

บทที่ 5

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

อภิปรายผลการวิจัย

5.1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย

ข้อมูลจากการวิจัยครั้งนี้เป็นผลการทดลองในผู้ป่วยกลุ่มหนึ่งเพียง 80 คน แม้จะใช้วิธี randomized controlled trial แต่ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยที่ถูกสุ่มเข้าสู่กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองยังมีความแตกต่างกันบางประเด็น คือ น้ำหนักตัว การชอบรับประทานอาหารเช้า การชอบรับประทานอาหารมัน การชอบดื่มชา/กาแฟเป็นประจำ ข้อมูลพื้นฐานที่แตกต่างกันเหล่านี้อาจมีผลต่อผลการวิจัยที่ได้ โดยเฉพาะผลของความสามารถในการควบคุมความดันโลหิตสูง (Joint National Committee VII, 2003) ซึ่งเมื่อสิ้นสุดการวิจัยครั้งนี้ไม่พบความแตกต่างของค่าความดันโลหิตระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เนื่องจากปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการควบคุมความดันโลหิตสูงมีหลายปัจจัย ซึ่งรวมถึงความร่วมมือในการใช้ยา การปฏิบัติตัวในการควบคุมน้ำหนัก และนิสัยในการรับประทานอาหารเช้า ดังนั้นเมื่อไม่สามารถควบคุมตัวแปรเหล่านี้ในทั้งสองกลุ่มให้เหมือนกันได้ตั้งแต่ต้น จึงทำให้ผลการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมของเภสัชกรในกลุ่มทดลองไม่เด่นชัดพอที่จะเห็นความแตกต่างจากกลุ่มควบคุม อย่างไรก็ตามข้อมูลความแตกต่างของน้ำหนักตัว การชอบรับประทานอาหารเช้า การชอบรับประทานอาหารมัน และการชอบดื่มชา/กาแฟเป็นประจำยังไม่สามารถระบุได้ว่าจะมีผลต่อการวิจัยเกี่ยวกับปัญหาการใช้ยาหรือไม่

ข้อมูลพื้นฐานที่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่อาจมีผลต่อปัญหาการใช้ยาได้คือ ระยะเวลาที่เป็นความดันโลหิตสูง ซึ่งผู้ป่วยที่เป็นโรคนานอาจมีความเบื่อหน่ายในการรับประทานยามากกว่าผู้ป่วยที่เพิ่งเริ่มเป็น (Joint National Committee VII, 2003) โดยผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีระยะเวลาเป็นโรคความดันโลหิตสูงนานกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยบางรายมีปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยามากกว่ากลุ่มควบคุมเพราะความเบื่อหน่าย แต่ก็อาจมีผู้ป่วยบางรายที่เป็นโรคนาน ๆ และได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้มีผู้ป่วยเหล่านี้ตอบได้ถูกต้องตามสิ่งที่ควรปฏิบัติเพราะทราบว่าพฤติกรรมเหล่านั้นไม่ดีต่อผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (โพยม และคณะ, 2544) ดังนั้นความแตกต่างของระยะเวลาการเป็นโรคความดันโลหิตสูงจึงอาจมีผลต่อผลการวิจัยเกี่ยวกับปัญหาการใช้ยาได้เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองอย่างไรก็ตามจากผลการวิจัยพบว่าเมื่อสิ้นสุดการวิจัยจำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้ยาในกลุ่มทดลองในแต่ละครั้งที่เภสัชกรพบผู้ป่วยนั้น จำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้ยาลดจำนวนลงเรื่อย ๆ อย่างมีนัยสำคัญที่ $p < 0.001$ โดยพบว่า

จำนวนปัญหาการใช้ยาบางปัญหาได้รับการแก้ไขให้หมดไป และบางปัญหามีจำนวนลดน้อยลง แสดงว่าแม้ผู้ป่วยที่มีระยะการเป็นโรคความดันโลหิตสูงนาน ๆ ก็สามารถลดปัญหาการใช้ยาลงได้โดยการแก้ปัญหของเภสัชกร

อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาเฉพาะจำนวนผู้ป่วยที่มาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนก่อนกำหนดและจำนวนผู้ป่วยมาตามนัด พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่มาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนก่อนกำหนดและจำนวนผู้ป่วยมาตามนัดไม่มีความแตกต่างกันในทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ในการวิจัยนี้ได้ตรวจสอบการทำงานของไตของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มก่อนการวิจัยเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน เนื่องจากผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงจะมีปัญหาไตเสื่อมตามมาได้ และควรมีการตรวจอย่างสม่ำเสมอ การทำงานของไตที่สามารถกระทำได้ในการวิจัยนี้คือการเจาะเลือดเพื่อหาค่า creatinine จากนั้นนำค่า creatinine มาคำนวณอัตราการกรอง creatinine (creatinine clearance : CrCl) ค่า CrCl จะเป็นอัตราการกรองที่บอกสภาพการทำงานของไตได้ (เล็ก รุ่งเรืองยิ่งยง และ กฤตติกา ตัญญาแสนสุข, 2545) พบว่าผู้ป่วยทั้งหมดมีไตอยู่ในสภาพที่ดี ($CrCl \geq 30$ ml/min) ส่วนการเสื่อมของไตไม่สามารถหาคำตอบได้จากการวิจัยนี้

