

ผลการพัฒนาการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 1 - 4 โรงพยาบาลพรหมคีรี
The Effects of Pharmaceutical Care on Chronic Kidney Disease Patients in
Stage 1- 4 at Phrom Khiri Hospital

ลัดดาวัลย์ พิมพ์การ

Laddawan Pimpakarn

โรงพยาบาลพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช

Phrom Khiri Hospital, Nakhon Si Thammarat Province

(Received: January 20, 2023; Revised: February 10, 2023; Accepted: March 2, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง แบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ความรู้เรื่องยา เรื่องโรคไตเรื้อรัง และความร่วมมือในการใช้ยา ก่อนและหลังการให้การบริบาลทางเภสัชกรรม 2) ผลการพัฒนาการบริบาลทางเภสัชกรรม ในการค้นหาปัญหาจากการใช้ยาและการแก้ไขปัญหาจากการใช้ยาในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 1 - 4 ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลพรหมคีรี ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานและ/หรือโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในโรงพยาบาล และมีภาวะเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1 - 4 ในรอบปี พ.ศ. 2565 จำนวน 162 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 60 คน เครื่องมือในการทดลอง คือ การบริบาลทางเภสัชกรรม วัดผลก่อนการทดลองและติดตามผลหลังการทดลอง 1 - 2 เดือน เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามระหว่างเดือนพฤศจิกายน - ธันวาคม พ.ศ. 2565 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการทดลองโดยใช้การทดสอบค่าทีแบบจับคู่ (Paired t-Test)

ผลการวิจัย พบว่า ก่อนการทดลองความรู้เรื่องการใช้ยาอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 76.66) หลังการทดลองอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 98.33) ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังก่อนการทดลองอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 68.33) หลังการทดลองอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 78.33) และความร่วมมือในการใช้ยาก่อนการทดลองอยู่ในระดับไม่ดี (ร้อยละ 83.33) หลังการทดลองอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 71.67) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการทดลองความรู้เรื่องการใช้ยา ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง และความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนผลลัพธ์การบริบาลทางเภสัชกรรม พบว่า การสั่งใช้ยา ACEIs/ARBs หลังการดำเนินการมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ดังนั้น จึงควรพัฒนาการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 1 - 4 ให้มีความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลมากขึ้น โดยการนำระบบสารสนเทศทางคอมพิวเตอร์ช่วยในการบันทึกและวิเคราะห์ข้อมูลของผู้ป่วย

คำสำคัญ: การบริบาลทางเภสัชกรรม, โรคไตเรื้อรัง, ความร่วมมือในการใช้ยา

ผู้ให้การติดต่อ (corresponding e mail: ladda6392@gmail.com)

Abstract

Pharmaceutical care is the direct, responsible provision of medication-related care for the purpose of achieving definite outcomes that improve a patient's quality of life. This quasi-experimental research, one-group pre test-post test design, aimed to: 1) study knowledge about drug use, chronic kidney disease as well as medication adherence, both before and after pharmaceutical care, and 2) evaluate the effectiveness of pharmaceutical care to finding and solving problems from drug use in patients with stage 1-4 of chronic kidney disease who received treatment at Phrom Khiri Hospital of Nakon Si Thammarat. Population was 162 diabetes patients and/or hypertension patients with chronic kidney disease at stages 1-4 who received treatment at the hospital and in 2022. The sample was 60 patients selected by simple random sampling. The experimental tool was the pharmaceutical care protocol. The experiment was implemented for 1-2 month. Data were collected using questionnaire between July 1st to December 31st 2022, and were analyzed using percentage, mean, standard deviation and paired t-test.

The results showed that before the experiment, most of patients (76.66%) had knowledge about drug use at a low level. However, after the experiment, almost all patients (98.33%) had knowledge about drug use at a high level. In terms of knowledge about chronic kidney disease, the knowledge level before and after the experiment were at a low level (68.33%), and at a high level (78.33%), respectively. Medication adherence before the experiment were poor at 83.33% and after the experiment were good at 71.67%. When compare between before and after the experiment knowledge about drug use, knowledge about chronic kidney disease and medication adherence were significantly increased. As for outcome of pharmaceutical care, it was found that after operation, prescription of ACEIs/ARBs had a significantly increased proportion ($p < 0.05$).

Per findings, there should be a service to provide more suitable computer information system to record and analyze patients' data.

Keywords: Pharmaceutical Care, Chronic Kidney Disease, Medication Adherence

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease, CKD) เป็นหนึ่งในโรคเรื้อรังที่พบอุบัติการณ์การเกิดโรคเพิ่มขึ้นในอัตราก้าวหน้าและเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก สมาคมโรคไตนานาชาติคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2568 โรคนี้จะเป็สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตมากถึง 36 ล้านคนต่อปี (Tungsawang, 2021) เนื่องจากเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด มีระยะเวลาการดำเนินโรคที่ยาวนาน มีผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วยอย่างมาก เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรง โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิต

โรคไตเรื้อรังเป็นภาวะแทรกซ้อนของเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่สำคัญอย่างหนึ่ง (Unaphak & Rattanamanee, 2015) และมีค่าใช้จ่ายสูง หากเข้าสู่ภาวะไตวายระยะสุดท้ายจะต้องได้รับการรักษาโดยการบำบัดทดแทนไต ด้วยการล้างไตผ่านช่องท้อง การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และการผ่าตัดปลูกถ่ายไต (Yodklaew & Suggaravetsiri, 2019) ซึ่งต้นทุนการรักษาโรคไตเรื้อรังโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

(Hemodialysis-HD) ของหน่วยไตเทียม มีต้นทุนรวมต่อครั้งต่อผู้ป่วยหนึ่งราย มากกว่า 2,300 บาท หรือมากกว่า 200,000 บาท ต่อคน/ต่อปี (Phulmueangrat, Rungrueangkri, Yongwanit, & Poiphan, 2017)

คนไทยป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังถึง 8 ล้านคน โดยคิดเป็นร้อยละ 17.5 ของประชากรประเทศไทย มีผู้ป่วยรายใหม่ประมาณปีละ 1 หมื่นคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี (Bhumirajanakarindra Kidney Institute Hospital, 2014) โดยในระยะแรกมักไม่พบอาการผิดปกติหรืออาจมีอาการเพียงเล็กน้อย เนื่องจากไตเป็นอวัยวะที่สามารถปรับการทำงานให้สมดุลเองได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ทราบและกว่าจะตรวจพบก็เมื่อความสามารถในการทำงานของไตลดลงไปมากแล้ว ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และด้านเศรษฐกิจ โดยเฉพาะเรื่องค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยที่ค่อนข้างสูง อาจเป็นเหตุให้เกิดความเครียดวิตกกังวล และเกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ (Penlap & Rungnirundorn, 2016) ส่วนใหญ่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมักมีโรคร่วมจำเป็นต้องใช้ยาหลายขนานและต้องกินยาติดต่อกันเป็นเวลานาน ดังนั้น การได้รับยาที่เหมาะสมตามค่าการทำงานของไต ตลอดจนการให้คำแนะนำความรู้ ข้อควรปฏิบัติเพื่อให้เกิดความตระหนัก และเกิดการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นในการควบคุมโรคไตเรื้อรังจึงเป็นสิ่งสำคัญ (Praying, Putha, & Klomkaew, 2020) สาเหตุโรคที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงที่จะเป็นโรคไตเรื้อรังในอนาคตที่พบบ่อย คือ โรคเบาหวาน สาเหตุรองลงมา คือ โรคความดันโลหิตสูง จึงต้องเลือกใช้ยารักษาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย (Kidney Disease Improving Global Outcome, 2022) มีรายงานว่า การใช้ยาลดความดันโลหิตประเภท Renin angiotensin-aldosterone system inhibitors (RAASI) ซึ่งประกอบด้วยยาในกลุ่ม Angiotensin converting enzyme inhibitors (ACEIs) และ Angiotensin receptor blockers (ARBs) นอกจากมีฤทธิ์ในการลดความดันโลหิตโดยตรงแล้ว ยังสามารถลดการหดตัวของเส้นเลือดฝอยในไตได้ (Khumsiri & Tantivichitvej, 2021) ดังนั้น National Kidney Foundation ประเทศสหรัฐอเมริกาในนามของ Kidney Disease: Improving Global Outcomes แนะนำให้ใช้ยาในกลุ่ม ACEIs หรือ ARBs ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีอัลบูมินในปัสสาวะมากกว่า 300 มิลลิกรัม/กรัม และในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่เป็นเบาหวานร่วมกับมีอัลบูมินในปัสสาวะมากกว่า 30 มิลลิกรัม/กรัม เพื่อช่วยชะลอการเสื่อมของไต ขณะที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยก็มีความแนะนำให้ไปในแนวทางเดียวกันนอกจากนี้ กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้อัตราการได้รับยาในกลุ่ม ACEIs หรือ ARBs เป็นหนึ่งในตัวชี้วัด เพื่อประเมินคุณภาพการให้บริการของโรงพยาบาล การให้ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อผู้ป่วยในการควบคุมของโรค ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ การรักษาด้วยยามิได้ให้ประโยชน์เพียงอย่างเดียวแต่ผู้ป่วยอาจได้รับผลกระทบที่ไม่ต้องการร่วมด้วย เช่น ปัญหาเกี่ยวกับยา (Drug related problems: DRPs) รวมถึงอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse drug reactions: ADRs)

กระบวนการ Pharmacist's Workup of Drug Therapy (PWDT) หรือกระบวนการการทำงานของเภสัชกรในการบำบัดด้านยา มาประยุกต์ใช้ในการบริหารทางเภสัชกรรม ซึ่งมีผลการศึกษาในต่างประเทศที่มีการนำ PWDT มาใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น Cazarim MDS (2016) ได้ทำการศึกษาโดยใช้กระบวนการ PWDT ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแล้วพบว่าระดับความดันโลหิตสูงอยู่ในเป้าหมายดีขึ้น สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังการให้ความร่วมมือในการใช้ยาเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งในการควบคุมโรค ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ อย่างไรก็ตาม การรักษาด้วยยามิได้ให้ประโยชน์เพียงอย่างเดียวแต่ผู้ป่วยอาจได้รับผลกระทบที่ไม่ต้องการร่วมด้วย เช่น ปัญหาเกี่ยวกับยา (Drug related problems: DRPs) รวมถึงอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse drug reactions: ADRs) ดังนั้น การนำการบริหารทางเภสัชกรรมมาใช้เป็นแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยไตเรื้อรังโดยร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย สภาพการเปลี่ยนแปลงของโรค และรายงานปัญหาจากการใช้ยาให้แพทย์รับทราบและแก้ไขปัญหาดังกล่าว ด้วยการมีปฏิสัมพันธ์กับแพทย์ พยาบาล หรือผู้ป่วย เพื่อให้เกิดการใช้ยาได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และคุ้มค่าที่สุด (Pattanamongkol, Chantaracha, Chalongsuk, Pongchaidecha, Rungprai, & Muongmee, 2018)

โรงพยาบาลพรหมคีรี เป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30 เตียง ผลการดำเนินงานการบริการคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังช่วง เดือนมกราคม – มิถุนายน พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 6,377 ราย พบปัญหาจากการใช้ยาสูงถึง 1,300 ครั้ง (20.39%) ปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วยที่พบมากที่สุด คือ การไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา เช่น การลืมรับประทานยา การรับประทานยาไม่ถูกวิธี การปรับเปลี่ยนหรือหยุดยาเอง ซึ่งสาเหตุ ได้แก่ ผู้ป่วยสูงอายุ การไม่ค่อยอ่านฉลากยา มองฉลากไม่ชัดเจน และปริมาณเม็ดยาต่อวันที่มีจำนวนมาก นอกจากนี้ผลการดำเนินงานการบริการคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังย้อนหลัง 3 ปี พบว่า ในปีงบประมาณ 2562, 2563 และ 2564 จากฐานข้อมูลของระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ 11 (HDC; Health Data Center) พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 1 - 4 ที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลพรหมคีรี และได้รับยาในกลุ่ม ACEIs หรือ ARBs ในแต่ละปี คือ ร้อยละ 30.19, 32.62 และ 32.33 ตามลำดับ ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดมาตรฐานมากกว่าร้อยละ 60

จากปัญหาดังกล่าวและปัญหาผู้ป่วยไตเรื้อรังที่มีโรคร่วม คือ โรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูง หรือทั้งโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มีผลให้ผู้ป่วยต้องได้รับยาจำนวนหลายรายการร่วมกันในการรักษา การศึกษาการเข้าถึงยาในกลุ่ม ACEIs หรือ ARBs เพื่อนำมาวิเคราะห์และวางแผนพัฒนาแนวทางการส่งยา การบริบาลทางเภสัชกรรม (Pharmaceutical care) จึงเป็นการค้นหาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา ดำเนินการแก้ไข และป้องกันปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา (Drug related problems: DRPs) ที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

วัตถุประสงค์วิจัย

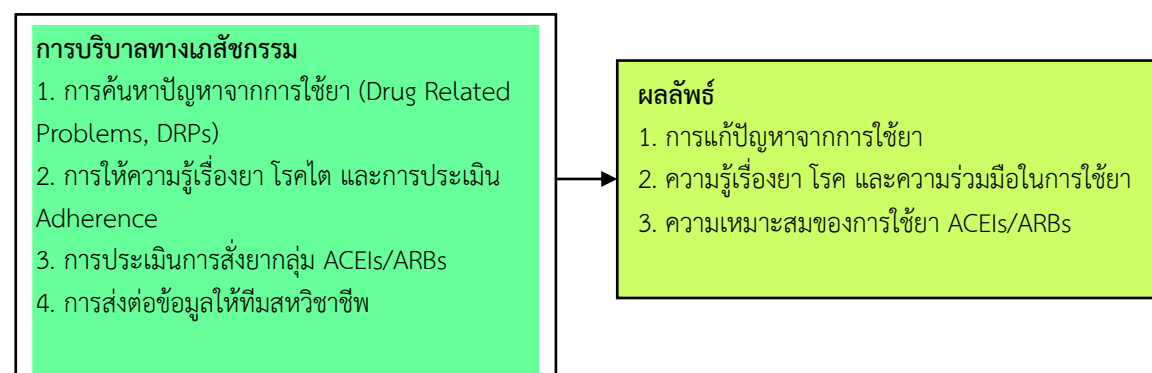
1. เพื่อศึกษาความรู้เรื่องยา เรื่องโรคไตเรื้อรัง และความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 1 - 4 ที่รับการรักษาโดยโรงพยาบาลพรหมคีรี ก่อนและหลังการให้การบริบาลทางเภสัชกรรม
2. เพื่อศึกษาผลการพัฒนาการบริบาลทางเภสัชกรรมในการค้นหาปัญหาจากการใช้ยาและการแก้ไข ปัญหาจากการใช้ยา ในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 1- 4 ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลพรหมคีรี

สมมติฐาน

ภายหลังการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1 - 4 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1 - 4 มีความรู้เรื่องยาที่ใช้ ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง และมีความร่วมมือในการใช้ยาสูงกว่าก่อนการบริบาลทางเภสัชกรรมที่นัยสำคัญระดับ 0.05

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาวิจัยการพัฒนาการบริบาลทางเภสัชกรรม โดยการวางแผนทางปฏิบัติด้านการติดตามปัญหาจากการใช้ยา การให้ความรู้เรื่องโรคไต ยา วัตถุประสงค์ความร่วมมือในการใช้ยา มีกรอบแนวคิดตามภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One group pre-test-post-test design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 1 - 4 ตามเกณฑ์การแบ่งระยะโรค KDIGO guideline 2022 และเป็นโรคเบาหวาน และ/หรือโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วยที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป และเข้ารับการรักษาต่อเนื่องที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในรอบปี พ.ศ. 2565 จำนวน 162 คน

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power กำหนดระดับนัยสำคัญ (Significance level; α) ที่ระดับ 0.05 อำนาจการทดสอบ (Power of test; $1-\beta$) เท่ากับ 0.8 ขนาดอิทธิพลของตัวแปรอิสระที่มีต่อตัวแปรตาม (Effect size) ขนาดกลาง เท่ากับ 0.5 (Cohen, 1988) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 34 ตัวอย่าง และเพื่อการสุ่มหาของของกลุ่มตัวอย่างระหว่างทดลอง ร้อยละ 15 จึงใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 ตัวอย่าง เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) จากผู้ที่เข้าหลักเกณฑ์ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ ผู้ที่เข้ารับการรักษาต่อเนื่องที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของโรงพยาบาลพรหมคีรี ในช่วงเดือนพฤศจิกายน – ธันวาคม พ.ศ. 2565 มีอายุ 18 ปีขึ้นไป และได้รับวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1 - 4 ตามเกณฑ์การแบ่งระยะโรค KDIGO guideline 2022 ซักประวัติแล้วเป็นผู้ป่วยที่รับประทานยาไม่ถูกต้อง มาผิมนัด มียาเหลือจำนวนมาก หรือมีรายการยาหลายขนาน มีโรคร่วม คือ เบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูง สามารถสื่อสารได้เข้าใจ ไม่มีความผิดปกติด้านการรับรู้ หรือมีผู้ดูแลที่สามารถตอบคำถามได้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ ผู้ป่วยมีภาวะไตวายเฉียบพลัน (Acute kidney injury; AKI) มาผิมนัด และไม่สามารถติดตามได้ภายในเวลา 1 เดือน และผู้ป่วยตั้งครรภ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เป็นข้อมูลส่วนตัวและข้อมูลสุขภาพ จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษา ระดับ eGFR ระยะเวลาในการรักษาโรคไตเรื้อรัง รายการยาที่รับประทาน และโรคประจำตัว ข้อคำถามจะเป็นคำถามปลายปิดและปลายเปิด

ส่วนที่ 2 เกี่ยวกับความรู้เรื่องยา จำนวน 12 ข้อ ปรับปรุงจากแบบสอบถามวิทยานิพนธ์ของ Nuanchuay (2012) ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน แปลผลการวัดจากคะแนนรวมเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ ปานกลาง และสูง โดยระดับต่ำมีคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (< 8 คะแนน) ระดับปานกลางมีคะแนนร้อยละ 60 - 79 (8 - 9 คะแนน) และระดับสูงมีคะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป (10 คะแนน ขึ้นไป)

ส่วนที่ 3 เกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง จำนวน 6 ข้อ ปรับปรุงจากแบบสอบถามจากวิทยานิพนธ์ของ Nuanchuay (2012) ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน แปลผลการวัดจากคะแนนรวมเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ ปานกลาง สูง โดยระดับต่ำมีคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (< 3 คะแนน) ระดับปานกลางมีคะแนนร้อยละ 60 - 79 (4 คะแนน) และระดับสูงมีคะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป (5 คะแนน ขึ้นไป)

ส่วนที่ 4 ความร่วมมือในการใช้ยา เป็นแบบประมาณค่า จำนวน 8 ข้อ ใช้แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับคนไทย (Medication Adherence Scale for Thais; MAST) โดยมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ได้อนุญาตให้ใช้ลิขสิทธิ์ซึ่งเป็นเครื่องมือที่เป็นแบบสอบถามตามมาตรฐานที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพมาแล้ว มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.87 (Jongwilakasem & Lerkiatbundit, 2021)

แต่ละข้อมีคะแนน 0 - 5 ในข้อ 1 - 6 ผู้ที่ตอบว่ามากกว่า 15 ครั้ง/เดือน, 10 - 15 ครั้ง/เดือน, 6 - 9 ครั้ง/เดือน, 3 - 5 ครั้ง/เดือน, 1 - 2 ครั้ง/เดือน และไม่เคยเลย ส่วนในข้อ 7 - 8 ผู้ที่ตอบว่าบ่อยมาก บ่อย มีบ้าง น้อย น้อยมาก และไม่เคยเลย จะได้คะแนน 0, 1, 2, 3, 4 และ 5 ตามลำดับ พิสัยที่เป็นไปได้ของแบบวัด คือ 0 - 40

