

บทที่ 5

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

5.1 อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยนี้ทำการศึกษาเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมีนาคม ถึง สิงหาคม 2546 มีผู้ป่วยเข้าเกณฑ์การวิจัยทั้งหมด 178 คน เป็นผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมจำนวน 87 คน และผู้ป่วยกลุ่มทดลองจำนวน 91 คน โดยที่ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มนี้ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ แสดงถึงความเสมอเหมือนกันของผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง แม้ว่าในการวิจัยนี้ไม่ได้ใช้การสุ่มในการแบ่งกลุ่มผู้ป่วยก็ตาม ผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ถูกแบ่งเป็น 3 กลุ่มย่อย โดยใช้เกณฑ์การแบ่งเดียวกัน โดยกลุ่มย่อยที่ 1 เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาพร้อมคำแนะนำที่เหมาะสม กลุ่มย่อยที่ 2 เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมเช่นเดียวกับผู้ป่วยในกลุ่มที่ 1 ร่วมกับการได้รับคำแนะนำปรึกษาด้านยาในเชิงลึก และกลุ่มย่อยที่ 3 เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมเช่นเดียวกับผู้ป่วยในกลุ่มที่ 1 และ 2 ร่วมกับการได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมที่บ้าน ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมจากผู้วิจัย โดยผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาพร้อมคำแนะนำที่เหมาะสม จะได้รับและสิ้นสุดการให้บริหารเภสัชกรรมภายในวันแรกที่ผู้วิจัยพบผู้ป่วย ในขณะที่กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการคำแนะนำปรึกษาด้านยาในเชิงลึกและการบริหารทางเภสัชกรรมที่บ้าน จะได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมจากผู้วิจัยต่อเนื่องทุกครั้งที่มาใช้บริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชน ทั้งหมด 4 ครั้ง สำหรับผู้ป่วยกลุ่มควบคุมพบผู้วิจัยเพียงครั้งเดียวในช่วงเดือนสิงหาคม ซึ่งเป็นช่วงเดียวกับการให้บริหารทางเภสัชกรรมครั้งที่ 4 ในผู้ป่วยกลุ่มทดลอง

หลังจากสิ้นสุดการเก็บข้อมูลในเดือนสิงหาคม 2546 พบว่ามีผู้ป่วยกลุ่มทดลองจำนวน 9 คน มารับการบริการบริหารทางเภสัชกรรมไม่ครบ 4 ครั้ง ซึ่งทั้งหมดเป็นผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการคำแนะนำปรึกษาด้านยาในเชิงลึก ซึ่งสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยทั้ง 9 คนมารับการบริการบริหารทางเภสัชกรรมที่ศูนย์สุขภาพชุมชนไม่ครบ 4 ครั้งนั้น เนื่องมาจากการขาดแคลนแพทย์ของโรงพยาบาลสิชล ซึ่งเป็นสถานพยาบาลแม่ข่ายที่ให้การสนับสนุนด้านบุคลากรทางการแพทย์ และเวชภัณฑ์ ทำให้ไม่มีแพทย์มาให้บริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนนาน 3 เดือน พบว่าผู้ป่วยทั้ง 9 คนที่ไม่มารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนนั้นไปรับบริการที่โรงพยาบาลสิชล เนื่องจากต้องการพบแพทย์ทุกครั้งที่มาบริการบริการด้วยเหตุนี้หากไม่มีปัญหาในเรื่องการขาดแคลนแพทย์มาให้บริการ จำนวนผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่มาได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมไม่ครบทั้ง 4 ครั้งในการวิจัยนี้อาจจะน้อยลง อย่างไรก็ตามก็ตามผู้ป่วยที่มา

รับการบริบาลทางเภสัชกรรมครบ 4 ครั้งนั้นมีจำนวนมากกว่าจำนวนกลุ่มตัวอย่างต่อกลุ่มที่คำนวณได้ (80 คน) และการวิจัยนี้ใช้ผู้ป่วยทั้งหมดในการวิเคราะห์ผล ไม่ว่าผู้ป่วยรายนั้นจะได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรมครบตามกำหนดหรือไม่

5.1.1 ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา

การศึกษาถึงปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่พบในผู้ป่วยกลุ่มควบคุมซึ่งไม่ได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรมและผู้ป่วยกลุ่มทดลองก่อนได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรม พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมพบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา 92 ปัญหา ซึ่งไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.301$) กับปัญหาที่พบในผู้ป่วยกลุ่มทดลองก่อนได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรม (82 ปัญหา) แสดงให้เห็นว่าปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่พบในผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรมนั้นไม่แตกต่างกัน ในขณะที่ผลการศึกษาลงถึงปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมการวิจัย โดยศึกษาในช่วงเวลาเดือนสุดท้ายของการเก็บข้อมูล ซึ่งเป็นช่วงที่ผู้ป่วยกลุ่มทดลองได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรมครั้งที่ 4 และผู้ป่วยกลุ่มควบคุมได้พบผู้วิจัยเป็นครั้งแรก พบว่าผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมพบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาทั้งหมด 92 ปัญหา ซึ่งมากกว่าปัญหาที่พบในผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรมอย่างต่อเนื่อง ตลอดระยะเวลาการศึกษา (33 ปัญหา) อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Mason และ Colley (1993) ที่ศึกษาเปรียบเทียบผลของการบริบาลทางเภสัชกรรมให้แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสองแห่ง พบว่า ในช่วงเวลาเดียวกันพบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาในผู้ป่วยของโรงพยาบาลที่ไม่มีเภสัชกรให้การบริบาลทางเภสัชกรรมมากกว่า ปัญหาที่พบในผู้ป่วยของโรงพยาบาลที่มีเภสัชกรให้การบริบาลทางเภสัชกรรมอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) นั้นแสดงให้เห็นว่าการได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรมมีผลในการแก้ไขและป้องกันการเกิดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาได้ และเมื่อพิจารณาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่พบในแต่ละกลุ่มย่อยของผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่พบทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่จะพบในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับคำแนะนำปรึกษาด้านยาในเชิงลึก คิดเป็นร้อยละ 78.3 และ 78.8 ตามลำดับ เนื่องจากผู้ป่วยในกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยสูงอายุและมีความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (chronic illness) เช่น โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นภาวะที่มีความเสี่ยงในการเกิดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยามากกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ (Crealey *et al.*, 2003; Ellis *et al.*, 2000; Malone *et al.*, 2000; Robertson and MacKinnon, 2002) จึงทำให้ในการศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับคำแนะนำปรึกษาในเชิงลึกของทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเกิดขึ้นมากกว่าผู้ป่วยในกลุ่มอื่น โดยเฉพาะ

อย่างยิ่งผู้ป่วยที่ได้รับยาพร้อมคำแนะนำที่เหมาะสม ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยวัยทำงาน และมีความเจ็บป่วยในลักษณะเฉียบพลัน (acute illness)

ผลการศึกษาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่พบในผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรมในแต่ละครั้ง พบว่า ในแต่ละครั้งที่ผู้ป่วยได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรม จำนวนปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่พบใหม่ และจำนวนปัญหาเดิมที่ไม่สามารถแก้ไขได้ลดลง ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่พบในแต่ละครั้งพบว่า สัดส่วนของปัญหาที่พบในการบริบาลทางเภสัชกรรมครั้งที่ 1 ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ กับที่พบในครั้งที่ 2 ($p = 0.358$) ในขณะที่สัดส่วนของปัญหาที่พบในครั้งที่ 3 ลดลงจากที่พบในครั้งที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) เช่นเดียวกับสัดส่วนของปัญหาที่พบในครั้งที่ 4 ที่ลดลงจากที่พบในครั้งที่ 3 อย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.003$) ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการให้บริบาลทางเภสัชกรรมตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป มีผลในการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา ทำให้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่เกิดขึ้นแล้ว (ปัญหาเดิม) ลดลง และป้องกันการเกิดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา ทำให้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาใหม่ที่อาจจะเกิดขึ้นลดน้อยลง แต่เมื่อพิจารณาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่พบในผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรมที่บ้านในแต่ละครั้งที่ผู้ป่วยได้รับบริบาลทางเภสัชกรรม พบว่า สัดส่วนของปัญหาที่พบในการบริบาลทางเภสัชกรรมครั้งที่ 1 และ 2 ไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.774$) เช่นเดียวกับปัญหาที่พบในครั้งที่ 3 และ 2 และครั้งที่ 4 และ 3 ที่ไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.109$ และ 0.063 ตามลำดับ) ซึ่งอาจเนื่องจากเมื่อพิจารณาในกลุ่มย่อยนั้น จำนวนผู้ป่วยในกลุ่มมีน้อยเกินไป (12 คน) ทำให้ไม่เห็นความแตกต่างของปัญหาที่เกิดขึ้นในแต่ละครั้งได้ หากจำนวนผู้ป่วยมากขึ้น อาจจะเป็นความแตกต่างของสัดส่วนปัญหาที่เกิดขึ้นในแต่ละครั้งชัดเจนขึ้นได้

ผลการศึกษาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่พบในผู้ป่วยกลุ่มทดลองทั้งหมดตลอดระยะเวลาการเก็บข้อมูล และที่ไม่สามารถแก้ไข/ป้องกันได้หลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรมในครั้งสุดท้าย พบว่า ตลอดระยะเวลาการเก็บข้อมูล 6 เดือน พบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาในผู้ป่วยกลุ่มทดลองทั้งหมด 122 ปัญหา และหลังจากผู้ป่วยกลุ่มทดลองได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรมในครั้งสุดท้ายแล้ว พบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาไม่สามารถแก้ไข/ป้องกันได้จำนวน 30 ปัญหา ซึ่งมีความแตกต่างจากปัญหาที่พบทั้งหมดตลอดระยะเวลาการเก็บข้อมูล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมสามารถแก้ไข/ป้องกันปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาได้ คิดเป็นร้อยละ 75.4 ของจำนวนปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่พบทั้งหมดตลอดระยะเวลาการเก็บข้อมูล ซึ่งผลการศึกษาที่สอดคล้องกับการศึกษาของ Mason และ Colley (1993), Berringer, *et al.* (1999) และ Kassam, *et al.* (2001) ที่พบ

ว่าการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมของเภสัชกรสามารถแก้ไข/ป้องกันปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาได้ ร้อยละ 51.6 ($p < 0.001$) ร้อยละ 75 ($p < 0.01$) และ ร้อยละ 40 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการรายงานผลการปฏิบัติงานของเภสัชกรที่ให้การบริบาลทางเภสัชกรรมในศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาลลำปาง ที่พบว่าสามารถแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาได้ ร้อยละ 98.1 ของปัญหาที่พบทั้งหมด ซึ่งผลการศึกษาเหล่านี้ส่งผลสนับสนุนว่าการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมนั้น สามารถแก้ไข/ป้องกันปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาได้ ผลการศึกษานี้ของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่พบในผู้ป่วยกลุ่มทดลองทั้งหมด ตลอดระยะเวลาการเก็บข้อมูล พบว่าส่วนใหญ่ (ร้อยละ 32.6) เป็นปัญหาที่ผู้ป่วยไม่ได้รับยาตามแพทย์สั่งเนื่องจากการไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Mason และ Colley (1993) ที่พบว่า ร้อยละ 21.3 ของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาทั้งหมดที่พบ เป็นปัญหาความไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเอง ซึ่งพฤติกรรมการไม่ให้ความร่วมมือของผู้ป่วยในการศึกษานี้มีหลายลักษณะ ส่วนใหญ่เป็นพฤติกรรมการลืมรับประทานยา (ร้อยละ 72.5) รองลงมาคือการที่ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ตรงกับมืออาหาร (ร้อยละ 47.5) ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ตรงกับขนาดที่แพทย์สั่ง (ร้อยละ 22.5) ผู้ป่วยไม่มาพบแพทย์ตามนัด (ร้อยละ 17.5) และผู้ป่วยตั้งใจหยุดใช้ยาเอง (ร้อยละ 10) ตามลำดับ โดยที่ปัญหาการไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา 1 ปัญหาอาจเกิดจากหลายพฤติกรรมร่วมกัน ซึ่งสาเหตุของพฤติกรรมการไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาเหล่านี้เนื่องจากผู้ป่วยขาดความรู้ ความเข้าใจในเรื่องโรคและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม รวมทั้งความเอาใจใส่ในการให้คำแนะนำการใช้ยาของบุคลากรทางการแพทย์ที่ไม่มากพอ เนื่องจากพฤติกรรมที่ผู้ป่วยลืมรับประทานยานั้นส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะนึกขึ้นได้หลังจากที่ลืมรับประทานยาประมาณครึ่งถึงหนึ่งชั่วโมง แต่ผู้ป่วยเข้าใจว่าควรรับประทานยาตามเวลาที่กำหนดไว้ในฉลากเท่านั้น หากไม่ได้รับประทานยาในมือนั้นแล้วก็ไม่ควรรับประทานยาอีก ซึ่งเภสัชกรต้องทำความเข้าใจกับผู้ป่วยเกี่ยวกับการแก้ปัญหาเมื่อลืมรับประทานยา และการที่ผู้ป่วยไม่มีความรู้เรื่องโรคและยาที่เพียงพอ ทำให้เกิดพฤติกรรมหยุดใช้ยาเอง เนื่องจากผู้ป่วยเข้าใจว่าหากไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ แสดงว่าหายจากโรคและไม่จำเป็นต้องใช้ยาต่อไป ดังนั้นเภสัชกรควรให้คำแนะนำปรึกษาเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและยาของผู้ป่วยอย่างเพียงพอ จนส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยาอย่างต่อเนื่องตามแพทย์สั่ง ในขณะที่พฤติกรรมรับประทานยาไม่ตรงกับขนาดที่แพทย์สั่งนั้นจะเกิดขึ้นในช่วงที่แพทย์มีการปรับเปลี่ยนขนาดยา แต่ผู้ป่วยยังคงรับประทานยาในขนาดเดิมอยู่ เนื่องจากผู้ป่วยไม่ได้สนใจอ่านฉลากยาก่อนรับประทานยา และบุคลากรทางการแพทย์ ผู้จ่ายยาให้ ผู้ป่วยไม่ได้เน้นย้ำถึงการปรับเปลี่ยนขนาดยานั้น

ผลการศึกษานิตของปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไข/ป้องกันได้ หลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมในครั้งสุดท้าย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นปัญหาที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการสั่งยาที่ควรให้เพื่อป้องกันอาการหรือโรค (ร้อยละ 51.6) ซึ่งได้แก่ การที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่ได้รับยา aspirin เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจและหลอดเลือด (macrovascular complication) ในลักษณะปฐมภูมิ (primary prevention) ทั้งที่มีปัจจัยเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนนี้ ซึ่งการที่เภสัชกรไม่สามารถแก้ปัญหานี้ได้เนื่องจากแพทย์มีความเห็นว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกในกระเพาะอาหารซึ่งเป็นอาการข้างเคียงที่พบบ่อยในผู้ใช้ยา aspirin รองลงมาเป็นปัญหาการเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา enalapril (อาการไอแห้ง) และการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา moduretic กับยา enalapril คิดเป็นร้อยละ 25.8 และ 19.4 ตามลำดับ สำหรับอาการไอจากยา enalapril นั้น เป็นอาการเพียงเล็กน้อย ไม่รุนแรงและผู้ป่วยทนต่ออาการนี้ได้ เภสัชกรจึงเพียงเฝ้าระวังอาการ และแนะนำให้ผู้ป่วยสังเกตอาการไอ หากมีอาการรุนแรงขึ้นจนทนไม่ได้ควรบอกแพทย์เพื่อปรับเปลี่ยนยา ในขณะที่ปัญหาการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา moduretic กับยา enalapril นั้น เป็นอันตรกิริยาที่มีความเป็นไปได้ที่จะเกิดขึ้น โดยผลของการเกิดอันตรกิริยานี้คือ ภาวะ potassium ในเลือดสูง ซึ่งผลที่เกิดขึ้นอยู่ในระดับที่มีความรุนแรงปานกลาง และระยะเวลาในการเกิดนั้นช้า (Tatro, 1994) ผู้วิจัยจึงเฝ้าระวังการเกิดภาวะ potassium ในเลือดสูง โดยการสังเกตอาการแสดงทางคลินิก เมื่อแพทย์ยังคงสั่งยาทั้งสองนี้ร่วมกัน

5.1.2 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้าร่วมการศึกษาทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ซึ่งศึกษาเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับคำแนะนำปรึกษาด้านยาในเชิงลึก และที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมที่บ้านเท่านั้น พบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มควบคุมซึ่งไม่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมและกลุ่มทดลองที่วัดคุณภาพชีวิตก่อนได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมในมิติความสามารถในการทำกิจกรรมทางกายภาพ ข้อจำกัดทางกายภาพต่อการดำเนินชีวิต ข้อจำกัดทางอารมณ์ต่อการดำเนินชีวิต ความมีพลังหรือความมีชีวิตชีวา สุขภาพจิต ความสามารถในการทำกิจกรรมทางสังคม ความเจ็บป่วยของร่างกาย และการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.126, 0.308, 0.768, 0.417, 0.836, 0.815, 0.399$ และ 0.830 ตามลำดับ) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมนั้น มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ไม่แตกต่างกัน ในขณะที่คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่วัดคุณภาพชีวิตหลังจากได้รับการบริหารทางเภสัชกรรม พบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตในมิติความสามารถในการทำกิจกรรมทางกายภาพ ความเจ็บป่วยของร่างกาย การรับรู้เกี่ยวกับ

สุขภาพ ความสามารถในการทำกิจกรรมทางสังคม ความมีพลังหรือความมีชีวิตชีวา และด้านสุขภาพจิตนั้น ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.107, 0.779, 0.571, 0.606, 0.725$ และ 0.851 ตามลำดับ) มีเพียงคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติข้อจำกัดทางกายภาพต่อการดำเนินชีวิต และข้อจำกัดทางอารมณ์ต่อการดำเนินชีวิตเท่านั้น ที่ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองหลังการรับบริบาลเภสัชกรรมมีคะแนนคุณภาพชีวิตมากกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.008$ และ 0.041 ตามลำดับ) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่ได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรมมีปัญหาในการทำงานหรือกิจกรรมประจำวันอื่น ๆ เนื่องจากสุขภาพทางร่างกาย และปัญหาทางอารมณ์น้อยกว่า ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรม อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งผลของการศึกษาคุณภาพชีวิตนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Wagner, *et al.* (2001) ที่คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีมิติคุณภาพชีวิตที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญน้อยกว่า มิติคุณภาพชีวิตที่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ต่างกันเพียงการศึกษาของ Wagner, *et al.* (2001) นั้น มีเพียงมิติคุณภาพชีวิตในมิติของความรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง เท่านั้นที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

