองค์กรแพทย์ของโรงพยาบาลศรีประจันต์ โดยเน้นการรักษาระดับความดันโลหิต เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น โรคไตวาย โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง
2. ท่านได้รับ การประเมินอาการเบื้องต้น การค้นหา ป้องกัน แก้ไข และติดตามปัญหาการใช้ยา การประเมินความร่วมมือด้านพฤติกรรมสุขภาพ คำแนะนำการปฏิบัติตัวทั้งที่ต้องใช้ยาและไม่ใช้ยา การกำหนดแผนการรักษา เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ทางการรักษาตามเป้าหมาย ซึ่งท่านมีส่วนร่วมในการวางแผน ท่านสามารถอธิบายถึงข้อจำกัดต่างๆ ที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ตามเป้าหมายการรักษา
3. ท่านจะได้รับความสะดวกในการเข้ารับบริการ เนื่องจากลดขั้นตอนการรอตรวจจากแพทย์

เหตุผลที่ท่านถูกเชิญเข้าร่วมโครงการ

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้เพราะ ท่านคือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอาการคงที่ มีระดับความดันโลหิตสูงไม่เกิน 140/90 มม.ปรอท อย่างน้อย 3 ครั้งติดต่อกันก่อนเข้าร่วมโครงการ และแพทย์ที่ให้การดูแลท่านได้พิจารณาแล้วว่าท่านยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ ที่เป็นอันตราย เช่น โรคไตวาย โรคหัวใจ และท่านไม่มีโรคร่วมอื่นๆ ยกเว้นโรคไขมันในเลือดสูง ซึ่งสามารถให้เภสัชกรเป็นผู้ดูแลได้

ระยะเวลาที่จะทำการวิจัยทั้งสิ้น 7 เดือน

ขั้นตอนการปฏิบัติตัวหากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัย

เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติ คือ ท่านจะถูกขอร่องให้เซ็นชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการ เพื่อแสดงว่าท่านตกลงด้วยความสมัครใจที่เข้าร่วมการศึกษานี้ โดยผู้เข้าร่วมโครงการจะได้รับการประเมินอาการเบื้องต้น ประเมินและติดตามผลการรักษา ปัญหาด้านยา อาหาร พฤติกรรมสุขภาพ และวางแผน การรักษา (เมื่อพบว่าท่านมีค่าความดันโลหิตไม่เกิน 140/90 มม.ปรอท นัดติดตามอาการ 1-2 เดือน แต่เมื่อท่านมีค่าความดันโลหิตระหว่าง 140/90 มม.ปรอท และ 160/100 มม.ปรอท นัดติดตามอาการ 2 สัปดาห์ และส่งพบแพทย์ในกรณีที่ท่านมีค่าความดันโลหิตมากกว่า 160/100 มม.ปรอท หรือเมื่อท่านมีค่าความดันโลหิต ระหว่าง 140/90 มม.ปรอท และ 160/100 มม.ปรอท ติดต่อกัน 2 ครั้ง หรือมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น) และส่งจ่ายยาเดิมได้ จากเภสัชกรหญิงวิจิตรา ชิมตระกูล และ ผู้ช่วยวิจัย ซึ่งจะช่วยท่านตอบแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการที่คลินิกเดิมยา

ความเสี่ยงและ/หรือความไม่สบายที่อาจเกิดขึ้น

แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่คลินิกเดิมยาโดยเภสัชกร ในโรงพยาบาลศรีประจันต์พัฒนาขึ้นมาจากแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ถูกส่งรักษาต่อที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งได้ดำเนินการมาเป็นเวลาหลายปีแล้ว และไม่พบความเสี่ยงหรืออันตรายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว รวมถึงผ่านความเห็นชอบจากอายุรแพทย์ โดยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้าโครงการคลินิกเดิมยาโรคความดันโลหิตสูงโดยเภสัชกร ได้รับพิจารณาจากแพทย์แล้วว่า อาการทั่วไปปกติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ ที่เป็นอันตรายที่ต้องได้รับการดูแลจากแพทย์ เช่น โรคไตวาย โรคหัวใจ และไม่มีโรคร่วมอื่นๆ ยกเว้นโรคไขมันในเลือดสูง ซึ่งสามารถให้เภสัชกรเป็นผู้ดูแล และหากผู้ป่วยมีความผิดปกตินอกเหนือความสามารถของการดูแลโดยเภสัชกร ผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการส่งเพื่อเข้ารับการรักษาโดยแพทย์

การเข้าร่วมโครงการวิจัยของท่านต้องเป็นไปด้วยความสมัครใจ

ผู้เข้าร่วมโครงการสามารถปฏิเสธการตอบคำถามหรือการกระทำใดๆ ก็ได้ และสามารถบอกเลิกการศึกษาได้ตลอดเวลา

การรักษาความลับ

ข้อมูลทุกอย่างจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ โดยอยู่ในความรับผิดชอบของผู้วิจัย การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอในเชิงสถิติเท่านั้น การระบุหรืออ้างถึงผู้ให้ข้อมูลจะใช้รหัสที่ไม่สามารถอ้างถึงผู้ป่วยได้ ดังนั้นผู้เข้าร่วมวิจัยจึงสามารถรู้สึกสบายใจในการให้ข้อมูลได้อย่างเต็มที่

ระบุชื่อผู้วิจัยที่จะสามารถติดต่อได้

หากมีข้อสงสัยที่จะสอบถามเกี่ยวข้องกับกรวิจัยในครั้งนี้ ท่านสามารถติดต่อ
เกศัชกรหญิง วิจิตรรา ชิมตระกูล ได้ตามที่อยู่ดังนี้

กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลศรีประจันต์ 218 ม.1 ต. วังน้ำซับ อ.ศรีประจันต์
จ.สุพรรณบุรี 72140 โทร. 090-0970012 หรือ 089-2407382

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้

ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร ทราบได้ที่ ฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานเลขานุการ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร เบอร์โทร 034-255800

ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดในเอกสารนี้ครบถ้วนแล้ว

ลงชื่อ

(.....)

วันที่

หมายเหตุ :

1. หากผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้เยาว์ (อายุต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์) และเอกสารชี้แจงนี้ทำให้ผู้ปกครอง/ผู้แทนโดยชอบธรรมเป็นผู้อ่าน ให้เปลี่ยนสรรพนาม “ท่าน” เป็น “เด็กในปกครองของท่าน” ตามตำแหน่งที่เหมาะสม
2. ผู้วิจัยควรมอบสำเนาแบบยินยอมอาสาสมัครพร้อมแนบคำชี้แจงอาสาสมัครอย่างละ 1 ชุด ให้อาสาสมัครหรือผู้ปกครองด้วย

ภาคผนวก ฅ



หนังสือแสดงความยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัย
กรณีอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นผู้ที่บรรลุนิติภาวะ

INFORMED CONSENT FORM

โครงการวิจัยเรื่อง การประเมินผลโครงการคลินิกเดมิยาโรคความดันโลหิตสูงโดยเภสัชกรในโรงพยาบาล
ศรีประจันต์

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว).....อยู่บ้านเลขที่.....

ชาย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ
.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

บัตรประชาชน/ข้าราชการเลขที่.....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับเอกสารและคำอธิบายจากผู้วิจัย ถึง
วัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีวิจัย อันตรายหรืออาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัยหรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่
เกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว ผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ
ไม่ปิดบัง ไม่ซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ ข้าพเจ้านุญาตให้ผู้วิจัยเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าได้ตามที่ผู้วิจัยเห็นสมควร
ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการนี้ด้วยความสมัครใจ และมีสิทธิ์ที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้

ผู้วิจัยและ/หรือผู้ให้ทุนสนับสนุนการวิจัย ขอให้รับรองว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับข้าพเจ้าเป็นความลับและ
จะเปิดเผยเฉพาะในรูปที่เป็นการสรุปการวิจัย โดยไม่ระบุตัวบุคคลผู้เป็นเจ้าของข้อมูล และหากเกิดอันตรายหรือความ
เสียหายอันเป็นผลจากการวิจัยต่อข้าพเจ้า ผู้วิจัยและ/หรือผู้ให้ทุนสนับสนุนการวิจัยจะจัดการรักษาพยาบาลให้
จนกลับคืนสภาพเดิม และจะเป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายทั้งหมดในการรักษาพยาบาลรวมทั้งค่าใช้จ่ายอื่นถ้าหากมี

ผู้วิจัยแจ้งด้วยว่าข้าพเจ้าสามารถติดต่อกับผู้วิจัย นางสาววิจิตรา ชิมตระกูล
ได้ที่ กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลศรีประจันต์ 218 ม.1 ต.วังน้ำซับ อ.ศรีประจันต์
จ.สุพรรณบุรี 72140 โทรศัพท์ 090-0970012 หรือ 089-2407382

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วและมีความเข้าใจดีทุกประการ จึงได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความ
ความเต็มใจ

ลงนาม.....อาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัย

()

ลงนาม.....ผู้วิจัย

()

ลงนาม.....พยาน

()

ลงนาม.....พยาน

()

ภาคผนวก ^a

ตารางที่ 22 ค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยแต่ละครั้งที่เข้ารับบริการที่คลินิกเด็มา