แปลผลตามเกณฑ์ของผู้พัฒนา ดังนี้ ระดับความร่วมมือดี (> 34 คะแนน) และระดับความร่วมมือไม่ดี (≤ 34 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. แบบวัดความรู้ เรื่องยา และเรื่องโรคไตเรื้อรัง ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 4 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์เภสัชกรผู้เชี่ยวชาญด้านเภสัชกรรมคลินิก มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ อาจารย์เภสัชกรผู้เชี่ยวชาญด้านเภสัชปฏิบัติ จากมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี สาธารณสุขอำเภอ และเภสัชกรผู้เชี่ยวชาญในการดูแลด้านยาในผู้ป่วยโรคไต โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ระหว่าง 0.75 - 1.00

นำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในคลินิกที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 32 ราย วิเคราะห์ค่าความยากง่าย และอำนาจจำแนก มีค่าระหว่าง 0.3 – 0.8 และหาความเที่ยงโดยวิธีของ Kuder-Richardson (KR-20) ได้เท่ากับ 0.7

2. แบบวัดความร่วมมือในการใช้ยา นำแบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับคนไทย (Medication Adherence Scale for Thais; MAST) ซึ่งผ่านการทดสอบความเชื่อมั่นแล้วมาใช้

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน – ธันวาคม พ.ศ. 2565 มีรายละเอียดขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการก่อนการดำเนินการศึกษา โดย

1.1 การทบทวนวรรณกรรม และเอกสารที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับโรคไต แนวทางการรักษา ปัญหาการใช้ยาในผู้สูงอายุ การบริหารทางเภสัชกรรมและกระบวนการการทำงานเภสัชกรในการบำบัดด้านยา

1.2 การกำหนดแนวทางในการให้บริหารทางเภสัชกรรมโดยทีมสหวิชาชีพ เป็นแนวทางในการดูแลการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคไต เพื่อค้นหาปัญหาจากการใช้ยา แก้ไขปัญหาจากการใช้ยา ประเมินและติดตามผลการแก้ไขปัญหามาจากการใช้ยาของผู้ป่วย

2. การดำเนินการวิจัย หลังจากผ่านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

2.1 ศึกษาประวัติผู้ป่วยที่นำตัวมาต่อเนืองก่อนวันนัดมาโรงพยาบาล จากเวชระเบียนระบบคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาล โดยดูผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ยาที่ผู้ป่วยได้รับ ประวัติเกี่ยวกับปัญหาเรื่องยา วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเลือกผู้ป่วยที่อาจนำมาเข้าการศึกษาวิจัย

2.2 เมื่อถึงวันนัดผู้วิจัยคัดเลือกผู้ป่วยที่สมัครใจเข้าร่วมงานวิจัยตามเกณฑ์คัดเข้า

ดำเนินการวิจัยการบริหารทางเภสัชกรรมใช้กระบวนการ PWDT ดังนี้ 1) การรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วย (Patient Database) 2) วินิจฉัยปัญหาและสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา (Patient specific Drug related problem (DRP) list) 3) กำหนดเป้าหมายการแก้ปัญหาการใช้ยา (Desire outcomes for each drug related problem) 4) กำหนดวิธีการแก้ปัญหา (Choose the best solution for each drug related problem) 5) ประเมินผลการแก้ปัญหา (Outcome monitoring) และ 6) การจำหน่ายผู้ป่วยและการสื่อสารข้อมูล (Discharge summary and communication) ใช้แบบสอบถาม 2 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย จากทั้งเวชระเบียนระบบคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาล และสัมภาษณ์ผู้ป่วยเพื่อเก็บเป็นข้อมูลทั่วไป ความรู้เรื่องโรค ยาและความร่วมมือในการใช้ยาเป็นข้อมูลก่อนการให้บริหารทางเภสัชกรรมโดยดำเนินการระหว่างที่ผู้ป่วยรอตรวจ หากพบปัญหาเกี่ยวกับยา ผู้วิจัยจะแนบใบขอปรึกษาการใช้ยาของผู้ป่วยไปกับสมุดประจำตัวของผู้ป่วยเพื่อส่งต่อให้แพทย์พิจารณา หลังจากผู้ป่วยพบแพทย์ ผู้วิจัยจะให้ความรู้เรื่องโรค ยา อาการข้างเคียง วิธีปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไต วิเคราะห์ปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยแต่ละราย หากพบปัญหาการใช้ยา ผู้วิจัยจะกำหนดเป้าหมายการแก้ปัญหาทั้งด้านผลการรักษาและความปลอดภัยด้านยาที่ดีที่สุด โดยให้สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยมุ่งเน้นการแก้ปัญหา

จากการใช้ยาของผู้ป่วยแต่ละรายเป็นเป้าหมายหลักในการศึกษา กำหนดวิธีการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมและติดตามการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้ยาในรอบนัดถัดไป

ครั้งที่ 2 ผู้ป่วยมาตามนัดระยะเวลาห่างจากครั้งที่ 1 ประมาณ 1 - 2 เดือน ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ป่วยตามแบบสอบถามชุดเดิม เรื่องยา โรค และความร่วมมือในการใช้ยา เก็บข้อมูลประเมินผลเปรียบเทียบกับก่อน - หลัง การให้การบริบาลทางเภสัชกรรมของผู้ป่วยแต่ละราย

2.3 การประเมินการส่งยา กลุ่ม ACEIs/ARBs ในผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์ควรได้รับยาและหยุดใช้ยาเมื่อไม่ควรใช้ยา โดยมีการติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ คือ SCr, K เพื่อดูความเหมาะสมการใช้ยา กลุ่ม ACEIs/ARBs หลังเริ่มยา 1 - 2 เดือน ดังนี้

ผู้ป่วยที่ได้รับยา ACEIs/ARBs เดิม ติดตามผล SCr, K หลังการบริบาลทางเภสัชกรรม 1 - 2 เดือน และติดตามสอบถามอาการข้างเคียงที่อาจเกิดจากยา

ผู้ป่วยที่เริ่มยา ACEIs/ARBs หลังการบริบาลทางเภสัชกรรม โดยการดูแลประวัติผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การได้รับยา ACEIs/ARBs ส่งต่อข้อมูลเพื่อให้แพทย์พิจารณาสั่งยา มีการติดตามผล SCr, K 1 - 2 เดือน และสอบถามอาการข้างเคียงที่อาจเกิดจากยา

2.4 ขั้นตอนการประเมินปัญหาเกี่ยวกับยา การวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายจากข้อมูลในเวชระเบียน นำมาจำแนกประเภทโดยตัดแปลงจากแบบของ Cipolle, Strand, & Morley (1998) เป็น 8 ประเภท ประเมินปัญหาแต่ละประเภทเพื่อแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยแต่ละราย