5.2 ปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วย

เมื่อนำจำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้ยามาเปรียบเทียบกันระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่าจำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้ยาในกลุ่มทดลองมีน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ $p < 0.05$ สอดคล้องกับการศึกษาของ Dong และคณะ (1997) ที่ศึกษาผลของการที่มีเภสัชกรเข้าไปมีบทบาทในคลินิกโรคความดันโลหิตสูงซึ่งเภสัชกรสามารถแก้ปัญหการใช้ยาให้ลดน้อยลงได้

ประเภทปัญหาการใช้ยาที่พบคือปัญหาการหยุดสั่งใช้ยาที่ผู้ป่วยต้องใช้ในการควบคุมหรือรักษาอาการหรือโรคที่เป็นขณะนั้น โดยเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนไม่พบในกลุ่มควบคุมแต่พบในกลุ่มทดลองจำนวน 2 ราย ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ได้รับ HCTZ ติดต่อกันนาน มีค่าความดันโลหิตที่สามารถควบคุมได้ เภสัชกรจึงประสานแพทย์ผู้เกี่ยวข้อง แพทย์พิจารณาให้ใช้ยาต่อและให้มาพบแพทย์ในการนัดในครั้งต่อไป ส่วนปัญหาการใช้ยาที่เปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลองหลังเภสัชกรได้พบผู้ป่วย มีประเภทปัญหาที่ได้รับการแก้ไข 7 ข้อ ที่พบมากที่สุดคือ ปัญหาสั่งใช้ยาที่ควรให้เพื่อเสริมฤทธิ์ในการรักษา 25 ราย ซึ่งผู้ป่วยได้รับยา HCTZ ชนิดเคี้ยวติดต่อกันนาน แต่มีการควบคุมโรคได้ไม่คืนก เภสัชกรจึงประสานแพทย์ แพทย์พิจารณาให้เพิ่มการใช้ยาเป็น 2 ชนิดร่วมกัน ซึ่งเป็นไปตามข้อแนะนำการใช้ยาใน Joint National Committee VII (2003) เช่นเดียวกับการกำหนดขนาดยาสูง

เกินไป เมื่อเกษตรกรประสานแพทย์ และแพทย์พิจารณาขนาดยา ซึ่งเมื่อลดขนาดยาผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตไว้ได้

ส่วนปัญหาที่เกิดจากการไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย ในงานวิจัยนี้ได้ใช้วิธีการวัด 2 วิธีร่วมกันคือ นับเม็ดยา และใช้แบบสอบถามของ Morisky เพื่อให้ข้อมูลที่ได้รับความนิยมถูกต้องมากยิ่งขึ้น เพราะการวัดความไม่ร่วมมือในการใช้ยา ไม่มีวิธีใดที่ให้ผลถูกต้องร้อยเปอร์เซ็นต์ จึงนำผลการวัดทั้งสองวิธีมาประเมินร่วมกัน โดยก่อนการวิจัยผู้ป่วยมีปัญหาการไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาไม่แตกต่างกัน แต่หลังเสร็จสิ้นการวิจัยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) และเมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลองพบว่าปัญหาการไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) สอดคล้องกับการวิจัยของ Shapiro และคณะ (2001) ซึ่งศึกษาผลการจ่ายยาต่อเนื่องโดยเกษตรกร สามารถลดปัญหาเรื่องผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาได้