ผู้ป่วย รายที่	Systolic blood pressure (SBP) และ Diastolic blood pressure (DBP) (มิลลิเมตรปรอท)															
	มิ.ย.56		ก.ค.56		ส.ค.56		ก.ย.56*		ก.ย.56**		ต.ต.56		พ.ย.56		ธ.ค.56	
	SBP	DBP	SBP	DBP	SBP	DBP	SBP	DBP	SBP	DBP	SBP	DBP	SBP	DBP	SBP	DBP
1	127	86	133	76	123	82	117	73	128	80	122	81	110	76		
2	140	89	111	75	139	90	116	78	117	78	105	72	137	87		
3	126	74	140	90	125	77	123	75	110	70	113	74	120	69		
4	121	82	126	80	121	82	147	90	139	83	135	90	148	88	146	86
5	115	77	120	77	105	71	114	78	119	82	136	88	130	80		
6	119	84	136	83	131	90	122	86	123	79	126	70	146	86		
7	121	68	137	84	125	81	136	78	115	70	123	85	125	67		
8			118	80			117	77					113	78	139	85
9	140	90			148	88	132	84	138	84	135	84			124	84
10			129	80			121	73			135	83	139	76	136	85
11	121	75	127	74	129	78	139	89					136	76		
12	137	83	150	89	123	82	120	80					138	90		
13	128	69	106	71	136	76	136	95					118	70		
14	118	79	126	87	113	80	117	76					114	80		
15	148	79	108	71	118	77					118	79	133	79		

ตารางที่ 22 ค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยแต่ละครั้งที่เข้ารับบริการที่คลินิกเดมียา (ต่อ)

ผู้ป่วย รายที่	Systolic blood pressure (SBP) และ Diastolic blood pressure (DBP) (มิลลิเมตรปรอท)															
	มิ.ย.56		ก.ค.56		ส.ค.56		ก.ย.56*		ก.ย.56**		ต.ต.56		พ.ย.56		ธ.ค.56	
	SBP	DBP	SBP	DBP	SBP	DBP	SBP	DBP	SBP	DBP	SBP	DBP	SBP	DBP	SBP	DBP
16	133	90			122	84					120	80	131	85	130	91
17	110	75			106	71	101	69					110	76		
18	120	76			115	73	128	75					122	83		
19	128	81			121	77	125	82	130	83			137	84		
20	127	86			107	64	130	90	116	80			115	72		
21			113	71			134	80					106	69	106	72
22	122	81			120	85	122	89					118	82		
23	126	76			136	84					120	75	138	80		
24			130	70			128	72					131	78	140	78
25			148	80	121	72	136	80	128	74			135	85		
26			125	78	120	81	112	78			137	90	131	85		
27			119	71	117	75	114	73	108	75	126	65	118	62	120	72
28			145	88	130	85					109	72	131	78		
29			128	70			130	79					128	80	129	78
30			121	80			100	69					131	86	114	76

ตารางที่ 22 ค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยแต่ละครั้งที่เข้ารับบริการที่คลินิกเดิมยา (ต่อ)

ผู้ป่วย รายที่	Systolic blood pressure (SBP) และ Diastolic blood pressure (DBP) (มิลลิเมตรปรอท)															
	มิ.ย.56		ก.ค.56		ส.ค.56		ก.ย.56*		ก.ย.56**		ต.ค.56		พ.ย.56		ธ.ค.56	
	SBP	DBP	SBP	DBP	SBP	DBP	SBP	DBP	SBP	DBP	SBP	DBP	SBP	DBP	SBP	DBP
31			132	82			130	79					121	83	124	77
32	105	64			124	72	124	72					128	75		
33			142	95	139	90	144	95			135	90	139	84		
34			142	87	125	84					136	80	125	84		
35			139	80			118	78			127	75	117	76		
36			139	88			140	80					133	79	140	80
37			124	83			112	78			115	80	122	86		
38			137	80			138	86			132	74	139	80	130	71
39			138	86			138	87			128	85	114	76		
40	142	81	138	82			133	80			127	77	150	88	138	87
41			126	79			104	71			129	84	109	73		
42			131	80			121	85			129	81			128	81
43			122	78			117	70			117	85			135	84

*สัปดาห์แรกของเดือนกันยายน

**สัปดาห์สุดท้ายของเดือนกันยายน

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	นางสาววิจิตรา ชิมตระกูล
ที่อยู่	เลขที่ 79/175 ซอยเพชรเกษม 81 หมู่บ้านพุดตาน ถนนมาเจริญ แขวงหนองแขม เขตหนองแขม กรุงเทพมหานคร
ที่ทำงาน	โรงพยาบาลศรีประจันต์ เลขที่ 218 หมู่ที่ 1 ถนนสุพรรณบุรี-ชัยนาท ตำบลวังน้ำซับ อำเภอวังน้ำซับ จังหวัดสุพรรณบุรี โทรศัพท์ 0-3558-1749-50 ต่อ 302, 304, 307
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2542	สำเร็จการศึกษาเภสัชศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยมหิดล เขตพญาไท กรุงเทพมหานคร
พ.ศ. 2553	ศึกษาต่อระดับปริญญาโท สาขาวิชาการจัดการทางเภสัชกรรม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร
ประวัติการทำงาน	
พ.ศ.2542-2544	เภสัชกร โรงพยาบาลหนองหญ้าไซ จังหวัดสุพรรณบุรี
พ.ศ.2544-ปัจจุบัน	เภสัชกร โรงพยาบาลศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี