

บทที่ 5

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

5.1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย

การศึกษาครั้งนี้เป็น randomized controlled trial และเมื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน โดยใช้สถิติพบว่าข้อมูลส่วนใหญ่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม แสดงถึงการสุ่มมีการกระจายของตัวอย่างอย่างเหมาะสม มีเพียงภาวะแทรกซ้อนของโรคที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งภาวะแทรกซ้อนของโรคไม่ได้มีการวินิจฉัย อย่างแน่ชัดหรือมีผลทางห้องปฏิบัติการยืนยันเป็นเพียงการระบุจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยถึงอาการต่างๆ ดังนั้นการระบุภาวะแทรกซ้อนในที่นี้ไม่มีความน่าเชื่อถือ ซึ่งถ้ามีการระบุภาวะแทรกซ้อนของโรคอย่างแน่ชัด และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่ม ปัจจัยนี้อาจมีผลต่อ ผลการศึกษา เนื่องจากภาวะแทรกซ้อนของโรคบ่งบอกถึงการควบคุมโรค และการปฏิบัติตัว การดูแลตนเองของผู้ป่วย

5.2 การเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกร จะช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยได้หรือไม่

จากการศึกษา พบว่าการเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกร ช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยได้ ในการศึกษาครั้งนี้ทำการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาโดยใช้แบบสอบถาม และในกลุ่มศึกษาได้ทำการประเมินโดยการนับเม็ดยาที่เหลือเพิ่มเติม เมื่อสิ้นสุดการศึกษา คะแนนเฉลี่ยจากแบบสอบถามความร่วมมือในการใช้ยาในกลุ่มศึกษาสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญและมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน ในขณะที่ไม่มีความแตกต่างในกลุ่มควบคุม และเมื่อทำการคำนวณกลับเพื่อหาค่า power of test ของผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยของแบบสอบถามความร่วมมือในการใช้ยา มีค่า power of test 93.0%

การประเมินความร่วมมือในการใช้ยา ของผู้ป่วยมีหลายวิธี ควรจะใช้หลายวิธี ในการประเมินเพื่อให้ได้ผลที่น่าเชื่อถือที่สุด การศึกษานี้ประเมินโดยแบบสอบถามเป็นหลัก ไม่ได้ทำการนับเม็ดยาที่เหลือในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม เนื่องจากผู้ป่วยไม่นำยาที่เหลือมาโรงพยาบาลเมื่อถึงวันนัด แต่สามารถทำได้ในกลุ่มศึกษาเนื่องจากได้ไปพบผู้ป่วยที่บ้าน ในกลุ่มศึกษาทำการประเมินด้วยแบบสอบถามในขณะที่เยี่ยมบ้านครั้งที่สองและครั้งที่สามร่วมกับการนับเม็ดยาที่เหลือ แต่ไม่สามารถนำผลการนับเม็ดยามาสรุปรวมกับการประเมินด้วยแบบสอบถาม เนื่องจากข้อคำถามในแบบสอบ

ถามได้ถามถึงประเด็นอื่น ๆ เช่นถามว่าผู้ป่วยเคยกินยาผิดเวลาหรือไม่ หรือถามว่าผู้ป่วยเคยซื้อยาอื่นนอกจากหมอสั่งมากินเพื่อรักษาเบาหวานหรือไม่ ซึ่งทั้งสองประเด็นนี้ไม่สามารถประเมินได้ด้วยการนับเม็ดยาที่เหลือ

ผลการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาโดยการนับเม็ดยาของผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกรในการศึกษานี้ พบว่าไม่แตกต่างกันระหว่างการประเมินครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ซึ่งต่างกับการศึกษาของ Lee และคณะ (2003) ที่ศึกษาผลของการให้การบริบาลเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยที่มีปัญหาไม่ร่วมมือในการใช้ยา(ประเมินจากการนับเม็ดยา compliance rate < 80%) นาน 12 สัปดาห์ เมื่อสิ้นสุดการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นอย่าง มีนัยสำคัญ จาก $41.3 \pm 25.6\%$ เป็น $97.8 \pm 1.6\%$ ($p < 0.05$) ในการศึกษาครั้งนี้ประเมินโดยการนับเม็ดยาผู้ป่วยที่บ้าน ระยะเวลาของการประเมิน 2 ครั้งห่างกันเพียง 6 สัปดาห์ และผล ไม่แตกต่างกันอาจเนื่องมาจากผู้ป่วยมียาเหลือจากเดือนก่อน ๆ ด้วย ซึ่ง ในการเยี่ยมบ้านครั้งที่หนึ่ง ผู้วิจัยได้ทำการเก็บคืนยาเหลือของผู้ป่วยแล้วแต่อาจมีบางส่วนหลงเหลือ ผู้ป่วยบางรายแยกเก็บยาไว้หลายที่ทำให้ไม่สามารถนับจำนวนเม็ดยาที่เหลือที่แท้จริงได้

5.3 การเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกร จะช่วยลดปัญหาอื่น ๆ เกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยได้หรือไม่

สัดส่วนผู้ป่วยที่ไม่พบปัญหาอื่น ๆ ที่เกี่ยวกับการใช้ยาเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมหลังการศึกษา พบว่าไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ และเมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่ม ก่อนและหลังการศึกษา ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน

การประเมินปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยา นอกเหนือจากปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยพบว่า พบผู้ป่วยที่มีปัญหาน้อยมากเนื่องจากการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ของโรงพยาบาลรวมทั้งเภสัชกรที่ให้บริการมีการตรวจสอบมาแล้วขั้นตอนหนึ่งและผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มีการใช้ยาต่อเนื่องมาระยะเวลาหนึ่งแล้ว จึงไม่พบปัญหาไม่ได้รับยาที่ควรได้รับ ได้รับยาผิด หรือเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยามากนัก และเมื่อนำมาคิดเป็นสัดส่วน ทำให้ ค่าความแตกต่างระหว่างกลุ่มน้อย ไม่มีนัยสำคัญ

5.4 การเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกร จะช่วยเพิ่มความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว และการดูแลตนเองได้หรือไม่

คะแนนเฉลี่ยจากแบบประเมินความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังการศึกษาพบว่า กลุ่มศึกษามีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อทำการคำนวณกลับเพื่อหาค่า

power of test ของผลการศึกษานี้ power of test 99.0% และเมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มก่อนและหลังการศึกษา พบว่า ทั้งกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

เมื่อคิดคะแนนเป็นรายคน พบว่าผู้ป่วยในกลุ่มศึกษามีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงคะแนนจากแบบประเมินความรู้เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อทำการคำนวณกลับเพื่อหาค่า power of test ของผลการศึกษานี้ power of test 84.50%

สัดส่วนผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและการดูแลตนเองดี พบว่ากลุ่มศึกษามีสัดส่วนมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ และเมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่ม ก่อนและหลังการศึกษา พบว่าในกลุ่มศึกษามีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว และการดูแลตนเองดีเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ในขณะที่กลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ

ดังนั้นจึงสรุปว่าการเยี่ยมบ้านและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโดยเภสัชกร ช่วยให้ผู้ป่วย มีความรู้ในการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น

5.5 การเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกร จะช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมโรคเบาหวานได้ดีขึ้นหรือไม่

การศึกษานี้ได้ประเมินผลการรักษาโดยใช้ค่า HbA_{1c} และ FBS

5.5.1 HbA_{1c}

เปรียบเทียบภายในกลุ่ม กลุ่มศึกษามีค่าเฉลี่ย HbA_{1c} ลดลง แต่ไม่มีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการศึกษา และผู้ป่วยแต่ละคนในกลุ่มศึกษามีการเปลี่ยนแปลง ระดับ HbA_{1c} เฉลี่ยลดลง $0.29 \pm 1.87\%$ ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่าลดลง $0.57 \pm 1.59\%$ แต่ ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.359$) สัดส่วนผู้ที่มีระดับ HbA_{1c} น้อยกว่า 7% ในกลุ่มศึกษา เพิ่มขึ้นจาก 19% เป็น 25% ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ และในกลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้นจาก 12% เป็น 25% อย่างมีนัยสำคัญ ไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มเมื่อเปรียบเทียบหลังการศึกษา

ผลการศึกษา HbA_{1c} ไม่สอดคล้องกับการศึกษาอื่น ๆ เช่น การศึกษาของ Jaber และคณะ (1996) มีค่า HbA_{1c} ในกลุ่มศึกษาลดลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบก่อนและ หลังการศึกษา และมีค่าน้อยกว่าในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ และค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลง ในกลุ่มศึกษาลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งในการศึกษาของ Jaber และคณะ มีจำนวนผู้เข้าร่วมศึกษาน้อย ในกลุ่มศึกษามี 23 คน และกลุ่มควบคุม 22 คน การวิเคราะห์ข้อมูลตัดผู้ป่วยออกจากกลุ่มศึกษา 6 คน ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ไม่มาพบเภสัชกรตามนัด 4 คน ผู้ป่วย มีภาวะ unstable angina 1 คน และไม่สามารถติดตามผลได้ 1 คน เป็นไปได้ที่ 17 คนที่เหลือเป็นผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาอย่างดี ปฏิบัติตนอย่างเคร่งครัด จึงทำให้เห็นผล HbA_{1c} ลดลงอย่างเด่นชัด แตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้เมื่อสิ้นสุดการศึกษา HbA_{1c} เฉลี่ยในกลุ่มศึกษาของการ

ศึกษาของ Jaber และคณะ ก็มีค่าสูงกว่า HbA_{1c} เฉลี่ยของการศึกษานี้ คือ $9.2 \pm 2.1\%$ และ $8.30 \pm 1.69\%$ ตามลำดับ และในการศึกษาของ Jaber และคณะมีผู้ป่วยเพียง 2 คนในกลุ่มศึกษา (ร้อยละ 11.7) ที่มี HbA_{1c} น้อยกว่า 7.0% เมื่อสิ้นสุดการศึกษา ในขณะที่การศึกษานี้มีผู้ป่วยร้อยละ 18.8 ที่มี HbA_{1c} น้อยกว่า 7.0%

นอกจากนี้การศึกษาที่ไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบหลายการศึกษาที่แสดงถึงผลของการบริหารทางเภสัชกรรมทำให้ระดับ HbA_{1c} ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (Lee *et al.*, 2003; Coast-Senior *et al.*, 1998; Cioffi *et al.*, 2004) ในการศึกษาของ Lee และคณะ ผู้ป่วย 91 คน ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรม ประเมินผลเปรียบเทียบระหว่างสัปดาห์ที่ 0 และสัปดาห์ที่ 10 – 12 ผู้ป่วยมี HbA_{1c} ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ จาก $7.43 \pm 1.57\%$ เป็น $7.15 \pm 1.33\%$ ($p < 0.005$) การที่ HbA_{1c} ลดลงอย่างมีนัยสำคัญเนื่องมาจากผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงการรักษาโดยแพทย์หลังจากพบเภสัชกรร่วมด้วย ซึ่งในการศึกษานี้ไม่ได้มีการปรับเปลี่ยนการรักษาร่วมกันระหว่างแพทย์และเภสัชกร มุ่งเน้นให้ความรู้และปรับพฤติกรรมของผู้ป่วยเป็นหลัก ในการศึกษาของ Cioffi และคณะ ผู้เข้าร่วมศึกษา 70 คน มี HbA_{1c} ลดลงอย่างมีนัยสำคัญจาก $10.3 \pm 2.2\%$ เป็น $6.9 \pm 1.1\%$ แต่ระยะเวลาศึกษานานกว่าการศึกษาในครั้งนี้มาก คือประเมินผลหลังให้ การบริหารทางเภสัชกรรมนาน 9 - 12 เดือน ซึ่งระยะเวลาในการให้บริการน่าจะช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมโรคได้ดียิ่งขึ้น นอกจากนี้การศึกษาของ Whitman และคณะ (2004) หลังการติดตามผู้ป่วย 12 ราย ที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรม ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ย HbA_{1c} ลดลงจาก 9.2% เป็น 7.4% โดยการเปลี่ยนแปลงในผู้ป่วย 1 คนเปรียบเทียบกับตอนเริ่มต้น พบว่าลดลงมากน้อยต่างกันตั้งแต่ 1.2% - 35.2% ผู้ป่วย 5 คน มีระดับ HbA_{1c} ต่ำกว่า 7% ตั้งแต่ช่วง 3 เดือนแรก และเมื่อครบ 6 เดือนมีผู้ป่วยที่มี HbA_{1c} ต่ำกว่า 7% เพิ่มขึ้นอีก 3 คน แต่ในการศึกษานี้ไม่ได้วิเคราะห์ผลทางสถิติ เป็นเพียงการบรรยายผลเท่านั้น