5.3 ค่าความดันโลหิตที่เปลี่ยนแปลงไปภายในกลุ่มและ ระหว่างกลุ่ม

จากการวิจัยค่าความดันโลหิตของ ผู้ป่วยระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยที่คัดเลือกเข้ามาเป็นผู้ป่วยที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ($BP \leq 140/90$ mmHg) (Joint National Committee VI, 1997) และเมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยจึงไม่มีความแตกต่างของค่าความดันโลหิต ส่วนหนึ่งอาจเกิดจากระยะเวลาในการเก็บข้อมูลสั้นเกินไป (4 เดือน) ที่จะเห็นการเปลี่ยนของค่าความดันโลหิตสอดคล้องกับการศึกษาของ Morse และคณะ (1986) และ Erickson และคณะ (1997) ซึ่งศึกษาโดยมีผู้ป่วยกลุ่มควบคุมเช่นกัน พบว่าการแก้ปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยเกษตรกรสามารถลดค่าความดันโลหิตได้หลังติดตามผลการปฏิบัติงานเป็นเวลา 8 เดือนและ 5 เดือน ตามลำดับและสอดคล้องกับการศึกษาของโพยม และคณะ (2544) ศึกษาเปรียบเทียบค่าความดันโลหิต 3 กลุ่มคือ กลุ่มควบคุม กลุ่มพบเภสัชกรก่อนพบแพทย์ กลุ่มพบเภสัชกรหลังพบแพทย์ พบว่าไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยควบคุมความดันโลหิตได้อย่างมีนัยสำคัญแม้ว่าค่าความดันโลหิตจะลดลงก็ตาม เนื่องจากมีหลายปัจจัยนอกเหนือจากการแก้ปัญหาการใช้ยาของเกษตรกร เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การรับประทานเค็ม การออกกำลังกาย ความเครียด ชนิดของยาและขนาดยาในการรักษา เป็นต้น (Joint National Committee VI, 1997)

5.4 จำนวนผู้ป่วยพบแพทย์และจำนวนผู้ป่วยมาตามนัด

เมื่อสิ้นสุดการเก็บข้อมูลพบว่าจำนวนผู้ป่วยมาพบแพทย์ระหว่างกลุ่มควบคุมและทดลองไม่แตกต่างกันซึ่งเป็นผู้ป่วยที่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ ($\leq 140/90$ mmHg) แต่ต้องการพบแพทย์เพื่อความสบายใจและความมั่นใจในรักษา จำนวนผู้ป่วยมาตามนัดไม่แตกต่างกัน

5.5 ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจ่ายยาต่อเนื่องโดยเภสัชกร

เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมที่ต่างกัน จึงใช้แบบสอบถามความพึงพอใจที่แตกต่างกัน จากข้อมูลพบว่า ในกลุ่มควบคุมคะแนนความพึงพอใจสูง โดยมีค่า median=3.5 ในประเด็นความพึงพอใจต่อการปฏิบัติงานของเภสัชกรในช่วงเวลาที่ผ่านมาซึ่งอาจเป็นเพราะในศูนย์สุขภาพชุมชนที่ผู้ป่วยไปรับบริการยังไม่มีเภสัชกรไปให้บริการมาก่อน แต่โครงการนี้มีเภสัชกรไปให้บริการจ่ายยาต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกพึงพอใจต่อการมีวิชาชีพเภสัชกรที่ไปให้บริการในลักษณะนี้ (Hawkin *et al.*, 1979; Carter *et al.*, 1997; Okamoto & Nakahiro, 2001; Shapiro *et al.*, 2001) ในกลุ่มทดลองผู้ป่วยมีโอกาสพบเภสัชกรหลายครั้งทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและเห็นบทบาทเภสัชกรที่สามารถให้บริการได้ดี จึงให้คะแนนสูงสุด Median=5.0 ในประเด็นคำถาม คือ เภสัชกรควรปฏิบัติงานเช่นนี้ไปเรื่อยๆ และท่านพึงพอใจต่อการปฏิบัติงานของเภสัชกรในช่วงเวลาที่ผ่านมา ท่านพึงพอใจต่อการปฏิบัติงานของเภสัชกรในช่วงเวลาที่ผ่านมา

