

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและที่มาของงานวิจัย

เป็นที่ยอมรับกันทั่วไปว่าเป้าหมายของการให้บริการคือ ความพึงพอใจสูงสุดของผู้รับบริการ ควบคู่ไปกับผู้ให้บริการมีความคุ้มค่า (Cost-effectiveness) (Spechler, 1988) การให้บริการในการดูแลรักษาโรคโดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงก็เช่นเดียวกัน บุคลากรผู้ให้บริการจะต้องให้การดูแลรักษาที่คุ้มค่าที่สุด (JNC-VI, 1997) ควบคู่ไปกับการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเป็นสำคัญ เพื่อความพึงพอใจของผู้ป่วย แต่ในภาวะที่ทรัพยากรมีอยู่อย่างจำกัด หลายองค์กรจึงพยายามคิดหารูปแบบการให้บริการที่ดีที่สุดทั้งแก่ผู้รับบริการและผู้ให้บริการ

คลินิกรับยาต่อเนื่อง เป็นการให้บริการรูปแบบหนึ่งของงานบริการสุขภาพสำหรับกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลายโรคที่ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการของโรคได้แล้วด้วยการใช้ยาแบบเดิม ซึ่งมีการศึกษากันมานานและเป็นที่ยอมรับถึงประสิทธิภาพของการให้บริการ โดยแพทย์และคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดหรือคณะกรรมการอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการรักษาของสถานพยาบาลได้จัดให้มีการบริการคลินิกรับยาต่อเนื่องแก่ผู้ป่วยที่มารับยาตามใบสั่งยาเดิมของแพทย์จากห้องจ่ายยาของโรงพยาบาลหรือร้านยาที่มีเภสัชกรปฏิบัติงาน โดยไม่ต้องพบแพทย์จนกว่าจะถึงเวลานัดพบแพทย์ครั้งต่อไป เว้นแต่ในกรณีที่เภสัชกรผู้จ่ายยาต่อเนื่องพบปัญหาการรักษาโรคที่ต้องได้รับการแก้ไขจากแพทย์ก็จะส่งต่อผู้ป่วยไปพบแพทย์ในการมารับยารั้งนั้นก่อนถึงเวลาที่แพทย์นัด (Cram, *et al.*, 1992)

ตัวอย่างโรคที่มีการให้บริการในคลินิกรับยาต่อเนื่อง เช่น โรคที่ใช่ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Cohen, *et al.*, 1985; Conte, *et al.*, 1986; Garabedian, *et al.*, 1985; Gray, *et al.*, 1985; McKenney and Witherspoon, 1985; Nappi, 1980; Reinders and Steinke, 1979; Spalek and Gong, 1999) โรคเบาหวาน (Cassidy, *et al.*, 1996; Hawkin, *et al.*, 1979.) โรคหอบหืด (Pauley, *et al.*, 1995) โรคไขมันในเลือดสูง (Furmaga, 1993) โรคลมชัก (Kootsikis, *et al.*, 1990) โรคติดเชื้อ HIV (Wong and Volberding, 1988) และโรคความดันโลหิตสูง (Carter, *et al.*, 1997; Cassidy, *et al.*, 1996; Cram, *et al.*, 1992; D'Achille, *et al.*, 1978; Dong, *et al.*, 1997; Hawkin, *et al.*, 1979; Jones, *et al.*, 1987; Kicklighter, *et al.*, 1999; Mattei, *et al.*, 1973; Okamoto and Nakahiro, 2001; Holt, 1992; Shapiro, *et al.*, 2001; Smith, *et al.*, 2000; Suzuki, 1987; Vivian, 2003)