5.5.2 ค่า FBS

ค่าเฉลี่ย FBS ในกลุ่มศึกษาลดลงอย่างมีนัยสำคัญหลังสิ้นสุดการศึกษา ในขณะที่ในกลุ่มควบคุมพบว่าไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างก่อนและหลังการศึกษา และเมื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงในผู้ป่วยแต่ละราย พบว่าค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงระดับ FBS ในผู้ป่วยแต่ละรายมีค่าลดลง ในขณะที่ผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้น และสัดส่วนของผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (FBS < 180 mg%) ในกลุ่มศึกษามีสัดส่วนเพิ่มขึ้นภายหลังการศึกษา แต่ในกลุ่มควบคุมสัดส่วนไม่แตกต่างกับก่อนการศึกษา

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาผลของการบริหารเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยเบาหวานหลายการศึกษา ซึ่งพบว่า ค่า FBS ลดลงในกลุ่มศึกษาอย่างมีนัยสำคัญ (กิตติพร สิริชัยเวช กุล และคณะ, 2546; Jaber *et al.*, 1996) และเมื่อสิ้นสุดการศึกษา ค่าเฉลี่ยในกลุ่มศึกษาน้อยกว่ากลุ่ม

ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (กิตติพร สิริชัยเวชกุล และคณะ, 2546; Jaber *et al.*, 1996) และค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงในกลุ่มศึกษาลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม แต่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ (Jaber *et al.*, 1996) และการศึกษาที่ไม่ได้มีกลุ่มควบคุม เป็น prospective study หลายการศึกษาก็ได้แสดงถึงการบริหารเภสัชกรรมมีผลช่วยให้ค่า FBS ของผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (ทัศนีย์ สอนแจ่ม, 2546; Coast-Senior *et al.*, 1998)

เมื่อคำนวณกลับเพื่อหาค่า power of test ของผลการศึกษานี้พบว่า ผลการศึกษาค่า FBS เฉลี่ยมีค่า power of test 38.66% ในขณะที่ผลการศึกษา HbA_{1c} มีค่า power of test 7.35% ผลการศึกษาทั้งสองมี power of test น้อยกว่า 80% การศึกษาในครั้งนี้อาจมีจำนวนตัวอย่างน้อยเกินไปที่จะวัดผลการควบคุมโรคเบาหวานให้เห็นความแตกต่างระหว่างกลุ่ม