แม้ว่าการศึกษาค้นคว้าด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังจากได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรม จะไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ แต่เมื่อพิจารณาในประเด็นคำถามข้อที่ 2 ซึ่งเป็นคำถามเปรียบเทียบสุขภาพทั่วไปกับเมื่อปีที่แล้ว ซึ่งรายงานเป็นร้อยละคำตอบแต่ละข้อของผู้ตอบ พบว่าสัดส่วนของผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่มีความรู้สึกดีต่อสุขภาพของตนเอง เหมือนกับปีที่แล้ว และค่อนข้างแย่กว่าปีที่แล้วนั้นมีมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองหลังจากได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรมที่ส่วนใหญ่มีความรู้สึกดีต่อสุขภาพของตนเองค่อนข้างดีกว่าปีที่แล้ว แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่ได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรมมีความรู้สึกดีต่อสุขภาพในแง่ดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรม ซึ่งอาจจะสรุปได้ว่า การให้การบริบาลทางเภสัชกรรมอาจมีส่วนทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกดีต่อสุขภาพในแง่ดี

ผลการศึกษาค้นคว้าชีวิตของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองทั้งก่อนและหลังได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรม ซึ่งศึกษาเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการคำแนะนำปรึกษาด้านยาในเชิงลึก และที่ได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรมที่บ้าน พบว่ามีเพียงคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติข้อจำกัดทางอารมณ์ต่อการดำเนินชีวิตเท่านั้น ที่ผู้ป่วยมีคะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.015$) หลังจากได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรม แสดงให้เห็นว่าการบริบาลทางเภสัชกรรมเป็นสาเหตุหนึ่งที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีปัญหาในการทำงานหรือกิจกรรมประจำวันอื่นๆ เนื่องจากปัญหาทางอารมณ์ลดลงได้อย่างมีนัยสำคัญ ในขณะที่คะแนนคุณภาพชีวิตในมิติความสามารถในการทำกิจกรรมทางกายภาพ ข้อจำกัดทางกายภาพต่อการดำเนินชีวิต ความเจ็บป่วยของร่างกาย การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ ความสามารถในการทำกิจกรรมทางสังคม ความมีพลังหรือความมีชีวิตชีวา และด้านสุขภาพจิต

ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.938, 0.129, 0.191, 0.697, 0.523, 0.240$ และ 0.204 ตามลำดับ) ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Cordina, *et al.* (2001) ที่คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการบริบาลทางเภสัชกรรม มีมิติคุณภาพชีวิตที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญเพียงมิติเดียว ต่างกันเพียงการศึกษาของ Cordina, *et al.* (2001) นั้น มีเพียงมิติคุณภาพชีวิตในมิติของควมมีพลังหรือความมีชีวิตชีวา เท่านั้นที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.001$) อย่างไรก็ตามในการศึกษาของ Cordina, *et al.* (2001) นั้นเป็นการศึกษาในผู้ป่วยโรคหอบหืด โดยติดตามผู้ป่วยนาน 12 เดือน และมีการใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตที่จำเพาะกับโรคหอบหืด (the Living with Asthma Questionnaire, LWAQ) ร่วมด้วยในการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งพบว่า เมื่อใช้ LWAQ ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรมมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรม และมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรมอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.044$ และ 0.053 ตามลำดับ) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยนั้นหากใช้แบบสอบถามที่จำเพาะต่อโรคที่ผู้ป่วยเป็นนั้นจะแสดงให้เห็นผลที่ชัดเจนกว่าการใช้แบบสอบถามที่ไม่จำเพาะเจาะจง เพราะมีปัจจัยมากมายที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแต่ละคน สำหรับการศึกษานี้เนื่องจากไม่ได้จำเพาะกลุ่มโรคของผู้ป่วยที่ศึกษาจึงไม่สามารถใช้แบบสอบถามที่จำเพาะต่อโรคที่ผู้ป่วยเป็นได้ นอกจากนี้พบว่า หลายการศึกษาที่มีการวัดผลของการให้บริบาลทางเภสัชกรรมต่อการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วย อาทิ การศึกษาของ Kraska, *et al.* (2001) ซึ่งใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิต SF-36 ในผู้ป่วยสูงอายุ (≥ 65 ปี) ที่มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 2 โรค พบว่าผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรม (จำนวน 168 คน) ไม่มีความแตกต่างกันของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยในกลุ่มที่ไม่ได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรม (164 คน) โดยการศึกษานี้ติดตามผู้ป่วยเป็นเวลา 3 เดือน การศึกษาของ Weinberger, *et al.* (2002) ที่ศึกษาผลของการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคหอบหืดและผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการในร้านยาจำนวน 36 ร้าน โดยติดตามผู้ป่วยนาน 12 เดือน และวัดผลการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตโดยใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิต SF-36 พบว่า คุณภาพชีวิตของกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรม (447 คน) และที่ไม่ได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรม (303 คน) ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p > 0.05$) การศึกษาของ Okamoto และ Nakahiro (2001) ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความรุนแรงของโรคระดับน้อยถึงปานกลาง พบว่าเมื่อติดตามผู้ป่วยนาน 6 เดือน ผู้ป่วยที่ได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรม (164 คน) มีคุณภาพชีวิตซึ่งวัดด้วย SF-36 มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรม (166 คน) อย่างมีนัยสำคัญเฉพาะในมิติข้อจำกัดทางกายภาพต่อการดำเนินชีวิตเท่านั้น ($p = 0.03$) การศึกษาของ Varma, *et al.* (1999) ทำการศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุที่

ป่วยด้วยโรค Congestive Heart Failure โดยติดตามผู้ป่วยทุก 3 เดือน นาน 12 เดือน พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพซึ่งวัดด้วย SF-36 ในมิติความสามารถในการทำกิจกรรมทางกายภาพ และสุขภาพจิต ของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรม (42 คน) มากกว่า คุณภาพชีวิตในมิติดังกล่าวของผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรม (41 คน) เมื่อวัดผลที่ 9 เดือน ($p = 0.009$ และ 0.014 ตามลำดับ) และ 12 เดือน ($p = 0.014$ และ 0.003 ตามลำดับ) และการศึกษาผลของการให้บริหารทางเภสัชกรรมที่บ้านในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (Mehos *et al.*, 2000) พบว่า เมื่อติดตามผู้ป่วยนาน 6 เดือน ผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรม (18 คน) และกลุ่มที่ไม่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรม (18 คน) มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพซึ่งวัดด้วย SF-36 ที่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p > 0.1$) ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับผลที่ได้จากการศึกษานี้ โดยเหตุผลที่มีคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกันนั้น เนื่องมาจากจำนวนผู้ป่วย และระยะเวลาในการติดตามผู้ป่วยที่น้อยเกินไป สำหรับการวัดผลความแตกต่างของคุณภาพชีวิต โดยหลายการศึกษาแนะนำว่าหากต้องการเห็นผลความแตกต่างของคุณภาพชีวิตที่ชัดเจนขึ้น ควรทำการศึกษาแบบ multi-center เพื่อให้ได้จำนวนผู้ป่วยที่มากพอ สำหรับระยะเวลาที่น่าจะเหมาะสมในการวัดผลคุณภาพชีวิตนั้น จากการศึกษาที่กล่าวมาจะเห็นว่าแม้จะติดตามผู้ป่วยนานถึง 24 เดือน ก็ไม่สามารถแสดงให้เห็นผลความแตกต่างที่ชัดเจนในทุกมิติสุขภาพได้ ทำให้ยังไม่สามารถสรุปได้ว่าระยะนานเท่าไรจึงจะเหมาะสมในการวัดผลคุณภาพชีวิต แต่อาจจะกล่าวได้ว่าระยะเวลาที่นานขึ้นน่าจะทำให้เห็นผลความแตกต่างที่ชัดเจนขึ้นได้ เหตุผลหนึ่งที่ทำให้ในการศึกษานี้ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญของมิติคุณภาพชีวิตระหว่างผู้ป่วยก่อนและหลังได้รับการบริหารทางเภสัชกรรม รวมทั้งผู้ป่วยที่ได้รับและไม่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมนั้น เนื่องมาจากจำนวนผู้ป่วยที่น้อยเกินไปสำหรับการวัดผลความแตกต่างของคุณภาพชีวิต และระยะเวลาในการติดตามผู้ป่วยเพียง 6 เดือน ซึ่งอาจจะไม่เพียงพอในการวัดผลคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยจำนวนน้อย เช่นในการศึกษานี้ จึงทำให้ไม่เห็นความแตกต่างของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย นอกจากนี้การใช้แบบสอบถามในการวัดคุณภาพชีวิต SF-36 ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่วัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทั่ว ๆ ไป ไม่จำเพาะเจาะจงต่อโรคใดโรคหนึ่ง อาจทำให้ไม่เห็นความแตกต่างที่ชัดเจน เพราะมีปัจจัยมากมายที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแต่ละคน หากใช้แบบสอบถามที่จำเพาะต่อโรคที่ผู้ป่วยเป็นนั้นจะแสดงให้เห็นผลที่ชัดเจนขึ้นได้ สำหรับการศึกษานี้เนื่องจากไม่ได้จำเพาะกลุ่มโรคของผู้ป่วยที่ศึกษา จึงไม่สามารถใช้แบบสอบถามที่จำเพาะต่อโรคที่ผู้ป่วยเป็นได้

แม้ว่าการศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มทดลอง จะไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ระหว่างก่อนและหลังจากได้รับการบริหารทางเภสัชกรรม แต่เมื่อพิจารณาในประเด็นคำถามข้อที่ 2 ซึ่งเป็นคำถามเปรียบเทียบสุขภาพทั่วไปกับเมื่อปีที่แล้ว ซึ่งรายงานเป็นร้อยละ

คำตอบแต่ละข้อของผู้ตอบ พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองก่อนได้รับการบริหารทางเภสัชกรรม ส่วนใหญ่มีความรู้สึกว่าคุณภาพเหมือนกับปีที่แล้ว และค่อนข้างแย่กว่าปีที่แล้ว แต่หลังจากได้รับการบริหารทางเภสัชกรรม พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้สึกว่าคุณภาพของตนเองค่อนข้างดีกว่าปีที่แล้ว แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าคุณภาพดีขึ้นหลังจากได้รับการบริหารทางเภสัชกรรม ซึ่งอาจจะสรุปได้ว่า การให้การบริหารทางเภสัชกรรมอาจมีส่วนทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกต่อสุขภาพในแง่ดีขึ้น

5.1.3 ความพึงพอใจของผู้ป่วยในการรับบริการด้านการบริหารทางเภสัชกรรม

ผลการศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการให้บริการของเภสัชกรที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน ในกลุ่มควบคุมซึ่งไม่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมและกลุ่มทดลองก่อนได้รับการบริหารทางเภสัชกรรม พบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองก่อนได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมมีความพึงพอใจในการบริการของเภสัชกรมากกว่าผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.004$) และเมื่อพิจารณาความพึงพอใจของผู้ป่วยในแต่ละกลุ่มย่อย พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับคำแนะนำปรึกษาด้านยาในเชิงลึกในกลุ่มทดลองก่อนได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมนั้น มีความพึงพอใจในการบริการมากกว่าผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง ($p = 0.002$) ในขณะที่ผู้ป่วยที่ได้รับยาพร้อมคำแนะนำที่เหมาะสม และผู้ป่วยที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมที่บ้านในกลุ่มทดลองก่อนได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมนั้น มีความพึงพอใจไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.336$ และ 0.585 ตามลำดับ) กับความพึงพอใจของผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม ซึ่งการที่ผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมมีความพึงพอใจในการบริการต่ำกว่าความพึงพอใจของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองก่อนได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมนั้น อาจเนื่องมาจาก ช่วงเวลาที่วัดความพึงพอใจในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มนี้ต่างกัน และในช่วงระหว่างการศึกษาประมาณ 3 เดือนก่อนสิ้นสุดการศึกษา ไม่มีแพทย์มาให้บริการในศูนย์สุขภาพชุมชน ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมมีความพึงพอใจต่ำกว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองก่อนได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมที่ได้รับการบริการจากแพทย์มาตลอดก่อนเข้าร่วมการศึกษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับคำแนะนำปรึกษาด้านยาในเชิงลึก ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ต้องมารับการบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนอย่างต่อเนื่อง

ผลการศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยในการรับบริการด้านการบริหารทางเภสัชกรรมที่ศูนย์สุขภาพชุมชน ทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองทั้งหมด หลังจากได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมมีคะแนนความพึงพอใจอยู่ในระดับพึงพอใจมาก ซึ่งมากกว่าคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยกลุ่มควบคุมทั้งหมด ซึ่งวัดในช่วงเวลาเดียวกัน และใช้แบบสอบถามเดียวกันนั้น ที่มีคะแนนความพึงพอใจอยู่ในระดับพึงพอใจ อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) ซึ่งผลการศึกษานี้ต่าง

จากการศึกษาของ Wagner, *et al.* (2001) ที่พบว่าความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการของ chronic care clinic ที่มีเภสัชกรร่วมให้บริการไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ กับการบริการของ chronic care clinic ที่ไม่มีเภสัชกร ซึ่งอาจเนื่องจากการศึกษาของ Wagner *et al.* (2001) นั้น ไม่ได้จำเพาะเจาะจงในการวัดความพึงพอใจต่อการบริการของเภสัชกร แต่เป็นการวัดความพึงพอใจโดยภาพรวมในการบริการของ chronic care clinic

ผลการศึกษาคความพึงพอใจในการรับบริการด้านการบริหารเภสัชกรรมในกลุ่มทดลอง โดยจะวัดความพึงพอใจก่อนและหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการบริหารทางเภสัชกรรม พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองทั้งหมดก่อนรับบริการด้านนี้มีคะแนนความพึงพอใจอยู่ในระดับพึงพอใจ ในขณะที่คะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังจากได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมอยู่ในระดับพึงพอใจมาก แสดงให้เห็นว่าระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.013$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Cordina, *et al.* (2001) ที่ผู้ป่วยมีความพึงใจในการบริการเพิ่มขึ้นหลังจากได้รับการบริหารทางเภสัชกรรม

5.1.4 ความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์ต่อการให้บริการบริหารทางเภสัชกรรมของเภสัชกร

จากการศึกษาคความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์ในศูนย์สุขภาพชุมชนต่อการปฏิบัติงานด้านการบริหารทางเภสัชกรรมของเภสัชกรพบว่าบุคลากรทางการแพทย์ทั้งหมด มีความพึงพอใจต่อการปฏิบัติงานด้านนี้ของเภสัชกรอยู่ในระดับสูง โดยพยาบาลมีความพึงพอใจต่อการปฏิบัติงานของเภสัชกรสูงกว่าบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ ซึ่งอาจเนื่องมาจากในช่วงที่ทำการศึกษายาบาลต้องทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยแทนแพทย์ซึ่งไม่ได้มาให้บริการเนื่องจากข้อจำกัดในด้านจำนวนแพทย์ที่ปฏิบัติงาน เภสัชกรจึงเป็นเสมือนผู้ให้คำแนะนำปรึกษาในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับพยาบาล และทำให้พยาบาลมีความรู้สึกว่าการปฏิบัติงานด้านนี้ของเภสัชกรมีผลลดเวลา และความเหนื่อยในการทำงานของตน อย่างไรก็ตามบุคลากรทางการแพทย์ไม่เห็นด้วยกับประเด็นที่ว่า การดูแลผู้ป่วยไม่ใช่หน้าที่ของเภสัชกร และไม่คิดว่าการปฏิบัติงานด้านนี้ของเภสัชกรจะทำให้ตนเองมีเวลาในการดูแลผู้ป่วยแต่ละคนน้อยลง และต้องทำงานเหนื่อยมากกว่าเดิม ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความคิดที่ว่า การดูแลผู้ป่วยควรทำงานด้วยระบบทีมสุขภาพ เพื่อให้เกิดผลสูงสุดในการดูแลผู้ป่วย

5.2 จุดแข็งและจุดด้อยของการวิจัยนี้

5.2.1 จุดแข็ง

5.2.1.1 ผู้วิจัยใช้วิธีการเดียวกันทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เพื่อลดอคติจากวิธีการที่ใช้ ทั้งในการประเมินปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินทั้งในกลุ่มควบคุม

และกลุ่มทดลอง รวมถึงมีการหาความสอดคล้องของการประเมินปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา ระหว่างเภสัชกร 2 คน (ผู้วิจัยกับเภสัชกรอีกหนึ่งคน) โดยใช้ วิธี Kappa statistic ซึ่งผลการวิเคราะห์ ได้ค่า $K = 0.76$ แสดงให้เห็นว่าเภสัชกรทั้งสองคนมีความสอดคล้องในการประเมินปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาในระดับดีมาก ($K > 0.75$) การวัดความพึงพอใจของผู้ป่วยโดยใช้แบบสอบถามที่มีการทดสอบความเที่ยงโดยใช้ แอลฟา ครอนบาค (Alpha Cronbach) เป็นตัวชี้วัด ซึ่งเมื่อทดสอบแล้วได้ค่า แอลฟา ครอนบาคเท่ากับ 0.71 แสดงถึงว่ามีความเหมาะสมในการนำมาใช้เพื่อเปรียบเทียบทั้งภายในและระหว่างกลุ่มตัวอย่างได้ (Alpha Cronbach ≥ 0.7)

5.1.1.2 ในการวิจัยนี้ทำการวิเคราะห์ผลในผู้ป่วยทุกคนที่เข้าร่วมการวิจัย แม้ว่าจะมีผู้ป่วยที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมไม่ครบ 4 ครั้ง ตามที่กำหนดไว้ คิดเป็นร้อยละ 9.9 ก็ตาม ซึ่งการวิเคราะห์ผลข้อมูลของผู้ป่วยทุกคนนี้ เพื่อลดอคติในการประเมินผลการศึกษา

5.1.1.3 การวิจัยนี้ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่เหมือนกับในการปฏิบัติงานจริงคือมีทั้งผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคเฉียบพลัน (acute illness) และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (chronic illness) จึงใช้เป็นตัวแทนของผู้ป่วยที่มารับบริการในศูนย์สุขภาพชุมชนทั่ว ๆ ไปได้ ทำให้สามารถนำผลที่ได้ไปใช้ในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่พบให้ศูนย์สุขภาพชุมชนอื่น ๆ ได้

5.2.2 จุดค้อย

5.2.2.1 การวิจัยนี้ไม่ได้ใช้การสุ่มตัวอย่างในการแยกผู้ป่วยออกเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง แต่จากการศึกษาข้อมูลพื้นฐานของทั้งสองกลุ่มมีความเสมอเหมือนกัน

5.2.2.2 การวิจัยนี้เป็นการศึกษาภายในศูนย์สุขภาพชุมชน ซึ่งผู้ป่วยที่มารับบริการมีความใกล้ชิดกัน ทั้งในด้านสายเลือด และสถานที่อยู่อาศัย ทำให้อาจทำให้ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบปะ พูดคุยในสิ่งที่ได้รับจากการบริหารทางเภสัชกรรมได้ ทำให้ผลการศึกษากลุ่มควบคุมอาจไม่เป็นไปตามต้องการที่ว่าไม่ได้รับผลใดๆ จากการบริหารทางเภสัชกรรม

5.2.2.3 การวิจัยนี้ติดตามผู้ป่วยเพียง 6 เดือน จึงอาจทำให้ไม่เห็นผลของการบริหารทางเภสัชกรรมต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วย

5.2.2.4 เนื่องจากการวิจัยนี้มีการบริหารทางเภสัชกรรมใน 3 ลักษณะคือ การทบทวนความถูกต้องเหมาะสมของยาที่สั่งใช้ก่อนส่งมอบให้ผู้ป่วย (prescription screening) และส่งมอบยาให้แก่ผู้ป่วยพร้อมการให้ข้อมูลและคำแนะนำที่จำเป็นเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและใช้ยาได้อย่างเหมาะสม (drug dispensing) การให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วยเฉพาะรายและผู้ป่วยรายกลุ่ม (patient counseling) และการเยี่ยมบ้าน หรือการบริหารเภสัชกรรมที่บ้าน (home health care) ทำให้เมื่อแบ่งผู้ป่วยเป็น 3 กลุ่มตามการบริหารทางเภสัชกรรมที่ควรได้รับแล้ว จำนวนผู้ป่วยในบางกลุ่มข้อย่อยเกินไป จนไม่สามารถทำให้เห็นความแตกต่างของผลการศึกษาที่ต้องการวัดได้

5.3 สรุปผลการวิจัย

การศึกษาผลของการให้บริบาลทางเภสัชกรรมในศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านท่าควาย ซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า

5.3.1 การให้การบริหารทางเภสัชกรรมในศูนย์สุขภาพชุมชน สามารถแก้ไขและป้องกันปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาได้ จนส่งผลให้จำนวนปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่พบใหม่ และจำนวนปัญหาเดิมที่ไม่สามารถแก้ไขลดลง อย่างมีนัยสำคัญ โดยเมื่อสิ้นสุดการบริหารทางเภสัชกรรมในครั้งสุดท้ายพบว่า จำนวนปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่พบในผู้ป่วยที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมลดลง ทั้งในผู้ป่วยที่ได้รับยาพร้อมคำแนะนำที่เหมาะสม ผู้ป่วยที่ได้รับคำแนะนำปรึกษาด้านยาในเชิงลึก และผู้ป่วยที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมที่บ้าน นอกจากนี้พบว่า เมื่อศึกษาในช่วงเวลาเดียวกัน ผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมพบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยามากกว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรม อย่างมีนัยสำคัญ

5.3.2 การให้การบริหารทางเภสัชกรรมในศูนย์สุขภาพชุมชน ไม่สามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยได้ทุกมิติสุขภาพ ในระยะเวลา 6 เดือนได้อย่างมีนัยสำคัญ แต่ผู้ป่วยที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรม มีคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติข้อจำกัดทางอารมณ์ต่อการดำเนินชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ แสดงถึงว่าผู้ป่วยมีปัญหากับการทำงานหรือกิจกรรมประจำวันอื่น ๆ เนื่องจากปัญหาทางอารมณ์ลดลงหลังจากได้รับการบริหารทางเภสัชกรรม นอกจากนี้ผู้ป่วยที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรม มีคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติข้อจำกัดทางกายภาพต่อการดำเนินชีวิต และข้อจำกัดทางอารมณ์ต่อการดำเนินชีวิตมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับบริหารทางเภสัชกรรมอย่างมีนัยสำคัญ แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมมีปัญหากับการทำงานหรือกิจกรรมประจำวันอื่น ๆ เนื่องจากสุขภาพทางร่างกาย และปัญหาทางอารมณ์น้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรม ยิ่งไปกว่านั้นพบว่าผู้ป่วยมีความรู้สึกที่ตนเองมีสุขภาพดีขึ้นหลังจากได้รับการบริหารทางเภสัชกรรม และมีความรู้สึกต่อสุขภาพในแง่ดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมอย่างมีนัยสำคัญ

5.3.3 ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยในการรับบริการด้านการบริหารทางเภสัชกรรมพบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการรับบริการเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญหลังจากได้รับการบริหารทางเภสัชกรรม และมีความพึงพอใจมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมอย่างมีนัยสำคัญ และผู้ป่วยที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมมากกว่าครึ่งเห็นว่า คำแนะนำของเภสัชกรมีความจำเป็น และเป็นประโยชน์ต่อการรักษาโรคและการใช้ยา และต้องการพบเภสัชกรทุกครั้งที่มารับยา

5.3.4 บุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานในด้านการบริหารจัดการทางเภสัชกรรมของเภสัชกร รวมทั้งมีความมั่นใจว่าเภสัชกรสามารถช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมโรคได้ และเห็นว่าเภสัชกรควรจะปฏิบัติงานด้านนี้ต่อไป อย่างไรก็ตามบุคลากรส่วนใหญ่คิดว่าการปฏิบัติงานด้านนี้ของเภสัชกรไม่มีผลต่อความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยของตนทั้งในด้านจำนวนและเวลาในการดูแล ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความคิดที่ว่า การดูแลผู้ป่วยควรทำงานด้วยระบบทีมสุขภาพ เพื่อให้เกิดผลสูงสุดในการดูแลผู้ป่วย

5.4 ข้อเสนอแนะ

5.4.1 ระบบสุขภาพแบบปฐมภูมิ ในศูนย์สุขภาพชุมชนถือเป็นโอกาสสำคัญหนึ่งที่เภสัชกรจะแสดงบทบาทดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพ โดยการให้การบริบาลทางเภสัชกรรม (pharmaceutical care) ซึ่งมีจุดมุ่งหมายหลักเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดจากการใช้ยา โดย เภสัชกรมีหน้าที่สำคัญในการวินิจฉัยปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาทั้งที่เกิดขึ้นแล้วและกำลังจะเกิดขึ้น แก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่เกิดขึ้นแล้ว และป้องกันปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่กำลังจะเกิดขึ้นได้ ดังนั้นเภสัชกรจึงสามารถปฏิบัติงานวิชาชีพร่วมกับบุคลากรสาธารณสุขอื่น ๆ ในการวางแผนการรักษาและติดตามดูแลผู้ป่วยได้

