

การพัฒนาแบบการบริหารจัดการยาของผู้ป่วยไตเรื้อรังในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดอุดรธานี

วันชัย พันศรี นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (บริหารโรงพยาบาล)

พานิ สัตตะกลิน รศ.ดร. สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ ศ.ดร. ผู้ทรงคุณวุฒิที่ปรึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์
ในพระบรมราชูปถัมภ์

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง หนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง ศึกษาระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน ถึง 31 กรกฎาคม 2562 โดยมีวัตถุประสงค์ (1) เพื่อศึกษารูปแบบการบริหารจัดการยาคงเหลือในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มารับยาโรงพยาบาลชุมชน (2) เพื่อพัฒนาแบบการบริหารจัดการยาคงเหลือในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มารับยาโรงพยาบาลชุมชนโดยโปรแกรมการบริหารจัดการยาคงเหลือในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (3) เปรียบเทียบผลการบริหารจัดการยาของผู้ป่วยก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการพัฒนาแบบบริหารจัดการยาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3b-5 ที่มารับบริการที่คลินิกโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลกุดจับ จังหวัดอุดรธานี ซึ่งมีจำนวนทั้งหมด 468 คนคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงได้ 96 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ (1) แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการใช้ยา (2) แบบสอบถามความร่วมมือในการใช้ยา จำนวน 38 ข้อ ตรวจสอบคุณภาพโดยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาด้วยวิธีหาค่าดัชนีความสอดคล้อง ตรวจสอบความยาก อำนาจการจำแนกและตรวจสอบความเที่ยงด้วยวิธีใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคและคำนวณสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน ที่ 20 มีค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.82 และ 0.75 ตามลำดับ (3) โปรแกรมการบริหารจัดการยาคงเหลือในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มารับยาโรงพยาบาลชุมชนตรวจสอบเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน สถิติที่ใช้ คือ คีอ้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบค่าที

ผลการศึกษาพบว่า (1) ก่อนการพัฒนาแบบการบริหารจัดการยาผู้ป่วย ผู้ป่วยมีความรู้ของยาถูกขนาดอยู่ในระดับน้อยมีทัศนคติเกี่ยวกับยาที่ใช้อยู่ในรักษาระดับปานกลาง และมีการปฏิบัติเรื่องรับประทานยาถูกเวลาในระดับปานกลางและมีระดับการให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในระดับปานกลาง (2) เมื่อมีการพัฒนาแบบการบริหารจัดการยาผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยมีความรู้ของยาถูกขนาดเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับปานกลาง มีทัศนคติที่ดีขึ้นใช้รักษาอยู่ในระดับสูง และมีการปฏิบัติเรื่องรับประทานยาถูกเวลาในระดับสูงและมีระดับการให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในระดับสูง (3) เมื่อเปรียบเทียบผลของการบริหารจัดการยาของผู้ป่วยก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการพัฒนาแบบบริหารจัดการยาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ในภาพรวมผู้ป่วยมีความรู้ ทักษะ การปฏิบัติ และความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: การบริหารจัดการยาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ความร่วมมือในการใช้ยา

Development of Drug Management Model among Patient with Chronic Kidney Disease at one Community Hospital of UdonThani Province

Wanchai Phansri, Student, Master of Public Health Program (Hospital Administration)

Panee Sitakalin, Associate Professor Dr., School of Health Science, Sukhothai Thammarath Open University

Somjit Supannatas, Professor Dr., Valaya Alongkorn Rajabhat University under the Royal Patronage

Abstract

This one group pretest-posttest quasi-experimental research was conducted from 2019, June 1st to July 31st. The purposes of the study were (1) design a medication management model, (2) further develop the drug management model and (3) compare the results of drug management before and after implementing the model in patients with chronic kidney disease at a community hospital in UdonThani province.

The study was conducted in sample of 96 patients, purposively selected from all 468 patients with chronic kidney disease stage 3b to 5 who attended the chronic kidney disease clinic at Kudjup hospital. Study instruments included (1) questionnaire on knowledge, attitudes and practice related to the principles of “Five Rights” in medication use, (2) questionnaire on medication adherence with the reliability and validity values 0.82 and 0.75 respectively and (3) program on drug management model for patients with chronic kidney disease at community hospital. Descriptive data presented in percentages, means and standard deviations and analysed by paired t-test.

The results revealed that: (1) Before implementing the drug management model, the patient had a low knowledge level of medication dosages, a moderate level of medication attitudes, a moderate level of practice regarding medication time and a moderate level of medication adherence. (2) After implementing the model, clients’ knowledge of medication dosages step up to a moderate level, medication attitudes step up to a high level, medication time step up to a high level and medication adherence step up to a high level. (3) After implementing the model, clients’ medication knowledge, attitudes and practice levels were significantly higher than before intervention.

Keywords: drug management, patient with chronic kidney disease, medication adherence

บทนำ

โรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก¹⁻² โดยประเทศไทยมีความชุกของโรคไตเรื้อรังตั้งแต่ระยะที่ 3 ขึ้นไปมีประมาณร้อยละ 2.90-13 จากประชากรประมาณ 70 ล้านคน หรืออยู่ในช่วงประมาณตั้งแต่ 2 ล้าน ถึงกว่า 9 ล้านคน² สาเหตุของการเกิดโรคไตเรื้อรังในประเทศไทยเกิดจากเบาหวาน ร้อยละ 36.30 ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 23.30 ภาวะทางเดินปัสสาวะอุดตัน ร้อยละ 4.79 และโรคหลอดเลือดฝอยไตอักเสบ ร้อยละ 2.43 ยิ่งไปกว่านั้นผู้ป่วยเพียงร้อยละ 1.90 เท่านั้นที่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง

การรับประทานยาเป็นพฤติกรรมสุขภาพอย่างหนึ่งที่มีความสำคัญในการป้องกันตนเองจากโรค ซึ่งความเชื่อเป็นสิ่งจูงใจประการหนึ่งที่ทำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Health Belief Model)³ การให้ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อผู้ป่วยในการควบคุมอาการของโรค ป้องกันการลดระดับการทำงานของไตและการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

จากการศึกษาในประเทศไทย เรื่องยาเหลือใช้⁴⁻⁷ พบว่าผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 80 มียาเหลือใช้สาเหตุที่มียาเหลือใช้ได้แก่ ได้รับยามากเกินวันนัด ไม่กินยาตามแพทย์สั่ง พฤติกรรมในการจัดการยาเหลือใช้ 3 อันดับแรก ได้แก่ กินยาเดิมหมดก่อนแล้วจึงกินยาใหม่, เก็บทิ้งและนำยามาคืนที่โรงพยาบาล ตามลำดับและพบว่าผู้ป่วยที่นำยาเหลือใช้ไปทิ้ง มีการกำจัดการอย่างไม่เหมาะสมถึงร้อยละ 80 รายการยาเหลือใช้ที่ถูกนำมาคืนบ่อยที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ simvastatin, omeprazole, enalapril, metformin และ amlodipine ตามลำดับปัญหาเหลือใช้เกิดได้จากหลายสาเหตุ มีการประมาณการในภาพรวมของประเทศไทย พบว่าเกิดการสูญเสียทางการเงินการคลังโดยเปล่าประโยชน์จากปัญหาเหลือใช้ ประมาณ 2,349 ล้านบาทต่อปี หรือประมาณร้อยละ 1.75 ของมูลค่าการบริโภคยาในประเทศ⁸ และกระทรวงสาธารณสุขได้ตระหนักถึงปัญหาเหลือใช้ จึงจัดทำโครงการใช้ใหม่แลกยาเก่า วันที่ 2-5 กรกฎาคม 2555 เพียง 1 สัปดาห์ พบว่ามียา

เหลือใช้ประมาณ 37 ล้านเม็ด พบว่ากลุ่มยาโรคเบาหวานมากที่สุด จำนวน 7.40 ล้านเม็ด รองลงมาคือยาความดันโลหิตสูง 6.70 ล้านเม็ด และยาลดไขมันในเลือด 2.80 ล้านเม็ด ซึ่งรวมทั้ง 3 รายการยามีมูลค่ามากกว่า 40 ล้านบาท ส่วนยาที่เหลือเป็นยากลุ่มอื่นๆ⁹ ซึ่งจากโครงการดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าปัญหาเหลือใช้ของผู้ป่วยเป็นปัญหาที่สำคัญอย่างหนึ่งของระบบสาธารณสุขของประเทศไทย

การสำรวจข้อมูลการนำยามาคืนของผู้ป่วยโรคเรื้อรังโรงพยาบาลกุดจับ¹⁰ พบว่าผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังนำยามาคืนมากที่สุด คือโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรังตามลำดับ โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีจำนวนรายการยาเฉลี่ย 9 รายการ มียาคืนจำแนกตามกลุ่มกลไกการออกฤทธิ์ของยา 5 อันดับแรก ได้แก่ กลุ่มยาเบาหวาน ยากลุ่มเสริมการรักษาวิตามิน/เกลือแร่ กลุ่มยาหลอดเลือด/หัวใจ และกลุ่มยาลดไขมัน ตามลำดับ และกลุ่มยาเบาหวานมีมูลค่ายาคืนสูงสุด คือ 8,976 บาท รองลงมาคือกลุ่มยาเสริมการรักษา 6,824 บาท วิตามิน/เกลือแร่ 6,548 บาท กลุ่มยาลดเลือด/หัวใจ 4,632 บาทและกลุ่มยาลดไขมัน 2,153 บาท ตามลำดับกลุ่มโรคที่มีมูลค่ายาคืนต่อหน่วยสูงสุด คือ กลุ่มโรคหอบหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง เฉลี่ย 350 บาท ต่อหน่วย เมื่อคัดแยกยา พบว่า กลุ่มยาที่น่ากลับมาใช้ได้มากที่สุด คือ ยาเบาหวาน จำนวน 6,358 เม็ด หรือร้อยละ 70.83 ของยาเบาหวานที่นำมาคืนทั้งหมด ส่วนยากลุ่มเสริมการรักษา แม้มีจำนวนยาคืนสูงถึง 6,824 เม็ด แต่เป็นยาที่ยังมีคุณภาพดีที่สามารถนำกลับมาใช้ได้ก็อีกเพียง 2,463 เม็ด เท่านั้น

การให้ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อผู้ป่วยในการควบคุมอาการของโรค ป้องกันการลดระดับการทำงานของไต และการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ อีกทั้งยังทำให้โรงพยาบาลสามารถบริหารจัดการยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถลดค่าใช้จ่ายจากการจัดซื้อยาค่าใช้จ่ายจากยาเหลือใช้ และสามารถลดปัญหาขยะอันตรายที่เกิดจากยาคงเหลือได้ ดังนั้น เพื่อแก้ไขปัญหาเหลือใช้ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ซึ่งเป็นนโยบายของ

โรงพยาบาลกุดจับและฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเพื่อการพัฒนาแบบการบริหารจัดการยาของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในโรงพยาบาลกุดจับ จังหวัดอุดรธานี โดยอาศัยกระบวนการมีส่วนร่วม แบบ Appreciation Influence Control (AIC) ซึ่งเป็นเทคนิคการระดมความคิดที่ให้ความสำคัญต่อความคิดและการมีส่วนร่วมของสมาชิกในชุมชนบนพื้นฐานแห่งความเสมอภาคเป็นกระบวนการที่นำเอาคนเป็นศูนย์กลางพัฒนา และมีการปรับใช้ในงานสาธารณสุขจำนวนมาก เข้าใจง่าย ผู้เชี่ยวชาญที่มาเป็นทีมวิทยากรผ่านการอบรม และมีความชำนาญในการใช้กระบวนการนี้ในงานประจำบ่อยครั้ง¹¹ ในการสร้างการเรียนรู้ ปรับทัศนคติและพฤติกรรมการกินยาของผู้ป่วยให้ถูกต้องตามหลักการประกันความถูกต้อง 5 ด้าน (The Five Rights of Medication Administration; Five Rights (5 R)) คือ ถูกคน (Right patient/client), ถูกยา (Right drug), ถูกขนาด (Right dose), ถูกเวลา (Right time) และถูกวิธีทาง (Right route)¹²

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษารูปแบบการบริหารจัดการยาคงเหลือในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการยาคงเหลือในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มารับยาโรงพยาบาลชุมชนโดยใช้โปรแกรมการบริหารจัดการยาคงเหลือในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
3. เปรียบเทียบผลการบริหารจัดการยาของผู้ป่วยก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการพัฒนาแบบบริหารจัดการยาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

วิธีดำเนินการและขั้นตอนการศึกษา

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi experimental research) แบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (one group pre-test-post-test design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มารับบริการที่คลินิกโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาล

กุดจับ จังหวัดอุดรธานี จำนวน 468 คน กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนของการทดสอบแบบสองทางที่ 0.05 กำหนด power ที่ 0.80 คำนวณค่า effect size ได้ระดับปานกลาง 0.5 คำนวณขนาดตัวอย่างจากโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power ได้ขนาดตัวอย่าง 26 คน เพื่อคำนึงถึงการสูญหายของตัวอย่างและเพิ่มอำนาจการทดสอบทางสถิติ ได้เพิ่มจำนวนตัวอย่างเป็น 100 คน คัดเลือกโดยวิธีแบบเจาะจงจากเวชระเบียนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะ 3b-5 จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่มีจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จำนวนมากกว่า 50 คนขึ้นไป จำนวน 2 แห่ง ได้แก่ รพ.สต.กุดจับ และ รพ.สต.ปะโค แห่งละ 50 คน รวมกลุ่มตัวอย่าง 100 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3b – 5 ที่มารับบริการที่คลินิกโรคไตเรื้อรังรพ.กุดจับ
2. อายุ 20-80 ปี
3. ให้ความร่วมมือในการวิจัย ช่วยเหลือตนเองได้ดีและสมัครใจเข้าร่วม
4. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ อ่านออกเขียนได้ไม่มีปัญหาด้านการได้ยินเสียง ไม่มีหูหนวกหรือหูตึงจนเป็นอุปสรรคในการสื่อสาร

เกณฑ์คัดอาสาสมัครออก (Exclusion criterias)

1. ไม่สามารถเข้าร่วมในการวิจัยได้ต่อเนื่อง
2. ผู้ป่วยเสียชีวิต

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 อย่าง ได้แก่

- (1) แบบเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการเป็นโรค โรคร่วม จำนวนรายการยาที่ได้รับ จำนวนผู้ป่วยที่นำยามาคืน ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ 9 ข้อคำถาม ใช่ ไม่ใช่ ทัศนคติ 12 ข้อ likert 5 ระดับ และการปฏิบัติในการบริหารจัดการยาของผู้ป่วย 9 ข้อ likert 5 ระดับ ส่วนที่ 3 แบบประเมิน

ความร่วมมือในการใช้ยาโดยใช้เครื่องมือวัด 2 เครื่องมือ คือ (3.1) แบบประเมินการให้ความร่วมมือในการใช้ยา แปลภาษาไทยโดยพุทธชาติ มากชุมนุม modified Morisky Medication Adherence Scale (modified MMAS)¹⁴ (3.2) แบบบันทึกการยาคงเหลือของผู้ป่วย โรคไตเรื้อรังเพื่อหาความร่วมมือในการใช้ยา¹³ ประกอบด้วย 8 คำถาม คือ 7 คำถาม ใช่ ไม่ใช่ 1 คำถาม 5 ระดับ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน คือ สาธารณสุขอำเภอ เกษัชกร พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลคลินิกโรคไตเรื้อรัง พบว่าแบบสอบถามและแบบประเมินความร่วมมือในการรักษา ด้วยยามีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและ วัตถุประสงค์ (Index of item objective congruence: IOC) รายข้ออยู่ระหว่าง 0.67–1 จากนั้นนำไปปรับปรุง แก้ไขเครื่องมือตามข้อเสนอแนะและหาความเที่ยงของ เครื่องมือ (Reliability) โดยเครื่องมือที่เป็นแบบ dichotomous ใช้ Kuder-Richardson 20 (KR-20) และ 21 (KR-21) ซึ่งข้อคำถามด้านความรู้ ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.82 ข้อคำถามเกี่ยวกับทัศนคติใช้เครื่องมือที่มีคำถามแบบ Likert scale ใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Chronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.82 ส่วนความเที่ยงข้อคำถามการปฏิบัติตน เท่ากับ 0.75 และได้ค่าความเที่ยงของ Modified MMAS เท่ากับ 0.64 ซึ่งแม้จะมีค่าความเที่ยงต่ำกว่า 0.7 ผู้วิจัยยัง นำมาใช้ในการประเมินความร่วมมือ เนื่องจากเป็นแบบ ประเมินสำเร็จรูปที่ใช้กันแพร่หลาย และมีการทดสอบ ความยากง่ายของคำถาม (Difficulty) โดยผลการทดสอบ พบว่า ข้อคำถามด้านความรู้มีค่าเท่ากับ 0.50 และด้าน ความร่วมมือในการใช้ยา มีค่าเท่ากับ 0.59 และอำนาจ จำแนก (Discrimination) 0.4 ถือว่ามีอำนาจในการจำแนก ดีมาก