ผลการศึกษา HbA_{1c} และ FBS มีผลไม่สอดคล้องกัน คือ HbA_{1c} ในกลุ่มศึกษาไม่มีความแตกต่างระหว่างก่อนและหลังการศึกษา และไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่ม ในขณะที่ FBS ในกลุ่มศึกษาลดลงจากก่อนการศึกษาย่างมีนัยสำคัญ และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน ซึ่งในการประเมินผลการควบคุมโรคโดยการวัด HbA_{1c} ช่วยในการติดตามผลการควบคุมระดับน้ำตาลในระยะยาว ซึ่งบ่งชี้ถึงระดับน้ำตาลในระยะ 2 – 3 เดือนที่ผ่านมา แต่การวัด FBS เป็นการวัดระดับน้ำตาลในเลือดขณะนั้น ๆ ซึ่งเชื่อถือได้น้อยกว่าระดับ HbA_{1c} เนื่องจากผู้ป่วยอาจควบคุมอาหาร และปฏิบัติตัวอย่างดีก่อนมาพบแพทย์ทำให้ FBS ต่ำกว่าความเป็นจริง ในขณะที่ HbA_{1c} ไม่ลดลง

นอกจากนี้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย ขึ้นกับหลายปัจจัย นอกจากการบริการทางสาธารณสุขที่ดี และการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเท่านั้น สิ่งสำคัญคือความตั้งใจจริงในการควบคุมอาหาร และปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเองด้วย ดังนั้น ถึงแม้ว่าจะให้ความรู้และให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง แต่การควบคุมโรคก็ขึ้นกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโดยตรง ผู้ป่วยโรคเบาหวานจะต้องควบคุมด้านอาหาร และพฤติกรรมต่าง ๆ อย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง และระยะเวลาการเป็นโรคนานทำให้ผู้ป่วยอาจเบื่อหน่ายและปล่อยปละละเลยได้ง่าย และในการศึกษานี้มีข้อด้อยทางด้านการประสานงานกับบุคลากรทางการแพทย์อื่น คือไม่ได้ประสานงานกับแพทย์ในการปรับขนาดยาเพิ่มขึ้นหรือลดลงตามระดับ FBS ของผู้ป่วยในแต่ละเดือน การปรับขนาดยาของผู้ป่วยขึ้นกับวิจรรณญาณของแพทย์ เมื่อเภสัชกรไปพบผู้ป่วยที่บ้านและพบว่า FBS ในเดือนนั้นของผู้ป่วยไม่ได้ตามเป้า เภสัชกรไม่ได้กลับมาปรึกษากับแพทย์ถึงขนาดยาที่ใช้ แต่มุ่งเน้นการแก้ปัญหาด้านผู้ป่วยเป็นหลัก ดังนั้น การที่ FBS ไม่ได้ตามเป้าหมายในการศึกษานี้ อาจเนื่องมาจากขนาดยาไม่เหมาะสมด้วยก็ได้

5.6 ประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการเมื่อมีเภสัชกรติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยที่บ้าน

ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการบริการของเภสัชกรมากโดยคะแนนเฉลี่ยจากแบบสอบถามประเมินความพึงพอใจสูงกว่า 4 คะแนน จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน และคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 3 คะแนน โดยผู้ป่วยรู้สึกสบายใจเมื่อได้คุยกับเภสัชกรเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของตน และข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือผู้ป่วยคิดว่าการมีเภสัชกรไปเยี่ยมที่บ้านทำให้ผู้ป่วยควบคุมโรคเบาหวานได้ดียิ่งขึ้น

5.7 ข้อดีของการศึกษา

- 1) การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบ randomized controlled trial ผลการศึกษามีความน่าเชื่อถือมากกว่าการศึกษาที่ไม่มีกลุ่มควบคุม
- 2) การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยนอกจากจะมีผลดีดังสรุปผลการศึกษาแล้ว ยังช่วยส่งเสริมความสัมพันธ์อันดีระหว่างเจ้าหน้าที่ของรัฐกับประชาชนในพื้นที่อีกด้วย

