



เอกสารเผยแพร่ผลงานวิชาการ ทางเว็บไซต์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3-4
โรงพยาบาลบึงนาราง จังหวัดพิจิตร

ปิยะนุช นาคดี
โรงพยาบาลบึงนาราง

การพัฒนารูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3-4

โรงพยาบาลบึงนาราง จังหวัดพิจิตร

Development of Pharmaceutical Care on Chronic Kidney Disease

Patients in Stage 3- 4 at Bungnarang Hospital, Phichit Province

ปิยะนุช นาคดี

โรงพยาบาลบึงนาราง

Piyanut Nakdee

Bungnarang Hospital, Phichit Province

บทคัดย่อ

ที่มา: ปัญหาจากการใช้ยาที่พบมากที่สุด คือ การไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งพบมากในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีแนวโน้มเพิ่ม ซึ่งโรงพยาบาลยังดำเนินงานบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังยังไม่ชัดเจน และยังไม่เคยประเมินผลลัพธ์ กระบวนการเดิม คือ การบริหารทางเภสัชกรรมหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการตรวจจากแพทย์ หากพบปัญหาจากการใช้ยา จะส่งผู้ป่วยกลับไปเพื่อประเมินอีกครั้ง จะเห็นว่ามีเวลาค่อนข้างจำกัด จึงอาจทำให้ผู้ป่วยบางรายแก้ไขปัญหามิได้ครบถ้วน

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาและพัฒนารูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรม รวมถึงเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านกระบวนการดูแลผู้ป่วย ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วย ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรม

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental study) แบบวัดผลก่อน-หลังในกลุ่มตัวอย่างเดี่ยว ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 – 31 มกราคม 2568 กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 จำนวน 40 คน ประเมินผลลัพธ์ (1-2 ครั้ง) ได้แก่ ผลลัพธ์ด้านกระบวนการ (การแก้ไขปัญหาจากการใช้ยา ความรู้เรื่องยา โรค พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อม ความร่วมมือในการใช้ยา คุณภาพชีวิต และความเหมาะสมของการใช้ยา ACEIs หรือ ARBs) และผลลัพธ์ทางคลินิก (ปัจจัยเสี่ยงของไต, ภาวะแทรกซ้อน, การชะลอการเสื่อมของไต)

ผลการวิจัย: เมื่อเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการบริหารทางเภสัชกรรม พบว่า ความรู้เรื่องยา โรค พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อม ความร่วมมือในการใช้ยา คุณภาพชีวิต และค่าการทำงานของไต (eGFR) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสามารถตรวจจับ พร้อมทั้งแก้ไขปัญหาจากการใช้ยาในผู้ป่วยเฉพาะรายเพิ่มมากขึ้น

สรุปผล: การให้การบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ มีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้น และลดปัญหาจากการใช้ยา ซึ่งส่งผลต่อการชะลอการเสื่อมของไต และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ การบริหารทางเภสัชกรรม โรคไตเรื้อรัง

Abstract

Background: The most common drug-related problems is non-compliance. Most patients with stage 3 or 4 chronic kidney disease, which is likely to increase. However pharmaceutical care is still unclear, and the results have never been evaluated. Pharmaceutical care will be provided after the patient has been examined by a doctor. If a drug-related problems found, the patient will be sent back for evaluation. Time is quite limited, which may cause some patients to not fully solve their problems.

Objectives: To study and develop pharmaceutical care models, included compare outcomes of patient care processes and clinical outcomes of patients before and after the development of the pharmaceutical care model.

Methods: Quasi-experimental study with pre-post measurement in a single sample group between October 1 2024 and January 31 2025. The sample group consisted of 35 patients with stage 3 or 4 chronic kidney disease. Outcomes were assessed (1-2 times) included process outcomes (solved drug-related problems, knowledge about drugs, diseases, behaviors to slow down kidney failure, compliance in using drugs, quality of life, and appropriateness of using ACEIs or ARBs) and clinical outcomes (risk factors, complication, slow the deterioration of the kidney function).

Results: Compared before and after receiving pharmaceutical care, found that knowledge about medicines, diseases, behaviors to slow the deterioration of the kidney function, medication adherence, quality of life, and kidney function (eGFR) were significantly and increased showed higher rates in detecting and solving drug-related problems in specific patients.

Conclusion: Pharmaceutical care constitute an effective process to slow the deterioration rate of kidney function in patients with chronic kidney disease. Patients can improve their knowledge on kidney disease, increase medication adherence and decrease drug-related problems, which is likely to slow the deterioration of the kidney function and improve clinical outcomes.

Keywords: Development of model, Pharmaceutical Care, Chronic Kidney Disease

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) เป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก รวมทั้งประเทศไทย เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ทำให้เสียชีวิตก่อนวัยอันควร และมีการดำเนินโรคไปสู่โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ต้องได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต หรือการปลูกถ่ายไต (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2565) โรงพยาบาลบึงนารางมีปัญหามาจากการใช้ยาของผู้ป่วยที่พบมากที่สุด คือ การไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา ส่วนใหญ่จะเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีจำนวนมากขึ้น และจากฐานข้อมูลของระบบคลังข้อมูลด้านสุขภาพจังหวัดพิจิตร ข้อมูล ณ วันที่ 15 สิงหาคม พ.ศ. 2567 (Health Datacenter(HDC), 2564-2566) ยังพบข้อมูลรายงานที่ยังต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ ค่าความดันโลหิต และการได้รับยาในกลุ่ม ACEIs/ARBs นอกจากนี้ ยังพบการดำเนินไปของโรคไตที่มากขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าเภสัชกรมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริม และจัดการการใช้ยาให้เหมาะสมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ผ่านกิจกรรมของการบริหารทางเภสัชกรรม (สุธาร, 2561) แต่ในปัจจุบันโรงพยาบาลบึงนารางยังดำเนินงานบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังยังไม่ชัดเจน และไม่เคยประเมินผลลัพธ์ในการดำเนินงาน โดยปกติจะมีการตรวจสอบความถูกต้องของรายการยา และให้คำแนะนำผู้ป่วยหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการตรวจจากแพทย์ และได้รับใบนัดจากพยาบาลหากพบปัญหาจากการสั่งยา เภสัชกรจะส่งผู้ป่วยกลับไปพบผู้จัดการผู้ป่วยเพื่อประเมินอีกครั้งจึงจะได้รับการแก้ไขปัญหา ซึ่งมีเวลาค่อนข้างจำกัด จึงอาจทำให้ผู้ป่วยบางรายแก้ไขปัญหามิได้ครบถ้วน หรือไม่ตรงประเด็น อาจเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยมีการดำเนินไปของโรคที่แย่ลงได้