ในคลินิกรับยาต่อเนื่อง เกสัชกรผู้ให้บริการจ่ายยาต่อเนื่องจะเป็นผู้ที่มีความรู้และความชำนาญหรือได้รับการอบรมเฉพาะทาง ด้านเภสัชกรรมคลินิกในแต่ละโรค บทบาทและหน้าที่ของเภสัชกรขึ้นอยู่กับระเบียบการปฏิบัติที่ตกลงร่วมกันของคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดของโรงพยาบาล โดยเภสัชกรอาจทำหน้าที่ตั้งแต่สัมภาษณ์ผู้ป่วย ทบทวนประวัติการใช้ยาและข้อมูลอื่นๆที่เกี่ยวกับผู้ป่วย สังเกตทางห้องปฏิบัติการ เพื่อใช้ประเมินภาวะโรค ผลการรักษา ปัญหาการใช้ยา และแก้ปัญหาจากการใช้ยาโดยการประสานงานร่วมกันระหว่างบุคลากรการแพทย์แล้วสั่งจ่ายยา หยุดยา หรือเปลี่ยนยา หรือส่งต่อผู้ป่วยพบแพทย์ และให้ความรู้เรื่องการรักษาโรค การปฏิบัติตัวและการใช้ยาแก่ผู้ป่วยในแต่ละครั้งที่ผู้ป่วยมารับยาต่อเนื่อง และบันทึกทุกกิจกรรมที่ทำลงในประวัติการรักษาของผู้ป่วย (Carter, *et al.*, 1997; Cassidy, *et al.*, 1996; Cram, *et al.*, 1992; Dong, *et al.*, 1997; Hawkin, *et al.*, 1979; Kicklighter, *et al.*, 1999; Mattei, *et al.*, 1973; Okamoto and Nakahiro, 2001; Rodriquez, *et al.*, 1987; Smith, *et al.*, 2000; Stimmel, 1983; Suzuki, 1987; Vivian, 2003)

ในทีมงานสุขภาพ เกสัชกรมีบทบาทสำคัญในฐานะผู้ให้การบริบาลเภสัชกรรมโดยมีหน้าที่รับผิดชอบต่อการใช้ยาเพื่อให้บรรลุผลการรักษาสูงสุด ทั้งนี้เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย (Hepler and Strand, 1990) จากการที่เภสัชกรเป็นผู้มีความรู้เรื่องยาเป็นอย่างดี ทั้งการบริหารยาราคายา และผลข้างเคียงจากการใช้ยา สามารถช่วยบุคลากรการแพทย์และผู้ป่วยในการให้ข้อมูลด้านยาและเลือกใช้ยาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละคน ช่วยลดเวลาการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาของบุคลากรในทีมงานสุขภาพ ช่วยติดตามผลการรักษาด้วยยา ช่วยให้การรักษาด้วยยาได้ผลดีที่สุด และลดผลอันไม่พึงประสงค์จากการรักษาด้วยยาให้น้อยที่สุด (Schneider, 1999)

การรักษาโรคความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นอีกโรคหนึ่งที่เกิดจากเภสัชกรมีบทบาทสำคัญในการช่วยแพทย์ดูแลการใช้ยารักษาโรค โดยมีส่วนช่วยในการป้องกันและค้นหาปัญหาของการรักษาพยาบาล (Dong, *et al.*, 1997) หลายการศึกษาเกี่ยวกับบทบาทของเภสัชกรต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แสดงให้เห็นว่าเภสัชกรสามารถช่วยลดต้นทุนในการรักษา (Forstom, *et al.*, 1990; McKenney, *et al.*, 1973; Williamson, *et al.*, 1984, quoted in Hatoum and Akhras, 1993) ช่วยให้การควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยดีขึ้น (Erickson, *et al.*, 1997; Gourley, *et al.*, 1998; Morse, *et al.*, 1986) และจากการศึกษาผลการปฏิบัติงานของเภสัชกรในคลินิกรับยาต่อเนื่องโรคความดันโลหิตสูง พบว่าผลการปฏิบัติงานของเภสัชกรเป็นที่ยอมรับของผู้ป่วยและแพทย์ (Cassidy, *et al.*, 1996; Suzuki, 1987) ช่วยเพิ่มคุณภาพการรักษาด้านการลดความดันโลหิตและการควบคุมอาการของโรค (Dong, *et al.*, 1997; Jones, *et al.*, 1987; Kicklighter, *et al.*, 1999; Okamoto and Nakahiro, 2001; Vivian, 2003) เพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย (Jones, *et al.*, 1987)

ลดต้นทุนในการรักษา (Cassidy, *et al.*, 1996; D'Achille, *et al.*, 1978; Ganer and Trica, 1978; Jones, *et al.*, 1987; McKenny, *et al.*, 1980; Okamoto and Nakahiro, 2001) ลดเวลาในการทำงานของบุคลากรการแพทย์ (Borgsderf, *et al.*, 1994; Cassidy, *et al.*, 1996; Suzuki, 1987) ลดเวลาในการรอรับบริการของผู้ป่วย (D's Achille, *et al.*, 1978; Garner and Trica, 1978; Jones, *et al.*, 1987; McKenny, *et al.*, 1980; Holt, 1992; Scrivens, *et al.*, 1983; Suzuki, 1987) เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Carter, *et al.*, 1997) และเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการที่ได้รับ (Carter, *et al.*, 1997; Hawkins, *et al.*, 1979; Okamoto and Nakahiro, 2001; Shapiro, *et al.*, 2001) ทำให้มีการบันทึกข้อมูลการใช้ยาที่สมบูรณ์มากขึ้น และมีการเฝ้าระวังการใช้ยาในลักษณะที่ผิดมากขึ้น (Jones, *et al.*, 1987)

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่พบได้ประมาณ 1 ใน 4 ของประชากรวัยผู้ใหญ่ (JNC-VI, 1997) แต่ในประเทศไทยยังไม่มีสถิติผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง มีเพียงสถิติผู้ป่วยกลุ่มโรคระบบไหลเวียนเลือด ซึ่งจากรายงานของกระทรวงสาธารณสุขปี 2544 พบว่าผู้ป่วยกลุ่มโรคระบบไหลเวียนเลือดทั้งประเทศ มีทั้งหมด 6,576,865 คน คิดเป็นร้อยละ 12 ของประชากรทั้งประเทศ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี (กระทรวงสาธารณสุข, 2544) การรักษาโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่จำเป็นต้องใช้ยาไปตลอดชีวิตควบคู่ไปกับการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมและผู้ป่วยต้องมาพบแพทย์เป็นประจำทุก 1 ถึง 3 เดือน เพื่อติดตามผลการรักษา ทั้งการควบคุมความดันโลหิตและโรคแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงและการมีโรคอื่น ๆ ร่วมด้วย เป้าหมายการรักษาโรคความดันโลหิตสูงคือ การควบคุมความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท และไม่มีโรคแทรกซ้อนจากภาวะความดันโลหิตสูง ทั้งโรคหัวใจ โรคตา การทำงานของไตล้มเหลว และภาวะสมองขาดเลือด (JNC-VI, 1997) จากรายงานของ The National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III) ปี 1988-1991 ในประเทศสหรัฐอเมริกา (Burt, *et al.*, 1995) พบว่าผู้ป่วยที่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท มีเพียงร้อยละ 24 ของผู้ป่วยทั้งหมด โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่มักไม่แสดงอาการให้เห็นเด่นชัด จึงอาจเรียกโรคความดันโลหิตสูงว่า “ฆาตกรเงียบ” ผู้ป่วยจึงมักจะไม่เข้ารับการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรค และเมื่อมีภาวะโรคความดันโลหิตสูงก็มักไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา รวมทั้งได้รับการรักษาด้วยยาที่ไม่เหมาะสม ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดโรคแทรกซ้อนจากภาวะความดันโลหิตสูง เช่น โรคหัวใจ โรคตา การทำงานของไตล้มเหลว และภาวะสมองขาดเลือด ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดการเสียชีวิตได้ (JNC-VI, 1997) ซึ่งถ้าผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสม ให้ความร่วมมือในการรักษาทั้งการใช้ยาและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมแล้ว ย่อมส่งผลให้การรักษาโรคความดันโลหิตสูงมี คุณภาพ ไม่มีโรคแทรกซ้อน รวมไปถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย

จากหลายการศึกษาดังกล่าวแล้วข้างต้นเกี่ยวกับการให้บริการคลินิกรับยาต่อเนื่องโรคความดันโลหิตสูงสำหรับผู้ป่วยที่ควบคุมอาการของโรคได้แล้วด้วยการใช้ยารูปแบบเดิมโดยไม่ต้องพบแพทย์แต่พบเภสัชกรที่มีความรู้ในการดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูงประจำห้องจ่ายยาของโรงพยาบาลหรือร้านยา เพื่อรับยาต่อเนื่องและติดตามผลการรักษาเป็นระยะตามใบสั่งยาเดิมของแพทย์ได้ เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาอย่างอื่นอีก เพียงแต่ต้องได้รับการเน้นย้ำเรื่องการใช้ยาและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม และประเมินผลการรักษาโรคเป็นระยะก็เพียงพอและอาจมีการส่งต่อผู้ป่วยไปพบแพทย์กรณีที่พบปัญหาการรักษาโรคที่เภสัชกรจัดการเองไม่ได้ การปฏิบัติงานของเภสัชกรที่ได้รับการอบรมเฉพาะทางด้านการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในคลินิกรับยาต่อเนื่อง ก็เป็นที่ยอมรับของผู้ป่วยและแพทย์ (Cassidy, *et al.*, 1996; Suzuki, 1987) และสามารถช่วยเพิ่มคุณภาพการรักษาในหลายๆ ด้าน (Dong, *et al.*, 1997; Jones, *et al.*, 1987; Kicklighter, *et al.*, 1999; Okamoto and Nakahiro, 2001; Vivian, 2003) ดังกล่าวแล้วข้างต้น เภสัชกรจึงเป็นบุคลากรการแพทย์คนหนึ่งในทีมสุขภาพที่สามารถช่วยดูแลผู้ป่วยในระดับเบื้องต้นได้เป็นอย่างดี

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า การปฏิบัติงานของเภสัชกรในคลินิกรับยาต่อเนื่องโรคความดันโลหิตสูงมีส่วนช่วยเพิ่มคุณภาพการรักษาได้ในหลายๆ ด้าน แต่เนื่องจากในประเทศไทย การศึกษาและการปฏิบัติงานของเภสัชกรในคลินิกรับยาต่อเนื่องยังมีน้อย หน่วยงานราชการในประเทศไทยที่มีการให้บริการคลินิกรับยาต่อเนื่อง เช่น โรงพยาบาลตรัง โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ ซึ่งมีการดำเนินการในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง โดยจัดทำเป็นแผนผังขั้นตอนการปฏิบัติงานที่ชัดเจน และยังมีการให้บริการในโรคเรื้อรังอื่นๆ ตามที่แพทย์พิจารณาแต่ไม่มีขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจนเหมือนโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลพัทลุงได้ริเริ่มให้บริการนี้ จึงมีความจำเป็นที่จะต้องประเมินผลการดำเนินงานของคลินิกรับยาต่อเนื่องโรคความดันโลหิตสูง