5.8 ข้อจำกัดในการศึกษา

- 1) ข้อจำกัดทางด้านบุคลากรในหน่วยงาน และเงินทุน การปฏิบัติงานปกติมีที่มพยาบาลออกเยี่ยมบ้านในเขตรับผิดชอบปีละ 1 ครั้ง แต่เนื่องจากการศึกษาออกแบบให้เยี่ยมบ้าน 3 ครั้งในระยะเวลา 6 เดือน ซึ่งทีมเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลไม่สะดวก ทำให้ผู้วิจัยต้องออกเยี่ยมเพียงคนเดียว ไม่สามารถออกเยี่ยมบ้านเป็นทีมสหวิชาชีพได้
- 2) เนื่องจากอำเภอพระแสงมีพื้นที่กว้าง บ้านผู้ป่วยแต่ละหลังอยู่ห่างกัน และผู้วิจัยไม่ได้เป็นคนในพื้นที่ จึงทำให้การออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเป็นไปอย่างลำบาก ในการปฏิบัติงานจริงการเยี่ยมบ้านควรมีทีมเยี่ยมและมีการวางแผนอย่างดี มีผู้ชำนาญทาง จะช่วยให้การปฏิบัติงานราบรื่นยิ่งขึ้น
- 3) การประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยควรมีการประเมินหลายวิธี การศึกษานี้วางแผนให้ประเมินโดยการใช้แบบสอบถาม และการนับเม็ดยาร่วมด้วย แต่เมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลมักลืมนำยาที่เหลือมาด้วยทุกครั้ง จึงไม่สามารถประเมินความร่วมมือในการใช้ยาโดยการนับเม็ดยาที่เหลือในกลุ่มควบคุมได้
- 4) การประเมินความร่วมมือในการใช้ยาในกลุ่มศึกษา ไม่สามารถสรุปรวมกันได้ระหว่างการใช่แบบสอบถามและการนับเม็ดยา เนื่องจากแบบสอบถามมีข้อคำถามในการ

ประเมินนอกเหนือจากการนับเม็ดยาสามารถวัดได้ แบบสอบถามที่นำมาใช้ มีความเชื่อมั่นเมื่อทดสอบแบบสอบถาม โดยวิธี KR 20 ได้เพียง 0.64

- 5) การประเมินความร่วมมือในการใช้ยาโดยการนับเม็ดยาในกลุ่มศึกษา เมื่อออกเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 ผู้วิจัยได้เก็บยาที่เหลือค้างของผู้ป่วยเพื่อให้สามารถทำการนับเม็ดยา ได้อย่างถูกต้องเมื่อเยี่ยมบ้านครั้งต่อไป แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยบางรายก็ยังคงมียาเหลือค้าง เนื่องจากผู้ป่วยแบ่งเก็บยาไว้หลายที่ทำให้การนับเม็ดยาครั้งต่อไปคลาดเคลื่อนได้ ไม่สามารถนับจำนวนเม็ดยาที่เหลือที่แท้จริงได้ และไม่ได้ประเมินถึงความร่วมมือในการใช้ยาคิดด้วย ประเมินเฉพาะยารับประทาน ซึ่งควรมีมาตรการในการควบคุมความร่วมมือในการใช้ยาคิดร่วมด้วย และผู้วิจัยไม่ได้ทำการประเมินข้อมูลและแก้ไขปัญหาทันที ในขณะที่เยี่ยมบ้านควรมีการประเมินผลข้อมูลทันทีและแก้ไขปัญหามาให้เสร็จสิ้นในการเยี่ยมบ้านแต่ละครั้ง
- 6) การศึกษานี้มุ่งเน้นที่ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย การแก้ไขปัญหาด้านผู้ป่วยเป็นหลัก มีการติดต่อประสานงานระหว่างวิชาชีพน้อย ไม่ได้มีการปรับขนาดยาของผู้ป่วยร่วมกันระหว่างแพทย์และเภสัชกร
- 7) ความคาดหวังของผู้ป่วยและครอบครัว เมื่อมีบุคลากรทางด้านสาธารณสุขไปเยี่ยม ที่บ้านมีหลายทาง เช่น การนำไปแจกจ่าย การให้บริการตรวจ และหัตถการต่าง ๆ ปัญหาบางอย่างที่พบจะได้รับการแก้ไขอย่างรวดเร็วถ้ามีบุคลากรอื่นไปด้วย เช่น การล้างทำความสะอาดแผลเล็ก ๆ น้อย ๆ หรือการตรวจวินิจฉัย เป็นต้น
- 8) การประเมินภาวะแทรกซ้อนของโรค ในที่นี้เพียงซักถามถึงอาการต่าง ๆ ของผู้ป่วย แต่ไม่ได้มีการวินิจฉัยจากแพทย์ หรือผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันแน่ชัด