5.4.2 โรงพยาบาลสิชลมีศูนย์สุขภาพชุมชนที่อยู่ในความรับผิดชอบจำนวน 2 แห่ง โดยที่แต่ละแห่งประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 2 คน เจ้าหน้าที่พนักงานสาธารณสุขชุมชนอย่างน้อย 2 คน และเจ้าหน้าที่บริหารสาธารณสุข 1 คน ปฏิบัติงานที่ศูนย์สุขภาพชุมชนตลอดเวลาทำการทุกวัน และมีแพทย์ 1 คน และเจ้าหน้าที่เภสัชกรรม 1 คน ให้บริการเฉพาะวัน โดยในขณะนี้ให้บริการสัปดาห์ละ 1 วัน เดือนละ 2 ครั้ง เนื่องจากความขาดแคลนแพทย์ของโรงพยาบาลสิชล ในขณะที่จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น การที่ผู้ป่วยทุกคนจะได้พบแพทย์ทุกครั้งที่มาใช้บริการจึงเป็นไปได้ยาก ดังนั้นจึงควรมีการพัฒนากระบวนการคัดกรองผู้ป่วยในการพบแพทย์ และการให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยการดูแลผู้ป่วยในลักษณะของทีมสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล และเภสัชกร ร่วมกันกำหนดลักษณะของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ควรพบแพทย์ เพื่อใช้เป็นเกณฑ์ในการส่งต่อผู้ป่วยพบแพทย์ ในช่วงเวลาที่แพทย์มาให้บริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชน ในขณะที่ผู้ป่วยที่ไม่ได้พบแพทย์ควรได้รับการดูแลจากพยาบาลและเภสัชกรซึ่งมีจำนวนมากว่าแพทย์ โดยเภสัชกรสามารถมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วย ด้วยการให้บริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วย โดยการทบทวนความถูกต้องเหมาะสมของยาที่สั่งใช้ก่อนส่งมอบให้ผู้ป่วย และส่งมอบยาให้แก่ผู้ป่วยพร้อมการให้ข้อมูลและคำแนะนำที่

จำเป็นเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและใช้ยาได้อย่างเหมาะสม และให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วยที่มีปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา นอกจากนี้บุคลากรในทีมสุขภาพควรมีความรู้และแนวความคิดเดียวกันในการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นจึงควรมีการกำหนดรูปแบบ และองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเมื่อมารับบริการในคลินิกโรคเรื้อรังของศูนย์สุขภาพชุมชนที่ชัดเจน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสม

5.4.3 ปัจจุบันศูนย์สุขภาพชุมชนมีการเริ่มงานเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ซึ่งเป็นลักษณะหนึ่งของการให้บริการในเชิงรุก ในส่วนนี้เภสัชกรสามารถเปิดบทบาทตนเองในการบริหารทางเภสัชกรรม ร่วมกับทีมงานเยี่ยมบ้านผู้ป่วยของศูนย์สุขภาพชุมชนได้ ซึ่งจะทำให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพ และการทำงานในลักษณะสหวิชาชีพ สามารถดูแลผู้ป่วยในลักษณะองค์รวม อย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นลักษณะสำคัญของการบริการสุขภาพปฐมภูมิ

5.4.4 ในอนาคตควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในเรื่องต่อไปนี้

5.4.4.1 เนื่องจากการวิจัยนี้ไม่ได้ใช้การสุ่มตัวอย่างในการแยกผู้ป่วยออกเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง หากการศึกษาในอนาคตสามารถให้วิธีการสุ่มตัวอย่างในการแยกผู้ป่วยได้ จะทำให้ผลการศึกษามีความน่าเชื่อถือมากขึ้น

5.4.4.2 เนื่องจากการวิจัยนี้ใช้เวลาในการติดตามผู้ป่วยเพียง 6 เดือน อาจทำให้ไม่เห็นผลของการบริหารทางเภสัชกรรมต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วย หากการวิจัยในอนาคตสนใจวัดผลของการบริหารทางเภสัชกรรมต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วย ควรมีการศึกษาที่ติดตามผู้ป่วยในระยะเวลาที่นานกว่านี้ และหากเป็นไปได้ควรใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตที่จำเพาะเจาะจงต่อโรคที่ผู้ป่วยเป็น ซึ่งอาจทำให้เห็นผลการศึกษาที่ชัดเจนขึ้น

5.4.4.3 เนื่องจากการวิจัยนี้มีการบริหารทางเภสัชกรรมใน 3 ลักษณะคือ การทบทวนความถูกต้องเหมาะสมของยาที่สั่งใช้ก่อนส่งมอบให้ผู้ป่วย (prescription screening) และส่งมอบยาให้แก่ผู้ป่วยพร้อมการให้ข้อมูลและคำแนะนำที่จำเป็นเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและใช้ยาได้อย่างเหมาะสม (drug dispensing) การให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วยเฉพาะรายและผู้ป่วยรายกลุ่ม (patient counseling) และการเยี่ยมบ้าน หรือการบริหารเภสัชกรรมที่บ้าน (home health care) ทำให้เมื่อแบ่งผู้ป่วยเป็น 3 กลุ่มตามการบริหารทางเภสัชกรรมที่ได้รับแล้ว จำนวนผู้ป่วยในบางกลุ่มย่อยน้อยเกินไป จนไม่สามารถทำให้เห็นความแตกต่างของผลการศึกษาที่ต้องการวัดได้ จึงควรมีการศึกษาในผู้ป่วยจำนวนมากขึ้น เพื่อให้เห็นความแตกต่างของผลการศึกษาที่ชัดเจนขึ้น นอกจากนี้ควรศึกษาผลของการบริหารทางเภสัชกรรมเฉพาะแต่ละลักษณะเพื่อให้เห็นผลของการบริหารทางเภสัชกรรมในแต่ละลักษณะที่ชัดเจนขึ้น และเพื่อให้ได้ความจำเพาะในการให้การบริหารในแต่ละศูนย์สุขภาพชุมชน เนื่องจากศูนย์สุขภาพชุมชนแต่ละแห่งอาจมีความพร้อมในการให้บริหารทางเภสัชกรรมที่แตกต่างกัน