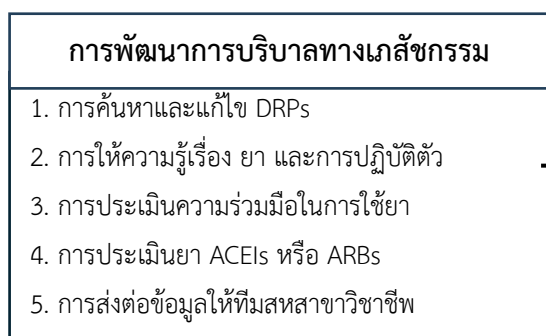
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษารูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 โรงพยาบาลบึงนาราง
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 โรงพยาบาลบึงนาราง
3. เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านกระบวนการดูแลผู้ป่วย และผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยก่อน และหลังการพัฒนารูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 โรงพยาบาลบึงนาราง

สมมติฐานของการวิจัย

ภายหลังการพัฒนาการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 - 4 จะมีผลลัพธ์ด้านกระบวนการดูแลผู้ป่วย และผลลัพธ์ทางคลินิกสูงกว่าก่อนการบริหารทางเภสัชกรรมที่นัยสำคัญระดับ 0.05

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ผลลัพธ์ด้านกระบวนการ

- การแก้ไขปัญหาจากการใช้ยา
- ความรู้เรื่องยา โรค พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อม
- ความร่วมมือในการใช้ยา
- คุณภาพชีวิต
- ความเหมาะสมของการใช้ยา ACEIs หรือ ARBs

ผลลัพธ์ทางคลินิก

- ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยงของไต: BP, FBS
- ด้านภาวะแทรกซ้อน: Na Cl K CO₂
- ด้านชะลอการเสื่อมของไต: eGFR, Scr

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

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

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 จำนวน 365 ราย ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลบึงนาราง ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 – 31 มกราคม 2568

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 หรือระยะที่ 4 ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลบึงนาราง จากการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง ใช้โปรแกรม G*Power กำหนดระดับนัยสำคัญ (Significance level; α) ที่ระดับ 0.05 อำนาจการทดสอบ (Power of test; $1-\beta$) เท่ากับ 0.8 ขนาดอิทธิพลของตัวแปรอิสระที่มีต่อตัวแปรตาม (Effect size) เท่ากับ 0.5 (ลิตดาวัลย์, 2566) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 34 ตัวอย่าง และกำหนดให้มีการเผื่อการสูญเสียประมาณ 10% ได้เท่ากับ 38 จึงกำหนดให้มีตัวอย่าง 40 ราย เพื่อให้ขนาดตัวอย่างเพียงพอต่อการวิเคราะห์ข้อมูล โดยมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จากผู้ที่เข้าหลักเกณฑ์ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ ผู้ป่วยนอกที่มีอายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ด้วย ICD-10 รหัสโรค N18.3-N18.4 ชักประวัติแล้วพบว่าผู้ป่วยรับประทานยาไม่ถูกต้อง มาผิวนัดมียาเหลือจำนวนมาก หรือมีรายการยาหลายขนาน มีโรคร่วม คือ เบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูง สามารถสื่อสารได้เข้าใจ ไม่มีความผิดปกติด้านการรับรู้ หรือมีผู้ดูแลที่สามารถตอบคำถามได้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีประวัติหรือภาวะไตวายเฉียบพลัน (AKI) ก่อนหรือระหว่างการศึกษา หรือโรคทางภูมิคุ้มกัน ผู้ป่วยตั้งครรภ์ และผู้ป่วยที่ไม่สามารถติดตามผลการรักษาได้ภายในระยะเวลา 1 เดือน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกออกเป็น 2 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย Patient Medical Profile แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับคนไทย (Medication Adherence Scale for Thais; MAST) แบบวัดคุณภาพชีวิต แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามวัดคุณภาพชีวิต EQ-5D-5L ฉบับภาษาไทย และแบบวัดคุณภาพชีวิต KDQOL-SF™ 1.3 ฉบับภาษาไทย ซึ่งทั้ง 3 แบบ ได้ขออนุญาตใช้ลิขสิทธิ์ และแบบวัดความรู้ เรื่องโรคไตเรื้อรัง การปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อม และความรู้ เรื่องยา ได้ปรับเปลี่ยนจากวิทยานิพนธ์ (พัชนี นวลช่วย, 2555)

การตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบวัดความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง การปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อม และความรู้เรื่องยา ตรวจสอบ ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ของแบบวัดความรู้ โดยผ่านความเห็นผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ภาสกรที่ดำรงตำแหน่งอาจารย์ประจำภาควิชาเภสัชกรรมปฏิบัติ 1 ท่าน และเภสัชกรผู้มีประสบการณ์ในโรงพยาบาลชุมชน 2 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective) Congruence: IOC) เท่ากับ 1 โดยมีการปรับข้อคำถามให้เหมาะสมสอดคล้องกับการประเมิน และนำแบบประเมินมาทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย วิเคราะห์ค่าความยากง่าย และอำนาจจำแนก มีค่าระหว่าง 0.3 – 0.8 และหาความเที่ยงโดยวิธีของ Kuder-Richardson (KR-20) ได้เท่ากับ 0.716 0.737 0.784 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นตอนเตรียมการก่อนการดำเนินการศึกษา

1.1 การทบทวนวรรณกรรม และเอกสารที่เกี่ยวข้อง พร้อมกำหนดแนวทางในการให้บริบาลทางเภสัชกรรมโดยทีมสหวิชาชีพ

2. การดำเนินการวิจัย หลังจากผ่านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

2.1 ศึกษาประวัติผู้ป่วย โดยดูผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ยาที่ผู้ป่วยได้รับ ประวัติเกี่ยวกับปัญหาเรื่องยา

2.2 เมื่อถึงวันนัด ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ป่วยที่สมัครใจเข้าร่วมงานวิจัยตามเกณฑ์คัดเข้าดำเนินการวิจัย การบริบาลทางเภสัชกรรม โดยครั้งที่ 1 เก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย จากทั้งเวชระเบียน และการสัมภาษณ์ เพื่อเก็บเป็นข้อมูลทั่วไป ความรู้เรื่องโรค ยา ความร่วมมือในการใช้ยา และคุณภาพชีวิต เป็นข้อมูลก่อนการให้บริบาลทางเภสัชกรรม โดยดำเนินการระหว่างที่ผู้ป่วยรอตรวจ หลังจากนั้นผู้วิจัยจะให้ความรู้เรื่องโรค ยา อาการข้างเคียง วิธีปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไต วิเคราะห์ปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยแต่ละราย ผู้วิจัยจะกำหนดเป้าหมายการแก้ไขปัญหาด้านผลการรักษาและความปลอดภัยด้านยาที่ดีที่สุด โดยให้สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วย มุ่งเน้นการแก้ปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วยแต่ละรายเป็นเป้าหมายหลัก พร้อมทั้งลงบันทึกในแบบฟอร์มการ consult แพทย์โดยเภสัชกร และแนบไปกับใบนำทางของผู้ป่วยเพื่อส่งต่อให้แพทย์พิจารณา หลังจากนั้นจะกำหนดวิธีการให้การบริบาลทางเภสัชกรรม และติดตามผลการบริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้ยาในรอบนัดถัดไป ส่วนครั้งที่ 2-3 ผู้ป่วยมาตามนัดระยะเวลาห่างกันประมาณ 1 - 3 เดือน ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ป่วยตามแบบสอบถามชุดเดิม เก็บข้อมูลประเมินผลเปรียบเทียบ ก่อน - หลัง และให้การบริบาลทางเภสัชกรรมของผู้ป่วยแต่ละราย

2.3 การประเมินการสั่งยาในกลุ่ม ACEIs/ARBs ในผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์ควรได้รับยา และหยุดใช้ยาเมื่อไม่ควรใช้ยา มีการติดตามผลระดับครีตินินในเลือด (SCr) และระดับโพแทสเซียมในเลือด (K) เพื่อดูความเหมาะสมการใช้ยาในกลุ่ม ACEIs/ARBs หลังเริ่มยา 1 - 2 เดือน

2.4 ขั้นตอนการประเมินปัญหาเกี่ยวกับยา การวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย นำมาจำแนกประเภทเพื่อประเมินปัญหาแต่ละประเภทเพื่อแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยแต่ละราย

2.5 ประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยแบ่งการวิเคราะห์ ดังนี้

1. สถิติพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงมาตรฐาน สำหรับอธิบายข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ระดับความรู้ ความร่วมมือในการใช้ยา คุณภาพชีวิต และผลลัพธ์ทางคลินิก

2. สถิติเชิงวิเคราะห์ในข้อมูลเชิงอนุमानด้วยสถิติ Paired t-test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยก่อน และหลังการพัฒนา รูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรม และใช้ Chi-square test ในการวิเคราะห์ความแตกต่าง การสั่งใช้ยาในกลุ่ม ACEIs/ARBs ก่อนและหลังการพัฒนา รูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรม ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4

ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 รูปแบบการบริหารจัดการทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 แบบเดิม และการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4

จากการวิเคราะห์รูปแบบการบริหารจัดการทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 แบบเดิม (ภาพที่ 2 ซ้าย) พบปัญหา ดังนี้ งานบริหารจัดการทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจะเริ่มดำเนินการหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการตรวจจากแพทย์ และได้รับใบนัดแล้ว โดยเภสัชกรจะให้คำแนะนำ ทบถามการใช้ยา หากพบประเด็นปัญหาการใช้ยา เภสัชกรจะแก้ไขปัญหาการใช้ยาให้กับผู้ป่วยที่ช่องจ่ายยา หรือขอคำปรึกษา หรือส่งผู้ป่วยกลับไปพบแพทย์ เพื่อประเมินอีกครั้ง จึงจะได้รับการแก้ไขปัญหา ซึ่งจะมีเวลาค่อนข้างจำกัด อาจทำให้ผู้ป่วยบางรายแก้ไขปัญหาไม่ครบถ้วน หรือไม่ตรงประเด็น จึงสรุปสาเหตุความสัมพันธ์ที่อาจก่อให้เกิดปัญหาในแผนภูมิแก๊งปลา (Fish Bone Diagram) (ภาพที่ 3) หลังจากนั้นดำเนินการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 (ภาพที่ 2 ขวา) โดยการประชุมผ่านคณะกรรมการเภสัชกรรม และการบำบัด จึงได้ข้อสรุปขั้นตอนการบริหารจัดการทางเภสัชกรรมดังนี้ คือ

1. พยาบาลคัดกรองผู้ป่วยตามเกณฑ์เพื่อส่งพบเภสัชกรในวันที่ผู้ป่วยมาตามนัด
2. เภสัชกรให้การบริการจัดการทางเภสัชกรรมก่อนพบแพทย์ ประกอบด้วยกิจกรรมดังต่อไปนี้

2.1 สืบค้นปัญหาการใช้ยา หากพบปัญหาจากการใช้ยา จะลงบันทึกในรูปแบบฟอร์มการ consult แพทย์โดยเภสัชกร พร้อมแนบไปกับใบนำทางของผู้ป่วยเพื่อส่งต่อให้แพทย์พิจารณา

2.2 ให้ข้อมูลความรู้สำคัญในการดูแลตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไตและป้องกันโรคแทรกซ้อน เกี่ยวกับข้อมูลวิธีการใช้ยา การสังเกตผลข้างเคียงของยา การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค การเคลื่อนไหวร่างกาย และการผ่อนคลายจิตใจให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

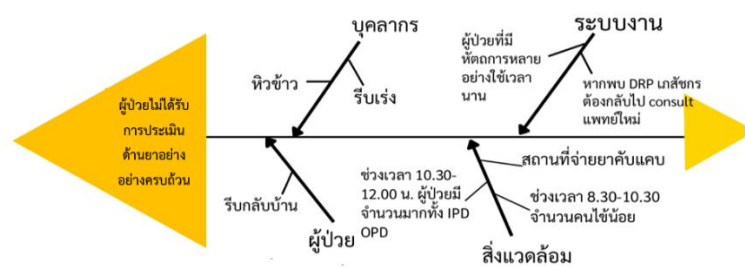
3. ส่งพบแพทย์เพื่อเข้าตรวจรักษา

4. ติดตามผลลัพธ์จากการปรึกษาแพทย์ และให้การบริการจัดการทางเภสัชกรรมหลังพบแพทย์ พร้อมทั้งจ่ายยาให้ผู้ป่วยกลับไป ประกอบด้วยกิจกรรมดังต่อไปนี้ สอบทนายการยาที่ได้รับปัจจุบัน เปรียบเทียบกับรายการที่ได้รับครั้งสุดท้าย หากพบปัญหาจากการใช้ยา เภสัชกรจะปรึกษาแพทย์ผู้ตรวจรักษาอีกครั้ง เพื่อพิจารณาความเหมาะสม และหากมีการปรับเปลี่ยนยา ต้องให้คำแนะนำวิธีการใช้ยา เน้นให้เห็นความจำเป็นที่ต้องปรับเปลี่ยนยา และให้เฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์

5. กำหนดวิธีการให้การบริบาลทางเภสัชกรรม และติดตามในรอบนัดถัดไป



ภาพที่ 2 รูปแบบการบริหารจัดการทางเภสัชกรรม แบบเดิม (ซ้าย) และหลังการพัฒนา (ขวา)



ภาพที่ 3 แผนภูมิแก๊งปลา (Fish Bone Diagram) แสดงการวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหา (Root Cause Analysis)

ตอนที่ 2 ผลลัพธ์การพัฒนาแบบการบริหารจัดการทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ในด้านกระบวนการดูแลผู้ป่วย และผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วย (n = 35)

2.1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ.2567 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ.2568 จากเกณฑ์การคัดเข้า จำนวน 40 ราย พบว่า สามารถติดตามผลได้ครบถ้วนจำนวน 35 ราย ส่วนอีก 5 รายไม่มาตามนัด ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนมากเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 60 มีอายุโดยเฉลี่ย 72.11 ± 9.11 ปี อยู่ในสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 77.10 จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 88.60

ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 74.28 ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 88.60 และปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 71.43 เมื่อแบ่งตามระยะของโรคไต พบว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3a มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 57.10 โดยมีโรคร่วม เป็นโรคความดันโลหิตสูง และโรคไขมันในเลือดสูง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 74.30 และร้อยละ 71.40 ตามลำดับ

2.2 ผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมด้านกระบวนการดูแลผู้ป่วย

2.2.1 ความรู้เรื่องยา โรคไตเรื้อรัง และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อม ความร่วมมือในการใช้ยา และคุณภาพชีวิต

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความรู้เรื่องยา เรื่องโรคไตเรื้อรัง และเรื่องพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อม ความร่วมมือในการใช้ยา และคุณภาพชีวิต ก่อนและหลังการให้การบริหารทางเภสัชกรรม (n=35 คน)

ตัวแปร	N	M	S.D.	Mean	t	p-value
Difference						
ความรู้เรื่องยา						
ก่อนดำเนินการ	35	6.11	2.27	1.69	-4.92	0.000*
หลังดำเนินการ	35	7.80	1.54			
ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง						
ก่อนดำเนินการ	35	3.80	2.08	2.25	-5.60	0.000*
หลังดำเนินการ	35	6.05	2.58			
ความรู้พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อม						
ก่อนดำเนินการ	35	68.45	4.77	2.43	-3.59	0.001*
หลังดำเนินการ	35	70.88	4.50			
ความร่วมมือในการใช้ยา						
ก่อนดำเนินการ	35	32.14	5.50	5.11	-5.84	0.000*
หลังดำเนินการ	35	37.25	2.17			
คุณภาพชีวิต: EQ-5D-5L						
ก่อนดำเนินการ	35	0.76	0.24	0.04	-1.63	0.000*
หลังดำเนินการ	35	0.80	0.20			
คุณภาพชีวิต: KDQOL-SF™1.3						
ก่อนดำเนินการ	35	89.66	13.47	0.07	-0.41	0.112
หลังดำเนินการ	35	89.73	13.78			

* $p < 0.01$

จากตารางที่ 1 พบว่า ความรู้เรื่องยา โรคไตเรื้อรัง และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อม ความร่วมมือในการใช้ยา และคุณภาพชีวิต แบบวัด EQ-5D-5L มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนคุณภาพชีวิตแบบวัด KDQOL-SF™1.3 ที่ใช้เฉพาะผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังนั้นไม่มีความแตกต่างกัน

2.2.2 การแก้ไขปัญหามาจากการใช้ยา

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วย (DRPs)

ประเภท	จำนวนผู้ป่วย (n=35)	
	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา
1. ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่ควรจะได้รับ (Need for additional drug therapy): ACEIs/ARBs	11 (31.43)	9 (25.71)
2. ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse drug reaction)	2 (5.71)	0
- Enalapril	1 (2.85)	0
- Allopurinol	1 (2.85)	0
3. ผู้ป่วยไม่ได้ใช้ยาตามที่สั่ง (Non-compliance) **ผู้ป่วยบางรายพบปัญหานี้ในยาหลายรายการ	15 (42.86)	4 (11.43)
- ลืมกินยา	2 (5.71)	1 (2.85)
- ปรับขนาดยาเอง	3 (8.57)	0
- ไม่อ่านฉลากยา กรณีมีการสั่ง ปรับ ลด/เพิ่ม	4 (11.43)	2 (5.71)
- ซื้อยา อาหารเสริมทานเอง	6 (17.14)	1 (2.85)

จากตารางที่ 2 ก่อนการพัฒนารูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรม พบปัญหาจากการใช้ยาที่มากที่สุดคือ ผู้ป่วยไม่ได้ใช้ยาตามที่สั่ง 15 ราย ได้แก่ ผู้ป่วยลืมทานยา ปรับลดขนาดยาเอง ไม่อ่านฉลากยาก่อนทานยา และซื้อยาอาหารเสริมทานเอง คิดเป็นร้อยละ 42.86 รองลงมาคือ ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่ควรจะได้รับ ได้แก่ ยากลุ่ม ACEIs/ARBs 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 31.43 (ผู้ป่วยที่ไม่ได้ใช้ยา ACEIs/ARBs ทั้งหมด 18 ราย แต่มีข้อบ่งชี้จำนวน 11 ราย) และเกิดอาการไม่พึงประสงค์ 2 ราย ได้แก่ เกิดอาการไอบจากผลข้างเคียงของยา Enalapril และสงสัยแพ้ยาแบบ Steven-Johnson Syndrome (SJS) จากยา Allopurinol คิดเป็นร้อยละ 5.71 หลังการพัฒนารูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรม พบว่า ผู้ป่วยไม่ได้ใช้ยาตามที่สั่ง ลดลงจาก 15 ราย เป็น 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.43 และการไม่ได้รับกลุ่มยา ACEIs/ARBs ลดลงจาก 11 ราย เป็น 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 25.71

2.2.3 ความเหมาะสมของการใช้ยา ACEIs หรือ ARBs

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างการบริหารทางเภสัชกรรมในการประเมินการสั่งใช้ยากลุ่ม ACEIs/ARBs โดยใช้สถิติ Chi-square test (n=35)

รายการ	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา	X ²	df	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
ใช้ยา ACEIs/ARBs	17 (48.60)	19 (54.30)	-1.414	1	0.157
ไม่ใช้ยา ACEIs/ARBs	18 (51.40)	16 (45.70)			

เมื่อเปรียบเทียบการสั่งใช้ยา ACEIs/ARBs ก่อนและหลังการบริหารทางเภสัชกรรม พบว่า ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยก่อนการพัฒนา มีสัดส่วนการสั่งใช้ยา ร้อยละ 48.60 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 54.30 หลังการบริหารทางเภสัชกรรม ซึ่งมีผู้ป่วยรายเดิมที่ใช้ยา ACEIs/ARBs อยู่ก่อนแล้ว 17 ราย ในระหว่างการติดตามผล โดยผู้ป่วยเริ่มยา Enalapril 5 mg 1x1 pc จำนวน 2 ราย เมื่อติดตามค่า SCr พบว่า ลดลงทั้ง 2 ราย แต่ค่า K เพิ่มขึ้น 1 ราย ซึ่งได้รับแจ้งปัญหาการรับประทานสัปดาห์หนึ่ง จึงต้องติดตามในนัดถัดไป

2.3 ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยจากการพัฒนารูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรม
 ตารางที่ 4 เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วย ก่อนและหลังการให้การบริบาลทางเภสัชกรรม

ตัวแปร	N	M	S.D.	Mean Difference	t	p-value
ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยงของไต						
SBP (mmHg)						
ก่อนดำเนินการ	35	131.91	14.34	0.57	-1.93	0.848
หลังดำเนินการ	35	132.48	12.25			
DBP (mmHg)						
ก่อนดำเนินการ	35	72.88	7.92	1.69	-1.020	0.315
หลังดำเนินการ	35	74.57	8.69			
FBS (mg/dL)						
ก่อนดำเนินการ	35	108.50	27.74	25.45	-2.635	0.016*
หลังดำเนินการ	35	133.95	36.49			
ด้านภาวะแทรกซ้อน						
Na (mmol/L)						
ก่อนดำเนินการ	35	139.42	4.01	0.71	0.811	0.423
หลังดำเนินการ	35	138.71	5.54			
K (mmol/L)						
ก่อนดำเนินการ	35	4.18	0.52	1.14	-1.113	0.273
หลังดำเนินการ	35	5.32	6.22			
Cl (mmol/L)						
ก่อนดำเนินการ	35	103.65	3.56	1.37	2.235	0.032*
หลังดำเนินการ	35	102.28	4.06			
CO ₂ (mmol/L)						
ก่อนดำเนินการ	35	24.48	2.24	2.4	-1.751	0.089
หลังดำเนินการ	35	26.88	8.33			
ด้านชะลอการเสื่อมของไต:						
eGFR						
ก่อนดำเนินการ	35	41.35	10.33	4.33	-4.936	0.000*
หลังดำเนินการ	35	45.68	11.04			
SCr						
ก่อนดำเนินการ	35	1.47	0.35	0.12	4.829	0.000*
หลังดำเนินการ	35	1.35	0.33			

* $p < 0.05$

จากตารางที่ 4 พบว่า ค่าระดับน้ำตาลในเลือด (FBS), ระดับคลอโรไตน์ในเลือด (CI) และค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไต (estimated glomerular filtration rate; eGFR) มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนค่าครีตินินในเลือด (SCr) มีค่าเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปและอภิปรายผล

ผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ในด้านกระบวนการดูแลผู้ป่วย และผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วย จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายได้ดังนี้

ด้านกระบวนการดูแลผู้ป่วย

การค้นพบปัญหาจากการใช้ยาและการแก้ไขปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วย พบว่า การสั่งใช้ยา ACEIs/ARBs หลังการบริหารมีการใช้เพิ่มขึ้นเล็กน้อย และปัญหาจากการใช้ยาลดลง สำหรับสาเหตุของปัญหาการใช้ยาที่พบมากที่สุด คือ จากตัวผู้ป่วยเอง และเมื่อปรึกษาแพทย์ ส่วนใหญ่แพทย์จะยอมรับ และจัดการตามแนวทางที่เภสัชกรได้เสนอไป การจัดการปัญหาของเภสัชกรได้รับการยอมรับจากบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วยและผู้ดูแล ซึ่งเป็นสัญญาณที่ดีใน การยอมรับบทบาทของเภสัชกรในการทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ โดยปัญหาจากการใช้ยาที่พบมากที่สุด คือ การที่ผู้ป่วยไม่ได้ใช้ยาตามที่สั่ง และการเลือกยาไม่เหมาะสม ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกของการบริหารเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโรงพยาบาลเวียงแหง จังหวัดเชียงใหม่ (กันยารัตน์ พรหมคำแดง และฉัตรพิงศ์ ศิริลักษณ์, 2566) การที่ค้นพบปัญหาจากการใช้ยาเพิ่มมากขึ้น อาจมีสาเหตุมาจากการให้การบริหารทางเภสัชกรรมสามารถพบทวนการสั่งใช้ยาปรึกษาแพทย์ และแก้ไขปัญหาดังกล่าวขณะปฏิบัติงานได้ทันที เมื่อพบปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการส่งจ่ายยาที่ถูกต้องเหมาะสมตามแนวทางสะดวกรวดเร็วมากขึ้น

ความรู้เรื่องยาโรคไตเรื้อรัง และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อม พบว่า หลังการให้บริหารทางเภสัชกรรม มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เนื่องจากกระบวนการบริหารทางเภสัชกรรมมีการเรียนรู้เรื่องยา ความสำคัญของการใช้ยา และองค์ประกอบอื่นในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งผลที่เกิดตามมาในการปฏิบัติตัว จึงทำให้มีความรู้และความร่วมมือดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาผลของการให้บริหารทางเภสัชกรรมต่อการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่โรงพยาบาลท่าศาลา (พัชนี นวลช่วย, 2555) พบว่า หลังการให้บริหารทางเภสัชกรรม ความรู้เรื่องยา โรคไตเรื้อรัง และมีพฤติกรรมปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อมเพิ่มขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยสหวิชาชีพ ณ โรงพยาบาลนางรอง (สุภาภรณ์ แก้วชนะ และวนรัตน์ อนุสรณ์เสงี่ยม, 2563) พบว่า หลังการให้บริหารทางเภสัชกรรม ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้น การที่ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้น และมีพฤติกรรมปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อมเพิ่มสูงขึ้นย่อมส่งผลเชิงบวกในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม ดังนั้น เภสัชกรควรมีบทบาทสำคัญร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการพบทวนแนวทางการรักษาตามผลการตรวจร่างกาย ค่าทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วย การปรับเปลี่ยนขนาดยาให้มีความเหมาะสม รวมทั้งในการให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับโรค การใช้ยา และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ความร่วมมือในการใช้ยา พบว่า หลังการให้บริบาลทางเภสัชกรรมมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เนื่องจากกระบวนการบริบาลทางเภสัชกรรมมีการเรียนรู้เรื่องยา ความสำคัญของการใช้ยา และองค์ประกอบอื่นในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งผลที่เกิดตามมาในการปฏิบัติตัว จึงทำให้ความร่วมมือดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาผลลัพธ์การให้บริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคไต ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลแพร่ (ภาวินี ดิวงค์, 2558) โดยปัญหาจากการใช้ยาที่พบมากที่สุด คือ การที่ผู้ป่วยไม่ได้ใช้ยาตามที่สั่ง และการเลือกใช้ยาไม่เหมาะสม ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกของการบริบาลเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโรงพยาบาลเวียงแหง จังหวัดเชียงใหม่ (กันยารัตน์ พรหมคำแดง และฐิติพงศ์ ศิริลักษณ์, 2566) โดยประเด็นปัญหาคือการที่ผู้ป่วยไม่ได้ใช้ยาตามที่สั่งเพิ่มมากขึ้น อาจมีสาเหตุมาจากการให้การบริหารทางเภสัชกรรม การสามารถทบทวนการสั่งใช้ยา ปรีกษาแพทย์ และแก้ไขปัญหาดังกล่าวขณะปฏิบัติงานได้ทันทีเมื่อพบปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการส่งจ่ายยาถูกต้องเหมาะสมตามแนวทาง สะดวก รวดเร็วมากขึ้น

คุณภาพชีวิตที่ใช้แบบวัดคุณภาพชีวิต EQ-5D-5L เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตแบบทั่วไป พบว่า หลังการให้บริบาลทางเภสัชกรรมมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาผลของการบริบาลทางเภสัชกรรมโดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อการชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (นพดล พลาณกุลวงศ์, 2565) พบว่า ผลลัพธ์การดำเนินการในประเด็นคุณภาพชีวิต ความรู้เรื่องโรคและยาความร่วมมือจากการใช้ยา และสามารถตรวจจับและแก้ไขปัญหามาจากการใช้ยาของ กลุ่มทดลองเพิ่มขึ้น แต่คุณภาพชีวิตที่ใช้แบบวัดคุณภาพชีวิต Kidney Disease and Quality of Life (KDQOL-SF™1.3) ซึ่งเป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตเฉพาะโรคไต พบว่าหลังการให้บริบาลทางเภสัชกรรมนั้นไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ โดยสอดคล้องกับการศึกษาผลของการให้บริบาลทางเภสัชกรรมต่อการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่โรงพยาบาลท่าศาลา (พัชนี นวลช่วย, 2555) ที่ใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตเฉพาะโรคไต พบว่าหลังการให้บริบาลทางเภสัชกรรมนั้น ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นผลลัพธ์ที่สำคัญ เพราะบ่งบอกถึงประสิทธิผลการรักษาโดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องรับประทุษร้ายต่อเนื่อง มีรายงานการศึกษาที่บ่งบอกว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมลดลงตามระยะการดำเนินไปของโรค (จิราภรณ์ ขวุงค์, 2545) โดยผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2 มีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี ส่วนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 มีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสามารถอธิบายผลการประเมินคุณภาพชีวิตที่ได้จากการศึกษานี้ว่า หลังการให้บริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 มีการเปลี่ยนแปลงสถานะสุขภาพเมื่อเทียบกับก่อนการให้บริบาลทางเภสัชกรรมไม่แตกต่างกัน อาจเนื่องมาจากในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 มีอาการแสดง แนวทางในการดูแลรักษา ป้องกัน และเป้าหมายในการรักษาไม่แตกต่างกัน รวมทั้งระยะห่างในการประเมินคุณภาพชีวิตไม่ถึงปี หากต้องการเห็นผลการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตที่ชัดเจนควรเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทุกระยะ และระยะห่างในการประเมินคุณภาพชีวิตอย่างน้อย 1 ปี