5.9 ข้อเสนอแนะ

มีการพยายามพัฒนาบทบาทของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านในต่างประเทศ เช่น มีการกำหนดบทบาทของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างชัดเจน (ASHP, 2000) มีการแจกแจงปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาแตกต่างจากการกำหนดหัวข้อปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาโดยทั่วไป ซึ่งเฉพาะเจาะจงกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้านมากขึ้น (Audette *et al.*, 2002) แต่สิ่งต่างๆ เหล่านี้ยังไม่สามารถนำมาใช้กับการดูแลผู้ป่วยที่บ้านในประเทศไทยได้โดยตรง เนื่องจากลักษณะ รูปแบบของการปฏิบัติงานแตกต่างกันมาก แต่สามารถใช้เป็นพื้นฐานในการพัฒนาการปฏิบัติงานของเภสัชกรได้ การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาขั้นต้น การศึกษาวิจัยถึงบทบาทนี้เพิ่มมากขึ้นจะช่วยให้มีแนว

ทางในการปฏิบัติงานที่เหมาะสมกับสภาพการบริการของเภสัชกร และรูปแบบการบริการสาธารณสุข ในประเทศไทยมากขึ้น

ในการทำการศึกษารั้งต่อไป ควรมีการกำหนดแบบแผนการปฏิบัติงานอย่างชัดเจน เช่น เมื่อพบปัญหาเภสัชกรจะแก้ไขปัญหาโดยมีแนวทางปฏิบัติอย่างไร เป็นต้น ควรมีการประเมินผลเป็นระยะ ๆ และควรปฏิบัติร่วมกับวิชาชีพอื่น ๆ นอกจากนี้ควรมีการศึกษาถึงต้นทุนในการบริการเพิ่มเติมด้วย

ในการเปิดบริการเยี่ยมบ้านแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลควรมีทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยที่รับบริการได้รับผลประโยชน์มากยิ่งขึ้น สหวิชาชีพจะช่วยดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น และคุ้มค่าที่จะออกเยี่ยมบ้านในแต่ละครั้ง สิ่งสำคัญที่ควรคำนึงถึงคือกำลังบุคลากร ควรมีบุคลากรเพียงพอในการบริการในโรงพยาบาลก่อน ในระยะแรกอาจคัดเลือกผู้ป่วยที่มีปัญหาหนักก่อน เมื่อมีบุคลากรพอเพียงแล้วจึงขยายกลุ่มผู้ป่วย หรือในหน่วยงานที่มีทีมพยาบาลออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยอยู่แล้ว เภสัชกรควรมีส่วนร่วมในทีมโดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วย ที่จะเยี่ยมเพิ่มเติม ผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา หรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องใช้ยาต่อเนื่อง ผู้ป่วยที่ได้รับยาหลายชนิดที่อาจเกิดปัญหาจากการใช้ยาได้ เป็นต้น นอกจากนี้ควรพิจารณาถึงงบประมาณ ความคุ้มค่าร่วมด้วย

5.10 สรุปผลการศึกษา

จากการศึกษารั้งนี้ สรุปได้ว่าการเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกร ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น และมีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มมากขึ้น และผู้ป่วยผู้รับบริการเยี่ยมบ้านจากเภสัชกรมีความพึงพอใจต่อการบริการนี้เป็นอย่างดี ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงผลต่อการควบคุมโรคต่อไป