(2) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการบริหารจัดการยาคงเหลือในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ที่มารับยาโรงพยาบาลชุมชน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม แบบ Appreciation Influence Control: AIC ผ่านการ ตรวจสอบเครื่องมือ พร้อมทั้งแก้ไขและปรับปรุงตาม ข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ

การเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูล ในช่วง 1 มิถุนายน ถึง 31 กรกฎาคม 2562 ครั้งที่ 1 ชี้นำวัตถุประสงค์ของความ ยินยอม Pretest ครั้งที่ 2 AIC ดำเนินการ 6-7 มิถุนายน 2562 จำนวน 96 คน ครั้งที่ 3 หนึ่งเดือน ประเมิน Post-test ปรับแบบบันทึกนับเม็ดยา จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลด้วย โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยข้อมูลทั่วไปใช้สถิติ พรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลเชิง อนุมานด้วยสถิติ Paired t-test เพื่อเปรียบเทียบความ แตกต่างค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการที่ระดับ นัยสำคัญทางสถิติ 0.05

จริยธรรมในการวิจัย

ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการ วิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี รหัส โครงการ UDREC 2162 ลงวันที่ 27 พฤษภาคม 2562 โดย ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีเก็บข้อมูลและให้อิสระแก่กลุ่ม ตัวอย่างลงนามยินยอมเก็บข้อมูล

ผลการศึกษา

จำนวนผู้ป่วยก่อนและหลังการทดลอง มีจำนวน เท่ากัน 96 ราย เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.50 มีอายุเฉลี่ย 69.14 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) 6.84 ส่วนใหญ่มี สถานภาพสมรส: คู่ ร้อยละ 64.60 จบประถมศึกษา ร้อย ละ 89.60 และประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 75.00 ระยะเวลาการเป็นโรคไต 1–5 ปี ร้อยละ 54.20 โรคร่วมที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 41.10 รองลงมา คือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 28.90 โดยโรคร่วม 2 โรค คิดเป็นร้อยละ 45.80 จำนวนรายการ ยาที่ผู้ป่วยได้รับ 5–8 รายการ ถ้ายาเหลือผู้ป่วยนำยามาคืน ร้อยละ 45.80

ผลการศึกษาแบบการบริหารจัดการยาคงเหลือ ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มารับยาโรงพยาบาลชุมชน ก่อนการ พัฒนารูปแบบการบริหารจัดการยาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จะให้ผู้ป่วย นำยาคงเหลือทุกชนิดมาคืนโรงพยาบาลทุกครั้งที่มารับ บริการพัฒนาโดยเภสัชกร และผู้ป่วยจัดทำแบบบันทึกการ นับเม็ดยาคงเหลือ ป้องกันการสับสนในการใช้ยา หลังการ พัฒนาผู้ป่วยไม่ต้องนำยาคงเหลือมา ใช้วิธีนับเม็ดยา คงเหลือใส่แบบบันทึกมายื่นให้เภสัชกร (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการยาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังผ่านกิจกรรม AIC 6-7 มิ.ย. 62

การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการยา	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา
1. นวัตกรรมที่ได้จากกระบวนการ AIC	ไม่มี	- แบบบันทึกการนับยาคงเหลือที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการออกแบบและพัฒนาเพื่อให้ง่ายต่อการบันทึกข้อมูล
2. ผู้รับบริการ		
- ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง	- นำยาคงเหลือทุกชนิดมาคืนห้องยาทุกครั้งที่มาใช้บริการ	- นับยาคงเหลือเองที่บ้านแล้วนำแบบบันทึกยาดังกล่าวมายื่นให้เภสัชกร โดยไม่ต้องนำยาคงเหลือมาด้วย
ผู้ให้บริการ		
- มีบุคลากรคัดแยกยาคืนจากผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง	- คัดแยกยาคืนเฉพาะจากผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทุกวันพุธ	- คัดแยกยาคืนจากผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆที่ไม่ใช่กลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
- เภสัชกร	- รับยาคืนจากผู้ป่วย CKD แล้วจัดยาใหม่ให้ผู้ป่วยทั้งหมด - ประเมินความร่วมมือในการใช้ยาโดยนับจากยาคงเหลือของผู้ป่วย	- รับใบนับยาคงเหลือจากผู้ป่วยCKD จัดยาเพิ่มให้ผู้ป่วยจนถึงวันนัด - ประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจากแบบบันทึกยาคงเหลือ

การประเมินความรู้ผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ก่อนการเข้าโปรแกรมส่วนมากมีความรู้ระดับดี ร้อยละ 65.60 เมื่อได้รับโปรแกรมการทดลองแล้วผู้ป่วยกลุ่มมีความรู้เพิ่มขึ้นเป็นกลุ่มความรู้ระดับดีร้อยละ 84.40 แต่มีกลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่งที่ระดับความรู้ลดลงเป็นระดับน้อยที่ร้อยละ 5.20 โดยข้อความรู้ในการใช้ยาที่มีคะแนนต่ำสุด 3 อันดับแรก คือ (1) ถ้าลืมกินยา สามารถกินได้ทันทีหรือกินในครั้งต่อไปในขนาดเท่าเดิม ตอบถูก ร้อยละ 52.08 (2) ยาทุกตัวที่ท่านได้รับจากโรงพยาบาลท่านรู้ว่าใช้รักษาโรคอะไรและจะมีอาการข้างเคียงอย่างไร ตอบถูก ร้อยละ 73.96 (3) การกินยาแก้ปวดมากๆ ทำให้ไตเสื่อมได้ ตอบถูก ร้อยละ 76.04 ซึ่งหลังจากการได้รับโปรแกรมพบว่ามีความรู้ในข้อดังกล่าวเพิ่มขึ้น ร้อยละ 79.17, 87.50 และ 81.25 ตามลำดับ

การประเมินความร่วมมือในการใช้ยาจากแบบบันทึกการนับเม็ดยาคงเหลือ พบว่าผู้ป่วยก่อนเข้าโปรแกรมมีปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา (ต่ำกว่าร้อยละ 80) ร้อยละ 8.50 หลังการทดลองพบว่าผู้ป่วยไม่มีปัญหาความร่วมมือจากการใช้ยา (ใช้ยามากกว่าร้อยละ 80) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบระดับความรู้ ความร่วมมือในการใช้ยาจากการนับเม็ดยาคงเหลือ ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (N=96)

ระดับด้านที่ประเมิน	ก่อนเข้าโปรแกรม จำนวน (ร้อยละ)	หลังเข้าโปรแกรม จำนวน (ร้อยละ)
I. ระดับความรู้		
น้อย	2 (2.10)	5 (5.20)
ปานกลาง	31 (32.32)	10 (10.40)
ดี	63 (65.60)	81 (84.40)
II. ระดับความร่วมมือในการใช้ยา		
ร่วมมือดี (ใช้ยา >80%)	88 (91.67)	96 (100.00)
ร่วมมือไม่ดี (ใช้ยา <80%)	8 (8.33)	0 (0.00)

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยความรู้ ด้านการใช้ยา ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องการใช้ยา 7.77 คะแนนระดับความรู้อยู่ในเกณฑ์ดี ($\bar{X}=7.77$, S.D.=1.10) หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องการใช้ยาเพิ่มขึ้นเป็น 8.29 คะแนนระดับความรู้อยู่ในเกณฑ์ดี ($\bar{X}=8.29$, S.D.=1.18) ผู้ป่วยมีความรู้เฉลี่ยเรื่องการใช้ยาหลังเข้าโปรแกรมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001$) แต่เมื่อแยกพิจารณาความรู้เรื่องการใช้ยาตามหลัก 5 R พบว่า ความรู้ด้านถูกคน ถูกทาง และถูกเวลามีคะแนนก่อนและหลังการทดลองเท่ากัน ผู้ป่วยมีระดับความรู้อยู่ในเกณฑ์ดีด้านการใช้ยาถูกชนิดยา และถูกขนาดยา คะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.03$ และ <0.001 ตามลำดับ)

เมื่อพิจารณาด้านทัศนคติการใช้ยา พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติเรื่องการใช้ยา 41.88 คะแนน ($\bar{X}=41.88$, S.D.=6.58) หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติเรื่องการใช้ยาเพิ่มขึ้นเป็น 47.17 คะแนน ($\bar{X}=47.17$, S.D.=8.78) มีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติเรื่องการใช้ยาหลังการใช้โปรแกรมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) เมื่อแยกวิเคราะห์ข้อมูลตามหลัก 5 R พบว่า ทัศนคติในการใช้ยา ถูกคนและถูกยา หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p=0.001$ และ <0.001 ตามลำดับ)

พิจารณาจากการปฏิบัติตัวด้านการใช้ยา พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนรวมการปฏิบัติตัวเรื่องการใช้ยา 32.99 คะแนน ($\bar{X}=32.99$, S.D.=5.54) หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 36.60 คะแนน ($\bar{X}=36.60$, S.D.=6.83) พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตัวเรื่องการใช้ยาหลังเข้าโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยในการปฏิบัติตัวด้านการใช้ยาก่อนและหลังการใช้โปรแกรมพบว่าผู้ป่วยมีคะแนนการปฏิบัติตัวเรื่องการใช้ยาสูงกว่า

ก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้ง 5 R ($p=0.045$, 0.001, 0.015, 0.001 และ <0.001) โดยค่าคะแนนการปฏิบัติตัวในการใช้ยาที่มีค่าคะแนนต่ำสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ (1) หากท่านลืมกินยา ท่านจะกินยาทันทีที่นึกได้ในขนาดยาปกติ โดยไม่เพิ่มหรือลดจำนวนยา ตอบถูกต้อง ร้อยละ 57.71 (2) ท่านนับเม็ดยาคงเหลือก่อนมาโรงพยาบาล และนำยาเดิมทั้งหมดที่เหลือมาโรงพยาบาลด้วยทุกครั้ง เพื่อคืนยาแก่แพทย์ ตอบถูกต้อง ร้อยละ 68.75 (3) เมื่อท่านปวดเมื่อย/หรือมีไข้ ท่านจะปรึกษาแพทย์ก่อนเสมอ จะไม่ซื้อยากินเองเพราะยาแก้ปวดเป็นพิษต่อไตรุนแรง ตอบถูกต้องร้อยละ 72.71 ซึ่งหลังจากกลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรม มีค่าคะแนนการปฏิบัติตัวในการใช้ยาเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 61.25, 75.00 และ 77.50 ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาความร่วมมือในการใช้ยาโดยใช้แบบประเมิน MMAS พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนการให้ความร่วมมือในการใช้ยา 6.16 คะแนน ($\bar{X}=6.16$, S.D.=1.64) หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นเป็น 7.00 คะแนน ($\bar{X}=7.00$, S.D.=1.32) ค่าเฉลี่ยความร่วมมือในการใช้ยาหลังใช้โปรแกรมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยร้อยละความร่วมมือในการใช้ยา ประเมินจากแบบบันทึกการนับเม็ดยาคงเหลือของผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยร้อยละการให้ความร่วมมือ 89.30 คะแนน ($\bar{X}=89.30$, S.D.=6.16) หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยร้อยละความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นเป็น 96.87 คะแนน ($\bar{X}=96.87$, S.D.=2.97) เมื่อหลังการทดลองมีความแตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะ การปฏิบัติตัวด้านการใช้ยา และความร่วมมือในการใช้ยา กลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (N=96)

หัวข้อการประเมิน	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		t	Paired t-test p-value
	$\bar{X}$ (S.D.)	แปลผล	$\bar{X}$ (S.D.)	แปลผล		
I. ด้านความรู้						
ถูกคน (Right patient)	1.92 (0.28)	ดี	1.92(0.28)	ดี	0.00	1.000
ถูกยา (Right drugs)	3.33(0.79)	ดี	3.58(0.79)	ดี	2.19	0.030
ถูกขนาด (Right dose)	0.52(0.50)	น้อย	0.79(0.41)	ปานกลาง	4.37	<0.001
ถูกทาง (Right route)	1.00(0.00)	ดี	1.00(0.00)	ดี	-	-
ถูกเวลา (Right time)	1.00(0.00)	ดี	1.00(0.00)	ดี	-	-
รวมความรู้การใช้ยา	7.77(1.10)	ดี	8.29(1.18)	ดี	3.37	0.001
II. ด้านทัศนคติ						
ถูกคน (Right patient)	11.48 (2.31)	สูง	12.69(2.46)	สูงสุด	3.60	0.001
ถูกยา (Right drugs)	16.67(3.50)	ปานกลาง	19.58(4.27)	สูง	5.25	<0.001
ถูกขนาด (Right dose)	3.53(1.58)	สูง	3.89(1.50)	สูง	1.97	0.052
ถูกทาง (Right route)	3.80(1.60)	สูง	4.15(1.40)	สูง	1.84	0.069
ถูกเวลา (Right time)	6.39(1.71)	ปานกลาง	6.85(1.99)	สูง	1.82	0.072
รวมทัศนคติการใช้ยา	41.88(6.58)	สูง	47.17(8.78)	สูง	5.91	<0.001
III. การปฏิบัติตัว						
ถูกคน (Right patient)	7.41 (2.03)	สูง	8.02(2.02)	สูง	2.04	0.045
ถูกยา (Right drugs)	11.02(2.79)	สูง	12.28(2.55)	สูง	3.47	0.001
ถูกขนาด (Right dose)	3.81(1.42)	สูง	4.24(1.42)	สูงสุด	2.49	0.015
ถูกทาง (Right route)	4.04(1.41)	สูง	4.59(0.90)	สูงสุด	3.29	0.001
ถูกเวลา (Right time)	6.39(1.71)	ปานกลาง	7.47(2.17)	สูง	3.75	<0.001
รวมการปฏิบัติการใช้ยา	32.99(5.54)	สูง	36.60(6.83)	สูง	4.12	<0.001
IV. ความร่วมมือในการใช้ยา						
MMAS	6.16 (1.64)	-	7.00 (1.32)	-	-4.23	<0.001
แบบบันทึกการนับเม็ดยา	89.30 (6.16)	-	96.87 (2.97)	-	-15.13	<0.001

จากตารางที่ 2 แม้ว่าผู้ป่วยร้อยละ 91.67 จะมีความร่วมมือในการใช้ยาก่อนใช้โปรแกรม (จากการตอบแบบสอบถาม) จะอยู่ในเกณฑ์ดี (ใช้ยามากกว่าร้อยละ 80) แต่เมื่อนับเม็ดยาจริงๆ พบว่ายาบางรายการที่มีจำนวนเม็ดยาคงเหลือมาก เช่น sodamint และ hydralazine ซึ่งยาดังกล่าวเป็นยาที่ใช้ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคไตเรื้อรัง และยาความดันโลหิต

สูงตามลำดับ ซึ่งต้องกินยาครั้งละหลายเม็ดและวันละหลายครั้ง จึงมียาเหลือจำนวนมาก แต่หลังจากผู้ป่วยได้รับโปรแกรมแล้วพบว่าจำนวนเม็ดยาคงเหลือลดลงทุกกลุ่มยา ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงรายการกลุ่มยาที่มีจำนวนเม็ดยา คงเหลือมากที่สุด 5 อันดับแรก (N=96)

ลำดับ	รายการกลุ่มยา	ก่อนใช้โปรแกรม จำนวน (ร้อยละ)	หลังใช้โปรแกรม จำนวน (ร้อยละ)
1	ป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน	2,663 (35.98)	523 (38.91)
2	ความดันโลหิต	2,209 (29.84)	489 (36.38)
3	วิตามิน	1,441 (19.47)	184 (13.69)
4	ลดไขมัน	744 (10.05)	93 (6.92)
5	เบาหวาน	363 (4.90)	55 (4.09)
	รวม	7,402 (100.00)	1,344 (100.00)

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 69.14 เป็นโรคไต <5 ปี ร้อยละ 54.20 มีโรคร่วม 2 โรค ร้อยละ 45.80 ได้รับยา 5-8 รายการ ร้อยละ 45.80

ความรู้ในการใช้ยาที่เพิ่มขึ้นของผู้ป่วย เกิดจากการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการคิดในการเสนอแนะ และเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนไม่มากและไม่เร่งรีบในการรับบริการ ประกอบกับผู้ป่วยส่วนมากป่วยโรคอื่นมาก่อนหน้าที่จะมีภาวะแทรกซ้อนทางไต จึงมีความรู้เรื่องโรคและการใช้ยาเป็นทุนเดิมอยู่แล้ว เมื่อได้รับการกระตุ้นหรือการทบทวนความรู้ จึงทำให้ผู้ป่วยมีคะแนนความรู้มากขึ้น และมีความคงทนของความรู้¹⁵

ทัศนคติในการใช้ยาและการปฏิบัติตนในการใช้ยาสูงขึ้น เกิดจากที่ผู้ป่วยมีความรู้มากขึ้น ซึ่งเมื่อมีความรู้ จะทำให้เกิดความคิด ทัศนคติในการใช้ยาที่ถูกต้อง จนนำไปสู่พฤติกรรมหรือการปฏิบัติตนในการใช้ยาที่ถูกต้องมากยิ่งขึ้น ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Marshall H. Becker¹⁶ สำหรับอธิบายพฤติกรรมสุขภาพตามปัจจัยต่างๆ 6 ด้านประกอบด้วย การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค แรงจูงใจด้านสุขภาพ และปัจจัยร่วมอื่นๆ แม้ว่าทัศนคติและพฤติกรรมการใช้ยาจะเพิ่มมากขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีความรู้มากขึ้น ก็ยังมีปัจจัยอย่างอื่นที่อาจทำให้ทัศนคติ

และพฤติกรรมการใช้ยาเพิ่มขึ้นหรือลดลงได้เช่นเดียวกัน

การประเมินความร่วมมือในครั้งนี้ มีการวัดผลความร่วมมือในการใช้ยาโดยทางอ้อม 2 แบบ คือ ใช้แบบประเมินของ modified Morisky Medication Adherence Scale (MMAS) และแบบบันทึกการนับยาคงเหลือที่พัฒนาและปรับปรุงร่วมกันกับกลุ่มตัวอย่างโดยวิธี AIC ซึ่งเมื่อผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการคิดอาจเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดความร่วมมือในการลงบันทึกข้อมูลและใช้ยามากขึ้น และการวัดผล โดยการใช้แบบ MMAS และนับเม็ดยาคงเหลือ ประเมินผลว่ามีความร่วมมือในการใช้ยามากขึ้นมีจำนวนเม็ดยาคงเหลือลดลง ซึ่งเป็นการประเมินโปรแกรมประมาณ 1 เดือนหลังใช้โปรแกรมเท่านั้น จึงทำให้ผู้ป่วยยังจำได้ดี และให้ความร่วมมือในการใช้ยา หากมีการทอกระยะการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาออกไปนานมากขึ้น หรือมีการใช้แบบบันทึกนานอาจทำให้ความร่วมมือในการใช้ยาลดลงได้ ซึ่งในการศึกษากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ซึ่งแม้จะมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรมในการใช้ยามากขึ้นและค่าเฉลี่ยความร่วมมือในการใช้ยามากขึ้นก็ตาม หากยังต้องปรับปรุงหรือหาปัจจัยร่วมอื่นๆในการเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาการศึกษาของ Yap et al¹⁷ ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาโดยเฉพาะในผู้สูงอายุมีหลายด้านโดยจัดกลุ่มได้ดังนี้ (1) ปัจจัยด้านผู้ป่วย (Patient factors) เช่น ภาวะทางจิต ภาวะทางกาย โรคที่เป็น พฤติกรรม ทัศนคติ การปฏิบัติตน ความเชื่อ รวมทั้งลักษณะจำเพาะทางประชากร เป็นต้น (2) ปัจจัยทางด้านยา (Medication factors) เช่น รูปแบบยา ภาชนะบรรจุ อุปกรณ์ช่วยแบ่งเม็ดยา สูตรตำรับยา จำนวนรายการยา การมีผู้ดูแลในการกินยา เป็นต้น (3) ผู้ให้บริการ (Healthcare provider factors) เช่น การสื่อสารที่ขาดประสิทธิภาพปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ เป็นต้น (4) ระบบบริการ (Healthcare system factors) มีการสนับสนุนผู้ป่วยมากเพียงใด (5) ภาวะทางเศรษฐกิจและสังคม (Socio-economic) เช่น ขาดคนดูแล ภาวะยากจน เป็นต้น ซึ่งปัจจัยส่วน

บุคคลจะมีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยามากที่สุด เพราะแต่ละบุคคลจะมีปัจจัยส่วนบุคคลแตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของชไมพร กาญจนกิจสกุล¹⁸ พบว่าครอบครัวมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการเกื้อหนุน ด้านการใช้ยาของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีคะแนนความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติตัวด้านการใช้ยาดีขึ้น จำนวนยาคงเหลือลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังใช้โปรแกรมและมีความร่วมมือในการใช้ยามากขึ้นเมื่อวัดผลโดยทางอ้อมโดย ประเมินจากแบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา MMAS และจากแบบบันทึกการนับเม็ดยาคงเหลือ

ข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการยาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยเน้นทำงานที่เกี่ยวข้องกับทางเภสัชกรรมเป็นหลัก ยังไม่มีลักษณะของการปฏิบัติงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ดังนั้น เพื่อให้การศึกษาสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น และเกิดประโยชน์ ในการนำไปใช้ในงานบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมร่วมกันกับ ทีมสหสาขาวิชาชีพโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยอาจ ใช้การศึกษาแบบศึกษาวิจัยและพัฒนาไปพร้อมๆกัน โดยใช้วงรอบในการศึกษาให้มากขึ้นกว่านี้

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย.คำแนะนำการดูแลรักษาโรคไตเรื้อรัง แบบองค์รวมชนิด ประคับประคอง พ.ศ.2560. เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล แพบลิเคชั่น; 2560.
2. กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.คู่มือปฏิบัติการ เพื่อดำเนินงานลดโรคไตเรื้อรัง CKD ในผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง. สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์กร สงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2559.
3. สุปรียา ตันสกุล.ทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์: แนวทางการดำเนินงานในงานสุขศึกษาและส่งเสริม สุขภาพ. Journal of Health Education 2550;30: 105.

4. พุทธชาติ ฉันทภัทรางกูร, ศิระพร ทอง โปรง,มนูญทองมี. ผลการสำรวจยาเหลือใช้ของผู้ป่วย โรคเรื้อรังโรงพยาบาลบางสะพาน ประจวบคีรีขันธ์. ว. หัวหินสุขใจไกลกังวล2561;3:119-125.

5. พัทธวิภา สุวรรณพรหม,นราวดี เนียมหุ่น, ปราภณา ชามภูณ, ขบาไพร โพธิ์สุยะ, หทัยกาญจน์ เชาวณพูนผล, สกนธ์ สุภากุลและคณะ.ปริมาณและ มูลค่ายาเหลือใช้โรคเรื้อรังในครัวเรือน ตำบลสันทราย หลวง อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่.ว.ไทยเภสัช ศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ 2555;7: 22-8.

6. วรณพร เจริญโชคทวี. สาเหตุของการไม่ใช้ ยาตามคำแนะนำในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด ณ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล .[วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย;2557.

7. วรณคล เชื้อมงคล, ปิยวดี สุขอยู่, นลินี เครือทิวา.ผลการให้คำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วยโรคไต เรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการ ล้างไตทางช่องท้องต่อความร่วมมือในการใช้ยาที่คลินิก บำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี กรุงเทพมหานคร.ว.เภสัชศาสตร์อีสาน2557;10(3):339- 349.

8. ณธชัยญาคุณาพฤกษ์, ปิยะรัตน์ นิมพิทักษ์ พงศ์, นววรรณ เจียรพิรพงษ์, ปิยะเมธ ดิลกธรสกุล. การศึกษาขนาดและผลกระทบทางการคลังของการ ครอบครองยาเกินจำเป็นและการแก้ปัญหาเชิงนโยบาย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข;2555.

9. เจาะลึกระบบสุขภาพ[อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ. [เข้าถึงเมื่อ 21พย.2561].เข้าถึงได้จาก: <https://www.hfocus.org/content/2012/07/877>

10. โรงพยาบาลกุดจับฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน โรงพยาบาลกุดจับ จังหวัดอุดรธานี. สรุปผลการ ดำเนินงานประจำปีงบประมาณ 2561.

11. กันนิษฐา มาเหิม และพัฒน์ ศรีโอษฐ์. ประสิทธิภาพของการประยุกต์ใช้ กระบวนการสร้างความรู้ สร้างแนวทางการพัฒนาและสร้างแนวทางปฏิบัติ (AIC) ต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา 2555;18(2),5-19
12. พวงผกา คงวัฒนานนท์. การใช้ยาและแนวทางการรักษาในเอกสารประกอบการสอนรายวิชาการพยาบาลพื้นฐาน. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. ปทุมธานี. 2546.
13. พุทธชาติ มากชุมนุช, นลินี พูลทรัพย์ และทิพาพร พงษ์เมษา. ผลของการเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ. Veridian E-journal Science and Technology Silpakorn University. 2559;3(1),13-33
14. MacLaughlin EJ, Raehl CL, Treadway AK, Sterling TL, Zoller DP, Bond CA. Assessing medication adherence in the elderly. *Drugs & aging* 2005;22(3),231-255.
15. จิราภรณ์ ชวงค์, เจียมจิต โสภณสุขสถิตย์. ผลของการให้ความรู้ทางด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. ว.วิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2554;5(2):41-50.
16. ทศพล ดวงแก้ว, พัชรินทร์สิริสุนทร. การประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Marshall H. Becker ในการศึกษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนเมืองจังหวัดพิษณุโลก. ว.การวิจัยเพื่อพัฒนาชุมชน(มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์) 2560;10(3).
17. Yap AF, Thirumoorthy T, Kwan YH. Medication adherence in the elderly. *Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics* 2016;7(2):64-7.
18. ชไมพร กาญจนกิจสกุล. กระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการเกื้อหนุนด้านการใช้ยาของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2557.