การประเมินการสั่งใช้ยา ACEIs/ARBs พบว่า มีการสั่งใช้ยาในผู้ป่วยที่มีภาวะโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วยเพิ่มขึ้นเล็กน้อย แม้จะยังไม่ผ่านเกณฑ์ของตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขร้อยละ 60 แต่เป็นแนวโน้มที่ดีซึ่งแสดงให้เห็นว่าการบริบาลทางเภสัชกรรมสามารถใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลการพัฒนา

การบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 1 - 4 โรงพยาบาลพรหมคีรี (ลัดดาวัลย์ พิมพ์การ, 2567) ดังนั้นการบริหารทางเภสัชกรรมในแง่กระบวนการที่ส่งข้อมูลปรึกษาผู้สั่งยาได้โดยตรง จึงน่าจะมีผลกระทบต่อนักแพทย์ในการสั่งยา กลุ่ม ACEIs/ARBs เพิ่มมากขึ้นในอนาคต

ด้านผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วย

ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยงของไตจะพิจารณาจากค่าความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด เนื่องจากสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคไตเรื้อรังมาจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยผลจากการให้การบริหารทางเภสัชกรรม พบว่า ผู้ป่วยมีผลค่าเฉลี่ยความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่ผลการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนี้ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ เนื่องจากมีค่าที่มีแนวโน้มใกล้เคียงกับเป้าหมายอยู่แล้ว ซึ่งแตกต่างจากการให้การบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่แผนกผู้ป่วยนอกของ โรงพยาบาลท่าศาลา (พัชนี นวลช่วย, 2555) ที่พบว่า การให้การบริหารทางเภสัชกรรมทำให้เพิ่มความสามารถในการ ควบคุมปัจจัยเสี่ยงได้ โดยผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเป้าหมายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ด้านภาวะแทรกซ้อนในการศึกษานี้พิจารณาจากค่าอิเล็กโทรไลต์ ได้แก่ ระดับโซเดียมในเลือด (Na) ระดับคลอไรด์ ในเลือด (Cl) ระดับโพแทสเซียมในเลือด (K) และระดับคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือด (CO_2) ยังพบว่า ส่วนใหญ่ไม่แตกต่างกับก่อนให้การบริหารทางเภสัชกรรม ยกเว้นค่าระดับคลอไรด์ในเลือดที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนระดับโพแทสเซียมในเลือดเฉลี่ยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ แต่มีแนวโน้มที่สูงขึ้น อย่างไรก็ตามการที่พบภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูงหลังการบริหารทางเภสัชกรรมในการศึกษานี้ไม่ส่งผลกระทบต่อที่รุนแรง และเป็นอันตรายใดๆ ต่อผู้ป่วย โดยคาดว่าจะเกิดจากช่วงที่เก็บข้อมูลเป็นช่วงฤดูกาลที่ส้มออกสู่ท้องตลาดอย่างแพร่หลาย และราคาไม่สูงจนเกินไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลลัพธ์การให้การบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคไต ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลแพร่ (ภาวินี ดิวงค์, 2558) ที่พบว่าหลังการบริหารทางเภสัชกรรมที่มีแบบแผนชัดเจนมีภาวะแทรกซ้อน ส่วนใหญ่ไม่แตกต่างจากก่อนการบริหารทางเภสัชกรรมที่มีแบบแผนชัดเจน ทั้งนี้บทบาทของเภสัชกรในการดูแลและติดตามค่าทางห้องปฏิบัติการให้อยู่ในเกณฑ์ปกติโดยการให้คำแนะนำ เกี่ยวกับการใช้ยาเพื่อควบคุมระดับเกลือแร่ต่างๆ การรักษาสมดุลแร่ธาตุ การให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่มีผลต่อความผิดปกติของเกลือแร่ในร่างกาย จะมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยสามารถรักษาสมดุลเกลือแร่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดได้

ด้านชะลอการเสื่อมของไตทั้งค่า eGFR มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น และค่า Scr มีค่าเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการจัดการโรคไตเรื้อรังโดยใช้รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังในสถานบริการปฐมภูมิ จังหวัดนครศรีธรรมราช (อุไรวรรณ พานทอง, 2561) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่า eGFR เพิ่มขึ้นหลังเข้าโปรแกรม และระดับค่าเฉลี่ย SBP, SCr ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของผลลัพธ์ทางคลินิกของการบริหารเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโรงพยาบาลเวียงแหง จังหวัดเชียงใหม่ (กันยารัตน์ พรหมคำแดง และฐิติพงศ์ ศิริลักษณ์, 2566) พบว่า eGFR ในกลุ่มตัวอย่างดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่า eGFR เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และค่าเฉลี่ยของระดับ SCr ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า การบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง มีแนวโน้มที่จะสามารถชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้ โดยเภสัชกรมีบทบาทสำคัญร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ นอกจากนั้นเภสัชกรเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการให้การบริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยตระหนัก และเกิดการใช้อย่างต่อเนื่อง ถูกต้อง เหมาะสม ลดปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยา

ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษานี้วัดผลระยะสั้นหลังการบริหารทางเภสัชกรรม ซึ่งอาจต้องติดตามผลในระยะยาวถึงความเปลี่ยนแปลง Stage ของโรคไตในผู้ป่วย ประกอบกับเป็นการทดลองในกลุ่มเดียวซึ่งอาจมีข้อจำกัด และจุดอ่อนในการวัดซ้ำ และอาจใช้ระบบสารสนเทศทางคอมพิวเตอร์ช่วยในการลงข้อมูลเดือนขนาดยาที่ใช้ปรับตามค่า eGFR

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาวิจัยปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลที่บ้านควบคู่ไปกับการบริหารทางเภสัชกรรมในโรงพยาบาล
2. ศึกษาวิจัยการใช้ยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ในระยะที่ยังไม่มีภาวะไตเสื่อม เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระยะเริ่มแรก

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร เอกสารรับรองเลขที่ 32/2567 เมื่อวันที่ 20 กันยายน พ.ศ. 2567

เอกสารอ้างอิง

- Cha'on, U, Wongtrangan, K, Thinkhamrop, B, Tatiyanupanwong, S, Limwattananon, C , Pongsuklet, C, et al. (2020). CKDNET, A Quality Improvement Project for Prevention and Reduction of Chronic Kidney Disease in Northeast Thailand. BMC Public Health, 20(1), 1299.
- Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC. (2012). Pharmaceutical Care Practice: The Patient Centered Approach to Medication Management Service. <https://accesspharmacy.mhmedical.com/book.aspx?bookID=491>
- Joint Commission of Pharmacy Practitioners. (2014). Pharmacist's Patient Care Process. <https://jcphp.net/wp-content/uploads/2016/03/PatientCareProcess-with-supporting-organizations.pdf>
- Kidney Disease Improving Global Outcome. (2024). KDIGO 2024 clinical practice guideline for the Evaluation and management of chronic kidney disease. <https://kdigo.org/wp-content/uploads/2024/03/KDIGO-2024-CKD-Guideline.pdf>
- RAND Health Care. Kidney Disease Quality of Life Instrument (KDQOL); The KDQOL-36™ Survey. https://www.rand.org/health-care/surveys_tools/kdqol.html
- กมลชนก จงวิไลเกษม, สงวน ลือเกียรติบัณฑิต. (2564). การพัฒนาแบบวัดความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับคนไทย. วารสารเภสัชกรรมไทย. 13(1). <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JNAE/article/download/97718/76126>
- กันยารัตน์ พรหมคำแดง และฐิติพงศ์ ศิริลักษณ์. (2566). ผลลัพธ์ทางคลินิกของการบริหารเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลเวียงแหง จังหวัดเชียงใหม่. 3(1),1-19. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jnphr/article/view/259668>

ชนิษฐา หอมจีน. (2552). ความเที่ยงและความตรงของแบบสอบถามคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตฉบับย่อภาษาไทย.

<http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/17150>

จักรภพ สวัสดิ์พาณิชย์. (2557). การบริหารทางเภสัชกรรมเบื้องต้นในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 7(3), 57-63.

จันทนา พัฒนเภสัช. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ EQ-5D-5L (2560).

<https://ccpe.pharmacycouncil.org/showfile.php?file=416>

จิราภรณ์ ชูวงศ์. (2545). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

นพดล พลาณกุลวงศ์. (2566). ผลของการบริหารทางเภสัชกรรมโดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ต่อการชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้.

2566.<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/scnet/article/view/261938>

พนาวลัย ศรีสุวรรณภพ. (2555). ประสิทธิภาพของการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลชาติตระการ: มหาวิทยาลัยศิลปากร.

พนาวลัย ศรีสุวรรณภพ. (2555). บทบาทของเภสัชกรในการให้คำปรึกษาและการปรับเปลี่ยนการใช้ยาในผู้ป่วย. วารสารเภสัชศาสตร์. 8(1), 34-42.

พชนี นวลช่วย. (2555). ผลของการให้บริหารทางเภสัชกรรมต่อการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการเสื่อมของไตใน ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ณ โรงพยาบาลท่าศาลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ภาวินี ดิวงค์. (2558). ผลลัพธ์การให้บริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคไต ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลแพร่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ลัดดาวลัย พิมพการ. (2567). ผลการพัฒนาการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 1 - 4 โรงพยาบาลพรหมคีรี. 3(1), 84-97. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JHSP/article/view/260973>

สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย (2565). คำแนะนำเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2565 (ฉบับปรับปรุงเพิ่มเติม). https://www.nephrothai.org/wp-content/uploads/2023/06/CKD-guideline_-draft_5-เพิ่มเติม-2565-.pdf

สุธาบดี ม่วงมี. (2559). ผลของการบริหารทางเภสัชกรรมต่อการชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วย โรคไตเรื้อรังร่วมกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2: มหาวิทยาลัยศิลปากร.

สุธาร จันทะวงศ์, แดนไกล ปุริมาตร, ก้านเตย ต้นทิวังค์. (2561). การใช้ยาที่ไม่เหมาะสมในผู้สูงวัยที่เป็นโรคไตวายเรื้อรัง. <https://ccpe.pharmacycouncil.org/showfile.php?file=538>

สุภาภรณ์ แก้วชนะ และวณรัตน์ อนุสรณ์เสียม. (2563). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยสหวิชาชีพ โรงพยาบาลนางรอง. 2(4), 195-206. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/TJPP/article/view/197803>

อัญภรณ์ คำสาร, จินดาวิทย์ อัสระโชติ และ สมพงศ์ คำสาร. (2567) กรอบแนวคิดการพัฒนางานบริหารทางเภสัชกรรมเพื่อจัดการปัญหาการใช้ยา งานพัฒนาระบบยาและเภสัชสนเทศ โรงพยาบาลลำพูน (2560-2562).

<http://www.rh1.go.th/web/uploads/document/64/document/25640719.pdf>

อุไรวรรณ พานทอง. (2561). การจัดการโรคไตเรื้อรังโดยใช้รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังในสถานบริการปฐมภูมิ จังหวัดนครศรีธรรมราช. มหาราชนครศรีธรรมราชเวชสาร. 1(2), 48-58. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/MNSTMedJ/article/view/248193>