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของการเพิ่มบทบาทการบริหารทางเภสัชกรรมของเภสัชกรในการให้บริการคลินิกรับยาต่อเนื่องต่อคุณภาพการรักษาโรคความดันโลหิตสูงจากการที่เภสัชกรเข้าไปดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีแล้วด้วยยารูปแบบเดิมที่มารับบริการในคลินิกรับยาต่อเนื่อง ที่โรงพยาบาลพัทลุง โดยตรวจสอบความเหมาะสมของการใช้ยา สั่งจ่ายยาเดิมให้ผู้ป่วยตามการพิจารณาร่วมกันระหว่างแพทย์และเภสัชกร ให้ความรู้เรื่องโรคและยา ส่งเสริมและเน้นย้ำการดูแลสุขภาพแก่ผู้ป่วยแทนการพบแพทย์ทุกครั้งของผู้ป่วย เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการบริหารทางเภสัชกรรม และการรักษาพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลการจัดการของเภสัชกรในคลินิกรับยาต่อเนื่องต่อคุณภาพการรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในด้านต่างๆ ดังนี้

1. การควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในช่วงที่กำหนด
2. เวลาเฉลี่ยที่ผู้ป่วยใช้ในการรอรับบริการในแต่ละครั้ง
3. ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการที่ได้รับ
4. ความพึงพอใจของบุคลากรการแพทย์ต่อการให้บริการคลินิกรับยาต่อเนื่อง
5. ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย
6. การมาโรงพยาบาลตามนัดของผู้ป่วย
7. การมาพบแพทย์ฉุกเฉินเนื่องจากโรคความดันโลหิตสูง
8. คุณภาพการใช้ยา
9. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

สมมุติฐานการวิจัย

1. คุณภาพการรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงระหว่างผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในคลินิกปกติและคลินิกรับยาต่อเนื่องในด้านต่างๆ ดังต่อไปนี้ ไม่แตกต่างกัน

- 1.1 การควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในช่วงที่กำหนด
 - 1.2 เวลาเฉลี่ยที่ผู้ป่วยใช้ในการรอรับบริการในแต่ละครั้ง
 - 1.3 ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการที่ได้รับ
 - 1.4 ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย
 - 1.5 การมาโรงพยาบาลตามนัดของผู้ป่วย
 - 1.6 การมาพบแพทย์ฉุกเฉินเนื่องจากโรคความดันโลหิตสูง
 - 1.7 คุณภาพการใช้ยา
 - 1.8 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
2. บุคลากรการแพทย์พึงพอใจกับการให้บริการคลินิกรับยาต่อเนื่องของเภสัชกร

ความสำคัญของการวิจัย

1. เป็นแนวทางในการเพิ่มคุณภาพการรักษาและลดต้นทุนการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และโรคเรื้อรังอื่นๆ ของหน่วยงานบริการทางการแพทย์ จากการพัฒนาการบริหารจัดการของเภสัชกรในคลินิกรับยาต่อเนื่อง
2. ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการบริการของฝ่ายเภสัชกรรมและหน่วยบริการทางการแพทย์โดยภาพรวม
3. ลดจำนวนผู้ป่วยที่ต้องเข้าพบแพทย์ในการมารับบริการแต่ละครั้ง ทำให้แพทย์มีเวลาในการดูแลรักษาผู้ป่วยแต่ละคน ได้อย่างเต็มที่มากขึ้น
4. เป็นแนวทางการพัฒนาบทบาทการบริหารจัดการของเภสัชกรคลินิก เพื่อเพิ่มคุณภาพในการบริการ และความพึงพอใจของผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์

ขอบเขตการวิจัย

ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล เก็บข้อมูลเป็นเวลา 7 เดือน ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2545 ถึง เดือนเมษายน 2546 นัดพบผู้ป่วยทุก 2 เดือน เป็นจำนวน 3 ครั้ง

สถานที่วิจัย คลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพัทลุง

ข้อตกลงเบื้องต้น

1. ในระหว่างการศึกษานี้ผู้ป่วยจะเข้ารับการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลพัทลุงเพียงแห่งเดียวเท่านั้นตลอดการศึกษา
2. การบอกเล่าและการตอบแบบสอบถามของผู้ป่วยเป็นเรื่องจริงทุกประการ

นิยามศัพท์เฉพาะ

คลินิกรับยาต่อเนื่อง หมายถึง คลินิกที่เภสัชกรให้บริการส่งจ่ายยาเดิมต่อเนื่องโดยที่ผู้ป่วยไม่ต้องพบแพทย์ เว้นแต่กรณีที่มีปัญหาต้องส่งต่อผู้ป่วยไปพบแพทย์

คลินิกปกติ หมายถึง คลินิกที่ผู้ป่วยเข้าพบแพทย์เพื่อตรวจโรค และรับใบสั่งยาตามปกติ

ความดันโลหิตอยู่ในช่วงที่กำหนด หมายถึง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิด Essential hypertension มีความดันโลหิตต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท (JNC-VI, 1997)

เวลาในการรอรับบริการ หมายถึง เวลาของการเข้ารับบริการตั้งแต่ขั้นตอนที่พยาบาลวัดความดันโลหิตจนถึงเภสัชกรจ่ายยาเสร็จ โดยพยาบาลผู้วัดความดันโลหิตและเภสัชกรผู้จ่ายยาจะลงบันทึกเวลาเมื่อให้บริการเสร็จแต่ละขั้นตอนไว้ในบัตรนัดที่ติดอยู่บนหน้าสมุดบันทึกประวัติผู้ป่วยนอก (Out Patient Department card : OPD card) และสมุดประจำตัวผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ความพึงพอใจของผู้ป่วยและของบุคลากรการแพทย์ หมายถึงความพึงพอใจต่อการบริการของคลินิกรับยาต่อเนื่องหรือคลินิกปกติ ตามแบบสอบถามในภาคผนวก ช และ ซ

ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย ในการศึกษาี้ หมายถึง ความร่วมมือในการใช้ยาจากการวัด 2 วิธี คือ

วิธีที่ 1 ร้อยละของยาที่ผู้ป่วยได้รับจริง ซึ่งวัดจากการนับเม็ดยาที่เหลือ โดย

$$\text{จำนวนยาที่ผู้ป่วยได้รับจริง} = \frac{\text{จำนวนยาที่จ่ายยาไป} - \text{จำนวนยาที่เหลือ}}{\text{จำนวนมือที่ต้องรับประทานยา}}$$

วิธีที่ 2 ผลการสัมภาษณ์ด้วยแบบสอบถามของ Moriskey และคณะ (1986)

การมาพบแพทย์ฉุกเฉินเนื่องจากโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง การมาพบแพทย์ฉุกเฉินเนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงที่มีบันทึกไว้ในสมุดบันทึกประวัติผู้ป่วยของโรงพยาบาล

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย หมายถึง คุณภาพชีวิตที่วัดด้วยแบบวัดคุณภาพชีวิต SF-36 ฉบับภาษาไทย ของวัชร เลอमानกุล (2000) (ภาคผนวก ฉ)

คุณภาพในการรักษา ของการศึกษานี้ หมายถึง คุณภาพทางคลินิกและทางมนุษยศาสตร์ด้านการควบคุมความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ความร่วมมือในการใช้ยา การมาโรงพยาบาลตามนัด การมาพบแพทย์ฉุกเฉิน คุณภาพการใช้ยา เวลาที่ผู้ป่วยใช้ในการรอรับบริการ ความพึงพอใจของผู้ป่วยและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และความพึงพอใจของบุคลากรต่อการให้บริการคลินิกรับยาต่อเนื่องของเภสัชกร

คุณภาพในการใช้ยา ของการศึกษานี้ หมายถึง คุณภาพการใช้ยาในการเลือกชนิดของยา ขนาดยา และระยะเวลาของการให้ยาลดความดันโลหิตสูง ที่เหมาะสมที่สุด ตามแบบประเมินในภาคผนวก ค

กลุ่มทดลอง คือ กลุ่มที่เข้ารับบริการในคลินิกรับยาต่อเนื่อง

กลุ่มควบคุม คือ กลุ่มที่เข้ารับบริการในคลินิกปกติ