2.5 ประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ใช้สถิติดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา โดยใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน อธิบายข้อมูลทั่วไป ระดับความรู้ และความร่วมมือในการใช้ยา

2. สถิติเชิงวิเคราะห์ ใช้การทดสอบความแตกต่างแบบจับคู่ (Paired t-Test) ในการเปรียบเทียบความรู้ และความร่วมมือในการใช้ยาก่อนและหลังการทดลอง และใช้ Chi-square test ในการวิเคราะห์ความแตกต่างการส่งยา กลุ่ม ACEIs/ARBs ก่อนและหลังการทดลอง

จริยธรรมวิจัย

ผ่านการพิจารณาจริยธรรมในการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ จังหวัดนครศรีธรรมราช ตามเอกสารรับรองเลขที่ WUEC-22-328-01 วันที่รับรอง 31 ตุลาคม 2565

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 51.67) อายุอยู่ในช่วง 60 - 69 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 45.00) โดยมีอายุเฉลี่ย 68.68 ปี ($S.D. = 10.44$) รองลงมา คือ ช่วงอายุ 70 - 79 ปี (ร้อยละ 23.33) โดยมีอายุน้อยกว่า 60 ปี เพียงร้อยละ 15.0 สถานภาพสมรสมากที่สุด (ร้อยละ 78.33) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 55.00) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน (ร้อยละ 40.00) มีสิทธิ์การรักษาเป็นประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากที่สุด (ร้อยละ 73.34) รองลงมา คือ เบิกได้ (ร้อยละ 23.33) เป็นโรคไตวายเรื้อรัง ระยะที่ 1 ร้อยละ 23.33 รองลงมา คือ ระยะที่ 2 และ 3 ร้อยละ 21.67 เท่ากัน ระยะเวลาในการรักษาโรคไตเรื้อรัง 15 ปีขึ้นไป มากที่สุด (ร้อยละ 41.66) รองลงมา คือ 6 - 9 ปี (ร้อยละ 26.67) ส่วนใหญ่รับประทานยา 6 - 10 รายการ (ร้อยละ 60.00) และมีโรคร่วม 3 โรค (ร้อยละ 46.67) รองลงมา คือ 2 โรค (ร้อยละ 43.33)

2. ระดับความรู้เรื่องยา และโรคไตเรื้อรัง ดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวน และร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความรู้เรื่องยา และเรื่องโรคไตเรื้อรัง ก่อนและหลังการให้การบริบาลทางเภสัชกรรม (n=60)

ระยะเวลา	ระดับความรู้					
	ความรู้เรื่องยา			เรื่องโรคไตเรื้อรัง		
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ	สูง	ปานกลาง	ต่ำ
ก่อนดำเนินการ	4 (6.67)	10 (16.67)	46 (76.66)	6 (10.0)	13 (21.67)	41 (68.33)
	(M= 6.75, S.D.=1.60, Min= 4, Max=11)			(M= 2.85, S.D.=1.39, Min=0, Max=6)		
หลังดำเนินการ	59 (98.33)	1 (1.67)	0	47 (78.33)	9 (15.00)	4 (6.67)
	(M=11.47, S.D.=0.75, Min= 9, Max=12)			(M=5.28, S.D.=0.96, Min= 3, Max=6)		

จากตาราง 1 พบว่า ความรู้เรื่องยาก่อนดำเนินการส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 76.66 (M= 6.75, S.D.=1.60) หลังดำเนินการส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 98.33 (M=11.47, S.D.=0.75) ส่วนความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังก่อนดำเนินการส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 68.33 (M= 2.85, S.D.= 1.39) หลังดำเนินการส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 78.33 (M=5.28, S.D.= 0.96)

3. ระดับความร่วมมือในการใช้ยา ดังตาราง 2

ตาราง 2 จำนวน และร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความร่วมมือในการใช้ยาก่อนและหลังการให้การบริบาลทางเภสัชกรรม

ระดับ	ความร่วมมือในการใช้ยา			
	ก่อนการบริบาล		หลังการบริบาล	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดี (≥ 34 คะแนน)	10	16.67	43	71.67
ระดับไม่ดี (< 34 คะแนน)	50	83.33	17	28.33
	(M= 25.08, S.D.= 7.79, Min= 5, Max=37)		(M= 35.03, S.D.= 5.75, Min= 5, Max= 40)	

จากตาราง 2 พบว่า ความร่วมมือในการใช้ยาก่อนการบริบาล ส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่ดี (ร้อยละ 83.33) (M= 25.08, S.D.= 7.79) และหลังการบริบาลมีระดับความร่วมมือดีขึ้น โดยมีจำนวนเพิ่มขึ้นจาก 10 คน (ร้อยละ 16.67) เป็น 43 คน (ร้อยละ 71.67) (M= 35.03, S.D.= 5.75)

3. ผลลัพธ์ด้านกระบวนการบริบาลทางเภสัชกรรม ในการประเมินผลลัพธ์ด้านกระบวนการบริบาลทางเภสัชกรรม ในกรณีนี้มีการประเมิน 3 เรื่องหลัก ได้แก่ การปรับขนาดยาตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ การติดตาม การส่งตรวจค่าทางห้องปฏิบัติการ และการประเมินการสั่งจ่ายกลุ่ม ACEIs/ARBs ดังตาราง 3 – 4

ตาราง 3 เปรียบเทียบความแตกต่างการบริบาลทางเภสัชกรรมในการประเมินการสั่งจ่ายกลุ่ม ACEIs/ARBs โดยใช้สถิติ Chi-square test (n=59)

รายการ	ก่อนพัฒนาระบบ	หลังพัฒนาระบบ	χ^2	df	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
การสั่งจ่าย ACEIs/ARBs					
ใช้	13 (22.03)	24 (40.68)	3.937	1	0.046*
ไม่ใช้	46 (77.97)	35 (59.32)			

* $p < 0.05$

หมายเหตุ n= 59 เนื่องจากประเมินเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมด้วย

จากตาราง 3 เมื่อเปรียบเทียบการสั่งใช้ยา ACEIs/ARBs ก่อนและหลังการบริบาลทางเภสัชกรรม พบว่า ก่อนดำเนินการสัดส่วนการสั่งใช้ยา ร้อยละ 22.03 หลังการบริบาลมีการใช้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 40.68 โดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละผลการบริบาลทางเภสัชกรรมในการประเมินการติดตามการสั่งใช้ยากลุ่ม ACEIs/ARBs หลังการพัฒนาระบบ 1 – 2 เดือน (n= 59)

ค่าทางห้องปฏิบัติการ	จำนวนก่อนพัฒนาระบบ (คน)	จำนวนหลังพัฒนาระบบ (คน)
ค่า SCr เพิ่มขึ้น	2	4
ค่า K เพิ่มขึ้น	1	2
ADR	1	3
ผู้ป่วยที่ยังใช้ยา ACEIs/ARBs	9	15

หมายเหตุ n= 59 เนื่องจากประเมินเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมด้วย

จากตาราง 4 พบว่า ก่อนพัฒนา มีผู้ป่วยรายเดิมที่มีการสั่งใช้ยา ACEIs/ARBs อยู่ก่อนแล้ว 13 ราย ในระหว่างการติดตามผล พบว่า SCr เพิ่มขึ้น 2 ราย ค่า K เพิ่มขึ้น 1 ราย และเกิดอาการข้างเคียง (ADR) 1 ราย จึงหยุดใช้ยา คงมีผู้ป่วยที่ยังใช้ยา ACEIs/ARBs อยู่ 9 ราย หลังพัฒนาการบริบาลทางเภสัชกรรม จึงได้ทบทวนหลักเกณฑ์และพิจารณาสั่งเริ่มยา ACEIs/ARBs ใหม่ทุกรายที่เข้าหลักเกณฑ์ จำนวน 24 ราย ติดตามผลทางห้องปฏิบัติการ 1 - 2 เดือน พบว่า ค่า SCr เพิ่มขึ้น 4 ราย ค่า K เพิ่มขึ้น 2 ราย และมี ADR 3 ราย แพทย์พิจารณาสั่งหยุดยา รวม 9 ราย คงเหลือผู้ป่วยที่เริ่มยา ACEIs/ARBs หลังการบริบาลทางเภสัชกรรม 15 ราย เพิ่มขึ้นจากก่อนดำเนินการ 6 ราย

ตาราง 5 จำนวน และร้อยละปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วย (DRPs)

ประเภท	จำนวนผู้ป่วย (n=60)	
	ก่อนพัฒนาระบบ	หลังพัฒนาระบบ
1. ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่ควรจะได้รับ (Need for additional drug therapy)	25	1
- ACEIs/ARBs	24	0
- Aspirin	1	0
2. ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่จำเป็น (Unnecessary drug therapy)	1	0
- ยาเถาวัลย์เปรียง		
3. ผู้ป่วยได้รับยาไม่เหมาะสม (Wrong drug)	3	0
- Metformin		
4. ผู้ป่วยได้รับยาน้อยเกินไป (Dosage too low)	3	0
- Hydralazine	1	0
- Simvastatin	2	0
5. ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse drug reaction)	10	0
- Metformin	1	0
- Gemfibrozil	1	0
- Enalapril	4	0
- Losartan	1	0
- Amlodipine	3	0

ตาราง 5 (ต่อ)

ประเภท	จำนวนผู้ป่วย (n=60)	
	ก่อนพัฒนาระบบ	หลังพัฒนาระบบ
6. อันตรกิริยาระหว่างยา-ยา, ยา-อาหาร, ยา-ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Drug-drug, drug-food, drug-laboratory interaction)	12	1
- Amlodipine+Simvastatin	2	1
- ACEIs/ARBs	6	0
- Calcium+Ferrous	3	0
- Allopurinol	1	0
7. ผู้ป่วยได้รับยามากเกินไป (Dosage too high)		
- Metformin	2	0
8. ผู้ป่วยไม่ได้ใช้ยาตามที่สั่ง (Non-compliance)	42	12
**ผู้ป่วยบางรายพบปัญหานี้ในยาหลายรายการ		
- ลืมกินยา	22	10
- ปรับลดขนาดยาเอง	12	2
- ไม่อ่านฉลากยา กรณีมีการสั่ง ปรับ ลด/เพิ่ม	8	0

จากตาราง 5 พบว่า ก่อนดำเนินการบริหารทางเภสัชกรรม ปัญหาจากการใช้ยาที่พบมากที่สุด ได้แก่ ผู้ป่วยไม่ใช้ยาตามแพทย์สั่ง คือ ผู้ป่วยลืมกินยา ปรับลดขนาดยาเอง และไม่อ่านฉลากยาก่อนกินยา รองลงมา คือ ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่ควรจะได้รับ คือ กลุ่มยา ACEIs/ARBs 24 คน ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และอันตรกิริยาระหว่างยากับยา, ยากับอาหาร, ยากับผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ หลังการดำเนินการ ปัญหาเหล่านี้ได้ลดลง ยังคงมีบางส่วนที่ยังคงมีปัญหาย่อยบ้าง ได้แก่ ผู้ป่วยไม่ได้ใช้ยาตามที่สั่ง ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่ควรจะได้รับ และอันตรกิริยาระหว่างยากับยา, ยากับอาหาร, ยากับผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ตาราง 6 เปรียบเทียบความรู้เรื่องยา ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง และความร่วมมือในการใช้ยา ก่อนและหลังการให้การบริหารทางเภสัชกรรม ใช้การทดสอบความแตกต่างแบบจับคู่ (Paired t-test)

ตัวแปร	N	M	S.D.	Mean Difference	t	p-value
ความรู้เรื่องยา						
ก่อนดำเนินการ	60	6.75	1.60	4.72	20.243	<0.001 **
หลังดำเนินการ	60	11.47	0.75			
ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง						
ก่อนดำเนินการ	60	2.85	1.39	2.43	13.758	<0.001 **
หลังดำเนินการ	60	5.28	0.96			
ความร่วมมือในการใช้ยา						
ก่อนดำเนินการ	60	25.08	7.79	9.95	30.712	<0.001 **
หลังดำเนินการ	60	35.03	5.75			

** $p < 0.01$

จากตาราง 6 เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการให้บริหารทางเภสัชกรรม 1 - 2 เดือน พบว่า ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง ความรู้เรื่องยา และความร่วมมือในการใช้ยา มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายได้ดังนี้

1. ความรู้เรื่องยา โรคไตเรื้อรัง และความร่วมมือในการใช้ยา พบว่า หลังการให้บริบาลทางเภสัชกรรม 1 - 2 เดือน มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) อาจจะเนื่องจากกระบวนการบริบาลทางเภสัชกรรมมีการเรียนรู้เรื่องยา ความสำคัญของการใช้ยา และองค์ประกอบอื่นในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งผลที่เกิดตามมาในการปฏิบัติตัว จึงทำให้มีความรู้และความร่วมมือดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการพัฒนาแบบแผนการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยสหวิชาชีพ ณ โรงพยาบาลนางรอง (Kaewchana & Anusornsangiam, 2020) ที่พบว่าหลังการให้บริบาลทางเภสัชกรรม ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้น ทั้งนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาผลของการให้บริบาลทางเภสัชกรรมต่อการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่โรงพยาบาลท่าศาลา (Nuanchuay, 2012) พบว่า หลังการให้บริบาลทางเภสัชกรรม ความรู้เรื่องยา โรคไตเรื้อรัง และความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้น

การที่ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้น และมีความร่วมมือในการใช้ยาสูงขึ้น ย่อมมีผลเชิงบวกในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม ทั้งนี้เภสัชกรมีบทบาทสำคัญร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการทบทวนแนวทางการรักษา ตามผลการตรวจร่างกาย ค่าทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วย การปรับเปลี่ยนขนาดยาให้มีความเหมาะสม รวมทั้งในการให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับโรค การใช้ยา และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง มีแนวโน้มที่จะสามารถชะลอการเสื่อมของไต ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีโรคความดันโลหิตสูง และ/หรือโรคเบาหวานร่วมได้ (Phromkamdang & Sirilak, 2023)

จากการวิจัย พบว่า ปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาที่พบมากที่สุด คือ ผู้ป่วยลืมรับประทานยาเพราะส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยสูงอายุ เช่นเดียวกับงานวิจัยปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลตำรวจ (Mongkolchaipak, Pichayapaiboon, & Sangviroon, 2015) แม้ว่าการบริบาลทางเภสัชกรรมจะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้น และมีความร่วมมือในการใช้ยาสูงขึ้นแต่ก็เป็นการบริหารจัดการในคลินิก แต่ผู้ป่วยใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่ที่บ้าน ดังนั้น ครอบครัวและญาติยังมีส่วนสำคัญในการดูแลในการใช้ยารวมทั้งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการควบคุมระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลให้เหมาะสม จะช่วยลดการใช้ยาได้อีกทางหนึ่ง

การที่ผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรัง ต้องใช้ยารักษาหลายขนาน และต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน อาจมีผลทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาลดลง สาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา ได้แก่ ปัจจัยที่มีผลมาจากยาที่ใช้รักษา ชนิดและรูปแบบของยา อาการข้างเคียงที่ทำให้ผู้ป่วยปฏิเสธการรับยา รวมทั้งแผนการรักษาที่ซับซ้อน มีจำนวนยาที่ใช้ร่วมกันหลายชนิดในสูตรการรักษา ต้องใช้ความถี่ในการบริหารยามากกว่าแผนการรักษาทั่วไป และปัจจัยที่สำคัญที่สุด คือ ตัวผู้ป่วยเองที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลรักษาตัวเอง (Monane, Bohn, Gurwitz, Glynn, Levin, & Avorn, 1997) ดังนั้น วิธีการเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยอาจเริ่มจากการค้นหาสาเหตุและปัจจัยที่มีผลลดความร่วมมือในการใช้ยา โดยการบริบาลทางเภสัชกรรมซึ่งเภสัชกรมีบทบาทในการค้นหาปัญหาและสื่อสารให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การใช้ยา และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตัวเองร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ เมื่อผู้ป่วยเริ่มมีความรู้เพิ่มขึ้น และมีความร่วมมือในการใช้ยาสูงขึ้น ย่อมมีผลเชิงบวกในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม การบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จึงมีแนวโน้มที่จะสามารถชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีโรคความดันโลหิตสูง และ/หรือโรคเบาหวานร่วมได้ (Phromkamdang & Sirilak, 2023)

2. การค้นหาปัญหาจากการใช้ยาและการแก้ไขปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วย พบว่า การสั่งใช้ยา ACEIs/ARBs หลังการบริบาลมีการใช้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และปัญหาจากการใช้ยาลดลง

สำหรับปัญหาการใช้ยาอาจเกิดได้หลายสาเหตุ สาเหตุที่มากที่สุด คือ สาเหตุจากตัวผู้ป่วยเองเมื่อแจ้งแพทย์ ส่วนใหญ่แพทย์จะยอมรับ และแก้ไขรายการยาตามเภสัชกรพบปัญหา การจัดการปัญหาของ

เภสัชกรได้รับการยอมรับจากบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วยและผู้ดูแล สอดคล้องกับงานวิจัยการบริหารทางเภสัชกรรมบนหอผู้ป่วยอายุรกรรมรวมโรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก (Kitpaiboonatwee, 2017) พบปัญหาเกี่ยวกับยา ร้อยละ 93.2 ได้รับการยอมรับและแก้ไขตามข้อเสนอแนะของเภสัชกร ซึ่งเป็นสัญญาณที่ดีในการยอมรับบทบาทของเภสัชกรในการทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

การประเมินการสั่งใช้ยา ACEIs/ARBs พบว่า มีการสั่งใช้ยาในผู้ป่วยที่มีภาวะโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ แม้จะยังไม่ผ่านเกณฑ์ของตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขร้อยละ 60 แต่เป็นแนวโน้มที่ดีที่แสดงให้เห็นว่า การบริหารทางเภสัชกรรมสามารถใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในรายละเอียด พบว่า ในรายใหม่ที่ได้รับหลังการบริหารทางเภสัชกรรม และจากการติดตามในรายเก่าที่ใช้อยู่แล้วเกิดภาวะ SCr หรือ K สูงขึ้นจนแพทย์สั่งหยุดยา อาจเป็นเพราะส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุซึ่งปกติค่า SCr, K มักจะสูงได้ง่ายหลังได้รับยา ACEIs/ARBs ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Khanadnid (2020) เรื่อง การติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยารักษาความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยที่ได้รับยา Renin Angiotensin System (RAS) Blockage (ACEI/ARB) 2 ชนิดร่วมกัน มีโอกาสทำให้ SCr เพิ่มขึ้น จึงเป็นอีกหนึ่งสาเหตุที่ทำให้ยังมีการสั่งใช้ยาน้อยลง การบริหารทางเภสัชกรรมในแง่กระบวนการที่ส่งข้อมูลปรึกษาผู้สั่งใช้ยาได้โดยตรง จึงน่าจะมีผลกระทบต่อการสั่งใช้ยาในกลุ่ม ACEIs/ARBs เพิ่มขึ้นในอนาคต

การศึกษานี้วัดผลระยะสั้นช่วงเวลา 1 - 2 เดือน หลังการบริหารทางเภสัชกรรม ซึ่งต้องติดตามผลในระยะยาวถึงความเปลี่ยนแปลง Stage ของโรคไตในผู้ป่วย ประกอบกับเป็นการทดลองในกลุ่มเดียวซึ่งอาจมีข้อจำกัดและจุดอ่อนในการวัดซ้ำ แต่อย่างไรก็ตาม การพัฒนาการบริหารทางเภสัชกรรมทำให้เภสัชกรมีแนวทางในการปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังที่เป็นระบบชัดเจน รวมทั้งการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ เช่น การค้นหาปัญหาผู้ป่วยเชิงรุก การประสานแพทย์พิจารณาสั่งยา การประสานพยาบาลเรื่องส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ระบบการนัดเพื่อติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการบางรายการเช่น SCr, K, eGFR เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาให้เป็นไปตามเป้าหมาย การปรับขนาดยาตามค่าการทำงานของไต เภสัชกรจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการให้การบริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมให้ตัวผู้ป่วยเองตระหนักและเกิดการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ถูกต้อง เหมาะสม และลดปัญหาที่เกี่ยวเนื่องกับการใช้ยา

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำไปปรับปรุงแนวทางในการดูแลและติดตามผู้ป่วยไตเรื้อรังเพื่อให้สอดคล้องกับหลักวิชาการมากขึ้น โดยอาจใช้ระบบสารสนเทศทางคอมพิวเตอร์ช่วยในการลงข้อมูลเตือนขนาดยาที่ใช้ปรับตามค่า eGFR
2. หลังการให้บริหารทางเภสัชกรรม ความรู้เรื่องการใช้ยา เรื่องโรคไตเรื้อรัง และความร่วมมือในการใช้ยามีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่บางปัญหาลดลงแต่ยังคงพบอยู่ นำผลไปใช้ในการพัฒนารูปแบบให้มีความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาวิจัยปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลที่บ้านและในชุมชนควบคู่ไปกับการบริหารทางเภสัชกรรมในโรงพยาบาล
2. ศึกษาวิจัยการใช้ยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ในระยะที่ยังไม่มีภาวะไตเสื่อม เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระยะเริ่มแรก

References

Bhumirajanakarindra Kidney Institute Hospital. (2014). *Knowledge of kidney disease for the people*. (2nd ed). Bangkok; Health Works Company Limited.

- Cazarim MDS, F.O.(2016). Impact assessment of pharmaceutical care in the management of hypertension and coronary risk factors after discharge. *PLoS ONE*, 10(1371), 1-14.
- Cipolle, R. J., Strand, L. M., & Morley, P. C. (1998). *Pharmaceutical care practice*. St. Louis (MO): McGrawHill.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power-analysis for the behavioral sciences*. New York: Department of Psychology New York University.
- Jongwilaikasem, K. & Lerkiatbundit, S. (2021). Development of the medication adherence scale for Thais (MAST). *Thai Journal of Pharmacy Practice*, 13(1), 17-30.
- Kaewchana, S. & Anusornsangiam, W. (2020). Development of care model for patients with chronic kidney disease by multidisciplinary providers at Nang Rong hospital. *Thai Journal of Pharmacy Practice*, 12(4), 195-206.
- Kidney Disease Improving Global Outcome. (2022). *Clinical practice guideline for diabetes management in chronic kidney disease*. Retrieved September 1, 2021 from https://www.kdigo.org/wp-content/uploads/2022/03/KDIGO-2022-Diabetes-Management-GL_Public-Review-draft_1Mar2022.pdf
- Kitpaibontawee, S. (2017). Pharmaceutical care in general medical ward at middle-level Hospital. *Region 11 Medical Journal*, 31(3), 369-383.
- Khanadnid, W. (2020). Monitoring of adverse drug reactions in patients receiving 2 types of RAS Blockage (ACEI/ARB) in the treatment of hypertension. *Buddhachinaraj Medical Journal*, 37(3), 319-326.
- Khumsiri, N. & Tantivichitvej, R. (2021). Factors associated with prescriptions for angiotensin-converting enzyme inhibitors or angiotensin receptor blockers and the effect on slowing kidney function decline in chronic kidney disease patients in Photharam hospital. *Region 4-5 Medical Journal*, 40(4), 473-485.
- Monane, M., Bohn, R. L., Gurwitz, J. H., Glynn, R. J., Levin, L., & Avorn, J. (1997). The effects of initial drug choice and comorbidity on antihypertensive therapy compliance. Results from a population-based study in the elderly. *American Journal of Hypertension*, 15(10), 697-704.
- Mongkolchaipak, T., Pichayapaiboon, S., & Sangviroon, A. (2015). Factors affecting medication adherence of diabetic patients at Police General hospital. *Thai Journal of Pharmacy Practice*, 7(1), 48-59.
- Nuanchuay, P. (2012). *Effect of pharmaceutical care on the control of risk factors for progression of renal function in patients with chronic kidney disease at Thasala hospital*. A thesis submitted in partial fulfilment of the requirements for the degree of master of pharmaceutical science in clinical pharmacy, Prince of Songkla University. (in Thai)
- Pattanamongkol, O., Chantaracha, D., Chalongsuk, R., Pongchaidecha, M., Rungprai, D., & Muongmee, S. (2018). The cost-effectiveness of pharmaceutical care to slow Progression of the kidney in chronic kidney disease with diabetes patients at Leam

- Chabang Hospital, Chonburi province. *Thai Bulletin of Pharmaceutical Sciences*, 13(1), 53-67.
- Penlap, N. & Rungrunrondorn, T. (2016). Stress and associated factors among caregivers of chronic kidney disease patients at Department of Medicine, King Chulalongkorn Memorial hospital. *Chulalongkorn Medical Journal*, 60(4), 425-438
- Phromkamdang, K. & Sirilak, T. (2023). Effects of pharmaceutical care on clinical outcomes in patients with chronic kidney disease in Wiang Haeng hospital, Chiang Mai province. *Journal of Nursing and Public Health Research*, 3(1), 1-19.
- Phulmueangrat, A., Rungrueangkri, N., Yongwanit, K., & Poiphan, N. (2017). The cost of providing patients with chronic kidney disease using Time Driven Activity-based Costing (TDABC) for hemodial unit Buddhasothorn hospital Chachoengsao province. *Ph.D. in Social Science Journal*, 7(1), 164-176.
- Praying, C., Putha, K., & Klomkaew, W. (2020). Development of a model for prevention and resolution of chronic kidney disease in Banthi district, Lamphun province, Thailand. *Journal of Health Science*, 29(6), 1035-1043.
- Tungsawang, W. (2021). The antimicrobial dosage adjustment for inpatient with renal impairment in Maharaj Nakhon Si Thammarat hospital. *Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital Medical Journal*, 4(2), 1-8.
- Unaphak, P. & Rattanamanee, K. (2015). The correlation factors of self-care behaviors to prevent complications among patients with chronic kidney disease at Somdetphraphutthalertla hospital in Samutsongkhram province. *The Public Health Journal of Burapha University*, 10(2), 44-54.
- Yodklaew, N. & Suggaravetsiri, P. (2019). Prevalence and factors associated with chronic kidney disease among patients with type 2 diabetes mellitus in the community medical unit Khon Kaen province. *Journal of the Office of DLC 7 Khon Kaen*, 26(2), 24-35.