5.6 การนำผลการวิจัยไปใช้

การนำผลการวิจัยนี้ไปใช้ที่อื่นได้หรือไม่ นั้น ต้องพิจารณาถึงปัจจัยต่างๆ คือ ลักษณะของผู้ป่วยโดยต้องคัดเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์กำหนด กลุ่มยาที่ให้บริการต้องเหมาะสมและหลากหลายชนิด ความคิดเห็นของทีมแพทย์ว่าจะเห็นควรให้เภสัชกรทำได้หรือไม่ หรือความพร้อมของเภสัชกรเองซึ่งต้องมีใจรักและพร้อมจะปฏิบัติงานในลักษณะนี้ อย่างไรก็ตามการบริการในลักษณะนี้ต้องใช้เภสัชกร 1 คนไปปฏิบัติงาน ดังนั้นหากหน่วยงานใดมีจำนวนเภสัชกรเพียงพอก็สามารถส่งเสริมให้เกิดงานในลักษณะนี้ได้ หลังเสร็จสิ้นการวิจัยนี้ การให้การบริการทางเภสัชกรรมโดยการจ่ายยาต่อเนื่องในศูนย์สุขภาพชุมชนของตำบลเทพาได้หยุดการให้บริการลงเนื่องจากมีเภสัชกรของโรงพยาบาลย้ายไปปฏิบัติงานที่อื่น ทำให้จำนวนเภสัชกรมีไม่เพียงพอที่จะมาดำเนินงานนี้ให้ต่อเนื่องไปได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การจ่ายยาต่อเนื่องโดยเภสัชกรในศูนย์สุขภาพชุมชน เป็นรูปแบบหนึ่งของการบริหารทางเภสัชกรรมซึ่งสอดคล้องกับการพยายามเปิดบทบาทใหม่ของเภสัชกรในศูนย์สุขภาพชุมชนอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ชั่วโมง จากผลการวิจัยนี้พบว่ากรณีเภสัชกรไปให้บริการจ่ายยาต่อเนื่องรักษาโรคความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชนแม้ข้อมูลค่าความดันโลหิตไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่ม แต่มีผลช่วยลดปัญหาการใช้ยา จึงเห็นว่าเภสัชกรสามารถนำแนวทางการจ่ายยาต่อเนื่องไปประยุกต์ใช้ในงานบริหารทางเภสัชกรรมอื่นได้ ประกอบกับเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติในศูนย์สุขภาพชุมชนมีจำนวนน้อย (2-3 คนต่อวัน) บางเวลาเมื่อมีผู้รับบริการจำนวนมากทำให้การบริการล่าช้า เมื่อมีเภสัชกร

เข้ามา มีบทบาทพบว่าช่วยแบ่งเบาภาระลงได้ทั้งในส่วนการรักษาผู้ป่วยและการให้คำแนะนำการเลือกใช้ยาแก่เจ้าหน้าที่ที่ประจำศูนย์สุขภาพชุมชน

2. การจ่ายยาต่อเนื่องโดยเภสัชกร สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลได้ เนื่องจากมีความสะดวกและง่ายต่อการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้น ช่วยลดเวลาในการปฏิบัติของแพทย์และผู้ช่วยแพทย์ซึ่งขณะนี้หลายโรงพยาบาลในประเทศที่มีการบริการดังกล่าว เช่น โรงพยาบาลตรังในคลินิกรับยาต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลพัทลุงในคลินิกรับยาต่อเนื่องสำหรับโรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น

3. การจ่ายยาต่อเนื่องโดยเภสัชกรสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่สามารถควบคุมโรคได้ เช่น โรคเบาหวาน โรคหอบหืดซึ่งทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความพร้อมของโรงพยาบาลนั้นๆ

5.7 ข้อจำกัดในการวิจัย

1. การที่มีศูนย์สุขภาพชุมชนก่อตั้งขึ้นใหม่ 2 แห่งในระหว่างการเก็บข้อมูลทำให้มีผู้ป่วยบางส่วนเปลี่ยนสถานบริการ จำนวนผู้ป่วยที่ต้องการศึกษาน้อยกว่าที่กำหนดไว้จากจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา (จำนวน 80 ราย) มีจำนวนน้อยกว่าจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณไว้ (จำนวน 88 ราย) แต่เมื่อสิ้นสุดการวิจัยพบว่าสัดส่วนผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้ยากุ่มควบคุม = 1.0 และสัดส่วนผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้ยากุ่มทดลอง = 0.22 เมื่อนำมาคำนวณค่า power of test ได้ 99 % เพราะฉะนั้นจำนวนผู้ป่วย 80 รายจึงเป็นขนาดตัวอย่างที่มีความน่าเชื่อถือ

2. ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล 4 เดือนน้อยเกินไปที่จะเห็นความแตกต่างของค่าความดันโลหิตระหว่างกลุ่ม ควรจะขยายเวลาเพิ่มเพื่อจะให้เห็นความแตกต่าง

สรุปผลการวิจัย

1. จำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้ยา โดยการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ $p < 0.001$ และเมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มของกลุ่มทดลองในแต่ละครั้งที่เภสัชกรพบผู้ป่วยนั้น จำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้ยา มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ $p < 0.001$ โดยพบว่าจำนวนปัญหาการใช้บางปัญหาได้รับการแก้ไขให้หมดไปและบางปัญหามีจำนวนลดน้อยลง

2. ค่าความดันโลหิตที่เปลี่ยนแปลงไประหว่างกลุ่มและภายในกลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกัน และผู้ป่วยทุกคนมีความดันโลหิตในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ ($BP \leq 140/90$ mmHg)

3. จำนวนผู้ป่วยพบแพทย์ก่อนกำหนดและจำนวนผู้ป่วยมาตามนัด พบว่าจำนวนผู้ป่วยพบแพทย์ก่อนกำหนดและจำนวนผู้ป่วยมาตามนัดไม่มีความแตกต่างกันในทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

4. ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจ่ายยาต่อเนื่อง พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมในลักษณะนี้