

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยสหวิชาชีพ ณ โรงพยาบาลนางรอง

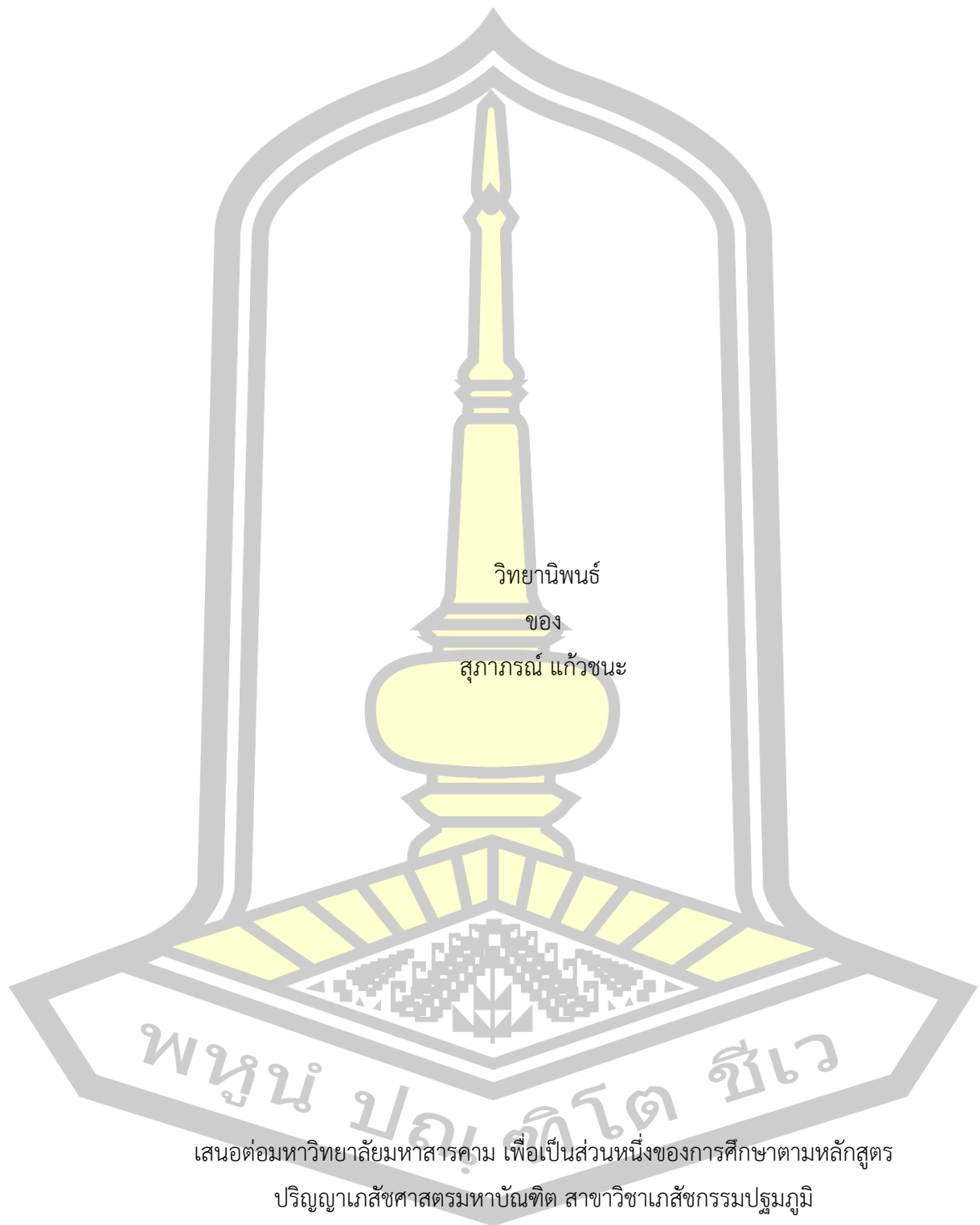
วิทยานิพนธ์
ของ
สุภาภรณ์ แก้วชนะ

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมปฐมภูมิ

สิงหาคม 2562

สงวนลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยสหวิชาชีพ ณ โรงพยาบาลนางรอง



เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

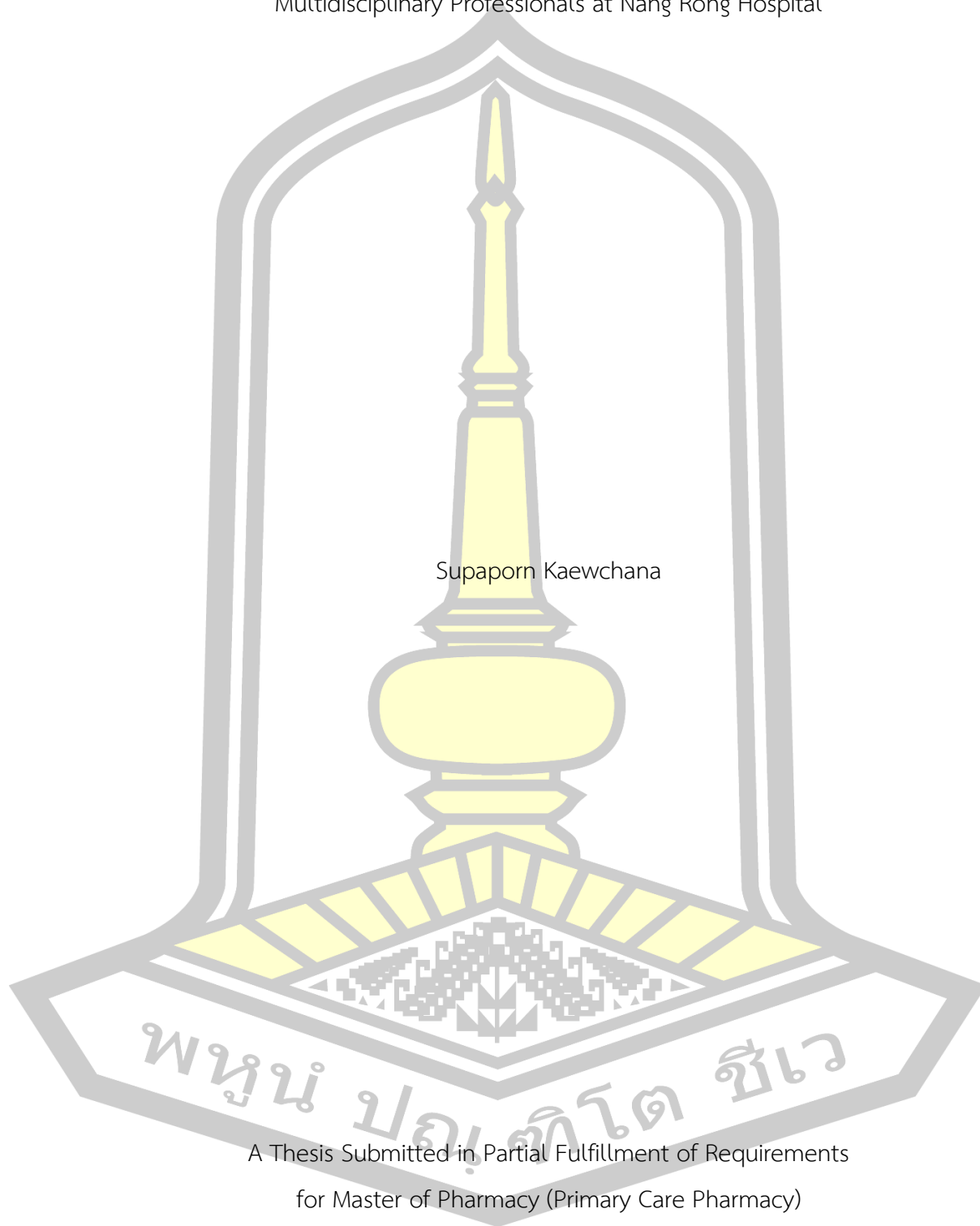
ปริญญาเกสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมปฐมภูมิ

สิงหาคม 2562

สงวนลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Development of Care Model for Patients with Chronic Kidney Disease by
Multidisciplinary Professionals at Nang Rong Hospital

Supaporn Kaewchana



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements
for Master of Pharmacy (Primary Care Pharmacy)

August 2019

Copyright of Mahasarakham University



คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนางสุภาภรณ์ แก้วชนะ
แล้วเห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา เกษศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาเกษตรกรรมปฐมนูมิ ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(ผศ. ดร. กฤษณี สระมุณี)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(อ. ดร. วรรัตน์ อนุสรณ์เสงี่ยม)

.....กรรมการ

(ผศ. ดร. ธนบรรจ รัตนโชติพานิช)

.....กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก

(อ. ดร. อุษณีย์ วนรรฆมณี)

มหาวิทยาลัยอนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญา เกษศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเกษตรกรรมปฐมนูมิ ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

.....
(ผศ. ดร. ชนัดดา พลอยเลื่อมแสง)

คณบดีคณะเกษตรศาสตร์

.....
(ผศ. ดร. กริสน์ ชัยมูล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยสหวิชาชีพ ณ โรงพยาบาลนางรอง		
ผู้วิจัย	สุภาภรณ์ แก้วชนะ		
อาจารย์ที่ปรึกษา	อาจารย์ ดร. วรรัตน์ อนุสรณ์เสงี่ยม		
ปริญญา	เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต	สาขาวิชา	เภสัชกรรมปฐมนุญ
มหาวิทยาลัย	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	ปีที่พิมพ์	2562

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 โดยทีมสหวิชาชีพ ที่คลินิกโรคไตเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก วิธีการ: การวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วย 29 ราย ร่วมกับการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านเพื่อค้นหาปัญหาการใช้ยา การสนทนากลุ่มทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด จำนวน 9 คน เพื่อร่วมกันออกแบบวิธีการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง นำรูปแบบไปทดลองปฏิบัติที่คลินิกโรคไต และประเมินผลในด้านความรู้ พฤติกรรมการปฏิบัติตัว ความพึงพอใจ ผลลัพธ์ทางคลินิกเปรียบเทียบก่อนและหลังการปรับรูปแบบการดูแลผู้ป่วย โดยใช้ระยะเวลาในการศึกษา 7 เดือน ผลการวิจัย: ปัญหาการใช้ยาที่พบส่วนใหญ่คือการเก็บรักษายาไม่ถูกต้องร้อยละ 17.65 การรับประทานยาไม่ถูกต้องร้อยละ 14.71 การแกะเม็ดยาเนื่องจากกลัมน้ำมันอ่อนแรงร้อยละ 14.71 และผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังยังขาดความรู้ในเรื่องโรค อาหาร ยา และสมุนไพร รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโดยแต่ละสหวิชาชีพมีบทบาทได้แก่ แพทย์วินิจฉัยโรค ประเมินระดับโรคไตเรื้อรัง โรคร่วมต่าง ๆ และปรับยาตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ พยาบาลให้ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง แนวทางการรักษาและสิทธิการรักษาของผู้ป่วย เภสัชกรให้ความรู้เรื่องยา การใช้ยา การเก็บรักษาและอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและสมุนไพรที่ควรหลีกเลี่ยง นักโภชนาการให้ความรู้เรื่องอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง นักกายภาพบำบัดให้ความรู้เรื่องการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.52 อายุระหว่าง 41-60 ขึ้นไป โรคร่วมมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง 14 ราย รายการยาเฉลี่ย 8.67 รายการ คะแนนความรู้เรื่องโรคเพิ่มขึ้นจาก 9.83 ± 2.14 คะแนนเป็น 12.52 ± 1.47 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.000$) คะแนนพฤติกรรมในการปฏิบัติตัวเพิ่มขึ้นจาก 46.52 ± 4.42 คะแนน เป็น 49.41 ± 4.98 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.002$) อีกทั้งคะแนนความพึงพอใจต่อการรับบริการของผู้ป่วยก็เพิ่มขึ้นเช่นกัน ผลลัพธ์ทางคลินิกพบว่า ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและคลายตัว ($p=0.288$, $p=0.768$ ตามลำดับ) ค่าระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร ($p=0.453$) ค่าอัตราการ

กรองของไต ($p=0.092$) ไม่แตกต่างกัน ค่า serum creatinine ($p=0.037$) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม หลังการปรับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยพบผู้ป่วยที่มีค่าอัตราการกรองของไตดีขึ้น 3 ราย (ร้อยละ 10.34) ค่าอัตราการกรองของไตไม่เปลี่ยนแปลง 18 ราย (ร้อยละ 62.06) และค่าอัตราการกรองของไตลดลง 8 ราย (ร้อยละ 27.59) สรุป: รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังแบบทีมสหวิชาชีพช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรคไตและการปฏิบัติตัวเพิ่มขึ้น น่าจะส่งผลช่วยชะลอการเสื่อมของไตและผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น

คำสำคัญ : สหวิชาชีพ, การวิจัยเชิงปฏิบัติการ, โรคไตเรื้อรัง



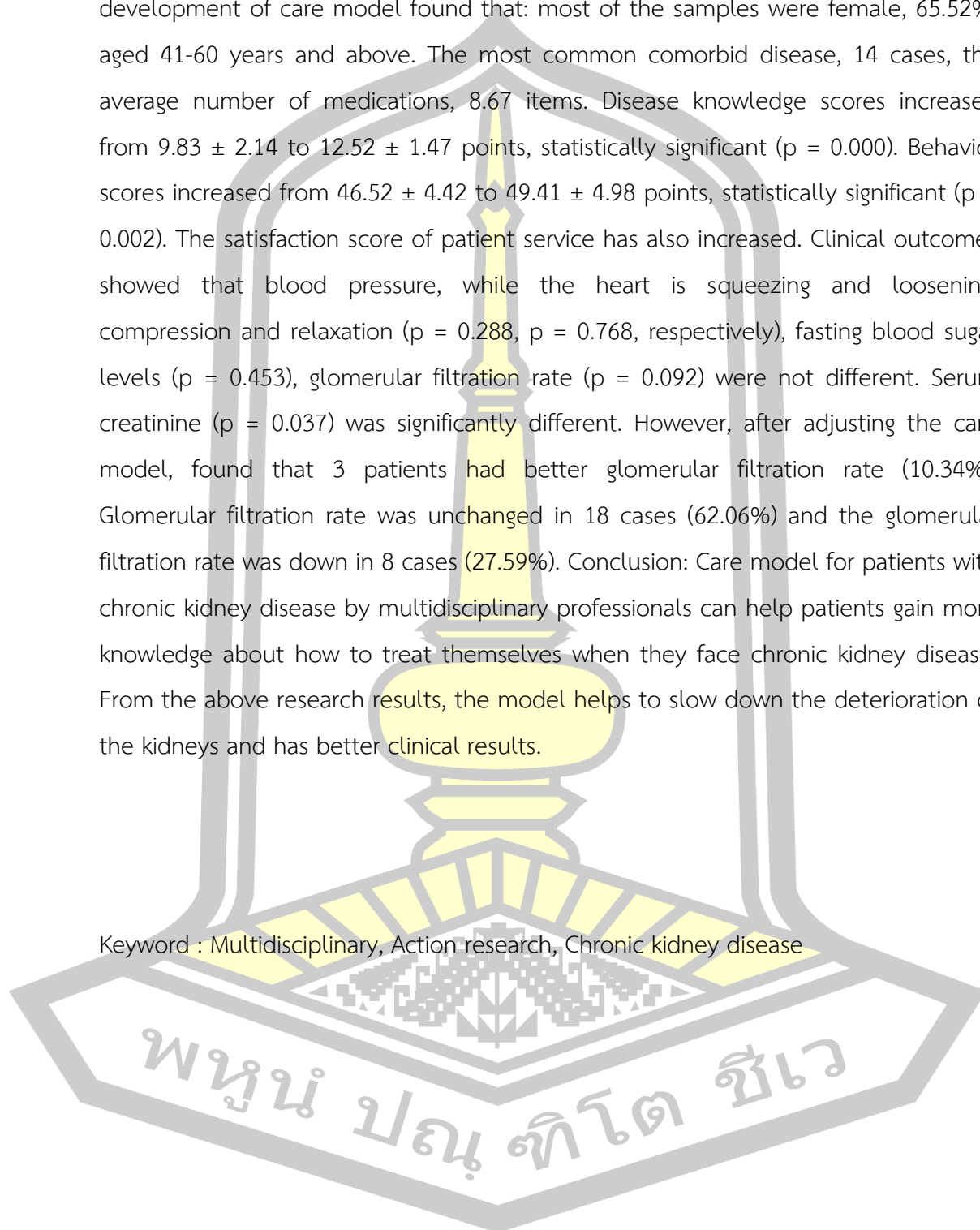
TITLE	Development of Care Model for Patients with Chronic Kidney Disease by Multidisciplinary Professionals at Nang Rong Hospital		
AUTHOR	Supaporn Kaewchana		
ADVISORS	Wanarat Anusornsangiam , Ph.D.		
DEGREE	Master of Pharmacy	MAJOR	Primary Care Pharmacy
UNIVERSITY	Maharakham University	YEAR	2019

ABSTRACT

Objective: To develop the care model for chronic kidney disease stage 3-4 by multidisciplinary professionals at the chronic kidney disease clinic, outpatient department. Method: Action research was conducted. Twenty-nine patients were interviewed and visited at home to find out medication problems. There was a focus group meeting with 9 multidisciplinary professional teams: doctors, nurses, pharmacists, nutritionists and physiotherapists. They designed care model for patients with chronic kidney disease. This role model was practiced at the kidney disease clinic and evaluated the knowledge, behavior, satisfaction, clinical outcomes that comparing before and after modifying the care model. The duration of study was 7 months. Results: The most common medication problems were found as follows: inaccurate medicine storage 17.65%, incorrect medication administration 14.71%, difficulty in unwrapping pills due to hand muscles weakness at 14.71% and patients lacked knowledge about chronic kidney disease, the proper food, medicines, and herbals to take and avoid. Care model by each multidisciplinary professional's role including doctor diagnosed disease then evaluated the stage of chronic kidney disease, comorbid diseases dose adjustment according to laboratory results; nurse guided the knowledge about chronic kidney disease, treatment guidelines and their treatment rights; pharmacist trained patients on how to take medicines, proper storage and warned of adverse drug reactions, and herbs that should be avoided; nutritionist advised patients about food that was suitable for chronic kidney disease patients; physiotherapists instructed patients about the appropriate exercise for

chronic kidney disease patients. Comparing to results before and after the development of care model found that: most of the samples were female, 65.52%, aged 41-60 years and above. The most common comorbid disease, 14 cases, the average number of medications, 8.67 items. Disease knowledge scores increased from 9.83 ± 2.14 to 12.52 ± 1.47 points, statistically significant ($p = 0.000$). Behavior scores increased from 46.52 ± 4.42 to 49.41 ± 4.98 points, statistically significant ($p = 0.002$). The satisfaction score of patient service has also increased. Clinical outcomes showed that blood pressure, while the heart is squeezing and loosening, compression and relaxation ($p = 0.288$, $p = 0.768$, respectively), fasting blood sugar levels ($p = 0.453$), glomerular filtration rate ($p = 0.092$) were not different. Serum creatinine ($p = 0.037$) was significantly different. However, after adjusting the care model, found that 3 patients had better glomerular filtration rate (10.34%). Glomerular filtration rate was unchanged in 18 cases (62.06%) and the glomerular filtration rate was down in 8 cases (27.59%). Conclusion: Care model for patients with chronic kidney disease by multidisciplinary professionals can help patients gain more knowledge about how to treat themselves when they face chronic kidney disease. From the above research results, the model helps to slow down the deterioration of the kidneys and has better clinical results.

Keyword : Multidisciplinary, Action research, Chronic kidney disease



กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามที่ให้ทุนในการวิจัย ขอขอบคุณญ.กุลดา เลี้ยวเสถียรวงศ์ แพทย์อายุรกรรมโรคไต โรงพยาบาลนางรอง ทีมสหวิชาชีพ พยาบาลแผนกไตเทียม นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด ที่ให้ความช่วยเหลือและให้คำแนะนำอันเป็นประโยชน์ในการทำวิจัย รวมทั้งขอบคุณเภสัชกรแผนกผู้ป่วยนอก เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและอาสาสมัครประจำหมู่บ้านที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลเป็นไปอย่างราบรื่น

สุภาภรณ์ แก้วชนะ



สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ฉ
กิตติกรรมประกาศ.....	ช
สารบัญ.....	ฌ
สารบัญตาราง.....	ฉ
สารบัญภาพประกอบ.....	๗
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.1 ที่มาและความสำคัญ.....	1
1.2 คำถามงานวิจัย.....	5
1.3 วัตถุประสงค์หลักของการวิจัย.....	5
1.4 สมมติฐานงานวิจัย.....	5
1.4 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	6
1.5 ขอบเขตการวิจัย.....	6
1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	6
1.7 นิยามศัพท์เฉพาะ.....	6
บทที่ 2 ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
2.1 คำจำกัดความของโรคไตเรื้อรัง.....	8
2.2 การแบ่งระยะของโรคไตเรื้อรัง.....	9
2.3 การเลือกผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังเพื่อรับการตรวจคัดกรอง.....	10
2.4 เป้าหมายการรักษาเพื่อชะลอการเสื่อมของโรคไตในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง....	11
2.5 การใช้ยาที่เหมาะสมสำหรับโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง.....	12

2.6 การใช้ยาเพื่อแก้ไขภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคไต	13
2.7 การรักษาโดยไม่ใช้ยา	16
2.8 ความรู้การออกกำลังกายที่เหมาะสมเพื่อป้องกันและชะลอความเสื่อมของไต.....	16
2.9 ความรู้ด้านอาหารและโภชนาการเพื่อป้องกันและชะลอความเสื่อมของไตและภาวะทุพ โภชนาการ	17
2.10 บทบาทเภสัชกรในการบริหารทางเภสัชกรรมเพื่อชะลอการเสื่อมของไต	18
2.11 บทบาทเภสัชกรในงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ.....	19
2.12 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ	21
2.13 กับดักการสื่อสาร	26
2.14 ทักษะการปรึกษา OARS (กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข, 2559).....	27
2.15 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	30
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	38
3.1 รูปแบบการวิจัย.....	38
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	38
3.3 เครื่องมือในการทำวิจัย	39
3.4 ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย	39
3.5 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	44
3.6 ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม.....	44
บทที่ 4 ผลการศึกษา.....	45
4.1 ขั้นตอนการวางแผน (Planning).....	45
4.2 ขั้นตอนการปฏิบัติ (Action)	59
4.3 ขั้นการสังเกต (Observation)	63
4.4 ขั้นการสะท้อนกลับ (Reflection).....	69
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	71

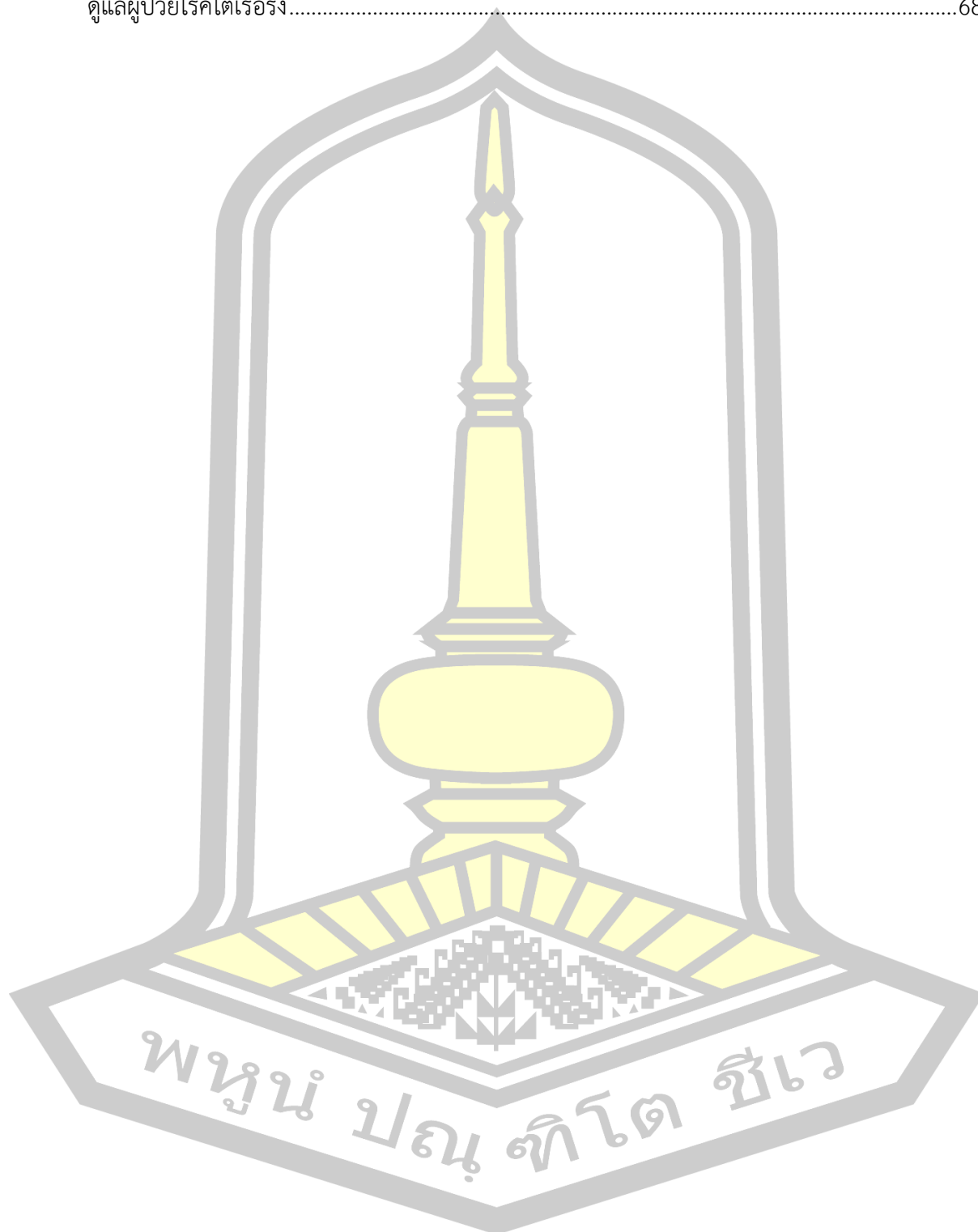
5.1 สรุปผลการวิจัย	71
5.2 การอภิปรายผล	73
5.3 ข้อจำกัดงานวิจัย	78
5.4 การนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์	79
5.5 บทสรุป และข้อเสนอแนะ	79
บรรณานุกรม	81
ภาคผนวก	85
ภาคผนวก ก แบบบันทึกข้อมูลการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน	86
ภาคผนวก ข แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง	89
ภาคผนวก ค ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง	91
ภาคผนวก ง แบบสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อม	94
ภาคผนวก จ แบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบการให้บริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่คลินิกโรคไตผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนางรอง	97
ภาคผนวก ช เอกสารให้ความรู้โรคไตเรื้อรัง	101
ภาคผนวก ญ ข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	105
ภาคผนวก ฎ หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย	110
ภาคผนวก ฏ หนังสือรับรองการพิจารณาจริยธรรมวิจัย	113
ประวัติผู้เขียน	116

พูน ปณ จิต ชีเว

สารบัญตาราง

	หน้า
ตาราง 1 ระยะของโรคไตเรื้อรัง (สำนักงานโรคไม่ติดต่อ, 2559).....	9
ตาราง 2 เกณฑ์การวินิจฉัยอัลบูมินในปัสสาวะ	10
ตาราง 3 เป้าหมายของการรักษาเพื่อป้องกันและชะลอการเสื่อมของโรคไตจากเบาหวาน (สำนักงานโรคไม่ติดต่อ, 2559).....	11
ตาราง 4 เป้าหมายของการรักษาเพื่อชะลอการเสื่อมของโรคไตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (สำนักงานโรคไม่ติดต่อ, 2559).....	12
ตาราง 5 แนวทางการติดตามตรวจวัดความดันโลหิต อัตรากรองไตและระดับโปแตสเซียมในเลือดเพื่อเฝ้าระวังผลภาวะแทรกซ้อนของ ACEI หรือ ARB ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (สำนักงานโรคไม่ติดต่อ, 2559)	13
ตาราง 6 หลักการสำคัญในการจัดรูปแบบการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (สำนักงานโรคไม่ติดต่อ, 2559).....	17
ตาราง 7 ร้อยละคะแนนความรู้เรื่องโรค.....	41
ตาราง 8 ร้อยละคะแนนความรู้เรื่องพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง	41
ตาราง 9 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ที่คลินิกผู้ป่วยนอกโรคไตเรื้อรัง.....	45
ตาราง 10 แสดงปัญหาด้านการใช้จ่ายจากการไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง.....	54
ตาราง 11 ข้อมูลทั่วไปของทีมสหสาขาวิชาชีพ	56
ตาราง 12 แสดงจำนวนผู้ป่วยในแต่ละระดับคะแนนความรู้เรื่องโรคไตเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง.....	64
ตาราง 13 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยก่อนและหลังการปรับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง	65
ตาราง 14 แสดงผลการเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ป่วยก่อนและหลังการปรับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง.....	66

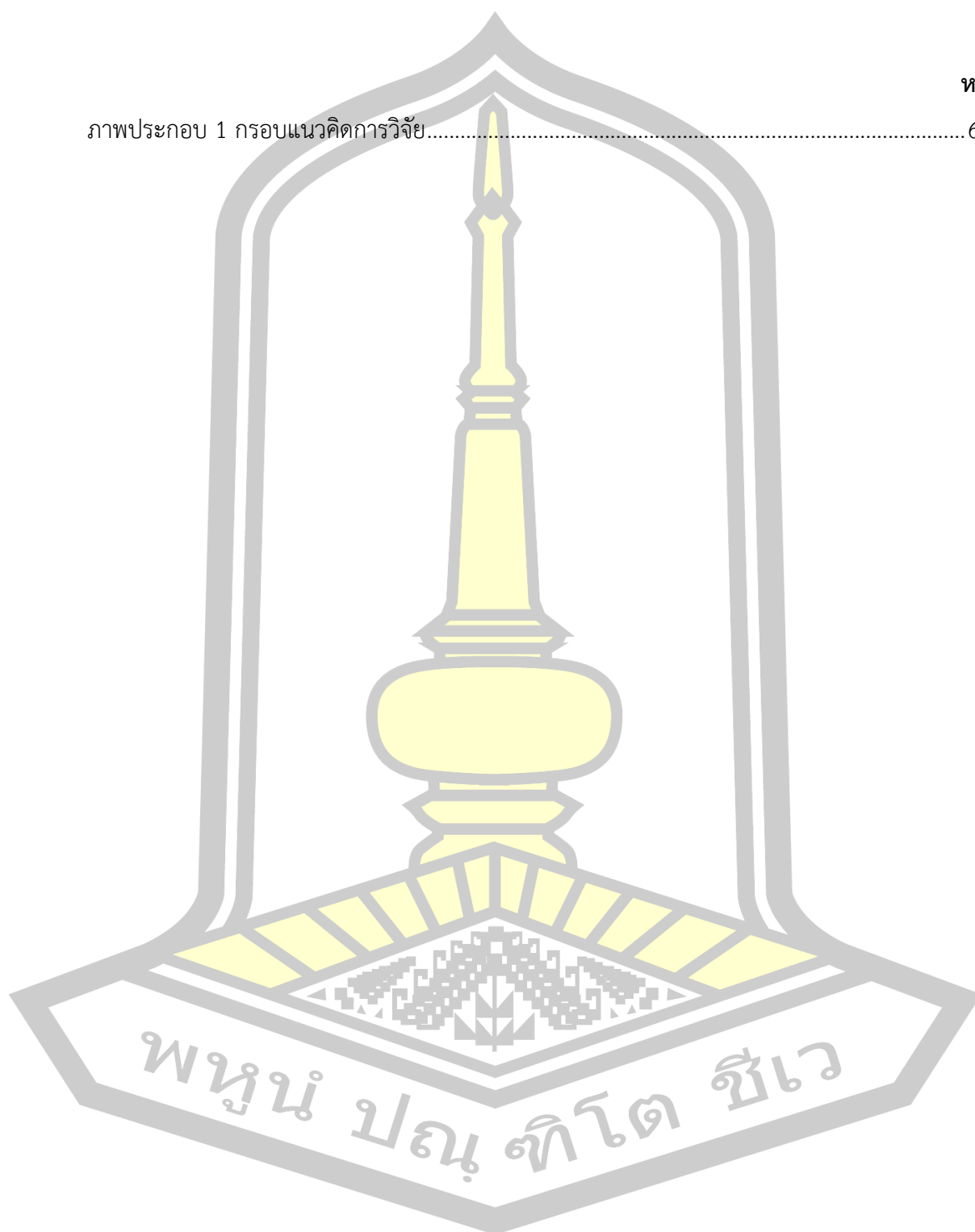
ตาราง 15 แสดงผลการเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยก่อนและหลังการปรับรูปแบบการ
ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง.....68



สารบัญภาพประกอบ

หน้า

ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....6



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney diseases; CKD) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก จากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่ามีความชุกของโรคจาก 12.3% ของประชากรในปี พ.ศ. 2531-2537 เพิ่มขึ้นเป็น 14% ของประชากรในปี พ.ศ.2548-2553 (U.S.Renal Data System, 2013) สาเหตุของโรคไตเรื้อรังที่พบบ่อยเกิดจากโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ถ้าไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม โดยผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังตั้งแต่วัยที่ 3 ขึ้นไปประมาณ 1.9 และ 1.6 เท่าตามลำดับ (สำนักงานโรคไม่ติดต่อ, 2559) การศึกษาของ Thai SEEK โดยสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ในปี พ.ศ.2552 พบความชุกของโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 17.5 (16.3% ในเพศชาย และ 18.7% ในเพศหญิง) แจกแจงความชุกของโรคไตเรื้อรังออกเป็นระยะที่ 1-5 ได้เป็น 3.3%, 5.6%, 7.5%, 0.8% และ 0.3% ตามลำดับ ความชุกของโรคไตเรื้อรังจำแนกตามพื้นที่ของประชากรในกรุงเทพมหานคร (23.9%) ภาคเหนือ (22.2%) และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (20.4%) มีสูงกว่าภาคกลาง (13.7%) และภาคใต้ (13.4%) อีกทั้งโรคไตเรื้อรังในระยะแรกมักไม่พบอาการผิดปกติทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคไต โดยมักตรวจพบเมื่อโรคดำเนินไปมากแล้วหรือเมื่อโรคดำเนินเข้าสู่ระยะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End stage renal disease, ESRD) ซึ่งเป็นระยะที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาบำบัดทดแทนทางไต ได้แก่ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้อง หรือการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ รวมถึงค่าใช้จ่ายในการบำบัดทดแทนทางไตโดยการล้างไตทางช่องท้อง หรือการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในปัจจุบันเฉลี่ย 240,000 บาทต่อคนต่อปี ซึ่งค่าใช้จ่ายนี้ยังไม่รวมค่าใช้จ่ายด้านยา ค่าใช้จ่ายทางอ้อมอื่นๆ โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต้องใช้งบประมาณการล้างไตเป็นการเฉพาะแยกจากงบประมาณทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว (Capitation) ในปีงบประมาณ 2558 สูงถึง 5,247 ล้านบาท และเพิ่มขึ้นเป็น 6,318 ล้านบาท ในปี พ.ศ.2559 ซึ่งถ้ารวมงบประมาณสำหรับบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังสิทธิด้านสุขภาพอื่นๆ ได้แก่ สิทธิประกันสังคม และสวัสดิการข้าราชการแล้ว รัฐจำเป็นต้องใช้งบสูงกว่า 10,000 ล้านบาทต่อปี อีกทั้งข้อมูลจากสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยพบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพิ่มเกินกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ทุกปี โดยจำนวนผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายทั้งหมดต้องรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หรือล้างไตทางช่องท้อง หรือปลูกถ่ายไตเพิ่มขึ้นจาก 419.9 ในปี พ.ศ.2550 เป็น 905.9 ต่อประชากร 1,000,000 คนในปี พ.ศ.2555 (สำนักงานโรคไม่ติดต่อ, 2559)

จากข้อมูลดังกล่าวกระทรวงสาธารณสุขจึงให้ความสำคัญกับการจัดระบบบริการ โดยกำหนดให้เป็นสาขาหนึ่งของแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) แสดงให้เห็นถึงปัญหาของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในประเทศไทยที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นและน่าจะทำให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพของประชากร รวมทั้งเกิดปัญหาทางเศรษฐกิจต่อตัวผู้ป่วยเองและต่อประเทศไทยในอนาคต เนื่องจากต้องแบกรับค่าใช้จ่ายในการรักษาที่มีราคาสูงโดยเฉพาะระยะที่เข้าสู่การได้รับการบำบัดทดแทนไต และจากการศึกษา Thai SEEK Study โดยสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยเมื่อปี พ.ศ.2552 ที่พบว่ามีประชากรเพียง 1.9% เท่านั้นที่ทราบว่าตนเองกำลังเป็นโรคไตอยู่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 มีผู้รู้ตัวว่าเริ่มเป็นโรคไตเพียง 0.79%, 2.06% และ 5.63% ตามลำดับ ส่วนโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4, 5 มีผู้รู้ตัวว่าเป็นโรค 23.08% และ 66.67% ตามลำดับ ดังนั้นการตรวจค้นหาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังตั้งแต่ระยะเริ่มแรกและการรักษาที่เหมาะสมเพื่อชะลอการเสื่อมหน้าที่ของไตจึงมีความจำเป็นอย่างมากสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ส่วนผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายควรได้รับการรักษาที่เหมาะสมเพื่อลดอัตราการเจ็บป่วยหรืออัตราการเสียชีวิต (ประเสริฐ ธนกิจจารุ, 2558)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการศึกษาของสุกร บุษปวนิชพงศ์ และศักดิ์ ด้านเดชา (2558) เรื่องพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจำนวน 180 คน พบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีการใช้จำนวนเม็ดยามากสุดถึง 38 เม็ดต่อวัน โดยเฉลี่ย 12.35 เม็ด จำนวนชนิดยาต่อวันเฉลี่ย 5.88 ชนิด และพฤติกรรมการใช้ยาอยู่ในระดับไม่ดีร้อยละ 52.2 เนื่องจากผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเป็นผู้ป่วยที่ต้องใช้ยาจำนวนมากและตลอดไป จะเกิดความเบื่อหน่ายและความเคยชินทำให้ผู้ป่วยไม่ได้อ่านฉลากยาก่อนใช้ยาทุกครั้ง ซึ่งเป็นอันตรายได้ในกรณีที่แพทย์มีการปรับเปลี่ยนชนิด จำนวน ยา และมียา นอกจากนี้ในผู้มีประวัติใช้ยาสมุนไพรจัดเป็นปัจจัยเสี่ยงที่พบโรคไตเรื้อรังสูงขึ้น 1.2 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยง (Ingssthit, 2010)

การบริหารทางเภสัชกรรมโดยการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเพื่อการจัดการด้านยาของผู้ป่วยที่บ้านสามารถช่วยลดปัญหาจากการใช้ยาซึ่งทำให้ผลลัพธ์ทางคลินิก และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น ดังการศึกษาของอุไรลักษณ์ เทพวัลย์และคณะ (2551) เรื่องผลของการบริหารทางเภสัชกรรมโดยการออกเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งกลุ่มศึกษา (41 คน) ได้รับคำแนะนำเรื่องสุขภาพแบบกลุ่ม และได้รับการเยี่ยมบ้านเดือนละ 1 ครั้งนาน 3 เดือน และกลุ่มควบคุม (37 คน) ได้รับการบริการตามปกติ พบว่า กลุ่มศึกษามีระดับความรู้โรคเบาหวานสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และกลุ่มศึกษามีระดับคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.014$) การบริหารทางเภสัชกรรมมีผลทำให้จำนวนผู้ป่วยในกลุ่มศึกษาที่ลิ้มรับประทานยาและหยุดรับประทานยาเองลดลง เมื่อประเมินความพึงพอใจอยู่ในระดับดีทุกด้าน เช่นเดียวกับการศึกษาของชนานุช มานะดี และคณะ (2557) เรื่องผลการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังด้านการใช้ยาที่บ้านในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และ/หรือความดันโลหิตสูง โดยกลุ่มทดลอง (50 คน) ได้รับการการดูแลด้านยาและสุขภาพจากทีมเยี่ยมบ้าน จำนวน 6 ครั้ง ระยะห่าง 1 ครั้งต่อเดือน กลุ่มควบคุม (50 คน) ได้รับ

การดูแลสุขภาพจากงานบริการปกติ พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลองมีค่าน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (119.70 ± 30.19 , 147.08 ± 57.2 มก./ดล,ตามลำดับ $p=0.002$) อีกทั้งระดับความดันโลหิตตัวของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (126.86 ± 11.96 , 134.40 ± 16.09 มม.ปรอท,ตามลำดับ $p=0.002$) อีกทั้งกลุ่มทดลองมีแนวโน้มมานอนโรงพยาบาลซ้ำจากภาวะโรค น้อยกว่ากลุ่มควบคุม (1 ครั้งและ 10 ครั้ง) ประหยัดค่าใช้จ่ายได้ 7,527 บาท

การศึกษาของนรินทรา นูตาดี และกฤษณี สระมุณี (2559) เรื่องการประเมินผลการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพที่มีเภสัชกรร่วมทีมเพื่อจัดการปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น โดยเภสัชกรออกเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2557 ถึง เดือนกรกฎาคม พ.ศ.2558 การเยี่ยมบ้านมีทั้งหมด 3 ครั้ง ในผู้ป่วยแต่ละราย (เดือนที่ 0, 3, 6) กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 90 ราย พบว่า ปัญหาจากการใช้ยาส่วนใหญ่คือ ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา 175 เหตุการณ์ (ร้อยละ 98.3) หลังเยี่ยมบ้านปัญหานี้ลดลงเหลือ 33 เหตุการณ์ (ร้อยละ 81.1) ค่าระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1C) ลดลงจากร้อยละ 9.9 เป็น 9.0 ($p<0.001$) ความดันโลหิตลดลงจาก 140/90 เป็น 130/85 mmHg ($p<0.001$) ผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 65 มีความพึงพอใจระดับมากหรือมากที่สุดต่อกระบวนการเยี่ยมบ้านของเภสัชกร และผลการรักษา

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะการทำงานที่ลดลงของไต การใช้ยาที่มีรายการและปริมาณยาจำนวนมาก ภาวะการไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกายจากอาหารที่รับประทาน และขาดการออกกำลังกาย ดังนั้นผู้ป่วยโรคไตควรจะได้รับการดูแลจากสหวิชาชีพได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัดและเครือข่ายในชุมชนเพื่อช่วยดูแลให้ชะลอการเสื่อมของไต ดังเช่นการศึกษาของ อธิยุทธ เจริญจริยาภรณ์และคณะ (Jiamjariyapon et al., 2017) เรื่องการดำเนินงานคลินิกโรคไตเรื้อรังแบบบูรณาการ กรณีศึกษาโรงพยาบาลคลองขลุง และโรงพยาบาลทรายทองวัฒนา จังหวัดกำแพงเพชร โดยมีการจัดตั้งคลินิกโรคไตเรื้อรังแบบบูรณาการในโรงพยาบาลคลองขลุงซึ่งเป็นพื้นที่ศึกษาและคัดเลือกผู้ป่วยเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 และ 4 ทั้งสิ้น 232 คนจัดให้ มีทีมสหสาขาวิชาชีพ (แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ และนักกายภาพบำบัด) ให้บริการในคลินิกโรคไตเรื้อรังในโรงพยาบาลและบูรณาการกับเครือข่ายเยี่ยมบ้าน โดยได้รับการออกเยี่ยมบ้านจากทีมสหวิชาชีพและเครือข่าย (พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน และผู้ดูแลผู้ป่วย) อย่างต่อเนื่อง 2 ปี (2555-2557) กลุ่มควบคุม คืออำเภอยทรายทองวัฒนาผู้ป่วยโรคไตที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 และ 4 ทั้งสิ้น 234 คนซึ่งได้รับการดูแลแบบมาตรฐานทั่วไป พบว่าผู้ป่วยของโรงพยาบาลคลองขลุงสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ดี มีทักษะในการจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสมและอัตราการเสื่อมของไตมีแนวโน้มชะลอลง เมื่อเทียบกับการรักษาแบบมาตรฐานทั่วไป โดยสามารถยืดเวลาล้างไตจาก 7 ปี ออกไปเป็น 14 ปี สามารถช่วยชะลอการเสื่อมของไตซึ่งค่าอัตราการกรองของไต (Glomerular

filtration rate; GFR) ลดลงต่ำกว่า 2.74 มล./นาที่ ($p=0.009$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Chen YR (Chen YR, Yang Y, Wang SC, 2013) เรื่องประสิทธิผลของการดูแลแบบสหวิชาชีพในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในประเทศไทยได้วัน โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง 1,056 คน อายุระหว่าง 20-80 ปี มีค่าอัตราการกรองของไตน้อยกว่า 60 มล./นาที่ จากโรงพยาบาล 5 แห่ง แบ่งเป็นกลุ่มศึกษาได้รับการดูแลจากสหวิชาชีพ (แพทย์ผู้ชำนาญด้านไต พยาบาล นักโภชนาการ นักสังคมสงเคราะห์ เภสัชกร ศัลยแพทย์) โดยมุ่งเน้นการจัดการทางการแพทย์และการปรับเปลี่ยนวิถีในการดำเนินชีวิต ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 มีการติดตามทุก 3 เดือน ส่วนผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 5 มีการติดตามทุก 1 เดือน และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ โดยให้ทั้ง 2 กลุ่มมีประชากรคล้ายกันทั้ง เพศ อายุ อัตราการกรองของไต และโรคร่วม พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลจากสหวิชาชีพมีการลดลงของการทำงานของไตในระยะ 4 และ 5 น้อยกว่ากลุ่มควบคุม (-5.1 มล./นาที่เทียบกับ -7.3 มล./นาที่ $p=0.01$) และลดความเสี่ยงของการรักษาในโรงพยาบาลจากการติดเชื้อลง 40%

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นจะเห็นว่า การมีเภสัชกรร่วมในทีมสหสาขาวิชาชีพเป็นประโยชน์ต่อการเพิ่มคุณภาพการใช้ยาและการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ช่วยให้ผู้ป่วยใช้ยาอย่างเหมาะสม และเพิ่มประสิทธิภาพการใช้ยาในการรักษาโรค อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันยังไม่มีรูปแบบการเยี่ยมบ้านสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อสม. และผู้ดูแลที่ชัดเจน ส่วนใหญ่เป็นการติดตามปัญหาจากการใช้ยาเมื่อผู้ป่วยมาตามนัดเกี่ยวกับอีกทั้งยังไม่มีมีการลงชุมชนเพื่อออกเยี่ยมบ้านในหมู่บ้านที่ผู้ป่วยพักอาศัยเพื่อรับทราบถึงบริบทของผู้ป่วยในเรื่องการรับประทานยา และการปฏิบัติตัว เพื่อหาแนวทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

โรงพยาบาลนางรองเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 375 เตียง มีวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาลเรื่องระบบการ พัฒนาเครือข่ายให้เข้มแข็ง เน้นการดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขาวิชาชีพ โดยมีผู้ป่วยที่คลินิกโรคไตเรื้อรังประมาณ 669 คน จากข้อมูลผู้มารับบริการผู้ป่วยนอกในปี 2560 อันดับโรคที่มารับบริการ 3 อันดับแรกคือ chronic kidney disease stage 5 จำนวน 30,314 ครั้ง Hypertension จำนวน 21,316 ครั้ง และ Non-insulin dependent diabetes mellitus จำนวน 15,122 ครั้ง ปัญหาที่พบส่วนใหญ่ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังคือ การรับประทานยาไม่ถูกต้อง มีผู้ป่วยมาก่อนนัดปัญหาเพราะยาหมดหรือมียาเหลือกับผู้ป่วยจำนวนมาก เนื่องจากผู้ป่วยส่วนมากเป็นผู้สูงอายุ รายการยามีจำนวนมาก ทำให้เกิดความสับสนในการรับประทานยาโดยเฉพาะเวลาแพทย์สั่งปรับวิธีการรับประทานยาหรือเปลี่ยนยาตัวใหม่ หรือมีการเปลี่ยนรูปแบบแผงยาเนื่องจากเปลี่ยนบริษัทที่สั่งซื้อ หรือลืมรับประทานยา ซึ่งปัญหาต่างๆ เหล่านี้อาจก่อให้เกิดปัญหาด้านการรักษาหรืออาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยานอกจากนี้ยังพบการรายงานจากแพทย์อายุรกรรมไตว่ามีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรับประทานยาบรรเทาปวดกลุ่ม Nonsteroidal anti-inflammatory drug; NSAIDs จากการไปซื้อยาเองซึ่งส่งผลต่อการทำงานของไตที่แย่ลง

นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคไตที่คลินิกโรคไตเรื้อรังของโรงพยาบาลนางรองยังไม่มีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่เชื่อมโยงกับงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ การให้บริการทางเภสัชกรรมจะเป็นเพียงการจ่ายยา และให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยที่ห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอก ยังไม่มีการออกเยี่ยมบ้านเพื่อค้นหาปัญหาจากการใช้ยาที่แท้จริงของผู้ป่วยที่บ้าน การบริการจะเน้นให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดเป็นหลักเพื่อติดตามอาการ ทำให้ผู้ป่วยบางรายที่ควบคุมอาการไม่ได้ต้องมีการเพิ่มชนิดหรือขนาดของยาซึ่งเพิ่มโอกาสเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและความไม่ร่วมมือจากการใช้ยา ดังนั้น การเยี่ยมบ้านของเภสัชปฐมภูมิ จึงทำให้ทราบปัญหาของผู้ป่วย และนำมาพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ น่าจะเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น

1.2 คำถามงานวิจัย

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ที่เหมาะสมควรเป็นอย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์หลักของการวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 โดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักโภชนาการ ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนางรอง

วัตถุประสงค์รองของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ที่มารับบริการที่คลินิกผู้ป่วยโรคไต โรงพยาบาลนางรอง
2. เพื่อศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 แบบมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ โดยประเมินความรู้ การปฏิบัติตัว ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยและความพึงพอใจของผู้ป่วย

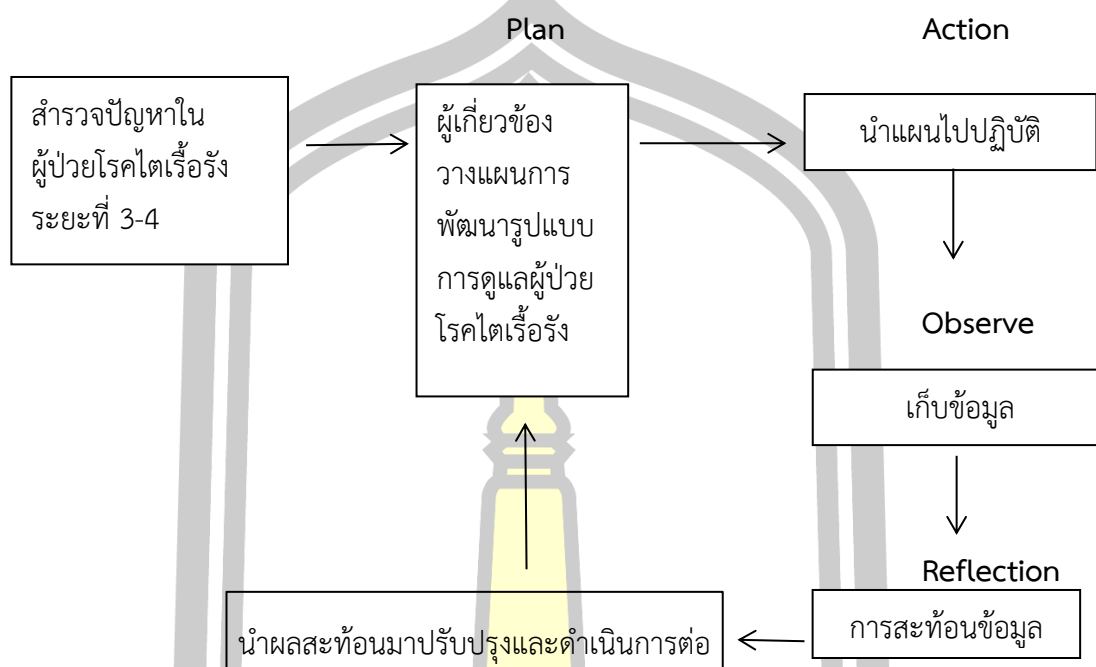
1.4 สมมติฐานงานวิจัย

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 แบบมีส่วนร่วมจากทีมสหวิชาชีพ ทำให้การดูแลผู้ป่วยดีขึ้น

พญ. ปณ. จิตโต ชีวะ

1.4 กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

1.5 ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 แบบมีส่วนร่วมจากทีมสหวิชาชีพ ที่มารับบริการที่คลินิกโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลนางรอง

1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 1.6.1 เพื่อลดการเข้านอนในโรงพยาบาลและลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
- 1.6.2 เพื่อลดการฟอกเลือดแบบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
- 1.6.3 เพื่อพัฒนาและสร้างเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน
- 1.6.4 เพื่อเป็นแนวทางพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอื่น ๆ

1.7 นิยามศัพท์เฉพาะ

1.7.1 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ที่มารับบริการที่คลินิกโรคไต โรงพยาบาลนางรอง

1.7.2 ทีมสหวิชาชีพ หมายถึง แพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด

1.7.3 ผลลัพธ์ทางคลินิก หมายถึง ดัชนีชี้วัดผลการรักษา ได้แก่ ความดันโลหิต (Blood pressure; BP) ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร (Fasting blood sugar; FBS) อัตราการกรองของไต (Estimated glomerular filtration rate; eGFR)

1.7.4 ความรู้เรื่องโรค หมายถึง ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง ปัจจัยของการเกิดโรค อาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

1.7.5 ความรู้เรื่องการปฏิบัติตัว หมายถึง ความรู้เรื่องการรับประทานยา การรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง



บทที่ 2

ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในบทนี้จะทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามลำดับ ดังนี้

- 2.1 คำจำกัดความของโรคไตเรื้อรัง
- 2.2 การแบ่งระยะของโรคไตเรื้อรัง
- 2.3 การเลือกผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังเพื่อรับการตรวจคัดกรอง
- 2.4 เป้าหมายการรักษาเพื่อชะลอการเสื่อมของโรคไตในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง
- 2.5 การใช้ยาที่เหมาะสมสำหรับโรคไตเรื้อรัง ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง
- 2.6 การใช้ยาเพื่อแก้ไขภาวะแทรกซ้อนทางไต
- 2.7 การรักษาโดยไม่ใช้ยา
- 2.8 ความรู้การออกกำลังกายที่เหมาะสมเพื่อป้องกันและชะลอความเสื่อมของไต
- 2.9 ความรู้ด้านอาหารและโภชนาการเพื่อป้องกันและชะลอความเสื่อมของไตและภาวะทุพโภชนาการ
- 2.10 บทบาทเภสัชกรในการบริหารทางเภสัชกรรมเพื่อชะลอการเสื่อมของไต
- 2.11 บทบาทเภสัชปฐมนูมิ
- 2.12 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ
- 2.13 กีดขวางการสื่อสาร (Communication roadblock)
- 2.14 ทักษะการปรึกษา OARS
- 2.15 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 คำจำกัดความของโรคไตเรื้อรัง

สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยได้ให้คำจำกัดความของโรคไตเรื้อรังไว้ในคู่มือการให้คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ก่อนการบำบัดทดแทนทางไต 2558 ระบุว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease, CKD) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่งในสองข้อต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยที่มีภาวะไตผิดปกติมานานติดต่อกันเกิน 3 เดือน ทั้งนี้ผู้ป่วยอาจจะมีอัตราการกรองของไต (Estimated glomerular filtration rate; eGFR) ผิดปกติหรือไม่ก็ได้
ภาวะไตผิดปกติหมายถึง มีลักษณะตามข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้
 - 1.1 ตรวจพบความผิดปกติดังต่อไปนี้อย่างน้อย 2 ครั้ง ในระยะ 3 เดือนได้แก่
 - 1.1.1 ตรวจพบอัลบูมินในปัสสาวะ (Albuminuria) โดยใช้ค่า albumin excretion rate (AER) มากกว่า 30 mg/24 h หรือ albumin-to-creatinine ratio (ACR) มากกว่า 30 mg/g
 - 1.1.2 ตรวจพบเม็ดเลือดแดงในปัสสาวะ (Hematuria)
 - 1.1.3 มีความผิดปกติของเกลือแร่ (Electrolyte) ที่เกิดจากท่อไตผิดปกติ

- 1.2 ตรวจพบความผิดปกติทางรังสีวิทยา
- 1.3 ตรวจพบความผิดปกติทางโครงสร้างหรือพยาธิสภาพ
- 1.4 มีประวัติการได้รับผ่าตัดปลูกถ่ายไต
2. ผู้ป่วยที่มี eGFR น้อยกว่า 60 mL/min/1.73m² ติดต่อกันเกิน 3 เดือน โดยอาจจะตรวจพบหรือไม่พบว่ามีภาวะไตผิดปกติก็ได้

2.2 การแบ่งระยะของโรคไตเรื้อรัง

1. ควรแบ่งระยะโรคไตตามสาเหตุ ระดับ eGFR และปริมาณอัลบูมินในปัสสาวะ
2. ควรแบ่งสาเหตุ และชนิดของโรคไตตามโรคร่วม (Systemic diseases) โรคทางพันธุกรรม โรคที่เกิดจากปัจจัยสิ่งแวดล้อม และโครงสร้างทางกายวิภาคของไต หรือพยาธิสภาพ
3. แบ่งระยะตามระดับของ eGFR ดังนี้

ตาราง 1 ระยะของโรคไตเรื้อรัง (สำนักงานโรคไม่ติดต่อ, 2559)

ระยะของโรคไตเรื้อรัง (CKD stages)	eGFR (mL/min/1.73m ²)	คำนิยาม
ระยะที่ 1	>90	ปกติ หรือ สูง
ระยะที่ 2	60-89	ลดลงเล็กน้อย
ระยะที่ 3a	45-59	ลดลงเล็กน้อย ถึง ปานกลาง
ระยะที่ 3b	30-44	ลดลงปานกลาง ถึง มาก
ระยะที่ 4	15-29	ลดลงมาก
ระยะที่ 5	<15	ไตวายระยะสุดท้าย

หมายเหตุ (1) ถ้าไม่มีหลักฐานของภาวะไตผิดปกติ ระยะที่ 1 และ 2 จะไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคไตเรื้อรัง

(2) การรายงานผลการคำนวณค่า eGFR หากมีทศนิยมให้ปัดตัวเลขเป็นจำนวนเต็มก่อน แล้วจึงบอกระยะของโรคไตเรื้อรัง ตัวอย่างเช่น บุคคลผู้หนึ่งได้รับการตรวจวัด eGFR = 59.64 mL/min/1.73m² จะเท่ากับ 60 mL/min/1.73m² ซึ่งถ้าบุคคลนี้มีความผิดปกติของไตอย่างอื่นร่วมด้วย จะเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2 ถ้าไม่มีความผิดปกติของไตอย่างอื่นร่วมด้วย บุคคลนี้จะได้เป็นโรคไตเรื้อรัง

4. เกณฑ์การวินิจฉัยด้วยอัลบูมินในปัสสาวะ ใช้เกณฑ์ดังต่อไปนี้

ตาราง 2 เกณฑ์การวินิจฉัยอัลบูมินในปัสสาวะ

ระยะ	Albumin excretion rate (AER) (mg/24h)	Albumin creatinine ratio (ACR) (mg/mmol)	(mg/g)	คำนิยาม
A1	<30	<3	<30	ปกติ หรือ เพิ่มขึ้นเล็กน้อย
A2	30-300	3-30	30-300	เพิ่มขึ้นปานกลาง
A3	>300	>30	>300	เพิ่มขึ้นมาก

หมายเหตุ (1) ระยะ A3 หมายถึงผู้ป่วย nephrotic syndrome (AER มากกว่า 2,200/24h (หรือ ACR มากกว่า 2,200 mg/g; หรือมากกว่า 220 mg/mmol)

(2) ถ้าวัดอัลบูมินในปัสสาวะไม่ได้ ให้ใช้แถบสีจุ่ม (urine albumin strip) ทดแทนได้

2.3 การเลือกผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังเพื่อรับการตรวจคัดกรอง

ผู้ป่วยที่มีประวัติดังต่อไปนี้จัดเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังควรได้รับการคัดกรองค่าการทำงานของไต ได้แก่

- โรคเบาหวาน
- โรคความดันโลหิตสูง
- อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป
- โรคแพ้ภูมิตนเอง (Autoimmune diseases) ที่อาจก่อให้เกิดไตผิดปกติ
- โรคติดเชื้อในระบบต่าง ๆ (Systemic infection) ที่อาจก่อให้เกิดโรคไต
- โรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular disease)
- โรคติดเชื้อทางเดินปัสสาวะส่วนบนซ้ำหลายครั้ง
- โรคเก๊าท์ (Gout) หรือระดับกรดยูริกในเลือดสูง
- รับประทานแก้ปวดกลุ่ม NSAIDs หรือสารที่มีผลกระทบต่อไต (Nephrotoxic agents) เป็นประจำ
- มีมวลเนื้อไต (Renal mass) ลดลงหรือมีไตข้างเดียวทั้งที่เป็นมาแต่กำเนิดหรือเป็นในภายหลัง
- มีประวัติโรคไตเรื้อรังในครอบครัว
- ตรวจพบนิ่วในไตหรือในระบบทางเดินปัสสาวะ
- ตรวจพบถุงน้ำในไตมากกว่า 3 ตำแหน่งขึ้นไป

2.4 เป้าหมายการรักษาเพื่อชะลอการเสื่อมของโรคไตในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง

1. เป้าหมายของระดับน้ำตาลสะสมในเลือดผู้ป่วยเบาหวานเพื่อชะลอการเสื่อมของโรคไต คือ HbA1c <7.0% แต่ควรระวังในผู้ป่วยกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

2. เป้าหมายของระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีความดันโลหิตสูงคือ Systolic blood pressure (SBP) $\leq$ 130 มม.ปรอท. และ Diastolic blood pressure (DBP) $\leq$ 80 มม.ปรอท.

1. เป้าหมายของการรักษาและป้องกันเพื่อชะลอการเสื่อมของโรคไตจากโรคเบาหวาน ดังตารางที่ 3

ตาราง 3 เป้าหมายของการรักษาเพื่อป้องกันและชะลอการเสื่อมของโรคไตจากเบาหวาน (สำนักงานโรคไม่ติดต่อ, 2559)

ค่าทางห้องปฏิบัติการ	เป้าหมาย
Hemoglobin A1c (HbA1c)	~7.0%
ระดับน้ำตาลก่อนอาหารเช้า (หลังงดอาหาร 8 ชั่วโมง)	70 – 130 มก./ดล.
ระดับความดันโลหิต	SBP $\leq$ 130 และ DBP $\leq$ 80 มม.ปรอท
Urine dipstick albumin	Negative
ระดับไขมัน LDL	<100 มก./ดล. (<70 ในกรณีมีโรคหัวใจและหลอดเลือดร่วมกับโรคเบาหวาน)
ระดับไขมัน HDL	>40 มก./ดล. ในผู้ชายและ >50 มก./ดล. ในผู้หญิง
ระดับไขมัน Triglyceride	<150 มก./ดล.

2. เป้าหมายการรักษาเพื่อชะลอการเสื่อมของโรคไตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง รวมทั้งผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเอง มักจะมีความดันโลหิตสูงร่วมด้วย ดังนั้นการรักษาเพื่อชะลอการเสื่อมของโรคไตจึงประกอบด้วยการควบคุมความดันโลหิตให้ได้ตามเป้าหมายและการลดปริมาณโปรตีนในปัสสาวะ โดยค่าเป้าหมายของระดับความดันโลหิตที่หวังผลชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง คือ SBP $\leq$ 130 และ DBP $\leq$ 80 มม.ปรอท

ตาราง 4 เป้าหมายของการรักษาเพื่อชะลอการเสื่อมของโรคไตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (สำนักงานโรคไม่ติดต่อ, 2559)

เป้าหมายการรักษา	
Blood pressure	ต่ำกว่า 130/80 mmHg
Body mass index	18.5 – 24.9 kg/ m ²
Hemoglobin	มากกว่า 10 g/dl
HbA1C	น้อยกว่า 7%
LDL-cholesterol	น้อยกว่า 100 mg/dl
Serum bicarbonate	มากกว่า 22 mEq/L
Urine protein-creatinine ratio	น้อยกว่า 500 mg/g
ปริมาณการรับประทานโซเดียม	ไม่เกิน 2,300 mg/day (ไม่เกิน 5 ช้อนชาต่อวัน)
ปริมาณการรับประทานโปรตีน	ไม่เกิน 0.8 g/kg/day (ไม่เกิน 8 ช้อนโต๊ะต่อวัน)
สูบบุหรี่	เลิกสูบบุหรี่
ออกกำลังกาย	30 นาทีต่อวัน อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์

2.5 การใช้ยาที่เหมาะสมสำหรับโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง (สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย), 2558)

การใช้ยายับยั้งระบบ Renin Angiotensin Aldosterone System (RAAS) เพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยเฉพาะหากมีความดันโลหิตสูงร่วมด้วยควรใช้ยาในกลุ่ม Angiotensin II Receptor Blocker (ARB) เป็นอันดับแรกหากไม่มีข้อห้ามใช้ ทั้งนี้ควรติดตามตรวจวัดความดันโลหิต อัตรากรองของไตและระดับโปแตสเซียมในเลือดเพื่อเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ของยาด้วย

การใช้ยายับยั้งระบบ RAAS โดยทั่วไปมียาอยู่ 2 กลุ่ม คือ Angiotensin Converting Enzyme Inhibitor (ACEI) ตัวอย่างเช่น enalapril และ Angiotensin II Receptor Blocker (ARB) ตัวอย่างเช่น losartan ซึ่งยาในกลุ่มนี้มีผลดี 2 ด้านคือ

1. ผลต่อการไหลเวียนของเลือด (Hemodynamic effect) โดยลดความดันโลหิต ลดระดับ glomerular capillary pressure รวมทั้งลด proteinuria
2. ผลอื่น (Non- hemodynamic effect) พบว่าการยับยั้ง RAAS จะส่งผลให้ยับยั้งการสร้าง extracellular matrix, macrophage monocyte infiltration การสร้าง cytokine และ growth factor ซึ่งทำให้ช่วยยับยั้งการเกิดพังผืด (Fibrosis) ของไต มีการศึกษามากมายซึ่งแสดงว่า ACEI หรือ ARB ได้ผลดีในการชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังชนิดต่าง ๆ ทั้งที่เป็นโรคไตเรื้อรังจากเบาหวานและที่ไม่ใช่จากเบาหวาน

ตาราง 5 แนวทางการติดตามตรวจวัดความดันโลหิต อัตรากรองไตและระดับโปแตสเซียมในเลือดเพื่อเฝ้าระวังผลภาวะแทรกซ้อนของ ACEI หรือ ARB ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (สำนักงานโรคไม่ติดต่อ, 2559)

ค่าที่วัดได้			
ค่าความดันซิสโตลิก (มม.ปรอท.)	≥ 120	110 – 119	<110
GFR (ml/min/1.73 m ²)	≥ 60	30 – 59	<30
GFR ที่ลดลงในช่วงแรก (%)	<15	15 – 30	>30
ระดับโปแตสเซียมในเลือด (mmol/L)	≤ 4.5	4.6 – 5.0	>5
ช่วงเวลาที่เหมาะสมในการติดตาม			
หลังจากเริ่มใช้ยาหรือเพิ่มขนาดยา	4 – 12 สัปดาห์	2 – 4 สัปดาห์	<2 สัปดาห์
หลังจาก BP ถึงเป้าหมายและขนาดยาคงที่	6 – 12 สัปดาห์	3 – 6 สัปดาห์	1 – 3 สัปดาห์

ข้อควรระวัง 1) หากมีภาวะสูญเสียน้ำจากร่างกาย เช่น อุจจาระร่วงควรหยุดการให้ ACEI, ARB ชั่วคราว

2) ระวังการให้ยากลุ่มนี้ ในผู้ป่วยอายุมากกว่า 70 ปี

2.6 การใช้ยาเพื่อแก้ไขภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคไต

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังหากไม่ได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องและเหมาะสมส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมาหลายประการ เช่น สูญเสียสมดุลเกลือแร่ กรดต่าง ภาวะฟอสเฟตในเลือดสูงกว่าปกติ ภาวะโลหิตจาง เป็นต้น ดังนั้นจึงจำเป็นต้องได้รับยาหลายขนานเพื่อทำให้ระบบต่างๆ ของร่างกายมีภาวะสมดุลและชะลอการเสื่อมของไต

2.6.1 ภาวะผิดปกติของสมดุลน้ำในร่างกาย

ผู้ป่วยโรคไตจะพบอาการคั่งของโซเดียมและน้ำได้บ่อยกว่าภาวะขาดน้ำส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการความดันโลหิตสูง ภาวะบวม น้ำ หรือมีน้ำคั่งในปอด จึงต้องมีการควบคุมปริมาณโซเดียมและน้ำในแต่ละวัน ผู้ป่วยต้องได้รับยาขับปัสสาวะจนกระทั่งไม่มีการทำงานของไตเหลืออีก (Residual renal function) หากมีค่า CrCl ลดลงต่ำกว่า 25-30 ml/min ให้ใช้ loop diuretic สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับยาขับปัสสาวะร่วมกัน 2 ชนิด เพื่อแก้ปัญหาการดื้อยาขับปัสสาวะ (Diuretic resistant) เช่น thiazide ร่วมกับ loop diuretic เกสซักรควรแนะนำให้รับประทานยา thiazide ประมาณ 1 ชั่วโมงก่อนรับประทานยา loop diuretic

2.6.2 ภาวะโปแตสเซียมในเลือดสูง (Hyperkalemia) ($K > 5.5$ mEq/L) เป้าหมายคือ 4.5-5.5 mEq/L

สาเหตุเนื่องจากผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีความสามารถในการกำจัดโปแตสเซียมลดลง แต่ได้รับโปแตสเซียมจากการรับประทานอาหาร เครื่องดื่มหรือยาที่มีโปแตสเซียมเป็นส่วนประกอบ และจากการสลายของเซลล์ส่งผลให้เกิดภาวะ hyperkalemia ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการเมื่อระดับโปแตสเซียมในเลือดมากกว่า 6.5 mEq/L โดยมีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง เป็นตะคริว อ่อนเพลีย มึนงง เกิดอัมพาต

ของกล้ามเนื้อหรือการหายใจ มีคลื่นไฟฟ้าหัวใจเปลี่ยนแปลงไป นอกจากนี้ผู้ป่วยที่ท้องผูกจะเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดภาวะโปแตสเซียมในเลือดสูง สำหรับการรักษารักษาขึ้นกับระดับความเข้มข้นของโปแตสเซียม และการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้า

2.6.3 ภาวะแมกนีเซียมในเลือดสูง (Hypermagnesemia)

ความผิดปกติของระดับแมกนีเซียมจะปรากฏเมื่อมีระดับ $\text{CrCl} < 30 \text{ mL/min}$ โดยทั่วไปผู้ป่วยที่มีระดับแมกนีเซียม $< 5 \text{ mEq/L}$ ไม่มีอาการแสดง แต่ถ้าระดับแมกนีเซียมสูงกว่านี้จะมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เหนื่อยล้า มึนงง และการตอบสนองของเอ็นก้ามเนื้อลดลง ดังนั้นเมื่อระดับแมกนีเซียมสูงมากอาจมีผลต่อหัวใจ ควรระวังการใช้ยาที่มีแมกนีเซียมเป็นส่วนประกอบ เช่น ยาลดกรด ยาระบายที่มีแมกนีเซียม

2.6.4 ภาวะฟอสเฟตในเลือดสูง (Hyperphosphatemia)

ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จะมีระดับฟอสฟอรัสในเลือดสูงขึ้น พบได้บ่อยตั้งแต่ระยะต้น ๆ ของโรคไตเรื้อรัง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด นอกจากนี้ภาวะฟอสเฟตในเลือดสูงยังก่อให้เกิดปัญหากระดูกพรุนและการจับตัวกับแคลเซียมตามบริเวณต่าง ๆ ของร่างกาย การควบคุมระดับฟอสเฟตสามารถทำได้หลายวิธี เช่น จำกัดอาหารที่มีฟอสเฟต ได้แก่ อาหารประเภทเนื้อสัตว์ ไข่ ถั่วเมล็ดแห้ง เนย นม กาแฟ และผลิตภัณฑ์จากนม เป็นต้น ส่วนยาที่ไปจับฟอสเฟต (Calcium-base phosphate binders) จะมีกลไกออกฤทธิ์คือ ยาจับฟอสเฟตในอาหารที่ผู้ป่วยรับประทานยาแล้วขับฟอสเฟตออกทางอุจจาระ สามารถปรับขนาดยาตามปริมาณและชนิดของอาหาร ยากลุ่มนี้มีหลายชนิดได้แก่

- Aluminium hydroxide ($\text{Al}(\text{OH})_3$) ออกฤทธิ์จับตัวกับฟอสเฟตในทางเดินอาหาร ก่อนที่จะถูกดูดซึมเข้ากระแสเลือด ควรรับประทานยาพร้อมอาหารมื้อแรกและเคี้ยวให้ละเอียดก่อนกลืน
- Calcium acetate, Calcium carbonate นิยมใช้มากที่สุด ราคาถูก มีผลข้างเคียงน้อย เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูกหรือท้องเสีย และเกิดปฏิกิริยาต่อต้านกับยาปฏิชีวนะกลุ่ม fluoroquinolone ยาเสริมธาตุเหล็ก (ควรให้ห่างกันอย่างน้อย 1 ชั่วโมงก่อนหรือหลังกิน calcium) ข้อจำกัดของ Calcium-phosphate binders ทำให้เกิดภาวะแคลเซียมในเลือดสูง เพราะสามารถดูดซึมแคลเซียมได้ประมาณร้อยละ 30-40 รวมทั้งเกิดโรคกระดูกผุและแคลเซียมในเลือดสูงเป็นเวลานาน เพราะกีดการหลั่งของ parathyroid hormone (PTH) และเกิดการสะสมของผลึกแคลเซียมตามข้อได้
- Sevelamer ไม่มีแคลเซียมหรืออลูมิเนียมเป็นส่วนประกอบ ยานี้ไม่ถูกดูดซึมเข้าร่างกายเมื่อให้พร้อมอาหาร ไม่ควรเคี้ยวยา อาการข้างเคียงของยา ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน รู้สึกไม่สบายท้อง ท้องผูก ท้องเสีย

2.6.5 การใช้ยาเพื่อแก้ไขภาวะเลือดเป็นกรด (Bicarbonate (HCO_3) $< 22 \text{ mEq/L}$) เป้าหมาย 22-28 mEq/L

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีภาวะ metabolic acidosis จะมีอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย และกระตุ้นการย่อยโปรตีนให้เป็นกรด ทำให้เกิดผลเสียคือเพิ่มการสลายของกระดูก ยาที่ใช้สำหรับรักษาภาวะ metabolic acidosis คือ sodium bicarbonate อาการข้างเคียงคือ ท้องอืดและการติดตามระดับ bicarbonate หลังจากได้รับยา 1-3 เดือน

2.6.6 การใช้ยาเพื่อแก้ไขภาวะแทรกซ้อนทางระบบทางเดินอาหาร

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอาจมีปัญหาเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร เช่น เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน การบีบตัวของลำไส้ผิดปกติ ภาวะอาหารอืดเสก การรักษาใช้ domperidone หรือ proton pump inhibitor โดยไม่ต้องปรับขนาดยา

2.6.7 การใช้ยาเพื่อแก้ไขภาวะแทรกซ้อนทางผิวหนัง

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้าย ๆ จะมีอาการคันทางผิวหนัง ซึ่งไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด แต่มีสมมติฐานว่าอาจเป็นผลจากฮอร์โมนพาราไทรอยด์สูง ภาวะวิตามินเอในเลือดสูง วิธีการรักษาคือ การแก้ไขภาวะฟอสเฟตและแคลเซียมให้อยู่ในภาวะปกติ ให้ยาแก้แพ้ (antihistamine) หรือยาทา

2.6.8 การใช้ยาเพื่อแก้ไขภาวะแทรกซ้อนทางระบบภูมิคุ้มกัน

ผู้ป่วยควรได้รับการฉีดวัคซีนไวรัสตับอักเสบบีในกรณีที่ยังไม่มีภูมิคุ้มกัน โดยใช้ขนาดเป็น 2 เท่าของคนปกติ ฉีดเข้ากล้ามเนื้อจำนวน 3 เข็ม (0, 1, 6 เดือน) และติดตามระดับภูมิคุ้มกัน ถ้าไม่พบภูมิคุ้มกัน ให้ฉีดซ้ำ และควรได้รับการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่และวัคซีนป้องกันเชื้อ *Streptococcus pneumoniae*

2.6.9 การใช้ยาเพื่อแก้ไขภาวะแทรกซ้อนทางเลือด ได้แก่ ภาวะโลหิตจาง (anemia) ความผิดปกติของเกร็ดเลือดและภาวะเลือดออกผิดปกติในผู้ป่วยยูรีเมีย (Uremia) สาเหตุเกิดจากการขาดฮอร์โมน erythropoietin มีการคั่งของเสียในร่างกาย อายุเฉลี่ยของเม็ดเลือดแดงลดลง

- การให้ยา erythropoietin stimulating agent (ESA)

- ยาเสริมธาตุเหล็ก ในรูปแบบรับประทาน เช่น ferrous sulphate ผลข้างเคียงคือระคายเคืองต่อทางเดินอาหาร ท้องผูก แน่นท้อง การดูดซึมไม่แน่นอน รับประทานอย่างน้อยวันละ 3 เม็ด ควรให้ยาระหว่างมื้ออาหาร ควรห่างจาก calcium carbonate ประมาณ 1-2 ชั่วโมง นอกจากนี้ยังมีรูปแบบยาฉีดสำหรับฉีดเข้าหลอดเลือดดำ

- การให้วิตามินในผู้ป่วยโรคไต มีข้อควรระวังคือ ไม่ควรให้วิตามินที่ละลายในไขมัน เนื่องจากอาจทำให้เกิดพิษจากวิตามินได้ เช่น เกิด hypervitaminosis ของ vitamin A และ E ซึ่งผู้ป่วยอาจมีภาวะซีดและระดับแคลเซียมในเลือดสูง

2.6.10 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทุกคนควรหลีกเลี่ยงการใช้ยาในกลุ่ม NSAIDs และ cyclooxygenase- 2 (COX₂) inhibitor รวมทั้งควรใช้ยาในกลุ่ม aminoglycoside, radiocontrast agent และสมุนไพรด้วยความระมัดระวังเพราะจะมีผลทำให้ไตเสื่อมเร็วขึ้น

2.7 การรักษาโดยไม่ใช้ยา (สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย), 2558)

2.7.1 การจำกัดปริมาณโปรตีนในอาหาร ได้ถูกนำมาช่วยลดการคั่งของไนโตรเจนในเลือด และลดการเกิดภาวะยูรีเมีย (Uremia) ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ดังนั้นการจำกัดปริมาณโปรตีนในอาหาร จึงเป็นหนึ่งในวิธีการรักษาและชะลอการเสื่อมของไต ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังควรได้รับปริมาณโปรตีนต่ำกว่าผู้ที่มีการทำงานของไตปกติ คือ โปรตีน 0.6-0.8 กรัม/กก. ของน้ำหนักตัวต่อวัน และร้อยละ 50 ของโปรตีนที่ผู้ป่วยได้รับควรเป็นโปรตีนที่มีคุณภาพสูง ได้แก่ เนื้อสัตว์ ไข่ขาว และนม และควรเริ่มจำกัดปริมาณโปรตีนในอาหารตั้งแต่ผู้ป่วยยังคงอยู่ในโรคไตเรื้อรังระยะเริ่มต้น และควรได้รับปริมาณแคลอรีเท่ากับ 30-35 กิโลแคลอรี/กก. ของน้ำหนักตัวต่อวัน

2.7.2 การจำกัดปริมาณการบริโภคเกลือโซเดียม เนื่องจากการรับประทานเกลือโซเดียมมากจะส่งผลให้เกิดภาวะน้ำเกินในร่างกาย รวมถึงมีความดันโลหิตที่เพิ่มขึ้นซึ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการเสื่อมของไตเร็วขึ้น

2.7.3 การลดการบริโภคอาหารไขมันสูง ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคหัวใจและหลอดเลือดมากขึ้น ดังนั้นผู้ป่วยควรหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีกรดไขมันอิ่มตัวสูง เช่น กะทิ น้ำมันปาล์ม หรือรับประทานอาหารที่มาจากสัตว์ ซึ่งมีคอเลสเตอรอลสูง เช่น น้ำมันหมูติดมัน หมูสามชั้น ไข่แดง ข้าวมันไก่ เป็นต้น

2.7.4 การควบคุมน้ำหนัก ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังควรควบคุมไม่ให้มีภาวะน้ำหนักเกิน เนื่องจากการมีภาวะน้ำหนักเกินจะทำให้ผู้ป่วยควบคุมระดับความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือดได้ยากขึ้น

2.7.5 การงดสูบบุหรี่ ควันบุหรี่ประกอบด้วยอนุภาคของก๊าซ และสารต่าง ๆ รวมถึงอนุภาคของโลหะหนัก เช่น แคดเมียม และตะกั่ว ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดการบาดเจ็บของท่อหน่วยไต สารนิโคติน (Nicotine) ในบุหรี่ยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จึงควรแนะนำการหยุดสูบบุหรี่ในผู้ป่วยทุกราย

2.8 ความรู้การออกกำลังกายที่เหมาะสมเพื่อป้องกันและชะลอความเสื่อมของไต (สำนักงานโรคไม่ติดต่อ, 2559)

ปัญหาและข้อจำกัดในการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีภาวะไตเสื่อม ได้แก่

1.1 การออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีภาวะไตเสื่อมมักถูกมองข้าม ไม่ได้ได้รับความสนใจในเชิงคลินิก

1.2 ผู้ให้บริการมีความเชี่ยวชาญที่ไม่เพียงพอ

1.3 ไม่มีรูปแบบในการออกกำลังกายที่ชัดเจน

1.4 ผู้ป่วยที่มีภาวะไตเสื่อม มีข้อจำกัดด้านเวลาในการออกกำลังกาย

1.5 ผู้ป่วยมีข้อห้ามสำหรับการออกกำลังกาย

1.6 ผู้ป่วยไม่เห็นคุณค่าและปฏิเสธการออกกำลังกาย

ความสำคัญของการออกกำลังกาย

ผู้ป่วยไตเรื้อรังจะมีความผิดปกติทางกายภาพ จากการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อและน้ำหนักรวม น้ำ ภาวะเหนื่อยล้า ความผิดปกติของระบบสืบพันธุ์ Uremic myopathy และ Uremic neuropathy ซึ่งการออกกำลังกายจะช่วยแก้ไขปัญหของผู้ป่วย

ตาราง 6 หลักการสำคัญในการจัดรูปแบบการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (สำนักงานโรคไม่ติดต่อ, 2559)

ประเภท (Type)	1.การออกกำลังกายแบบแอโรบิก Aerobic (A): อย่างน้อย 30 นาที จำนวน 5 วันต่อสัปดาห์ 2.การออกกำลังกายแบบ Resistance (R): เน้นที่กลุ่มกล้ามเนื้อหลัก จำนวน 2 ครั้งต่อสัปดาห์ การจัดกิจกรรมยืดเหยียด (Flexibility activities) สามารถทำได้ตลอดตามความสามารถและก่อนและหลังการออกกำลังกายแบบ A และ R
เวลา (Time)	ออกกำลังกายต่อเนื่อง 30 นาที ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถทำได้หรือมีข้อจำกัด ก็ควรทำให้ได้อย่างน้อย 10 นาที
ความถี่ (Frequency)	1.อย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ อย่างน้อย 30 นาที รวม 150 นาทีต่อสัปดาห์ 2.อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ อย่างน้อย 50 นาที รวม 150 นาทีต่อสัปดาห์
ความหนัก (Intensity)	1.เริ่มต้นจากการออกกำลังกายในระดับเบา คือ เริ่มรู้สึกเหนื่อย 2.ต่อด้วยการออกกำลังกายในระดับปานกลาง คือ อ่อนหิวเพิ่มขึ้น หายใจถี่ขึ้น และเหงื่อออกเล็กน้อย 3.การทดสอบความเหนื่อยด้วย “Talk test” เพื่อทดสอบการออกกำลังกายระดับหนักปานกลางซึ่งความเหนื่อยจะอยู่ในระดับที่พูดได้ แต่ร้องเพลงไม่ได้และการออกกำลังกายระดับหนักปานกลางสามารถชะลอความเสื่อมได้อย่างเหมาะสม

2.9 ความรู้ด้านอาหารและโภชนาการเพื่อป้องกันและชะลอความเสื่อมของไตและภาวะทุพโภชนาการ

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังควรได้รับพลังงานโปรตีนและเกลือแร่จากอาหารในปริมาณที่เหมาะสมตามระยะของโรคไตเรื้อรังเพื่อช่วยชะลอการเสื่อมของไตและป้องกันการเกิดภาวะทุพโภชนาการ

- พลังงานจากอาหารที่ผู้ป่วยควรได้รับต่อวันคือ 35 กิโลแคลอรีต่อน้ำหนักที่ควรจะเป็น 1 กิโลกรัม (35 kcal/kg IBW) ในผู้ป่วยอายุ <60 ปี
- พลังงานจากอาหารที่ผู้ป่วยควรได้รับต่อวันคือ 30 กิโลแคลอรีต่อน้ำหนักที่ควรจะเป็น 1 กิโลกรัม (30 kcal/kg IBW) ในผู้ป่วยอายุ ≥60 ปี

- ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ควรได้รับโปรตีนต่อวัน 0.8-1.0 กรัมต่อน้ำหนักตัวที่ควรจะเป็น 1 กิโลกรัม (8.0-1.0 g/kg IBW) และผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4-5 ควรได้รับโปรตีนต่อวัน 0.6 – 0.8 กรัมต่อน้ำหนักที่ควรจะเป็น 1 กิโลกรัม (6.0-0.8 g/kg IBW) โดยเป็นโปรตีนที่มีคุณภาพสูง โปรตีนที่มีกรดอะมิโนจำเป็นครบถ้วน ได้แก่ เนื้อสัตว์ ไข่ขาว เป็นต้น

2.10 บทบาทเภสัชกรในการบริหารทางเภสัชกรรมเพื่อชะลอการเสื่อมของไต (สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล(ประเทศไทย), 2558)

เภสัชกรสามารถมีบทบาทในการให้บริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วย เพื่อป้องกันและชะลอการเสื่อมของไตได้ตั้งแต่การคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคไตเรื้อรังได้ตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น นอกจากนี้ เภสัชกรยังสามารถช่วยตรวจสอบและประสานรายการยา (medication reconciliation) ที่ผู้ป่วยได้รับทั้งจากบุคลากรทางการแพทย์ หรือยาที่ผู้ป่วยหาซื้อมารับประทานเอง ซึ่งอาจก่อให้เกิดผลเสียหรืออันตรายต่อไตของผู้ป่วยได้ ทั้งนี้เพื่อดูแลการใช้ยาอย่างเหมาะสมทั้งในด้านประสิทธิภาพและความปลอดภัย และเป็นที่ยอมรับกันดีว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมักได้รับยาหลายชนิด เพื่อรักษาโรคร่วมต่าง ๆ รวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นเนื่องจากความบกพร่องในการทำงานของไต ดังนั้น ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีโอกาสเกิดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา (Drug relate problems; DRPs) ได้หลายประการ เช่น ปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยา (Medication non-adherence) การเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา (Drug interaction) ซึ่งอาจส่งผลให้การรักษาด้วยยาไม่ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายที่ต้องการ เภสัชกรจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการใช้ยาอย่างครบถ้วนและถูกต้องเหมาะสม โดยการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย ให้คำแนะนำวิธีการใช้ยาที่ถูกต้อง ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและยาที่มีผลกระทบต่ไต รวมถึงการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสม เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองไปในทางที่ดีขึ้น นอกจากนี้เภสัชกรยังควรทำงานประสานกับบุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ ในทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และนักกำหนดอาหาร ในการวางแผนการรักษา โดยเภสัชกรควรมีบทบาทในการแนะนำและส่งเสริมให้มีการเลือกใช้ยาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย เช่น การใช้ยา ACEIs หรือ ARBs สำหรับโรคความดันโลหิตสูง และลดการรั่วของโปรตีนในปัสสาวะ รวมถึงการปรับขนาดยาที่ผู้ป่วยได้รับให้เหมาะสมกับการทำงานของไต โดยเฉพาะยาที่มีการกำจัดออกทางไตเป็นหลัก นอกจากนี้เภสัชกรควรติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อประเมินผลการรักษาในผู้ป่วยแต่ละรายร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้ประโยชน์สูงสุดในการรักษา

2.11 บทบาทเภสัชกรในงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, 2560)

ประกอบด้วยงาน 5 ด้านดังนี้

1. **งานบริหารเวชภัณฑ์ในหน่วยบริการปฐมภูมิ** หมายถึง การบริหารจัดการที่อยู่บนพื้นฐานหลักการเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข และการจัดการที่ดี เพื่อให้ได้ยาที่มีคุณภาพ มีการสำรองเวชภัณฑ์ในปริมาณที่เหมาะสมทั้งในภาวะปกติและฉุกเฉิน มีการจัดการเพื่อเก็บรักษาให้มีคุณภาพดี และจัดช่องทางเพื่อให้ผู้บริโภคมเข้าถึงยาอย่างเท่าเทียม รวมถึงการมีระบบสนับสนุนเพื่อให้ผู้ป่วยเก็บรักษาในสภาวะที่เหมาะสม เพื่อคงคุณภาพยาที่ดีที่สุดต่อการรักษา

2. **การบริหารบาทเภสัชกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิ** อาศัยหลักการและแนวคิดของการบริหารบาทเภสัชกรรม ซึ่งเป็นการดำเนินงานเพื่อค้นหาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา ดำเนินการแก้ไขหรือป้องกันปัญหาที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการใช้ยาในกระบวนการใช้ยาของผู้ป่วยซึ่งจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยบรรลุเป้าหมายของการรักษาด้วยยา กล่าวคือ เภสัชกรจะมีหน้าที่หลัก 3 ด้าน ได้แก่

2.1 ค้นหาและประเมินปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา ประเมินสภาพปัญหาว่ามีความรุนแรงอย่างไร เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นแล้ว หรือมีแนวโน้มจะเกิดขึ้น มีผลต่อแผนการรักษาด้วยยาอย่างไร

2.2 แก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นแล้ว

2.3 ป้องกันปัญหาที่มีแนวโน้มจะเกิดขึ้น

นอกจากนี้ยังมีงานส่งมอบยาและให้คำแนะนำการใช้ยา เป็นอีกบทบาทหนึ่งในการบริหารบาทเภสัชกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาและใช้ยาได้ถูกต้อง ปลอดภัย มีประสิทธิภาพและไม่เกิดอันตรายจากการใช้ยา

3. การบริหารบาทเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยที่บ้าน (เยี่ยมบ้าน)

หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ให้เห็นถึงปัญหาการใช้ยาระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนซึ่งประกอบด้วย การใช้ยาดังแต่ 1 ขนานจนถึง 13 ขนาน การใช้ยาไม่ถูกต้องตามแพทย์สั่ง ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การได้รับยาในขนาดที่ต่ำและสูงเกินไป การได้ยาที่มีอันตรกิริยาต่อกัน (รุ่งทิวา หมั่นปา, 2560) (ยุพดี ศิริสินสุข, 2560) (บุษบา เหล่าพานิชย์กุล, 2560) และยังพบว่าผู้ป่วยมีการครอบครองยาเกินจำเป็น จากการศึกษาพบความชุกของการครอบครองยาเกินจำเป็นประมาณ 57% โดยความชุกของการครอบครองยาเกินจำเป็นที่โรงพยาบาลศูนย์มากกว่าโรงพยาบาลชุมชน และสิทธิข้าราชการมากกว่าสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ณรร ชัยยาคุณาภฤกษ์ และคณะ, 2560) ซึ่งผลการครอบครองยาเกินความจำเป็นส่งผลให้เกิดยาเหลือทิ้งที่ไม่ได้ใช้ ยาเสื่อมสภาพ และยาหมดอายุเป็นจำนวนมาก จากการประมาณการในระดับประเทศพบว่าผู้ป่วย 19.2 ล้านคน ครอบครองยาเกินจำเป็นและมูลค่าความสูญเสียทางการคลังคิดเป็น 2,349 ล้านบาท (1.75% ของอัตราการบริโภคยาทั้งประเทศ) สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากการใช้ยา จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่รับเข้านอนในโรงพยาบาลจากปัญหาการใช้ยาพบปัญหาอยู่ในระดับที่รุนแรงปานกลาง 93% รุนแรงมาก 5% และเสียชีวิต 2% โดย 27% เป็นปัญหาที่

ป้องกันได้ โดยการใช้จ่ายหลายขนาน (มากกว่าหรือเท่ากับ 5 รายการ) การได้รับยาใหม่ใน 1 สัปดาห์ หรือ 1 เดือน และการรับยาจากหน่วยบริการอื่น เช่น คลินิก และร้านยาจัดเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดปัญหาจากการใช้จ่ายจนผู้ป่วยต้องรับเข้านอนในโรงพยาบาล กลุ่มยาที่พบปัญหาได้แก่ กลุ่มยาในระบบต่อมไร้ท่อ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบประสาท และระบบทางเดินหายใจ (ชินจิตกร กองแก้ว, 2560) โดยสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุได้รับอันตรายจากการใช้ยาดังกล่าวเนื่องจาก 1) วิธีการใช้ยาของผู้สูงอายุ เช่น การใช้ยาไม่เป็นไปตามคำสั่งแพทย์ และใช้ยาเองอย่างไม่ปลอดภัย 2) การเลือกสถานบริการเพื่อรับยา เช่น ผู้สูงอายุมีการรักษาจากทั้งโรงพยาบาลของรัฐ โรงพยาบาลเอกชน คลินิกเอกชน และร้านยา รวมทั้งการซื้อยาจากคำโฆษณา หรือจากการบอกต่อ 3) การเก็บรักษายาและการนำยาออกมาใช้ พบว่ามีการเก็บยาหลาย ๆ คน เช่น ยาของภรรยาไว้ในช่องเดียวกัน ที่เดียวกัน เก็บยาไม่ถูกที่ทำให้ยาเสื่อมสภาพ บริหารยาไม่ตรงตามที่แพทย์สั่ง สะสมยาจำนวนมาก (ยาเหลือ ยาที่แพทย์เปลี่ยนยาแล้ว) (อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์ และนิรนาท วิทย์โชคกิตติคุณ, 2560) ทั้งนี้ เกสัชกรที่ทำงานเภสัชกรรมปฐมภูมิสามารถดำเนินการแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้กว่าร้อยละ 90 (รุ่งทิพา หมื่นปนา, 2560) (บุษบา เหล่าพานิชย์กุล, 2560) (ยุพดี ศิริสินสุข, 2560)

เพื่อให้เกิดการวางระบบการแก้ไขปัญหา การใช้ยาในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนที่มีประสิทธิภาพ การบริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยที่บ้าน (เยี่ยมบ้าน) โดยเภสัชกรปฐมภูมิเป็นกระบวนการบริหารทางเภสัชกรรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อก่อให้เกิดการบริหารแบบไร้รอยต่อ เกสัชกรที่ดำเนินงานในบริบทเภสัชกรปฐมภูมินั้น เน้นการดูแลด้านยาแบบองค์รวม ผสมผสาน ทั้งโรคทางกาย มิติความเจ็บป่วย สภาพจิตใจ อารมณ์ สังคม ทั้งของผู้ป่วยคนดูแลและสมาชิกในครอบครัว การออกเยี่ยมบ้านเพื่อให้การบริหารทางเภสัชกรรมเป็นเพียงกระบวนการหนึ่งในการทำงานของเภสัชกรปฐมภูมิ ซึ่งต้องมีทักษะในการดำเนินงานแบบผสมผสาน ทั้งในด้านการทำงานเป็นทีมร่วมกับผู้อื่น ทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ทักษะในการรวบรวมข้อมูล การประเมินผู้ป่วย การค้นหาและประเมินปัญหาที่เกี่ยวกับยา การวางแผนและลงมือคลินิกปฏิบัติเพื่อการแก้ไข ป้องกันปัญหาที่เกี่ยวกับยา การประเมินและติดตามผลการดำเนินงาน

4. งานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข หมายถึง กระบวนการที่ทำให้ผู้บริโภคมีความปลอดภัยจากการบริโภค ทั้งผลิตภัณฑ์สุขภาพ สถานบริการสุขภาพ ธุรกิจสุขภาพ รวมถึงการโฆษณา และการจัดการข้อร้องเรียน หรือหมายถึงการดูแลปกป้องมาตรฐานความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์สุขภาพ บริการสุขภาพและธุรกิจสุขภาพ รวมถึงการพัฒนาศักยภาพผู้บริโภคให้สามารถพิทักษ์สิทธิของผู้บริโภคเองได้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ชุมชนมีความปลอดภัยในการบริโภคยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ

5. งานส่งเสริมการพึ่งตนเองด้านสมุนไพร เกสัชกรที่ปฏิบัติงานมีบทบาทสำคัญในการดำเนินงานฟื้นฟู ส่งเสริม สนับสนุนการพึ่งตนเองด้านสมุนไพรและสุขภาพเพื่อให้เกิดการใช้ยาที่เหมาะสมในชุมชน โดยมีแนวทางการดำเนินงานดังนี้ 1) สนับสนุนการใช้ยาสามัญประจำ 2) ส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพร 3) พัฒนาระบบฐานข้อมูลหมอพื้นบ้านและอนุรักษ์ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการ

2.12 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ (กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข, 2559)

ทฤษฎีที่เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อใช้อธิบายหรือทำนายการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพจำแนกได้เป็น 2 กลุ่มหลัก คือ 1) แบบปัญญาสังคม (Social cognition model) และ 2) แบบขั้นตอน (Stage model)

1. รูปแบบปัญญาทางสังคม (Social cognition model) รูปแบบนี้จะให้ความสำคัญกับอิทธิพลของปัจจัยด้านความเชื่อและทัศนคติที่มีต่อพฤติกรรมมากกว่าปัจจัยอื่น ๆ และยังนำไปใช้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมประกอบด้วยรูปแบบต่าง ๆ ดังนี้

1.1 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (The health model)

เบคเกอร์ได้นำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้อธิบายพฤติกรรมสุขภาพดังนี้

1.1.1 การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived susceptibility) บุคคลจะต้องเชื่อว่าเสี่ยงต่อการเกิดโรคใดโรคหนึ่งและโรคนั้นกำลังคุกคามสุขภาพของบุคคลอื่น ๆ เขาจึงมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคนั้น ๆ เช่นกัน

บุคคลแต่ละคนมีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคในระดับที่แตกต่างกัน เช่นบางคนรู้ว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคน้อยมากไม่สนใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคน้อย แต่คนที่รู้ว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูงมักจะให้ความสนใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคและมักจะคอยระมัดระวังติดตามความผิดปกติของร่างกายที่อาจเกิดขึ้นตลอดเวลา ดังนั้นการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมที่หลีกเลี่ยงภาวะเจ็บป่วยมาน้อยเพียงใดจึงขึ้นอยู่กับความรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค

1.1.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) บุคคลจะต้องมีความเชื่อว่าโรคดังกล่าวเป็นโรคอันตรายและระดับความรุนแรงหรืออันตรายต้องมีความรุนแรงอย่างน้อยในระดับปานกลาง บุคคลจะเป็นผู้ประเมินความรุนแรงที่เกิดขึ้นจริงแม้ว่าบุคคลจะตระหนักถึงภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เป็นผลจากความเจ็บป่วยก็ตาม พฤติกรรมการป้องกันโรคอาจยังไม่แสดงออกจนกว่าบุคคลจะมีความเชื่อว่าโรคนั้นมีอันตราย สามารถทำลายร่างกายหรืออาจมีผลต่อสมรรถภาพในการทำงานของร่างกายและมีผลกระทบต่อการครอบครัว สังคมซึ่งจะช่วยให้บุคคลตัดสินใจในการมีพฤติกรรมป้องกันโรคดีขึ้น

1.1.3 การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived benefit of and barriers to taking action) บุคคลจะประเมินแล้วชั่งน้ำหนักถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการปฏิบัติพฤติกรรมเปรียบเทียบกับปัญหาอุปสรรค (Barrier) ซึ่งอาจจะอยู่ในรูปของราคา เสียเวลา ความเจ็บปวด ความสูญเสีย ความรำคาญในการตัดสินใจที่จะปฏิบัติสิ่งใดสิ่งหนึ่งต่อไปแต่ไม่ได้กำหนดไว้ว่าพฤติกรรมที่ปฏิบัตินั้นเป็นอย่างไร

การที่บุคคลจะเลือกปฏิบัติอย่างใดขึ้นขึ้นอยู่กับความพร้อมทั้งทางด้านจิตใจและการรับรู้ถึงประโยชน์ตลอดจนอุปสรรคหรือความยุ่งยากซับซ้อนของกิจกรรมที่จะต้องปฏิบัติ นั่นคือ การที่บุคคลจะปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติกิจกรรมใด ๆ ขึ้นอยู่กับวิธีที่เชื่อว่าจะให้ประโยชน์กับตัวของเขามากที่สุดและมี

อุปสรรคน้อยที่สุดหรือปฏิบัติวิธีง่ายๆ แต่ให้ประโยชน์กับตัวของเขามากที่สุดและมีอุปสรรคน้อยที่สุดหรือปฏิบัติวิธีง่ายๆ แต่ให้ประโยชน์ต่อตัวเองสูงสุด

1.1.4 ปัจจัยด้านประชากรและสังคม (Demographic variables) ข้อมูลส่วนบุคคลได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ

1.1.5 ความรู้และปัจจัยกระตุ้น (Cues to action) หรือข้อมูลด้านจิตสังคม ได้แก่ บุคลิกภาพ กลุ่มเพื่อน ภูมิหลังประสบการณ์ ความรู้และปัจจัยกระตุ้น เช่น กลวิธีในการดำเนินงาน การประชาสัมพันธ์ การรณรงค์ การได้รับคำแนะนำ การได้รับใบแจ้งจากแพทย์หรือบัตรนัดการเจ็บป่วยหรือเพื่อน ข่าวสารจากหนังสือพิมพ์หรือเอกสาร แนวคิดนี้นำมาใช้อธิบายได้ดีในงานป้องกันโรค

1.2 ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection Motivation Theory) ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคเกิดขึ้นจากความพยายามที่จะทำความเข้าใจในกฎเกณฑ์ของการกระตุ้นหากเกิดความกลัว โดยเน้นเกี่ยวกับการประเมินการรับรู้ด้านข้อมูลข่าวสารที่เป็นความรู้ หรือประสบการณ์ทางสุขภาพ การให้ความสำคัญกับสิ่งที่คุกคามและขบวนการของบุคคลเพื่อใช้ขบคิดแก้ปัญหาในสิ่งที่กำลังคุกคามอยู่นั้น การให้ความสำคัญแก่สิ่งที่กำลังคุกคาม จะหมายถึงการประเมินปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็นผลให้ความน่าจะเป็นของการเพิ่มและลดลงของการตอบสนองของบุคคลต่อสิ่งที่มาคุกคามทางสุขภาพ

ปัจจัยที่อาจส่งผลเพิ่มหรือลดของการตอบสนองอาจเป็นไปได้ทั้งปัจจัยภายในหรือภายนอก ร่างกายของบุคคล เช่น

- ความรุนแรงของโรค หรือสิ่งที่กำลังคุกคาม (Noxiouness)
- การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หรือสิ่งที่กำลังคุกคาม (Perceived probability)
- ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง (Response efficacy)

และจากองค์ประกอบหรือตัวแปรที่ทำให้เกิดความกลัวจะทำให้เกิดการสื่อสารของกระบวนการรับรู้ในด้าน คือ

- ทำให้เกิดการรับรู้ในความรุนแรง จนสามารถประเมินความรุนแรงได้
- ทำให้เกิดการรับรู้ในการทบทวนสถานการณ์ และเกิดความคาดหวังในการทบทวนสถานการณ์
- ทำให้เกิดการรับรู้ในความสามารถในการตอบสนองการทบทวนสถานการณ์
- ความคาดหวังในประสิทธิผลตน

1.3 ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy theory) การที่คนเราจะสร้างการรับรู้ความสามารถของตนต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่งเกิดจากการเรียนรู้ข้อมูลที่ได้จากแหล่งต่าง ๆ 4 แหล่งดังนี้

1) ประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง (Enactive mastery experience) เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง

2) การใช้ “ตัวแบบ” (Model) หรือการสังเกตประสบการณ์ (Vicarious experience) จากตัวแบบที่ประสบความสำเร็จหรือล้มเหลวจากการกระทำในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ย่อมมีผลต่อการรับรู้ความสามารถของผู้สังเกตในเรื่องนั้น ๆ ด้วยการใช้ตัวแบบประกอบด้วย 4 กระบวนการได้แก่ กระบวนการตั้งใจ (Attention processes) กระบวนการเก็บจำ (Retention process) กระบวนการกระทำ (Production process) และกระบวนการจูงใจ (Motivation)

3) การพูดชักจูง (Verbal persuasion) หมายถึง การที่ผู้อื่นซึ่งมีความสำคัญ/มีอิทธิพลในการโน้มน้าวจิตใจหรือเป็นที่เคารพนับถือของบุคคลนั้น (Significant persuasion) ได้แสดงออกโดยคำพูดว่าบุคคลนั้นมีความสามารถที่จะกระทำกิจกรรมที่กำหนดได้ โดยการพูดชักจูงให้เชื่อในความสามารถของตน ย่อมทำให้บุคคลเลิกสงสัยในตัวเอง (Self-doubts) แต่เกิดกำลังใจและมีความพยายามมากขึ้นที่จะกระทำให้สำเร็จก็ย่อมที่จะได้ผลดีในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตน

4) การกระตุ้นเร้าทางอารมณ์ (Emotional arousal) ในการตัดสินใจความสามารถของตนเองของบุคคล ส่วนหนึ่งอาศัยอาการแสดงทางกายภาพและสภาพอารมณ์ที่ถูกกระตุ้น เมื่อเผชิญกับภาวะตึงเครียดหรือสถานการณ์ที่คุกคามจะมีผลต่อความรู้สึกในทางลบ เช่น เกิดความกลัว ความวิตกกังวล ทำให้การรับรู้ความสามารถของตนเองลดลง

1.4 ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลและทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (The theory of reasoned action and the theory of planned behavior) เชื่อว่าการที่มนุษย์จะแสดงพฤติกรรมใด ๆ จะต้องมีความตั้งใจหรือเจตนาใช้เป็นระบบเพื่อให้บรรลุผลสำเร็จจากการตัดสินใจกระทำพฤติกรรมของตน ความตั้งใจหรือเจตนาของมนุษย์ขึ้นกับตัวกำหนด 2 ประการ คือ

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เจตคติต่อพฤติกรรมหรือการประเมินทางบวกและทางลบของบุคคลต่อการกระทำ

2. ปัจจัยทางสังคม ได้แก่ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (ความคาดหวังทางสังคม) ส่วนตัวแปรภายนอกอื่น ๆ เช่น ตัวแปรทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ศาสนา เจตคติต่อบุคคล เจตคติต่อสถานที่ ลักษณะบุคลิกภาพจะมีผลต่อพฤติกรรมก็เมื่อตัวแปรนั้นมีอิทธิพลต่อเจตคติต่อพฤติกรรมมีอิทธิพลต่อความคาดหวังทางสังคมหรือมีอิทธิพลต่อน้ำหนักความสัมพันธ์ของตัวแปรทั้งสองนี้ขึ้นอยู่กับเจตคติพฤติกรรม

2. รูปแบบขั้นตอน (Stage Model)

1. รูปแบบขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง (Stage of change model) หรือขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นทฤษฎีของโพรแชสและไดเครมังเต (Jame O. Prochaska & Carlo Diclemente) ที่มีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงเป็นหัวใจหลักในการอธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นต่อเนื่องไม่ใช่เป็นเพียงเหตุการณ์หนึ่ง ๆ เท่านั้น ดังนั้น การเปลี่ยนแปลงจึงเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง เริ่มจากขั้นไม่สนใจปัญหาไปจนถึงขั้นลงมือปฏิบัติเพื่อเปลี่ยนแปลงแก้ไขไปสู่พฤติกรรมใหม่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใดจะต้องผ่านขั้นตอนตามลำดับ 6 ขั้นตอน

1.1 ขั้นไม่สนใจปัญหา (Pre-contemplation) เป็นขั้นที่บุคคลยังไม่ตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง ไม่รับรู้ไม่ใส่ใจต่อพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของตน อาจเป็นเพราะไม่ได้รับรู้ข้อมูลถึงผลกระทบของพฤติกรรมนั้น เช่น คนส่วนใหญ่ยังไม่ค่อยรู้ข้อมูลความสัมพันธ์ของการควบคุมอาหาร การออกกำลังกายและสุขภาพ หรือบางคนไม่รู้เรื่องความเสี่ยงของการสูบบุหรี่ เป็นต้น หรืออาจเป็นเพราะเพื่อที่จะเปลี่ยนแปลงตัวเองและคิดว่าไม่สามารถเปลี่ยนได้ บุคคลที่อยู่ในขั้นนี้มักจะหลีกเลี่ยงที่จะอ่าน พุดคุยหรือคิดเรื่องเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยง ทฤษฎีการปรับพฤติกรรมอื่นมักจะมองการแสดงออกในลักษณะนี้ว่าเป็นการต่อต้านหรือขาดแรงจูงใจหรือไม่มีความพร้อม

1.2 ขั้นลังเลใจ (Contemplation) เป็นขั้นที่บุคคลมีความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระยะเวลาอันใกล้ มีความตระหนักถึงข้อดีของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แต่ก็ยังคงกังวลกับข้อเสียในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วย เช่น การชั่งน้ำหนักระหว่างการลงทุนกับกำไรที่จะได้เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม อาจทำให้เกิดความลังเลใจอย่างมากจนทำให้บุคคลต้องติดอยู่ในขั้นนี้เป็นเวลานาน เหมือนกับการผัดวันประกันพรุ่ง (Behavioral procrastination) จึงยังไม่พร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงในทันที ในขั้นนี้ควรมีการพุดคุยถึงข้อดี-ข้อเสียของพฤติกรรมเก่าและใหม่ เปิดโอกาสให้ได้ชั่งน้ำหนักและอาจมีการให้ข้อมูลที่ถูกต้องด้วย

1.3 ขั้นตัดสินใจและเตรียมตัว (Preparation) เป็นขั้นที่บุคคลตั้งใจว่าจะลงมือปฏิบัติในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเร็ว ๆ นี้ (ภายใน 1 เดือน) เมื่อตัดสินใจแล้วว่าจะเปลี่ยนพฤติกรรมใดของตน เช่น เลิกบุหรี่ ลดน้ำหนัก หรือออกกำลังกาย บางคนอาจวางแผนว่าจะต้องทำอะไรบ้าง เช่น เข้าร่วมฟังการบรรยายเรื่องสุขภาพ ขอคำปรึกษาพุดคุยกับแพทย์ ค้นคว้าข้อมูลหรือซื้อหนังสือเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมตนเองมาอ่านกำหนดวันที่จะเริ่มเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นต้น บุคคลที่อยู่ในขั้นนี้ควรได้มีทางเลือกในการเปลี่ยนพฤติกรรมโดยให้เขาตัดสินใจเลือกเอง และส่งเสริมศักยภาพในการกระทำของเขา

1.4 ขั้นลงมือปฏิบัติ (Action) เป็นขั้นที่บุคคลลงมือปฏิบัติหรือกระทำพฤติกรรมที่พึงประสงค์ โดยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภายนอกตามที่ได้ตั้งเป้าหมายไว้เป็นเวลาไม่น้อยกว่า 6 เดือน โดยสังเกตจากการกระทำที่ปรากฏให้เห็น ฉะนั้นพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปอาจไม่นับเป็นขั้นลงมือปฏิบัติ (Action) ได้ทั้งหมดเพราะพฤติกรรมของบุคคลนั้นจะต้องบรรลุตามข้อกำหนดที่ผู้เชี่ยวชาญหรือเจ้าหน้าที่วิชาชีพเห็นด้วยว่าเพียงพอที่จะลดพฤติกรรมเสี่ยงได้ อย่างเช่น การสูบบุหรี่ การลดจำนวนบุหรี่ที่สูบ หรือการเปลี่ยนมาสูบบุหรี่ที่มีสารและนิโคตินต่ำ ถือว่าเป็นขั้นลงมือปฏิบัติ แต่ในปัจจุบันนี้ข้อสรุปเป็นมติว่า การหยุดสูบบุหรี่เท่านั้นที่ถือว่าเป็น ขั้นลงมือปฏิบัติ การควบคุมน้ำหนักจะต้องได้รับแคลอรีจากไขมันน้อยกว่า 30% ต่อวันนอกจากนี้ยังถือว่า การเฝ้าระวังการกลับไปเสพยาซ้ำ (Relapses) ถือเป็นเรื่องสำคัญในขั้นลงมือปฏิบัติด้วย บุคคลในขั้นนี้ควรได้รับการส่งเสริมให้ลงมือกระทำตามวิธีการที่เขาเลือกอย่างต่อเนื่อง โดยช่วยหาทางขจัดอุปสรรค และให้กำลังใจเขา

1.5 ขั้นกระทำต่อเนื่อง (Maintenance) เป็นขั้นที่กระทำพฤติกรรมใหม่อย่างต่อเนื่องเกินกว่า 6 เดือน โดยที่ยังคงทำกิจกรรมที่เป็นการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำของตนต่อไป แม้จะไม่เข้มข้นเท่ากับในขั้นลงมือปฏิบัติก็ตาม ในขั้นนี้ตัวกระตุ้นเร้าต่าง ๆ จะลดอิทธิพลลงและมีความเชื่อมั่นว่าตนสามารถเปลี่ยนแปลงได้ต่อไปเพิ่มขึ้น ระยะนี้ถือว่าการสร้างความมั่นคงของพฤติกรรมจนกลายเป็นนิสัยใหม่ โดยที่บุคคลจะต้องทำพฤติกรรมใหม่ที่พึงประสงค์นี้อย่างสม่ำเสมอ เหมือนกับว่าเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวันโดยไม่จำเป็นต้องเตรียมตัวไว้ล่วงหน้าอีกแล้ว บุคคลที่อยู่ในขั้นนี้ควรมีการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ โดยดำเนินชีวิตที่สมดุลอย่างมีคุณค่า มีการจัดการกับชีวิตประจำวันได้ดี บริหารเวลาอย่างเหมาะสม ดูแลสุขภาพและอื่นๆ

1.6 การกลับไปมีปัญหาล้ำ (Relapse) คือการที่บุคคลนั้นถอยกลับไปมีพฤติกรรมแบบเดิมก่อนที่จะเปลี่ยนแปลงอีก โดยที่บุคคลจะนำพาตนเองไปสู่สถานการณ์เสี่ยง การปล่อยให้ตนเองมีภาวะอารมณ์จิตใจที่เปราะบาง ไม่สามารถจัดการกับความอยากได้ ประมาทเลินเล่อ จนพลังพลากกลับไปมีพฤติกรรมเดิมบ้างหรือกลับไปมีปัญหาล้ำหรือเสพซ้ำอย่างเต็มตัว หากบุคคลกลับไปเสพซ้ำควรจะต้องตั้งเขากลับเข้าสู่เส้นทางการเปลี่ยนพฤติกรรมให้เร็วที่สุด มีการให้กำลังใจ มองสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างตรงไปตรงมามีการสรุปบทเรียนเพื่อไม่ให้เกิดซ้ำอีกและมุ่งมั่นในการเปลี่ยนพฤติกรรมต่อไป

กระบวนการช่วยเปลี่ยนแปลง ที่ทฤษฎีนี้แนะนำไว้ 10 วิธีได้แก่

1. ปลุกจิตสำนึก (Conscious raising) เป็นการใช่วิธีต่าง ๆ บอกให้รู้ผลเสียของการไม่เปลี่ยน และผลดีของการเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การให้การศึกษา อธิบาย ตีความหมายให้ฟัง บอกให้รู้ตรง ๆ หรือรณรงค์ผ่านสื่อต่าง ๆ

2. ใช้การเล่นละคร (Dramatic relief) เพื่อกระตุ้นหรือผลักดันจิตใจอารมณ์ให้เกิดความอยากเปลี่ยนแปลง เช่น การให้ลองเล่นเป็นคนอื่นดู (Role play) ให้สามีและภรรยาลองเล่นละครสลับบทบาทกันเพื่อสะท้อนความรู้สึกรู้สึกต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของกันและกัน การใช้ตัวละครโฆษณาแสดงความรู้สึกรู้สึกผิดหรือเสียใจที่ไม่ได้เปลี่ยนพฤติกรรม เป็นต้น

3. การใคร่ครวญผลต่อตนเอง (Self re-evaluation) เช่น จินตนาการว่าถ้าเอาแต่นอนโซฟา ดูทีวีของตนเองต่อไปจะเป็นอย่างไร ถ้าขยับขยับแข้งออกกำลังกายทุกวันภาพของตนจะเป็นอย่างไร

4. การใคร่ครวญผลต่อสังคมรอบข้าง (Social reevaluation) เช่น ถ้าตนเองดื่มแอลกอฮอล์จัดอยู่ ต่อไปลูกๆ จะเป็นอย่างไร เป็นต้น

5. การปลดปล่อยตนเอง (Self liberation) คือการพยายามให้มีทางเลือกในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม งานวิจัยบ่งชี้ว่าถ้าคนเรามีทางเลือกสองทาง จะมีความมุ่งมั่นมากกว่ามีทางเลือกทางเดียว ถ้ามีทางเลือกสามทางจะมีความมุ่งมั่นมากกว่ามีทางเลือกสองทาง ยกตัวอย่างการให้ทางเลือก เช่น ถ้าจะเลิกบุหรี่ก็ให้เลือกได้สามทาง จะเลิกแบบหักดิบก็ได้ แบบกินนิโคตินทดแทนก็ได้ หรือเลิกแบบค่อย ๆ ลดลงก็ได้

6. การปลดปล่อยสังคม (Social liberation) คืออาศัยความรู้สึกว่าเป็นการปลดปล่อยจากการกดขี่เอาเปรียบทางสังคมมาเป็นตัวสร้างความมุ่งมั่นในการเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น โครงการส่งเสริมสุขภาพชนกลุ่มน้อย เป็นต้น

7. ให้เรียนรู้สิ่งตรงกันข้าม (Counter condition) เช่น ให้เรียนรู้การสนองตอบแบบผ่อนคลายเพื่อแก้ไขปัญหาเครียด ให้เรียนรู้การเป็นคนกล้าพูดกล้าแสดงออกเพื่อแก้ปัญหากลัวการเป็น การทนแรงกดดันจากเพื่อนชนไม่ได้ เป็นต้น

8. บังคับให้ทำสิ่งที่ดีกว่าทางอ้อม (Stimulus control) เช่น สร้างที่จอดรถให้ห่างที่ทำงานเพื่อบังคับให้ต้องเดิน ติดตั้งงานศิลปกรรมไว้ข้างบันได เพื่อชักจูงให้ขึ้นลงบันได เป็นต้น

9. จงใจใช้แผนกระตุ้น (Contingency management) เช่น การตรึงรางวัลถ้าทำสิ่งที่ดีกว่า การชื่นชมผลงาน หรือแม้กระทั่งการลงโทษถ้าไม่เลิกสิ่งที่ไม่ดี

10. กัลยาณมิตร (Helping relationship) เช่น การเป็นที่ปรึกษาทางโทรศัพท์ให้ การมีบัดดี้คอยสนับสนุน

2.13 กีดขวางการสื่อสาร (Communication Roadblock) (กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข, 2559)

กีดขวางการสื่อสาร คือ ลักษณะการสื่อสารที่มีความเสี่ยงสูงที่จะก่อให้เกิดความไม่ราบรื่นในกระบวนการสื่อสาร เป็นการสื่อสารที่มีแนวโน้มให้เกิด “Emotional Plague” ซึ่งทำให้เกิดข้อขัดแย้งโดยไม่จำเป็น การสื่อสารลักษณะนี้เป็นการสื่อสารโดยอ้อมว่าได้ใช้ความสัมพันธ์เชิงอำนาจในการสื่อสารซึ่งถือว่าเป็นการไม่ตระหนักหรือเคารพความเป็นบุคคลของคู่สนทนา

ประเภทของกีดขวางการสื่อสาร

กีดขวางการสื่อสารแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ การตัดสินใจ การให้คำแนะนำและการหลีกเลี่ยงที่จะตอบสนองต่อความกังวลใจของคู่สนทนา ดังนี้

1. การตัดสินใจ (Judging the other person) ได้แก่

1.1 วิพากษ์วิจารณ์ (Criticizing) ทำให้เกิดความรู้สึกว่า ตนเองไม่ดี ไม่มีความสามารถ มีปมด้อยหรือรู้สึกว่าตนเองโง่โง่ผลที่เกิดขึ้นกับผู้บริการคือ “ฉันจะไม่บอกอะไรกับคุณถ้าคุณกำลังตัดสินฉัน”

1.2 ตั้งฉายาให้รู้สึกอับอาย เป็นตัวตลก (Name-calling, shaming, ridiculing) มีผลในการทำลายภาพลักษณ์ ทำให้ขาดกำลังใจในการมองตนเองตามความเป็นจริง และรู้สึกว่าไม่ได้รับความยุติธรรม

1.3 การวินิจฉัย (Diagnosing) ทำให้เกิดความรู้สึกต่อต้านและโกรธ เป็นการแสดงให้เห็นว่าผู้ให้บริการอยู่เหนือกว่า และทำตัวเป็นนักสืบ

1.4 การชมแบบหวังผล (Praising Evaluation) การชมแบบหวังผลอาจได้ผลในบางเวลาแต่ไม่ช่วยในการสร้างสัมพันธภาพ เพราะเป็นการยกยอที่ไม่จริงใจและวางตัวในฐานะผู้ประเมิน

2. การให้คำแนะนำ (Sending solutions) ได้แก่

2.1 สั่ง บังการ (Ordering, directing, commanding) กระตุ้นให้เกิดการต่อต้าน
ชัดเจน ทำให้รู้สึกว่าการต้องการของผู้รับบริการไม่ได้รับการใส่ใจ

2.2 การขู่ (Threatening) การใช้อำนาจด้วยการขู่จะทำให้เกิดความขุ่นเคืองใจ
โกรธ ต่อต้านและชัดเจน

2.3 การใช้ศีลธรรมจรรยา (Moralizing) ทำให้รู้สึกผิด รู้สึกว่าทำตัวไม่เหมาะสม
แปลความหมายว่า “คุณไม่ฉลาดพอที่จะรู้ว่าตนเองควรปฏิบัติตัวอย่างไร”

2.4 การใช้คำถามที่ไม่เหมาะสม (Excessive/inappropriate questioning) ใช้
คำถามปลายปิด/คำถามที่ไม่เหมาะสม เช่น ใคร, ที่ไหน, ผู้รับบริการจะรู้สึกว่ามีผู้ให้บริการกำลังสอดรู้
สอดเห็น

2.5 การให้คำแนะนำ (Advising) ผู้ให้บริการไม่ได้รู้ชีวิตของผู้รับบริการทั้งหมด
แม้กระทั่งคำแนะนำที่ดีที่สุดก็อาจไม่เหมาะกับผู้ใช้บริการ

3. การหลีกเลี่ยงที่จะตอบสนองต่อความกังวลใจของคู่สนทนา (Avoiding the other's
concerns)

3.1 การเปลี่ยนเรื่องคุย (Diverting, humoring, distracting) เป็นการไม่ให้ความสนใจ
ใจ ไม่เคารพ ในความรู้สึกและรู้สึกว่าคุณถูกปฏิเสธ

3.2 การโต้แย้งด้วยหลักการเหตุผล (Logical argument) เป็นการทำตัวเหนือกว่า
จะนำไปสู่การปกป้องตนเองของผู้รับบริการ และการโต้เถียงกัน

3.3 การให้ความหวังแบบเลื่อนลอย (Reassuring) ผู้รับบริการจะรู้สึกว่ามีผู้ให้บริการ
ไม่เข้าใจในตัวเอง เป็นการง่ายที่จะพูดให้ความหวังแต่ไม่เข้าใจว่าผู้รับบริการรู้สึกอย่างไร

2.14 ทักษะการปรึกษา OARS (กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข, 2559)

การถามคำถามปลายเปิด (Open-ended questioning)

- การถามคำถามปลายเปิดเป็นกระตุ้นให้พูด ทำให้มีการขยายความ ซึ่งจะช่วยให้การสำรวจ
ปัญหาและพฤติกรรมและช่วยในการสร้างความสัมพันธ์

- ควรเริ่มด้วยการถามคำถามปลายเปิดก่อนจะเปลี่ยนไปใช้คำถามที่จำเพาะเจาะจง

- การใช้คำถามปลายเปิดจะทำให้ทราบข้อมูลมากขึ้นเกี่ยวกับการรับรู้ คุณค่า และความพึง
พอใจ และสามารถนำไปสู่ความรับผิดชอบของผู้รับบริการ

ตัวอย่างคำถาม “อะไรที่คุณต้องการเริ่มต้นในวันนี้” “อะไรที่ทำให้คุณเข้าร่วมในการรักษา”

ผู้ให้บริการจะต้องมีการขออนุญาตในการให้ข้อมูลกับผู้รับบริการและบอกข้อมูลชัดเจน เป็นทางเลือก
ในการปฏิบัติ เพื่อส่งเสริมให้ผู้รับบริการมีความเป็นอิสระในการเลือกตัดสินใจด้วยตัวเอง การใช้
คำถามปลายเปิดจึงเป็นทักษะที่ผู้ให้บริการนำมาใช้โดยมีวิธีการของกระบวนการถาม-บอก-ถาม
(Elicit-provide-elicite) ที่เป็นวิธีการสนทนาเพื่อให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการ มีวิธีการดังนี้

กระบวนการถาม-บอก-ถาม : Elicit-provide-elicit

1. ถาม: เพื่อดึงความพร้อมและความสนใจในการเปลี่ยนแปลง
 “ขออนุญาตให้ข้อมูล” “ผมมีข้อมูลบางอย่างเกี่ยวกับการประเมินสุขภาพของคุณ”
 “คุณเคยได้ยินเรื่องนี้มาอย่างไรบ้าง”
2. บอก ให้ข้อมูลสะท้อนกลับอย่างเป็นธรรมชาติ
 “จากผลการตรวจพบว่า.....”
3. ถาม ความเข้าใจ/การแปลความหมายของผู้รับบริการจากที่ได้รับฟังข้อมูล
 “คุณมีความเห็นอย่างไรบ้าง”
 “คิดอย่างไรกับข้อมูลที่ได้รับฟังมาทั้งหมด”

การชื่นชมยืนยันรับรอง (Affirmation)

การชื่นชมจะทำให้ผู้รับบริการเกิดพลังอำนาจและความสามารถแห่งตน (Empowerment and self-efficacy) กระตุ้นให้เกิดทัศนคติว่า “ฉันทำได้” ทำให้มีความหวังและความเชื่อ

ลักษณะของการชื่นชม

1. การแสดงให้เห็นความพยายาม (สร้างความสำเร็จที่เกินจริง)
 เช่น “แม้ว่าสถานการณ์จะดูยากอย่างไร คุณยังไม่ย่อท้อที่ให้ความร่วมมือในวันนี้”
2. การแสดงให้เห็นความเข้มแข็ง (เปลี่ยนมุมมองที่ต่อต้าน)
3. การเน้นย้ำถึงความเชื่อมั่น
 เช่น “คุณมีความมุ่งมั่นมากจนทำให้คุณพบวิธีการที่ทำให้เกิดความสำเร็จ”

วิธีการชื่นชม

1. ชมแบบชัดเจนและจริงใจ (Clear and genuine)
2. หลีกเลี่ยงการใช้คำว่า “ฉัน” (focus on you, parental overtone)
3. ไม่พูดถึงสิ่งที่เป็นปัญหา
4. ชมที่ความสามารถ/ศักยภาพของผู้รับบริการ
5. สิ่งที่เป็นแง่ลบหรือหารต่อต้านสามารถเปลี่ยนมุมมองเป็นแง่บวก (reframing: glass half full)
6. คำชมเชยไม่ใช่การชื่นชม

การฟังอย่างเข้าใจและสะท้อนความ (Reflective listening)

การสะท้อนความเป็นทักษะที่สำคัญในการสร้างสัมพันธภาพและแสดงให้เห็นถึงการฟังและสะท้อนความอย่างเข้าใจผู้รับบริการที่แท้จริง

วิธีการของการสะท้อนความ

1. สะท้อนประโยคข้อความที่ผู้รับบริการบอก ไม่ใช่คำถาม, ลดน้ำเสียงลงในช่วงท้ายของการสะท้อน เสียงไม่สูง

2. พูดสั้น ๆ ประมาณ 5-10 คำ
3. จับความรู้สึกที่ซ่อนอยู่ข้างในแม้ไม่ได้พูดออกมา สะท้อนระดับความรุนแรงของความรู้สึก
4. เว้นช่วง หยุด รอ และมองสบตา

ประเภทของการสะท้อนความ

1. การสะท้อนความแบบธรรมดา (Simple reflection) แบ่งเป็น
 - 1.1 Repeating – ทวนความ
 - 1.2 Rephrasing – ทวนวลี
 - 1.3 Paraphrasing – ถ่ายทอดความ
 2. การสะท้อนความแบบซับซ้อน (Complex reflection) แบ่งเป็น
 - 2.1 Client's true meaning or feeling – ความหมายหรือความรู้สึกที่แท้จริง
 - 2.2 Double – side – สะท้อนสองด้าน ข้อความที่ขัดแย้งกันของผู้บริการ
 - 2.3 Amplified – สะท้อนความให้หนักขึ้น
- เป้าหมายการสะท้อน คือ “อะไรคือสิ่งที่ผู้มารับบริการต้องการเปิดเผย/แสดง/บอก”

การสรุปความ (Summarization)

- การสรุปความเป็นการสรุปรวมความคิด ความรู้สึกที่ผู้รับบริการบอกเล่ามาก่อนหน้านี้ เป็นการพูดใหม่ในสิ่งที่ผู้รับบริการได้เล่ามาเป็นระบบมากขึ้น ซึ่งจะช่วยให้เห็นทิศทางการสนทนา
- ใช้คำพูดสั้น กระชับ ให้ได้ใจความสำคัญทั้งหมด โดยสรุปเนื้อหาและความรู้สึกของผู้รับบริการ
- การสรุปความอาจให้ความเห็นได้ว่าความคิดและความรู้สึกที่ผู้รับบริการเล่ามีความสอดคล้องกันอย่างไรบ้าง

การสรุปความ แบ่งเป็น 3 ประเภทคือ

1. การสรุปรวบรวมประเด็น (Collecting): รวบรวมข้อมูลแล้วสรุป ควรใช้เป็นระยะๆ เพราะกระตุ้น change talk แต่ใช้บ่อยเกินไปจะทำให้การสนทนาไม่เป็นไปตามธรรมชาติ
2. การสรุปเชื่อมโยง (Linking): สรุปคำพูดปัจจุบันที่ขัดแย้งกันกับสิ่งที่พูดมาก่อนหน้านี้ กระตุ้นให้เห็นความขัดแย้งในสิ่งที่คิด เกิดความลังเลว่าสิ่งที่คิด/ทำอยู่ว่าอาจไม่ใช่สิ่งที่ดีที่สุด การสรุปข้อมูลที่ขัดแย้งกันให้ใช้คำเชื่อม “และ” ไม่ใช่คำว่า “แต่”
3. การสรุปเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง (Transitional): สรุปเมื่อเปลี่ยนประเด็นพูดคุยหรือต้องเลือกเรื่องคุย

2.15 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Sorensen L และคณะ (Sorensen L et al., 2006) ได้ทำการศึกษาการจัดการยาที่บ้านของผู้ป่วยจากกลุ่มตัวอย่าง 204 ราย พบว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงในการจัดเก็บยาไม่เหมาะสม 8.3% มีความสับสนเรื่องชื่อการค้ากับชื่อสามัญทางยา 55.9% นอกจากนี้ยังพบเรื่องยาหมดอายุ การรักษาที่ซ้ำซ้อนและการไม่ร่วมมือในการใช้ยาด้วย

การศึกษาของ Hugtenburg JG และคณะ (Hugtenburg JG et al., 2006) สมาคมเภสัชกรรมชุมชนอัมสเตอร์ดัม ประเทศเนเธอร์แลนด์ เรื่องผลการบริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยที่มีรายการยามากกว่า 5 รายการ เมื่อออกจากโรงพยาบาลโดยเภสัชกรชุมชนซึ่งมีร้านยา 37 แห่งและผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษาจำนวน 715 ราย ในปี พ.ศ. 2544-2546 การบริหารทางเภสัชกรรมได้แก้บททวนรายการยาและให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยที่บ้านโดยแยกเป็นกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม พบว่าการบริหารทางเภสัชกรรมที่บ้านสามารถลดการใช้ยาที่มีความซ้ำซ้อนได้ถึง 40% ในกลุ่มศึกษาและผู้ป่วยมีความพึงพอใจ 87% กับการให้คำแนะนำของเภสัชกรชุมชน

การศึกษาของ Teruel JL และคณะ (Teruel JL et al., 2014) ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4-5 ที่ยังไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต จำนวน 50 คน เพื่อติดตามผู้ป่วยที่บ้านโดยแพทย์ปฐมภูมิ พบว่า 44% ของผู้ป่วยไม่ต้องไปแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาล และ 58% ไม่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

การศึกษาของ Kunihiro Yamagata และคณะ (Yamagata K et al., 2016) เรื่องผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 1-5 ในประเทศญี่ปุ่น กลุ่มตัวอย่าง 2,379 คน แบ่งเป็นกลุ่มศึกษา 1,184 คนและกลุ่มควบคุม 1,195 คน โดยกลุ่มศึกษาจะได้รับ 1) ความรู้เรื่องอาหารจากนักโภชนาการ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานอาหารที่บ้านทุก 3 เดือน 2) มีการติดตามทางจดหมาย โทรศัพท์ Email ก่อนมาพบแพทย์ 3) แพทย์ได้รับข้อมูลการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย พบว่าอัตราการเสื่อมสภาพเฉลี่ยของ eGFR ในกลุ่มศึกษามีแนวโน้มลดลง (กลุ่มศึกษา 2.4 ± 5.1 ml/min/1.73m²/year กลุ่มควบคุม 2.6 ± 5.8 ml/min/1.73m²/year p=0.03) และแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3

Cheen MHH และคณะ (Cheen MHH et al., 2017) ทำการประเมินผลของโปรแกรมทบทวนรายการยาที่บ้าน (Home-base medication review, HBMR) โดยเภสัชกรในผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงในการกลับเข้ามานอนโรงพยาบาล (readmission) ที่ประเทศสิงคโปร์ ระหว่างเดือนมีนาคม 2554 ถึง เดือนมีนาคม 2558 เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีรายการยามากกว่า 5 รายการ และมีการนอนโรงพยาบาลที่ไม่ได้วางแผนไว้ล่วงหน้าอย่างน้อย 2 ครั้ง ใน 3 เดือน ซึ่งมีกลุ่มตัวอย่าง 92 คนได้รับโปรแกรม HBMR ที่บ้าน ผลการศึกษาพบว่าโปรแกรม HBMR สามารถลดการกลับมานอนโรงพยาบาล 26% (p=0.007) ลดการมารับบริการที่แผนกฉุกเฉินที่โรงพยาบาล 20% (p=0.030) โดยเภสัชกรสามารถจำแนกปัญหาจากการใช้ยาได้ 464 ปัญหา ซึ่ง 169 ปัญหา (36.4%) สามารถแก้ไขได้ภายใน 1 เดือนหลังจากการเยี่ยมบ้าน

จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศจะเห็นว่าโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโดยการเยี่ยมบ้านทำให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีอัตราการเสื่อมของไตลดลง การมานอนรักษาตัวในโรงพยาบาลลดลง และช่วยเพิ่มความอยู่รอดของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังสามารถลดการใช้จ่ายที่ซ้ำซ้อน ลดการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ ลดการมารับบริการที่แผนกฉุกเฉิน และผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการให้บริบาลทางเภสัชกรรม

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมักมีภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น ภาวะพอสเฟตในเลือดสูง ภาวะเลือดเป็นกรด ภาวะบวม น้ำหรือ น้ำคั่งในร่างกาย ภาวะโลหิตจาง ภาวะความดันโลหิตสูง เป็นต้น ทำให้ต้องใช้ยาหลายชนิดจึงมีโอกาสเกิดการใช้ยาผิดชนิด ผิดขนาด ผิดเวลา หยุดใช้ยาเอง ไม่ทราบข้อบ่งใช้ สัมรับประทานยา หรือเกิดอันตรายจากอันตรกิริยาระหว่างยา การดูแลป้องกันที่ดีที่สุดคือ การให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคและยาที่ใช้ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จากการศึกษาของวรรณคดี เอี่ยมคล และคณะ (2557) เรื่องผลการให้คำปรึกษาด้านโรคและยาในผู้ป่วยไตเรื้อรังที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระพุทธบาท จ.สระบุรี เปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังให้คำปรึกษา ในผู้ป่วยจำนวน 74 คน พบว่าค่าเฉลี่ยของร้อยละคะแนนความรู้โดยรวมหลังการให้คำปรึกษาเพิ่มขึ้นจากการให้คำปรึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) นอกจากนี้ผู้ป่วยที่ทำการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหรือการล้างไตทางช่องท้องที่มีความจำเป็นที่ต้องใช้ยาหลายขนานเพื่อรักษาภาวะที่ไม่สามารถแก้ไขได้จากการฟอกเลือดหรือการล้างไตทางช่องท้อง อาทิ โลหิตจาง เกลือแร่ไม่สมดุล เลือดเป็นกรด ความดันโลหิตสูงรวมกับการใช้ยาเพื่อรักษาปัญหาที่เกิดจากการฟอกเลือด เช่น ระดับโปแตสเซียมต่ำ น้ำตาลในเลือดสูง ติดเชื้อที่ผนังช่องท้อง และการใช้ยาสำหรับรักษาโรคประจำตัว อาทิ โรคหัวใจ ไชมันในเลือดสูง เบาหวาน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดปัญหาจากการใช้ยาได้

การศึกษาของ ปิ่นแก้ว กล้ายประยงค์ และกรณธรรัตน์ บุญช่วยธนาสิทธ์ (2551) เรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการสร้างเสริมพฤติกรรมการปฏิบัติตัว เพื่อชะลอการเสื่อมของไตสู่ภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้ายของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 ที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรคไต โรงพยาบาลรามาริบัติ โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง 30 คนและกลุ่มควบคุม 30 คน พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการดำเนินของโรคสู่ภาวะโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไต การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไต การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อชะลอการเสื่อมของไตและพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไตดีกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001$) ค่าความดันโลหิตตัวบนลดลงดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001$) ค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตตัวล่างลดลงดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.05$) และพบว่าการรับประทานอาหารโปรตีนตามกำหนดและระดับฟอสฟอรัสในเลือดลดลงดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.01$)

การบริหารทางเภสัชกรรมโดยการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเพื่อการจัดการด้านยาของผู้ป่วยที่บ้านโดยใช้การจัดประเภทของปัญหาเกี่ยวกับยาตามแนวทาง Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE) สามารถช่วยลดปัญหาจากการใช้ยาซึ่งทำให้ผลลัพธ์ทางคลินิก และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น ดังการศึกษาต่อไปนี้

สมทรง ราชนิยม และภุชณี สระมณี (2559) ทำการศึกษาเรื่องการจัดการปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้านโดยเภสัชกรครอบครัวในเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอกะนวน โดยใช้แบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน เภสัชกรครอบครัวค้นหาปัญหาการใช้ยาและประเมินผลลัพธ์ของการแก้ปัญหาด้วยวิธีการสัมภาษณ์ข้อมูลและสังเกตผู้ป่วย การจัดกลุ่มประเภทของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยาสาเหตุ วิธีการแก้ไข และผลลัพธ์ใช้แนวทางของ Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE) ผู้ป่วยที่มีข้อมูลสมบูรณ์ทั้งหมด 109 คน พบว่า โรคเรื้อรัง 3 อันดับแรกได้แก่ เบาหวาน (ร้อยละ 77.98) ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 62.39) และโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด (ร้อยละ 28.44) ปัญหาที่พบมากที่สุดคือ ผู้ป่วยไม่รับประทานยาหรือใช้ยาในทุกกรณี (ร้อยละ 53.06) สาเหตุของปัญหาสามารถระบุได้ 106 สาเหตุ สาเหตุที่พบมากที่สุดคือสาเหตุอื่น ๆ (ร้อยละ 18.87) เช่น ผู้ป่วยใช้ยาแผนโบราณผสมสเตียรอยด์ ใช้ผลิตภัณฑ์จากน้ำผลไม้หรือยาชุด ซึ่งเภสัชกรสามารถจัดการปัญหาได้ทั้งหมดจำนวน 68 ครั้ง (ร้อยละ 69.39) วิธีการแก้ปัญหาที่ใช้บ่อยคือ แนะนำโดยวาจากับผู้ป่วย (ร้อยละ 30.77)

การศึกษาของ บุญถม ปาปะเพ และคณะ (2556) เรื่องสาเหตุของปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยในการเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกร ในเขตอำเภอบ้านโป่ง จังหวัดมหาสารคาม เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ และบันทึกข้อมูลปัญหาการใช้ยาตามแนวทาง Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE) เฉพาะปัญหาและสาเหตุของปัญหาพบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 66 ราย พบปัญหาการใช้ยา 46 ครั้ง (ร้อยละ 74.19) ปัญหาบ่อยคือ ได้รับผลการรักษาจากยาไม่พอ (ร้อยละ 38.70) ตามด้วยการมีข้อบ่งชี้ที่ยังไม่ได้ทำการรักษา (ร้อยละ 16.12) ส่วนสาเหตุของปัญหาพบว่ามี 81 ครั้ง ที่พบบ่อยคือ การบริหารยาหรือการใช้ยาไม่ถูกต้อง (29 ครั้ง, ร้อยละ 35.80) รองลงมาคือเกี่ยวกับผู้ป่วยเอง (19 ครั้ง) และจากการเลือกใช้ยา (14 ครั้ง)

การศึกษาของ ศิริรัตน์ ต้นปิชาติ (2554) เรื่องประสิทธิผลของเภสัชกรเยี่ยมบ้าน ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานประเภท 2 ในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 34 ชุมชน กลุ่มตัวอย่าง 288 คน ใช้เวลา 6 เดือน โดยเภสัชกรชุมชน และมีการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย 3 ครั้ง พบปัญหาจากการใช้ยาทั้งหมด 858 ปัญหา คิดเป็น 2.98 ปัญหาต่อผู้ป่วย 1 คน เป็นปัญหาไม่ให้ความร่วมมือในด้านยา 822 ปัญหาคิดเป็นร้อยละ 95 ของปัญหาทั้งหมด หลังการเยี่ยมบ้านพบปัญหาไม่ให้ความร่วมมือในด้านยา มีการเปลี่ยนแปลงร้อยละ 18.2 และมีการเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้นร้อยละ 3.38 ระดับความดันโลหิตสูงลดลงร้อยละ 56.1 สรุปจากการศึกษาพบว่า การดูแลผู้ป่วยโดยเภสัชกรชุมชนเยี่ยมบ้านสามารถลดปัญหาสืบเนื่องจากการใช้ยาและเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วย เช่นเดียวกับผลของการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชนโดยการออกเยี่ยมบ้านในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ

เมือง จังหวัดมหาสารคาม (ปริญา ฅมอดุทา และฅณะ 2017) พบว่า ปัญหาที่พบส่วนใหญ่คือ ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา (ร้อยละ 51.02) สาเหตุหลักที่ทำให้เกิดปัญหาจากยาคือ การได้รับรายการยาจำนวนมากเกิน ร้อยละ 24.49 โดยเภสัฅกรเข้าไปมีบทบาทในเรื่องของการทบทวนและตรวจสอบความร่วมมือในการใช้ยาสูงถึงร้อยละ 49.07 การบริหารทางเภสัฅกรรมที่ให้แก่ผู้ป่วยสามารถแก้ไขปัญหาการใช้ยาได้ถึงร้อยละ 91.66 จากผลการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นว่า การบริหารทางเภสัฅกรรมผู้ป่วยที่บ้านช่วยให้เภสัฅกรสามารถค้นหาปัญหาในการใช้ยาของผู้ป่วยได้มากขึ้นรวมทั้งหาสาเหตุของปัญหาและให้การแก้ไขปัญหาคือเป็นองค์รวมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งอาจไม่สะดวกหรือไม่สามารถทำได้เมื่อผู้ป่วยมารับบริการที่โรงพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีการรับประทานยาหลายรายการ และต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยสูงอายุ ทำให้มีโอกาสเกิดปัญหาจากการใช้ยาได้แก่ ผู้ป่วยไม่รับประทานยาเนื่องจากเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาหรือจากโรคที่ผู้ป่วยเป็น ไม่มีความรู้ในการจัดการปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา ทำให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา และการให้บริหารทางเภสัฅกรรมในโรงพยาบาลอาจทำให้ไม่สามารถค้นหาปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วยที่แท้จริงได้ เนื่องจากผู้ป่วยที่มีจำนวนมากและด้วยระยะเวลาที่จำกัด การออกไปเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านโดยทีมสุขภาพจะทำให้สามารถค้นหาและประเมินปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาที่แท้จริงได้ นอกจากนี้ยังสามารถร่วมกับผู้ป่วยในการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้น ทำให้สามารถลดปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วย และสามารถเพิ่มคุณภาพในการดำเนินของผู้ป่วยชีวิตให้ดีขึ้น

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลนางรอง และมีการเชื่อมโยงกับการเยี่ยมบ้านของเภสัฅกรงานเภสัฅปฐมภูมิ โดยการใช้การศึกษาเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมจากทีมสหวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล อาทิ แพทย์พยาบาล เภสัฅกร นักพยาบาลวิทยา โภฅนาการ และนักกายภาพ เป็นต้น ในการออกแบบการดูแลที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังตามบริบทของโรงพยาบาลนางรอง โดยวิธีการเด่นของการวิจัยเชิงปฏิบัติการคือ มีลักษณะการดำเนินการวิจัย เป็นวงจรหรือเกลียว (Spiral) มีความเป็นพลวัต ในวงจรของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เริ่มต้นที่การวางแผน (Planning) เป็นการวางแผนที่นำไปสู่การปฏิบัติเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ ลำดับต่อมาคือการปฏิบัติ (Action) เป็นการปฏิบัติงานตามแผนที่กำหนดไว้ จากนั้นเข้าสู่การติดตามผลการปฏิบัติเป็นการสังเกต (Observation) และขั้นสุดท้ายคือการสะท้อน (Reflection) เป็นการสะท้อนผลของการปฏิบัติว่าได้ดำเนินงานตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้หรือไม่ เป็นการส่งเสริมให้ผู้วางแผนได้เรียนรู้หรือเข้าใจ จุดอ่อนและจุดแข็งของแผน เพื่อนำไปสู่การปรับแผนการดำเนินงานในขั้นตอนต่อไป มีหลายการศึกษาที่ใช้รูปแบบการศึกษาที่เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติ (Action research) มาพัฒนางานประจำที่ทําคือ อาทิ

การศึกษาเรื่องการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลชัยภูมิ (วงเดือน ฤาชา และ ฅณะ, 2554) วิธีการศึกษาเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ประชากรคือผู้ป่วยเบาหวานที่มาใช้บริการที่คลินิกเบาหวาน จำนวน 200 คน และทีมสหวิชาชีพ 99 คน ดำเนินการตามขั้นตอนของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมได้แก่ 1) ขั้นเตรียมจัดประชุมเชิงปฏิบัติการจัดเตรียมทีมสหวิชาชีพ วัสดุอุปกรณ์และเครื่องมือแพทย์สำหรับให้บริการ 2) ขั้นปฏิบัติการมี 3 ระยะ ดังนี้ระยะที่ 1วิเคราะห์

สถานการณ์การให้บริการผู้ป่วยเบาหวานโดยทีมสหวิชาชีพ ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานมีการพัฒนา 3 วงจร วงจรที่ 1 พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยใช้แนวคิดรูปแบบการบริหารการดูแลโรคเรื้อรัง วงจรที่ 2 นำระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานไปทดลองใช้ วงจรที่ 3 นาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ปรับปรุงไปปฏิบัติ ระยะที่ 3 ประเมินผลและสรุปการพัฒนาโดยประเมินผลความพึงพอใจของผู้ให้บริการก่อนหลังการพัฒนาและประเมินผลความพึงพอใจของผู้ป่วยเบาหวาน ผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานครอบคลุมถึงชุมชนโดยทีมสหวิชาชีพ จัดทำคู่มือการดูแลตนเอง ปรับปรุงระบบการส่งต่อจากชุมชนมายังโรงพยาบาล ค่าเฉลี่ยระดับ HbA1C ของกลุ่มตัวอย่างหลังการพัฒนามีค่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สามารถลดระยะเวลารอคอยจากเดิมเฉลี่ย 5 ชั่วโมง เป็น 1.27 ชั่วโมง ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด และพบภาวะแทรกซ้อนได้แก่ อัตราการเกิดจอประสาทตาเสื่อมร้อยละ 5 อัตราการเกิดแผลที่เท้า (DM Foot) ร้อยละ 3.91 อัตราการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 3.13 อัตราการเกิดโรคไตเสื่อมร้อยละ 2.46 ซึ่งลดลงได้ตามเกณฑ์ชีวิตที่กำหนดไว้ ประเมินผลความพึงพอใจของผู้ให้บริการก่อนและหลังการพัฒนาพบว่า ความพึงพอใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และความพึงพอใจของผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก ($x = 4.14$, $S.D. = 0.57$) การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยทีมสหวิชาชีพสุขภาพแบบองค์รวมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนก่อให้เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยที่ครบวงจรต่อเนื่อง

การศึกษาเรื่องพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรค โรงพยาบาลระนอง (ธารรัตน์ สัจจา และกัลยาณี นาคฤทธิ์, 2555) เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคและศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรค เริ่มดำเนินการตั้งแต่ตุลาคม 2552 ถึงธันวาคม 2554 การดำเนินการประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นเตรียมการทดลอง 2) ขั้นดำเนินการทดลอง และ 3) ขั้นประเมินผลการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ทีมสหวิชาชีพจำนวน 89 คน และกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัณโรครายใหม่จำนวน 35 คน ผลการศึกษาพบว่า ระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกันของทีมสหวิชาชีพโดยมีพยาบาลเป็นผู้ประสานงานระหว่างทีมสหวิชาชีพ รวมถึงมีระบบการส่งต่อผู้ป่วยวัณโรคไปยังเครือข่ายในชุมชน ผลจากการนำระบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยพบว่า ด้านผู้ป่วย 1) มีการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองถูกต้องเพิ่มขึ้น 2) อัตราการกลับมารักษาซ้ำลดลงเป็นร้อยละ 2.86 3) ความพึงพอใจของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ด้านผู้ให้บริการพบว่า 1) ความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 2) พยาบาลมีการปฏิบัติตามระบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ร้อยละ 91.5

การศึกษาของ ดร.วรณ คลังศรี และคณะ (2556) เรื่องการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิในกระบวนการพัฒนาระบบงานบริการส่งมอบยาและให้คำแนะนำในการใช้ยา เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยมีขั้นตอนในการศึกษา คือ 1) ศึกษาบริบทของพื้นที่ 2) สร้างทีมวิจัยหลัก 3) วิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ และกำหนดกิจกรรมในการแก้ปัญหา 4) การวางแผนการปฏิบัติงานส่งมอบยาและให้คำแนะนำในการใช้ยา 5) ดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ 6) การวิเคราะห์ผลการปฏิบัติการ 7) วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาระบบงาน 8) ปรับระบบงานที่ส่งมอบยาและให้คำแนะนำในการใช้ยา ผลการศึกษาพบว่า การใช้รูปแบบงานวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมสามารถพัฒนากระบวนการทำงานและการเรียนรู้ของเจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิได้ ปัจจัยภายใน

สำคัญที่เกี่ยวข้อกับกระบวนการพัฒนาระบบงานบริการส่งมอบยาและให้คำแนะนำในการใช้ยา ได้แก่ ประสพการณ์เดิมจากการทำงานของทีมวิจัย ความตระหนักถึงปัญหาของระบบ การได้รับการยอมรับจากผู้อื่น ความสามารถพร้อมรับการเปลี่ยนแปลงและการมีภาวะผู้นำ ส่วนปัจจัยภายนอกที่มีผล ได้แก่ ความร่วมมือของทีมผู้สนับสนุนและผู้ป่วย รูปแบบการวิจัยที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมและช่วงเวลาในการดำเนินกิจกรรมที่จำกัด

การศึกษาเรื่องการพัฒนากระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงมัน ตำบลสิงห์โคก อำเภอกะทู้ จังหวัดภูเก็ต (พิศสมัย บุญเลิศ และคณะ, 2559) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ผู้ดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แกนนำชุมชน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลผู้นำแบบไม่เป็นทางการ เจ้าหน้าที่ฝ่ายพัฒนาชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 58 คน ซึ่งได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบเป็นองค์รวมแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง แบบวัดความพึงพอใจ และแบบสรุปกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงมีการพัฒนาแนวทางการดูแลอย่างเป็นระบบ มีระบบติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ทีมเจ้าหน้าที่และทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับการพัฒนาแนวทางสนับสนุนการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง พัฒนาช่องทางการส่งต่อและเชื่อมโยงกับเครือข่าย และรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 พัฒนาศักยภาพด้านความรู้และทักษะการดูแลต่อเนื่องกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง แก่ผู้ดูแลหลักและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระยะที่ 2 ฝึกปฏิบัติจริงในชุมชนและวางแผนการดูแลต่อเนื่องและระยะที่ 3 สรุปและประเมินหลังการปฏิบัติ และผู้เกี่ยวข้องมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงโดยรวม คิดเป็นร้อยละ 78.6 ปัจจัยแห่งความสำเร็จคือ การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงในครั้งนี้เกิดจากการพัฒนาจากข้อมูลพื้นฐานของชุมชน ผ่านแนวทางการจัดการคุณภาพ และทฤษฎีการสร้างการมีส่วนร่วมที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ จนทำให้ได้รูปแบบที่มีความเหมาะสมและนำไปปฏิบัติได้จริง

การศึกษาเรื่องการพัฒนากระบวนการเยี่ยมบ้านแบบมีส่วนร่วมระหว่างวิชาชีพและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (รุ่งฤดี อ่อนทา และคณะ, 2559) เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ มีขั้นตอนการศึกษา 1) วิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 2) พัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้านแบบมีส่วนร่วมระหว่างพยาบาลวิชาชีพและอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ได้แก่ วินิจฉัยปัญหาเกี่ยวกับการเยี่ยมบ้าน วางแผนการปฏิบัติการโดยทีมเยี่ยมบ้าน ปฏิบัติการเยี่ยมบ้าน ประเมินผลโดยการเปรียบเทียบพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือด ความพึงพอใจต่อการเยี่ยมบ้าน 3) สรุปผลการค้นพบโดยทีมพัฒนาการเยี่ยมบ้าน ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการเยี่ยมบ้านแบบมีส่วนร่วมระหว่างพยาบาลวิชาชีพและอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน หลังการพัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้าน พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ดีกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้าน ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ความพึงพอใจต่อการเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ดีกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลสุคริริน ด้วยเทคนิคการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (ชินรัมย์ คมสรรค์ และบุญสิทธิ์ไชยชนะ, 2559) เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพตนเอง ดำเนินการวิจัย 2 ขั้นตอนคือ 1. ขั้นตอนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพตนเอง การประยุกต์ใช้กระบวนการ Appreciation Influence Control (AIC) และเลือกใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมใน 6 ขั้นตอน 1) การนำเสนอข้อมูลสภาพปัญหา 2) การกำหนดเป้าหมาย 3) การค้นหากิจกรรมการพัฒนา 4) จัดลำดับความสำคัญ 5) วางแผนหาผู้รับผิดชอบ 6) จัดทำแผน/กิจกรรม/โครงการ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้คือ ผู้ป่วย ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้รับผิดชอบคลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่รับผิดชอบดูแลติดตามผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลสุคริริน แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักโภชนาการ จำนวน 35 คน ใช้วิธีการคัดเลือกแบบจำเพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย การประยุกต์ใช้กระบวนการ AIC กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมใน 6 ขั้นตอน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา และสถิติเชิงพรรณนา 2. ขั้นตอนการเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพตนเอง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ คือผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 24 คน คัดเลือกแบบเจาะจง ใช้เวลาทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ ในการติดตามเยี่ยมบ้าน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย รูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และแบบวัดพฤติกรรมสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า 1. รูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองด้วยกระบวนการ AIC มี 2 รูปแบบคือ 1) รูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและญาติหรือผู้ดูแล ประกอบด้วย การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน 4 ด้านคือ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยาและการจัดการอารมณ์ 2) รูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองสำหรับทีมสุขภาพโรงพยาบาลสุคริรินและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ประกอบด้วย การประเมิน ติดตาม พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมและการสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ป่วยให้เห็นคุณค่าในตนเองและมีความตระหนักรวมทั้งมีพลังอำนาจในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตนเองให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ประสบผลสำเร็จ 2. ภายหลังการทดลองใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพตนเอง ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการบริโภคอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกายและการจัดการอารมณ์ สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบการดูแลของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา จังหวัดยโสธร (กิตติมา เศรษฐบุญสร้าง และประเสริฐ ประสมรักษ์, 2559) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบการดูแลของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัด

ทดแทนได้ในด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่รักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา โดยขั้นที่ 1 ศึกษาสภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งหมด 87 คน ขั้นที่ 2 สังเคราะห์รูปแบบการดูแลของผู้ป่วยร่วมกับผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และคณะทำงาน ขั้นที่ 3 ศึกษาผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจำนวน 113 คน และขั้นที่ 4 ค้นข้อมูลรับฟังเสียงสะท้อนจากคณะทำงานเพื่อปรับปรุงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามและแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยไตวาย (KDQOL-36) ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อาชีพ ความสามารถในการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาด้วยตนเอง ระดับการศึกษา และสถานะสุขภาพ ผลจากขั้นที่ 1 นำมาสังเคราะห์ได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วย 4 ขั้นตอน คือ 1) ประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต เพื่อระบุปัญหารายบุคคล 2) ให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยและญาติตามพฤติกรรมเสี่ยง 3) ติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อเสริมพลังแก้ปัญหาาระดับบุคคลจนกว่าปัญหาจะสิ้นสุด 4) ประสานภาคีเครือข่ายในการดูแลแบบองค์รวม ภายหลังจากนำรูปแบบไปใช้ดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิต แตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.001$

การศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบไร้รอยต่อ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตงห่องแท่ ตำบลปทุม อำเภอมือเมือง จังหวัดอุบลราชธานี (บรรเทิง พลสวัสดิ์ และคณะ, 2560) เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการในเขตพื้นที่ 5 หมู่บ้าน กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 1) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำนวน 10 คน 2) ญาติผู้ป่วยจำนวน 10 คน 3) ทีมสหวิชาชีพจำนวน 12 คน ผลการศึกษาพบว่า ระบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบไร้รอยต่อที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 1) แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบไร้รอยต่อ 2) ระบบการส่งต่อโดยใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ 3) ประเมินความพึงพอใจของญาติและทีมสหวิชาชีพอยู่ในระดับมาก 4.40 ± 0.516 และ 4.42 ± 0.516 ตามลำดับ 4) มีการปฏิบัติตามระบบใหม่ 90%

การศึกษาเรื่องการพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพอำเภอบุขย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา (นันทน์ภัส พึงสุข และอัมภาวดี พลนอก, 2560) โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นตัวขับเคลื่อนให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมในการพัฒนา โดยมีกลุ่มเป้าหมายเป็นผู้รับผิดชอบงานบริหารเวชภัณฑ์ จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล สาธารณสุขอำเภอและจากโรงพยาบาล รวมทั้งสิ้นจำนวน 15 ราย ทำการเก็บข้อมูลสถานการณ์การบริหารคลังเวชภัณฑ์โดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึก และแบบประเมินประสิทธิภาพการบริหารคลังเวชภัณฑ์ เพื่อนำมาวิเคราะห์ความเสี่ยงในกระบวนการ วางแผนพัฒนาระบบบริหารคลังเวชภัณฑ์แล้วนำไปปฏิบัติจริง จากนั้น สะท้อนผลการปฏิบัติการในแต่ละวงจรรอบ ให้ผู้ปฏิบัติงานได้นำไปหาแนวทางร่วมกันเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริหารเวชภัณฑ์ในรอบถัดไป ผลการวิจัยพบว่า มีการพัฒนาระบบบริหารคลังเวชภัณฑ์ผ่านการวิจัยเชิงปฏิบัติการ จำนวน 2 วงรอบ วงรอบที่ 1 เน้นการกำหนดแนวทางเพื่อควบคุมความเสี่ยงที่เกิดในกระบวนการบริหารคลังและเวชภัณฑ์ ในวงจรที่ 2 เป็นการพัฒนาในส่วนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลที่มีตัวชี้วัดประสิทธิภาพไม่ผ่านเกณฑ์ จำนวน 3 แห่ง โดยทำวิเคราะห์เป็นรายการ เพื่อกำหนดจำนวนสำรองและจัดให้มีระบบการคืนยาแบบเดิมเดิมตามจำนวนสำรองที่กำหนด หลังสิ้นสุดกระบวนการวิจัยพบว่า อัตราสำรองคลังเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน คือ ไม่เกิน 3 เดือน ยาสิ้นอายุลดลง จำนวนยาขาดลดลง และความคลาดเคลื่อนของจำนวนยาคงคลังไม่เกินกำหนด

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย

การศึกษาเชิงปฏิบัติการ (Action research) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เชื่อมโยงกับการเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกรปฐมภูมิ แบ่งการศึกษาเป็น 4 ระยะได้แก่

1. ขั้นตอนการวางแผน (Planning)
2. ขั้นตอนการปฏิบัติ (Action)
3. ขั้นการสังเกต (Observation)
4. ขั้นตอนการวางแผน (Planning)

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรหมายถึงผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังแบบ เฉพาะเจาะจงจำนวน 30 คน ที่มีปัญหาในเรื่องการใช้จ่ายคือ รับประทานยาไม่ถูกต้อง มียาเหลือ จำนวนมาก หรือมาผิมนัด ที่มารับบริการที่คลินิกโรคไต โรงพยาบาลนางรอง ซึ่งเปิดให้บริการวัน อังคารถึงวันพฤหัสบดี เวลา 08.30 – 15.00 น.

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างเข้าการศึกษา (Inclusion criteria)

1. มีอายุ 18 ปีขึ้นไป
2. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 – 4 (eGFR 15-59 mL/min/1.73m²)
3. มีโรคร่วมคือโรคเบาหวานและ/หรือโรคความดันโลหิตสูง
4. สามารถสื่อสารเข้าใจ ไม่มีความผิดปกติด้านการรับรู้หรือมีผู้ดูแลที่สามารถตอบคำถามได้
5. ผู้ป่วยที่ยินยอมและเต็มใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเมเร็งทุกชนิด ในทุกระยะ
2. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางจิตเวช
3. ผู้ป่วยที่ตั้งครรภ์และให้นมบุตร
4. ผู้ป่วยที่ย้ายถิ่นฐาน หรือเสียชีวิต

ทีมสหวิชาชีพจำนวน 9 คน โดยการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังประกอบด้วย

- แพทย์อายุรกรรมโรคไตจำนวน 1 คน ซึ่งโรงพยาบาลนางรองมีแพทย์อายุรกรรมไต 1 คน
- พยาบาลประจำคลินิกโรคไตเรื้อรังจำนวน 5 คน
- เภสัชกรประจำห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอกจำนวน 1 คน
- นักโภชนาการจำนวน 1 คน
- นักกายภาพบำบัดจำนวน 1 คน

3.3 เครื่องมือในการทำวิจัย

3.3.1 แบบสัมภาษณ์เชิงลึกแบบมีโครงสร้าง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นมาเองจากการทบทวนวรรณกรรม

3.3.2 แบบบันทึกการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่บ้าน ประกอบด้วยข้อมูล (ภาคผนวก ก)

- ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย
- ข้อมูลรายการยาที่ผู้ป่วยใช้
- บันทึกผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3.3.3 แบบทดสอบความรู้เรื่องโรค

ประกอบด้วยคำถามจำนวน 14 คำถาม ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง ของปิ่นแก้ว กล้ายประยงค์ และกรัณท์รัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ์ (2551) โดยมีประเด็นคำถามเรื่อง หน้าที่ในการทำงานของไต สาเหตุในการเกิดโรคไต และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (ภาคผนวก ค)

3.3.4 แบบทดสอบความรู้เรื่องการปฏิบัติตัว

ประกอบด้วยคำถามจำนวน 15 คำถาม ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามพฤติกรรมกรปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไตของปิ่นแก้ว กล้ายประยงค์ และกรัณท์รัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ์ (2551) โดยมีประเด็นคำถามเรื่อง การรับประทานยา การรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย (ภาคผนวก ง)

3.3.5 แบบสอบถามความพึงพอใจ

ประกอบด้วยคำถามจำนวน 9 คำถาม ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาเอง โดยสอบถามในด้านความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (ภาคผนวก จ)

3.5.6 เอกสารประกอบการให้ความรู้ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นมาจากการทบทวนวรรณกรรม โดยประกอบด้วยความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง การปฏิบัติตัวทั้งด้านการรับประทานอาหาร ยาและการออกกำลังกาย ตัวอย่างยาที่ใช้ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (ภาคผนวก ช)

3.4 ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

3.4.1 ก่อนการทำวิจัย พัฒนาและเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

1. แบบบันทึกการเยี่ยมบ้านที่บ้าน (ภาคผนวก ก)
2. แบบสัมภาษณ์เชิงลึกแบบมีโครงสร้าง (ภาคผนวก ข)
3. แบบประเมินความรู้เรื่องโรค (ภาคผนวก ค)
4. แบบทดสอบความรู้เรื่องการปฏิบัติตัว (ภาคผนวก ง)
5. แบบประเมินความพึงพอใจ (ภาคผนวก จ)
6. เอกสารประกอบการให้ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง การปฏิบัติตัวทั้งด้านการรับประทานอาหาร ยาและการออกกำลังกาย (ภาคผนวก ช)
7. คำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (ภาคผนวก ฉ)

8. หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed Consent Form)
(ภาคผนวก ก)

9. หนังสือรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (ภาคผนวก ก)

3.4.2 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ แบบสอบถามความรู้เรื่องโรค แบบสอบถามเรื่องการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ผู้วิจัยดัดแปลงจากการศึกษาของปิ่นแก้ว กล้ายประยงค์ และกรัณทรรัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ์ แบบสัมภาษณ์เชิงลึกแบบมีโครงสร้าง และแบบประเมินความพึงพอใจ โดยมีผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านคือแพทย์อายุรกรรมด้านโรคไตจากโรงพยาบาลนางรองจำนวน 1 ท่าน โรงพยาบาลประจำคลินิกโรคไตเรื้อรัง จำนวน 1 ท่าน อาจารย์ประจำคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามจำนวน 1 ท่านพิจารณาความสอดคล้องของเนื้อหาระหว่างข้อคำถามกับประเด็นที่ต้องการวัดคือ ความรู้เรื่องโรค การปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และความพึงพอใจของผู้ป่วย โดยใช้ค่าดัชนี (Content validity index: CVI) ค่า CVI ควรีค่า >0.8 ขึ้นไปถือว่ามีความสอดคล้องกับเนื้อหา การศึกษานี้ได้ค่า CVI ของแบบประเมินความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังเท่ากับ 0.90 แบบประเมินการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังค่า CVI เท่ากับ 0.89 และแบบสอบถามความพึงพอใจค่า CVI เท่ากับ 0.91

การตรวจสอบความเชื่อมั่นหรือความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ด้วยวิธีหาความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) โดยทดลองใช้แบบทดสอบความรู้เรื่องโรค และการปฏิบัติตัวกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มารับบริการที่แผนกไตเทียม โรงพยาบาลนางรอง จำนวน 10 คน จากนั้นคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ควรีค่า $\geq 0.70-0.80$ การศึกษานี้ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังค่าเท่ากับ 0.77 แบบประเมินการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.74 แบบสอบถามความพึงพอใจค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.84

3.4.3 แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง เนื้อหาจำนวน 14 ข้อ ลักษณะแบบวัดเป็นแบบตัวเลือก 4 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ ไม่ทราบ

เกณฑ์การให้คะแนน

ตอบถูก ให้คะแนน 1

ตอบผิด ไม่แน่ใจ ไม่ทราบ ให้คะแนน 0

การแปลผลของคะแนน นำคะแนนที่ได้มาคำนวณเป็นร้อยละแล้วแบ่งเป็นช่วง โดยมีช่วงกว้างของอันตรภาคชั้นเท่ากับ 10 แล้วแสดงข้อมูลในรูปความถี่ ร้อยละ ของผู้ป่วยในช่วงคะแนนความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง

ตาราง 7 ร้อยละคะแนนความรู้เรื่องโรค

ร้อยละคะแนนความรู้เรื่องโรค	ความหมาย
80.0 – 100.0	ดีมาก
70.0 – 79.99	ดี
60.0 – 69.99	ปานกลาง
50.0 – 59.99	น้อย
< 50	ไม่ดี

3.4.4 แบบทดสอบความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จำนวน 15 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราประเมินค่า (Rating scale) เพื่อประเมินระดับพฤติกรรมประกอบด้วย ประโยคบอกเล่าที่ให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง แต่ละข้อมีตัวเลือกตอบ 4 ระดับ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้งและไม่ปฏิบัติ เลือกตอบเพียง 1 คำตอบ โดยมีการพิจารณาตามตัวเลือกดังนี้

		ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
ปฏิบัติเป็นประจำ	มีค่าคะแนน	4	1
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	มีค่าคะแนน	3	2
ปฏิบัติบางครั้ง	มีค่าคะแนน	2	3
ไม่ปฏิบัติ	มีค่าคะแนน	1	4

การแปลผลของคะแนน

นำคะแนนที่ได้มาคำนวณเป็นร้อยละแล้วแบ่งเป็นช่วง โดยมีช่วงกว้างของอันตรภาคชั้นเท่ากับ 10 แล้วแสดงข้อมูลในรูปความถี่ ร้อยละ ของผู้ป่วยในช่วงคะแนนความรู้เรื่องพฤติกรรม การปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ตาราง 8 ร้อยละคะแนนความรู้เรื่องพฤติกรรมปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ร้อยละคะแนนความรู้เรื่องการปฏิบัติตัว	ความหมาย
80.0 – 100.0	ดีมาก
70.0 – 79.99	ดี
60.0 – 69.99	ปานกลาง

50.0 – 59.99	น้อย
< 50	ไม่ดี

3.4.5 ขั้นตอนการทำวิจัย

1. ขั้นตอนการวางแผน (Planning) ใช้ระยะเวลา 2 เดือน
2. ขั้นตอนการปฏิบัติ (Action) ใช้ระยะเวลา 3 เดือน
3. ขั้นการสังเกต (Observation) ใช้ระยะเวลา 1 เดือน
4. ขั้นตอนการสะท้อนกลับ (Reflection) ใช้ระยะเวลา 1 เดือน

1. ขั้นตอนการวางแผน (Planning)

1.1 ผู้วิจัยจะค้นหาและคัดเลือกผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 จำนวน 30 คนแบบเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยที่มีปัญหาในการใช้ยา มียาเหลือจำนวนมาก รับประทานยาไม่ถูกต้อง หรือมาผิวนัด ที่คลินิกโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลนางรอง ซึ่งเปิดให้บริการวันอังคาร วันพุธ วันพฤหัสบดี ของทุกสัปดาห์ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยการพบผู้ป่วยครั้งที่ 1 ใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึกแบบมีโครงสร้าง และใช้แบบสอบถามผู้ป่วย 1) พฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 2) ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง 3) ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล 1 เดือน

1.2 ผู้วิจัยลงพื้นที่เยี่ยมบ้านร่วมกับเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพและ อาสาสมัครชุมชนประจำหมู่บ้าน สัมภาษณ์ผู้ป่วยคนเดิมครั้งที่ 2 ระยะเวลาห่างจากครั้งแรก 1 เดือน เพื่อสังเกตและสัมภาษณ์ผู้ป่วยในเชิงลึก หาสาเหตุของปัญหาตามบริบทของผู้ป่วย โดยการใช้คำถามปลายเปิดเพื่อรับฟังและสะท้อนปัญหาและความรู้สึกของผู้ป่วยให้ได้มากที่สุด โดยใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล 1 เดือน

คำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

- แนะนำตัวเอง
- แจ้งจุดประสงค์ของการมาสัมภาษณ์ผู้ป่วยครั้งนี้ เพื่อนำข้อมูลไปพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
- คุณป่วยเป็นโรคไตมานานหรือยังคะ
- คุณหมอ ได้บอกมั้ยคะว่าเป็นโรคไตระยะที่เท่าไร
- คุณป้า ได้ยินเกี่ยวกับโรคไตมาอย่างไรบ้าง
- คิดว่าสาเหตุของการเกิดโรคไตเกิดจากอะไร
- คุณป้า มีความคิดเห็นอย่างไรกับข้อมูลที่ได้อินมา
- อะไรที่ทำให้คุณป้าเข้าร่วมการรักษา/ไม่เข้าร่วมการรักษากับคุณหมอ
- รู้สึกอย่างไรกับสุขภาพของตัวเองในวันนี้
- ถ้าสุขภาพแข็งแรงดีคุณป้าอยากทำอะไร
- อยากรู้อะไรเกี่ยวกับโรคไต
- ถ้าพูดถึงโรคไตคิดถึงอะไร
- ทำอย่างไรถึงจะทำให้ไตดีขึ้น

- อยากให้คุณหมอหรือเจ้าหน้าที่ช่วยอะไรบ้าง
- นอกจากยาที่ได้จากโรงพยาบาลแล้วคุณป้าซื้อยาที่ไหนรับประทานอีกมัย
- รู้จักยาต้ม ยาหม้อ ยาลูกกลอนมัย/เคียวานมัย
- เพราะอะไรถึงทานยาสมุนไพร/หรือไม่ทานยาสมุนไพร
- รู้จักยา เอนเซด มัยว่าคือยาอะไร /เคยรับประทานมัย
- คิดอย่างไรกับคำว่ากินยามากแล้วทำให้ไตเสื่อม
- คิดว่าอาหารมีผลกับโรคไตอย่างไร
- ไปหาหมอล่าสุดวันที่เท่าไร
- คุณหมอบอกอะไรบ้าง/ผลเลือดเป็นอย่างไร

1.3 นำปัญหาหรือคำตอบของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง มาวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ซึ่งเป็นการวิเคราะห์ตีความจากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่โรงพยาบาลและลงพื้นที่เยี่ยมบ้านผู้ป่วย โดยการเข้ารหัสข้อมูล (Coding) และดึงข้อมูลที่เป็นกลุ่มข้อความที่สำคัญ (Cluster of theme) โดยเปรียบเทียบข้อมูลแต่ละข้อมูลแต่ละเหตุการณ์ เปรียบเทียบในผู้ให้ข้อมูลคนเดียวในแต่ละเหตุการณ์และเวลาที่ต่างกัน รวมทั้งเปรียบเทียบระหว่างผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งกับผู้ให้ข้อมูลรายอื่น ๆ เพื่อหาความเหมือนและความต่างที่มี และนำไปวิเคราะห์เพื่อกำหนดเป็นแนวคิด (Domain) ที่ชัดเจนซึ่งสามารถบอกถึงสถานการณ์และปัญหาของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของโรงพยาบาลนางรอง

1.4 นำประเด็นที่วิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและจำแนกได้เข้าสู่การประชุมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องครั้งที่ 1 ได้แก่ แพทย์อายุรกรรมโรคไตจำนวน 1 คน พยาบาลประจำคลินิกโรคไต 5 คน เกสซ์กรห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอกจำนวน 1 คน นักโภชนาการจำนวน 1 คน นักกายภาพบำบัดจำนวน 1 คน เพื่อศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และร่วมกันหารูปแบบการดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ที่เหมาะสมตามบริบทของโรงพยาบาลนางรอง

2. ขั้นตอนการปฏิบัติ (Action research)

ผู้วิจัยนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ทีมสหวิชาชีพร่วมกันออกแบบไปทดลองปฏิบัติในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ที่คลินิกโรคไตผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลนางรองเป็นระยะเวลา 3 เดือน โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการให้ความรู้จากทีมสหสาขาวิชาชีพจำนวน 1 ครั้ง

3. ขั้นตอนการสังเกต (Observation)

หลังจากทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลนางรองเป็นระยะเวลา 3 เดือนผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์และเก็บข้อมูลผู้ป่วยครั้งที่ 3 และประเมินผลการดำเนินงานในด้าน

1. ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังโดยใช้แบบสอบถาม
2. พฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยใช้แบบสอบถาม

3. ผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือด ค่าความดันโลหิต ค่า serum creatinine และอัตราการกรองของไต โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย
4. แบบประเมินความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
4. ขั้นตอนการสะท้อนกลับ (Reflection)

นำข้อมูลที่ได้จากการทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและผลการประเมิน โดยการประชุมทีมสหวิชาชีพครั้งที่ 2 เพื่อสะท้อนผลการปฏิบัติงาน เพื่อวางแผน ได้เรียนรู้และเข้าใจ จุดอ่อนจุดแข็งของแผนการปฏิบัติงาน เพื่อนำไปสู่การปรับแผนการดำเนินงานในขั้นต่อไป

3.5 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยสถิติเชิงพรรณนาเป็น ร้อยละ และความถี่ ประเมินรูปแบบ การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง รวมทั้งเปรียบเทียบพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ความรู้ เรื่องโรคไตเรื้อรัง ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยใช้สถิติ Paired – sample t-test

ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ซึ่งกระทำไปพร้อมกับการเก็บ ข้อมูลภาคสนามทั้งการสัมภาษณ์และการสังเกตเพื่อตอบวัตถุประสงค์ของการศึกษา นำไปสู่การ วิเคราะห์แก่นความคิดโดยใช้แผนที่ความคิดในการจัดกลุ่มและสรุปประเด็นหลักและอภิปรายร่วมกับ ผู้ร่วมศึกษา จนได้ข้อมูลใหม่หรือไม่มีข้อมูลใหม่ที่แตกต่างจากข้อมูลเดิม สามารถนำไปสร้างเป็น ข้อสรุปที่สะท้อนให้เห็นภาพของการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

3.6 ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์และเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย ได้แก่ ข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัยหรืออาสาสมัคร (ภาคผนวก ก) แบบฟอร์มแสดงการยินยอมเข้าร่วมการ ศึกษาวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม(ภาคผนวก ก) และได้รับการพิจารณารับรองพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยและผ่านการพิจารณาจริยธรรม เลขที่การรับรอง 081/2561 ลงวันที่ 25 กรกฎาคม 2561 (ภาคผนวก ก) ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยและชี้แจง วัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ของงานวิจัยและชี้แจงให้ผู้ป่วยทราบว่างานวิจัยไม่มีความเสี่ยงหรือ อันตรายกับผู้ป่วย อธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบว่าการศึกษาครั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของผู้ป่วยว่า ยินยอมเข้าร่วมหรือไม่ก็ได้ โดยไม่มีผลต่อการรักษาที่ได้รับแต่อย่างใด หากกลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการเข้า ร่วมการวิจัยครบตามกำหนด กลุ่มตัวอย่างสามารถยกเลิกได้ตลอดเวลา ข้อมูลส่วนบุคคลผู้วิจัยไม่ เปิดเผยข้อมูลของผู้ป่วย การเผยแพร่ข้อมูลจะทำในภาพรวมเท่านั้น เมื่อผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จึงให้ลงลายมือชื่อในยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (ภาคผนวก ก)

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยทีมสหวิชาชีพเชื่อมโยงกับการเยี่ยมบ้าน
ด้วยการศึกษาเชิงปฏิบัติการ (Action research) แบ่งออกเป็น 4 ระยะ ได้แก่

4.1 ขั้นตอนการวางแผน (Planning)

โดยผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ป่วยครั้งที่ 1 เป็นระยะเวลา 1 เดือน

4.1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ที่คลินิกโรคไตผู้ป่วยนอก จำนวนผู้ป่วยเหลือ 29 คน เพราะมีผู้ป่วย 1 คนถูกคัดออกจากการศึกษาเนื่องจากเสียชีวิต พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 65.52 มีอายุ 41-60 ปี ร้อยละ 51.72 อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 44.83 สิทธิในการรักษาส่วนใหญ่เป็นสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 65.52 รองลงมาคือ สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/เบิกได้ ร้อยละ 24.14 ระดับการศึกษาสูงสุดที่พบมากที่สุดคือ ประถมศึกษา ร้อยละ 75.86 รองลงมาคือ มัธยมศึกษา ร้อยละ 20.69 พบผู้ป่วยที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3a ร้อยละ 10.34 โรคไตเรื้อรังระยะที่ 3b ร้อยละ 27.59 และโรคไตระยะที่ 4 ร้อยละ 62.07 มีโรคร่วมได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 48.27 โรคเบาหวานร้อยละ 13.79 และโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวาน ร้อยละ 41.38 ส่วนจำนวนรายการยาเฉลี่ยที่ผู้ป่วยได้รับเท่ากับ 8.67 รายการ โดยส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 6-10 รายการ ร้อยละ 48.27 รองลงมาคือ จำนวนรายการยา 10-15 รายการ ร้อยละ 27.59 ผู้ป่วยจัดยารับประทานเอง ร้อยละ 82.75 นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีข้อจำกัดของการอ่านหนังสือไม่ออก ร้อยละ 34.48 และมีปัญหาด้านการใช้กลัมนื้อร้อยละ 17.24 ดังตาราง 9

ตาราง 9 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ที่คลินิกผู้ป่วยนอกโรคไตเรื้อรัง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวนผู้ป่วย (N=29)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	10	34.48
หญิง	19	65.52
อายุ		
21-40 ปี	1	3.45

ตาราง 9 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวนผู้ป่วย (N=29)	ร้อยละ
อายุ		
41-60 ปี	15	51.72
60 ปี ขึ้นไป	13	44.83
อายุเฉลี่ย (ปี)	61.83	
สิทธิการรักษา		
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	21	72.42
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/เบิกได้	7	24.14
ประกันสังคม	1	3.44
การศึกษา		
ประถมศึกษา	22	75.86
มัธยมศึกษา	6	20.69
ปริญญาตรี	1	3.45
ระยะการเป็นโรคไต		
ระยะที่ 3a	3	10.34
ระยะที่ 3b	8	27.59
ระยะที่ 4	18	62.07

ตาราง 9 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวนผู้ป่วย (N=29)	ร้อยละ
โรคร่วม		
ความดันโลหิตสูง	14	48.27
เบาหวานและความดันโลหิตสูง	12	41.38
ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ	6	20.69
เบาหวาน	4	13.79
เกาต์	4	13.79
ไทรอยด์	3	10.34
อื่น ๆ	7	24.13
การจัดยารับประทาน		
ผู้ป่วยจัดยารับประทานเอง	24	82.76
มีผู้ดูแลจัดยาให้	5	17.24
จำนวนรายการยาที่ได้รับ		
1-5 รายการ	7	24.13
6-10 รายการ	14	48.27
10-15 รายการ	8	27.59
จำนวนเฉลี่ยรายการต่อวันที่ผู้ป่วยรับประทาน	8.67	

ตาราง 9 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวนผู้ป่วย (N=29)	ร้อยละ
ข้อจำกัดในการใช้ยา		
การอ่านหนังสือไม่ออก	10	34.48
การใช้กลัมนื้อ	5	17.24
การมองเห็น/ตาบอด	4	13.79
การไม่มีผู้ดูแล/อยู่ลำพัง	3	10.34

4.1.2 สถานการณ์ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่คลินิกโรคไตเรื้อรัง จำนวน 29 คน ระหว่างเดือนสิงหาคมถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2561 พบสถานการณ์ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง แยกเป็นประเด็นได้ดังต่อไปนี้

1. การบริการ (Service)

ผู้ป่วยจะมาตามนัดเป็นส่วนใหญ่ เนื่องจากถ้าผู้ป่วยมาผิดนัดจะต้องเสียเวลาในการดำเนินการเรื่องเวชระเบียนของการตรวจด้วยตนเอง

“มาตามนัดตลอด ไม่เคยผิดนัด ถ้าไม่มาตามนัดมันลำบาก ต้องวิ่งขึ้นวิ่งลงไปหาตัวเอง ถ้ามาตามนัดมาถึงไปเจาะเลือดเลย มารอผลเลือดที่คลินิกได้เลย ไม่ต้องหาแฟ้มสะดวกกว่ามาผิดนัด ผมว่าสะดวกกว่าคลินิกเบาหวาน แต่ก่อนเข้าคลินิกเบาหวาน 2-3 ชั่วโมง ยังไม่ได้เจาะเลือดเลย ยังไม่ได้กินข้าว โรคไตคนน้อยกว่า เร็วกว่าคลินิกเบาหวาน” (ผู้ป่วยคนที่ 8)

“อยากให้แกร่งๆ ไม่อยากผิดนัด จะได้เช็คเลือด ตรวจสุขภาพตอนนี้ บางทีแพทย์ให้ตรวจ X-RAY ตรวจคลื่นหัวใจมาตามนัดตลอด มีผิดนัด 2 ครั้ง ตาไม่ค่อยดี ดูวันผิด (ผู้ป่วยคนที่ 5)

“การมาตามนัด คือได้พบหมอบ่อย ๆ หมอจะได้เช็คร่างกายว่าดีขึ้นมั้ย ปกติมั้ย แพทย์บอกว่าผลปกติ” (ผู้ป่วยคนที่ 6)

“มาตามนัด ไม่มีผิดนัด มีผิดนัด 1 ครั้ง คือจะขอเลื่อนไปอีกอาทิตย์หนึ่ง ต้องไปขอบัตรข้างล่างถึงจะได้ตรวจ ถ้ามาตามนัดก็ยื่นเจาะเลือด เสร็จแล้วก็มารอชั่งประวัติที่ชั้น 4 เลย” (ผู้ป่วยคนที่ 13)

ผู้ป่วยส่วนใหญ่พอใจกับสิ่งที่ทางโรงพยาบาลจัดบริการให้ และอยากให้เพิ่มเติมการให้คำแนะนำกับผู้ป่วยในเรื่องอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไต และยาที่ผู้ป่วยรับประทานในโรคไตที่คลินิกโรคไต เนื่องจากการให้คำแนะนำที่ห้องยามีผู้ป่วยจำนวนมากไม่สะดวก

“อยู่กับหมอดีที่สุดแล้ว หมอช่วยได้แค่ไหนก็ตามหมอ สุดแล้วแต่หมอ อยู่กับหมอก็ดีที่สุด แล้วนานกับรอรับยานาน คนมากก็เห็นใจเหมือนกัน อยากให้ได้ยาไว ๆ นานคนเฒ่าลำบาก อย่างอื่นก็เห็นใจอยู่เพราะคนมันเยอะ” (ผู้ป่วยคนที่ 7)

“ยังไม่มีใครเคยมาแนะนำเรื่องอาหารถ้ามีคนมาแนะนำก็ดี เรื่องอาหารทำได้มั่งไม่ได้มั่ง ส่วนเราไม่ค่อยอยากกินอะไร เกล็ดแนะนำเรื่องยาข้างล่าง แต่จะดีกว่าถ้ามานั่งคุยกันข้างบน” (ผู้ป่วยคนที่ 15)

“อยากให้มาแนะนำเรื่องอาหาร มีหมอแนะนำเรื่องผักใบเขียว อยากให้มาแนะนำเรื่องอาหารระหว่างรอหมอตรวจ จะได้ฟังเรื่องยา” (ผู้ป่วยคนที่ 16)

2. ความรู้ (Knowledge)

ผู้ป่วยไม่ทราบสาเหตุของการเกิดโรคไต บางคนยังไม่ทราบว่าตัวเองเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่เท่าไรและโรคร่วมอื่นที่ผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่คือ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดผิดปกติ โรคเกาต์

“คุณหมอไม่ได้บอกว่าเกิดจากอะไร แต่เป็นเบาหวานความดันมาก่อนตั้งแต่ปี 51” (ผู้ป่วยคนที่ 27)

นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังมีความเชื่อเรื่องการรับประทานยาจำนวนมากแล้วเป็นสาเหตุของการทำให้ไตเสื่อม เนื่องจากประสบการณ์ที่ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคเกาต์ รับประทานยาจำนวนมาก

“คิดว่าจริง ทำให้ไตเสื่อม เพราะตัวเองกินยาเบาหวานเยอะ ทำให้ไตเสื่อม” (ผู้ป่วยคนที่ 28)

มีผู้ป่วยบางคนรับประทานยาชุดแก้ปวดเป็นเวลากว่า 20 ปี ก่อนที่ตรวจพบว่าตัวเองป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง

“กินยาแก้ปวดเยอะ เมื่อก่อนเป็นโรคกระดูกทับเส้น หาหมอ รพ. 2 ครั้ง คลินิก 2 ครั้ง ก็ยังไม่หายเลยไปซื้อยาชุดกระจายเส้น ซื้อจากร้านขายยาในนางรอง 1 ชุด มี 4 เม็ด กินหลังอาหารเย็น บางทีก็กิน 2 เวลา บางทีก็กินเวลาเดียว หายเลยไม่เป็นอีก กินมาประมาณ 20 ปี ชุดละ 5 บาท เพิ่งมาเป็นโรคไตเมื่อ 2 ปี” (ผู้ป่วยคนที่ 13)

“เคยได้ยิน กินยาเยอะทำให้ไตเสื่อม เชื่ออย่างผมกินยามากทำให้ไตเสื่อม ฉีดยาด้วย ตอนเป็นเบาหวานฉีดยาแล้วน็อกมา รพ. นอนครึ่งละ 3-4 คืน ล่าสุด 7 คืน เนื่องจากน็อกน้ำตาลต่ำ ครั้งหลังน้ำตาลสูง 600 เพราะไม่ได้ฉีดยา หมอให้หยุดจากที่น้ำตาลต่ำ หยุดไป 2 อาทิตย์ ขึ้นมา 600 ก็เลยให้กลับมาฉีดใหม่ ยังไม่มีน็อกเลย ตอนนี้น้ำตาลอยู่ที่ 300 ยังไม่มีน็อกอีก แต่น้ำตาลสูง จะง่วงนอน เพลีย เราจะรู้เลย ไม่มาหาหมอ ทนอยู่รอให้ถึงนัด เพราะอีก 2-3 วันจะถึงวันนัด” (ผู้ป่วยคนที่ 8)

สิ่งที่ผู้ป่วยอยากทราบเกี่ยวกับโรคที่ตัวเองเป็นได้แก่ เป็นโรคไตเรื้อรังรักษาหายมั้ย ทำอย่างไรโรคไตเรื้อรังที่ตัวเองเป็นอยู่จะดีขึ้น และสาเหตุที่ตัวเองป่วยเป็นโรคไต

“อยากรู้ว่าโรคไตมียารักษามั้ย ฉันไม่เคยได้กินยารักษาโรคไต หมอให้แต่ควบคุมอาหารอย่างไร มีคนแนะนำให้ไปซื้อยาล้างไต ที่คลินิก เป็นยาเม็ดซื้อมาล้างไต” (ผู้ป่วยคนที่ 6)

คุณยายเชื่อนี่

“ไม่เชื่อ คิดว่าปัสสาวะจะเป็นสีเขียวป้อ แต่ไม่รู้จะหายมั้ย ฉันไม่กล้าซื้อมากินหรอกเพราะฉันอยู่กับหมออยู่แล้ว” (ผู้ป่วยคนที่ 6)

ยาที่กินอยู่หมอว่าเป็นยาอะไร

“ยาที่กินอยู่ หมอบอกว่าเป็นยาความดัน ยารักษาไขมัน ไม่ได้บอกว่าเป็นยาโรคไต” (ผู้ป่วยคนที่ 6)

“อยากรู้ว่าเป็นมาอย่างไร ถึงเป็นโรคไต สาเหตุที่เราเป็นเกิดจากอะไร ไม่มีใครมาเล่ารายละเอียดให้ฟัง อยากให้แนะนำเรื่องการกินอยู่ ลดหวาน มัน เค็ม เนื้อ นม ไข่ งดแบบไหน บอกแบบกว้างๆ ไม่รู้ดแบบไหน เรื่องยา หมอจัดให้ก็รู้อยู่ อ่านตามฉลาก อยากรู้ทำไมต้องกินยานี้ เกสซ์ไม่เคยบอก” (ผู้ป่วยคนที่ 10)

“อยากรู้ทำไมตัวเองเป็นโรคไต หมอแนะนำไม่ให้กินเค็ม มัน ผักยอด ปลา ร้า อาหารทะเล” (ผู้ป่วยคนที่ 12)

3. ทางเลือกในการรักษา (Alternative)

ผู้ป่วยจำนวนหนึ่ง ยังพยายามแสวงหาวิธีการรักษาอื่น ๆ นอกจากการรักษาที่โรงพยาบาล อาทิ การใช้ยาสมุนไพร ยาต้ม ยาหม้อ ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่มีผู้มาเสนอขายให้ หรือซื้อจากการฟังโฆษณาทางวิทยุ ซึ่งราคามีตั้งแต่ 500 บาท ถึง 2,500 บาท และยังไปหาหมอที่คลินิกแพทย์ในจังหวัดนครราชสีมา เนื่องจากมีเพื่อนบ้านซึ่งเคยไปรับการรักษาแนะนำจึงเสียค่าใช้จ่ายครั้งละหมื่นกว่าบาท

“ไม่มีกินยาที่อื่น มีกินเห็ดหลินจือ ก่อนอาหารเช้า 2 เม็ด 2 กระปุก 1,600 บาท กระปุก 90 เม็ด สั่งจาก internet เห็นคนอื่นเขากิน อาการเขาดีขึ้น แต่ก่อนจะเหนื่อย พอกินอันนี้ก็ไมเหนื่อย เดินทำงานได้” (ผู้ป่วยคนที่ 20)

“บอกตรง ๆ นะ หาหมอโคราชด้วย ได้อาหารเสริมเห็ดหลินจือมากิน ฟันฟู กินมาได้ 3-4 เดือน เป็นเม็ดแคปซูล กินครั้งละ 2 เม็ด ก่อนอาหารเช้า รับประทาน 2 เดือน จ่ายเงินไปครั้งละ 1 หมื่นกว่า คนข้างบ้านแนะนำมา หมอให้แกเเจาะท้อง แกไม่เจาะ ไปกินยาหมอคั่วไต่ เพิ่มจาก 17 เป็น 22” (ผู้ป่วยคนที่ 4)

นอกจากนี้ยังมีการนำสมุนไพรต่าง ๆ ที่หาได้เองจากท้องถิ่นมาต้มรับประทาน

“กินลูกใต้ใบ+สะเดาดิน กินได้ประมาณ 1 อาทิตย์ ช่วยลดเบาหวาน ก่อนเป็นเบาหวานก็กินตลอด จะหยุดกินถ้าร้อนวูบวาบ ถ้าหยุดกินอาการวูบวาบก็หาย” (ผู้ป่วยคนที่ 1)

“มีคนแถวบ้านเป็นเบาหวาน เกาท์ ได้ยาบอระเพ็ด ดองกับเหล้า เบาหวานจากที่เคยต้องฉีด ยา หายเลย หมอบอกปีหน้าค่อยมาตรวจใหม่ เขาบอกมียาโรคไตแต่ยังหาไม่เจอ มียา 5 ชนิดเอามา ต้ม หญ้าคา พวยตาล งวงช้าง ที่เหลือจำไม่ได้ มาต้มดื่มวันละ 3 เวลา 3 วัน” (ผู้ป่วยคนที่ 13)

“กินมะตูมแห้ง ใบยอ ต้มกินเพื่อรักษาเบาหวาน กินก่อนอาหารเช้า น้ำตาลลดลงมา เหลือ 90 กินอยู่ 2 เดือนเลยหยุดกิน กลัวมันลงไปเยอะ” (ผู้ป่วยคนที่ 30)

“ไม่มีกินยาที่อื่น กินแต่ยาพารา เคยต้มรากปลาไหลเผือกกินกับเห็ดหลินจือ จากที่กินข้าว ไม่ได้ก็กินได้ แต่ไม่ได้กินอีก กินครั้งเดียวตอนต้นปี 61 ก่อนเป็นไตเคยกินคลอโรฟิลล์ ประมาณครึ่ง แก้ว หายใจไม่ออกเกือบตาย เยี่ยวไม่ออก ไม่กินอีก หลานเอามาให้กิน ไม่ได้ซื้อ” (ผู้ป่วยคนที่ 12)

“เคยซื้อยาล้างไต เป็นเม็ดกินวันละเม็ด ปัสสาวะเป็นสีน้ำเงิน กินอยู่ 1 อาทิตย์ กินแล้ว อาการไม่ดีขึ้น จะไม่กินแล้วเพราะคิดว่าไม่มีผลอะไร” (ผู้ป่วยคนที่ 17)

4. การดูแลตัวเอง (Self-care)

ผู้ป่วยยังไม่ทราบวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไต ทั้งในเรื่องการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย

“ไม่รู้ว่าจะต้องทำยังไง ถึงจะดีขึ้น อยากให้มีการแนะนำ เรื่องการปฏิบัติตัว อาหาร ยา กลับ บ้านไป กลัวลืม มีเอกสารให้ก็ดี” (ผู้ป่วยคนที่ 30)

“อยากรู้ว่าจะต้องดูแลคุณแม่อะไร ถึงจะดีขึ้น เรื่องอาหาร ยาแต่ละตัวช่วยโรคไตอย่างไร ไม่ได้บอก บอกแต่ทำให้คุณน้ำตาลให้ดี ไม่ทำงานหนัก อยากให้มีคนมาเล่าให้ฟัง บอกแต่ทำให้กินยังงัย ยายเคยนอนรพ. ด้วยอาการเหนื่อย หมอบอกว่าขาดเกลือแร่ในร่างกายเลยเหนื่อย หลังจากนั้นก็ให้ ยายกินข้าวต้ม ไข่ขาว ข้าวต้มปลา ต้มจืด กินมาประมาณครึ่งปี ยายก็ไม่ได้นอน รพ.” (ผู้ป่วยคนที่ 28)

“อยากรู้ว่ายาก็กินอยู่ ช่วยยังงัย อยากรู้ว่าถ้ากินยาเยอะมาก ๆ จะเป็นอย่างไร อยากรู้ว่าโรค ไตเป็นยังงัย” (ผู้ป่วยคนที่ 27)

5. ความรู้สึก (Feeling)

ความวิตกกังวลของผู้ป่วยต่อโรคหรือสุขภาพของตัวเอง โรคที่เราเป็นอยู่จะหายหรือทำให้ ทุเลาลงอย่างไร นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังกังวลเรื่องการเงินที่ต้องเป็นภาระให้กับลูกหลาน และหากว่าตัวเอง ต้องฟอกไตหรือล้างไตทางช่องท้องจะไม่มีใครดูแล ทำให้ผู้ป่วยบางส่วนปฏิเสธไม่ล้างไตหรือฟอกไต

“ถ้ายกของหนักจะปวดหลัง ปวดเอว อันไหนทำได้ก็ทำ อันไหนทำไม่ได้ก็ไม่ทำ ไม่กังวล ปล่อยธรรมชาติ ตามที่มันจะเกิด ทำใจ สบาย ๆ” (ผู้ป่วยคนที่ 8)

การรับรู้ของผู้ป่วยต่อโรคที่ผู้ป่วยเป็นว่าไม่สามารถรักษาหาย

“ไม่หายเป็นปกติแต่ทุเลา คงไม่หายขาดในใจผมนะ คือหยั่งเบาหวานก็ไม่หายเหมือนกัน เป็น 10 ปีแล้วขึ้น ๆ ลง ๆ” (ผู้ป่วยคนที่ 8)

“เวลาเครียดขึ้นมาจะแข็ง ปวดตามมือ เห็นเขาไปไหน บวชนาค ฎไปไม่ได้ ไปสนุกสนาน ไปทำงานหมดวัน อยากทอเสื้อผ้าทอเสาก็ทำไม่ได้ก็เครียด แข็งขึ้น อยากกลับไปทำงานเหมือนเดิม อยากเข้าห้องน้ำเองได้ก็ยังไม่ดี ใส่บาตรมือก็ยังแข็งจับไม่ได้ลำบากทุกอย่างทั้งคนป่วยและลูก เสื้อผ้าก็ยังใส่เองไม่ได้ มีคุณตาช่วยดูแล ลูกสาวอยู่บ้านใกล้ ๆ กันคนละหมู่บ้าน เลี้ยงวัว เลี้ยงไก่ ไม่ค่อยได้ดูแล ให้พ่อเป็นคนดูแล ยกเว้นไม่สบายก็จะมาดูแล มีลูก 3 คนแต่ไปอยู่ที่อื่นไกล พี่สาวก็ไม่สบาย” (ผู้ป่วยคนที่ 12)

“อยากรู้ว่าไม่พอกโตจะเป็นโรมัย เพราะถ้าพอกมันลำบาก เพราะไม่มีใครดูแล 2 ขวบ ลูกสาวออกไปทำงานรับจ้างทั่วไป” (ผู้ป่วยคนที่ 28)

6. ปัญหาในการรับประทานยา

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง มีการรับประทานยาตั้งแต่วันละ 7 เม็ด จนถึง 25 เม็ดต่อวัน ปัญหาในการรับประทานยาของผู้ป่วย อาทิ การลืมรับประทานยา ซึ่งส่วนมากจะเป็นยามื้อกลางวันที่ยังผู้ป่วยไม่ได้รับประทาน เนื่องจากไม่รับประทานอาหารกลางวัน เพราะรับประทานข้าวเช้าสาย ต้องออกไปทำงาน ไม่ได้นำยาติดตัวไปด้วย นอกจากนี้ การที่ผู้ป่วยต้องรับประทานยาจำนวนมากทำให้ผู้ป่วยมีความกังวลกับสุขภาพของตัวเอง และรู้สึกเบื่อที่ต้องรับประทานยา แต่รับประทานถึงความจำเป็นของการรับประทานยา และมีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งยังไม่ทราบว่ายาที่ตัวเองรับประทานช่วยรักษาโรคไตอย่างไร

“เที่ยงไม่ค่อยได้กิน ยาผิดเบาหวาน บางครั้งก็ตั้งใจลืมเพราะเหนื่อยไม่มีแรง ก็จะกินของหวานแทน” (ผู้ป่วยคนที่ 30)

“อยากรู้ว่าโรคไตมียารักษาไหม ฉันไม่เคยได้กินยารักษาโรคไต หมอให้แค่ควบคุมอาหารอย่างไร ยาที่กินอยู่ หมอบอกว่าเป็นยาความดัน ยารักษาไขมัน ไม่ได้บอกว่าเป็นยาโรคไต” (ผู้ป่วยคนที่ 6)

4.1.3 ประเด็นปัญหาจากการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่บ้าน

โดยผู้วิจัยลงเยี่ยมบ้าน 1 ครั้ง ซึ่งเป็นการพบผู้ป่วยครั้งที่ 2 ระยะเวลาห่างจากสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่คลินิกโรคไต 1 เดือน จำนวนผู้ป่วย 29 คน ซึ่งผู้วิจัยออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยร่วมกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพและอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน พบปัญหาในการใช้ยาจำนวน 34 ปัญหา ได้แก่

1. การเก็บรักษาไม่ถูกต้อง

- เก็บยาฉีดอินซูลิน ไว้ที่ฝาตู้เย็น หรือที่ใต้ช่องแช่แข็ง
- เก็บยาเม็ดไว้ในตู้เย็น เพราะกลัวว่าอากาศข้างนอกที่ร้อนจะทำให้ยาเสื่อมสภาพ

2. การมียาเหลืออยู่ที่บ้านจำนวนมาก สาเหตุจาก

- ผู้ป่วยลืมรับประทานยา โดยเฉพาะมื้อกลางวันที่ต้องออกไปทำงานนอกบ้าน หรือผู้ป่วยไม่รับประทานอาหารกลางวันเนื่องจากรับประทานอาหารเช้า

- ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ถูกต้อง เนื่องจากอ่านหนังสือไม่ออก ใช้วิธีจดจำ เมื่อมีการปรับวิธีรับประทานยา ผู้ป่วยยังรับประทานยาเท่าเดิม

- ผู้ป่วยตั้งใจไม่รับประทานยาเนื่องจากไม่มีอาการผิดปกติ และคิดว่าตัวเองยังแข็งแรงอยู่ เช่น ไม่รับประทานยาลดไขมันในเลือด เพราะลองหยุดยาก็ไม่เห็นเป็นอะไรจึงหยุดยาเอง นอกจากนี้มี

ผู้ป่วยที่เลือกรับประทานเฉพาะยา folic acid ไม่รับประทานยา ferrous sulfate เพราะเข้าใจว่าเป็นยาบำรุงเลือดเหมือนกัน เลือกทานอันไหนก็ได้

3. ผู้ป่วยใช้ยาฉีดอินซูลินไม่ถูกต้อง เช่น ยาอินซูลินที่ใช้กับปากกาฉีดอินซูลิน 1 หลอด ใช้ได้ไม่เกิน 1 เดือน กรณีผู้ป่วยที่มีการใช้ยาจำนวนน้อยแต่ผู้ป่วยใช้จนยาหมดหลอดซึ่งเป็นเวลามากกว่า 1 เดือน

4. พบยาหมดอายุ เช่น ยาแบ่งบรรจุ ซึ่งอายุของยา 1 ปีหลังจากวันแบ่งบรรจุ เมื่อได้ยารอบใหม่ไปไม่ได้รับประทานยาแต่รับประทานยาเก่าที่เหลืออยู่ก่อน อาทิ vitamin B complex, ferrous sulfate, Sodamint® นอกจากนี้ยังพบการหมดอายุของยาที่ใช้ในการปรับเกลือแร่ที่ผู้ป่วยต้องรับประทานครั้งละหลายเม็ดด้วย อาทิ potassium chloride tab, sodium chloride tab

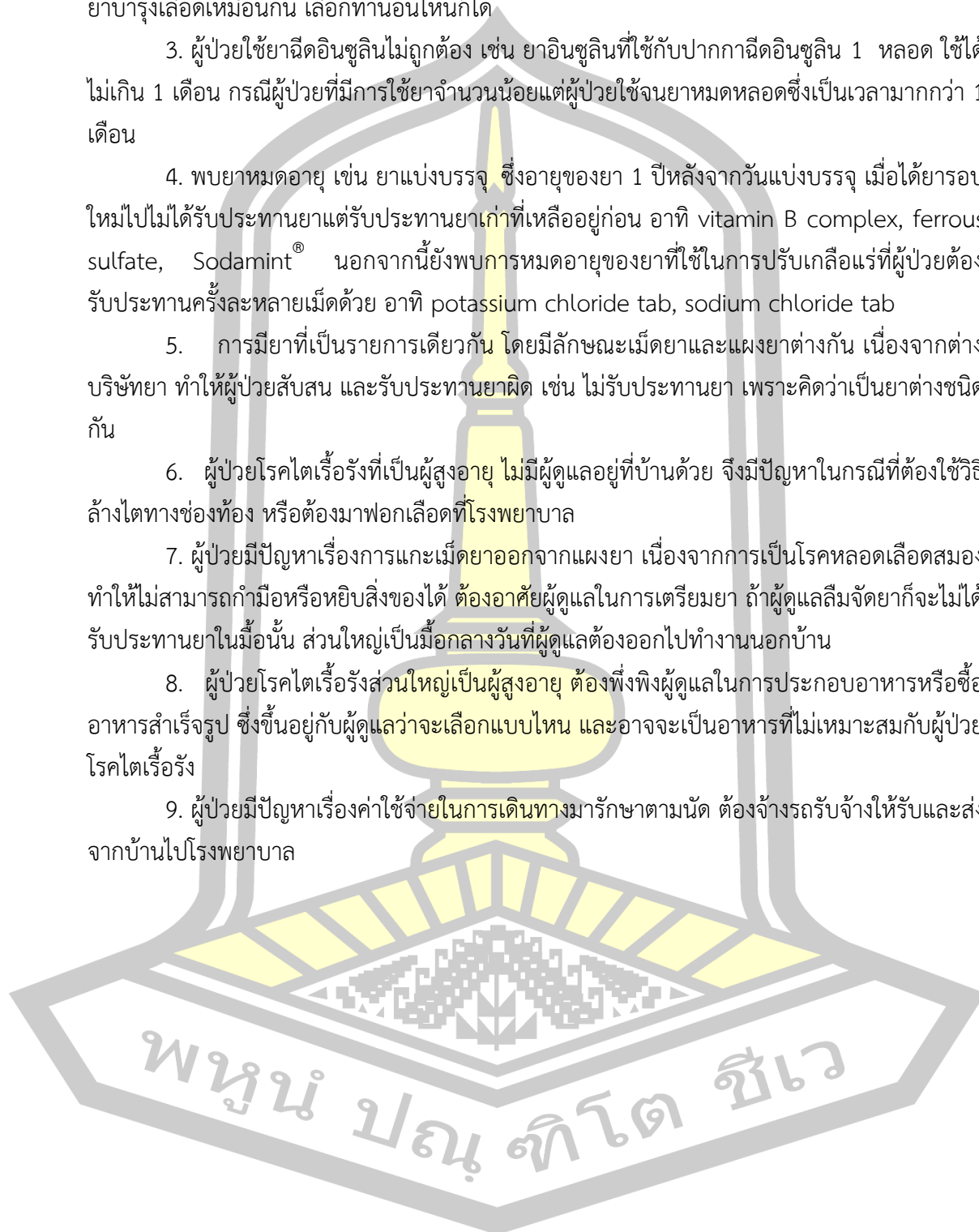
5. การมียาที่เป็นรายการเดียวกัน โดยมีลักษณะเม็ดยาและแผงยาต่างกัน เนื่องจากต่างบริษัทยา ทำให้ผู้ป่วยสับสน และรับประทานยาผิด เช่น ไม่รับประทานยา เพราะคิดว่าเป็นยาต่างชนิดกัน

6. ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่เป็นผู้สูงอายุ ไม่มีผู้ดูแลอยู่ที่บ้านด้วย จึงมีปัญหาในกรณีที่ต้องใช้วิธีล้างไตทางช่องท้อง หรือต้องมาฟอกเลือดที่โรงพยาบาล

7. ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องการแกะเม็ดยาออกจากแผงยา เนื่องจากการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ไม่สามารถกำมือหรือหยิบสิ่งของได้ ต้องอาศัยผู้ดูแลในการเตรียมยา ถ้าผู้ดูแลลืมนัดยาก็จะไม่ได้รับประทานยาในมือนั้น ส่วนใหญ่เป็นมือกลางวันและผู้ดูแลต้องออกไปทำงานนอกบ้าน

8. ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ต้องพึ่งพิงผู้ดูแลในการประกอบอาหารหรือซื้ออาหารสำเร็จรูป ซึ่งขึ้นอยู่กับผู้ดูแลว่าจะเลือกแบบไหน และอาจจะเป็นอาหารที่ไม่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

9. ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารักษาตามนัด ต้องจ้างรถรับจ้างให้รับและส่งจากบ้านไปโรงพยาบาล



ตาราง 10 แสดงปัญหาด้านการใช้ยาจากการไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ประเด็นปัญหา	จำนวน ปัญหา	ร้อยละ ของปัญหา	การแก้ไขของผู้วิจัย
การเก็บรักษายาไม่ถูกต้อง	6	17.65	แนะนำการเก็บรักษายาที่ถูกต้อง
การรับประทานยาไม่ถูกต้อง	5	14.71	แนะนำการรับประทานยา
การแกะเม็ดยาเนื่องจากกล้ำเนื้อมืออ่อนแรง	5	14.71	ให้ญาติเป็นผู้จัดยาหรือแกะเม็ดยาไว้ให้ผู้ป่วยเป็นรายวัน
ยารายการเดียวกันแต่มีหลายบริษัทผลิต	4	11.76	แนะนำผู้ป่วยว่าเป็นยาตัวเดียวกันและให้นำยาเดิมไปโรงพยาบาลทุกครั้ง เพื่อการจัดยาให้มีแผนเหมือนกัน
การใช้ยาชุดหรือยาสมุนไพร	4	11.76	แนะนำผู้ป่วยถึงอันตรายของยาชุดหรือยาสมุนไพร เนื่องจากจะทำให้ไตเสื่อมมากขึ้น
การมียาเหลืออยู่ที่บ้านจำนวนมาก	3	8.82	การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง และให้ผู้ป่วยนำยาเดิมไปโรงพยาบาลทุกครั้ง
ยาหมดอายุ	3	8.82	แนะนำการรับประทานยาและให้นำยาเดิมไปโรงพยาบาลทุกครั้ง
ผู้ป่วยไม่รับประทานยา	2	5.89	แนะนำสาเหตุที่ทำให้ไตเสื่อม และยาที่รับประทานอยู่ช่วยในการชะลอการเสื่อมของไต
การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา simvastatin	1	2.94	แพทย์ให้หยุดใช้ยา
การฉีดยาอินซูลินไม่ถูกต้อง	1	2.94	แนะนำการฉีดยา และให้ อสม. ที่อยู่ใกล้ ๆ มาช่วยดูแล และเปลี่ยนหลอดยาให้ทุกเดือน

จากปัญหาที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่โรงพยาบาลและที่บ้านนั้น ได้นำข้อมูลมาวางแผนร่วมกันในการประชุมเจ้าหน้าที่ห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอก และมีการปรับระบบที่ห้องยา ได้แก่

1. การเพิ่มชื่อยาที่เป็นภาษาไทยในฉลากยา เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยอ่านและจดจำชื่อยา และเพิ่มสรรพคุณของยาที่จำเพาะกับการใช้ในโรคไตเรื้อรังบนฉลากยา เช่น ยา Calcium carbonate เพิ่มสรรพคุณเป็นยาจับฟอสเฟต ยา Sodamint[®] เพิ่มสรรพคุณเป็นยาปรับสมดุลกรด-ด่างในเลือด และยาวิตามิน D₃ เพิ่มสรรพคุณช่วยในการดูดซึมแคลเซียม

2. การจัดทำบอร์ดรายการยา แผลงยาที่ใช้บ่อย และอาการข้างเคียงจากการใช้ยา เพื่อให้ผู้ป่วยรับทราบและสอบถามเมื่อเกิดปัญหาจากการใช้ยา และผู้วิจัยได้จัดทำเอกสารแผ่นพับให้ความรู้เรื่องโรคไต การใช้ยา การเลือกรับประทานอาหาร การปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไต

3. การจัดทำสติ๊กเกอร์ “เพิ่มยา” “ลดยา” “ยาเปลี่ยนแผลง” ติดที่ซองยาเมื่อแพทย์มีการปรับยาให้รับประทานมากขึ้นหรือให้ลดขนาดยา หรือเมื่อมีการเปลี่ยนบริษัทในการจัดซื้อยาทำให้ยาเปลี่ยนแผลง เพื่อให้ผู้ป่วยสังเกตได้ชัดเจนมากขึ้น

สำหรับระบบคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลได้ทำการเพิ่มเติมระบบการเฝ้าระวังการใช้ยาในกลุ่ม NSAIDs โดยการทำ POP-UP/POP-ALERT ถ้ามีการสั่งจ่ายยาดังกล่าวจะมีข้อความเตือนว่า “กรุณาหลีกเลี่ยงการใช้ยา NSAIDs ในผู้ป่วยที่มีค่าอัตราการกรองของไตน้อยกว่า 60 ml/min/1.73m²” ในกรณีรับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังตั้งแต่ระยะ 3 ขึ้นไป จะมีค่าผลตรวจทางห้องปฏิบัติการล่าสุดของผู้ป่วยปรากฏให้เห็นใน POP-UP ด้วย และให้ค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) และ serum creatinine ล่าสุดของผู้ป่วยในใบสั่งยาของผู้ป่วยนอก เพื่อให้เภสัชกรตรวจสอบและประเมินปัญหาในรายการยาที่มีผลต่อการทำงานของไตด้วย สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับยา metformin ก็ให้มีระบบการเฝ้าระวังระดับ serum creatinine โดยในเพศชายที่มีค่า serum creatinine มากกว่า 1.5 mg/dL และในเพศหญิงที่มีค่า serum creatinine มากกว่า 1.4 mg/dL เภสัชกรควรปรึกษาแพทย์เพื่อหยุดหรือเปลี่ยนยาเป็นการป้องกันการเกิดภาวะไตวายเรื้อรังจากยา metformin

4.1.4 ข้อมูลทั่วไปของทีมสหวิชาชีพ

จากการประชุมร่วมกันของทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่คลินิกโรคไต ผู้ป่วยนอก ครั้งที่ 1 โดยมีผู้เข้าร่วมประชุมจำนวน 9 คน เป็นเพศหญิงทั้งหมด ประกอบด้วย อายุรแพทย์เชี่ยวชาญด้านโรคไต พยาบาลวิชาชีพ นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัดและเภสัชกร ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41-50 ปี จำนวน 6 คน ระยะเวลาทำงานอยู่ในช่วง 16-20 ปี ร้อยละ 55.55 และมีระดับการศึกษาส่วนมากที่ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 66.66 ดังตาราง 11

ตาราง 11 ข้อมูลทั่วไปของทีมสหสาขาวิชาชีพ

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	หญิง	9 (100)
อายุ	31-40 ปี	1 (11.11)
	41-50 ปี	6 (66.67)
	51-60 ปี	2 (22.22)
ตำแหน่ง	อายุรแพทย์เชี่ยวชาญด้านโรคไต	1 (11.11)
	เภสัชกรชำนาญการ	1 (11.11)
	นักกายภาพบำบัดชำนาญการ	1 (11.11)
	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	2 (22.22)
	พยาบาลวิชาชีพ	3 (33.34)
	โภชนาการชำนาญการ	1 (11.11)
ระยะเวลาการทำงานทั้งหมด	11-15 ปี	1 (11.11)
	16-20 ปี	5 (55.56)
	21-25 ปี	3 (33.33)
ระดับการศึกษา	ปริญญาตรี	6 (66.67)
	ปริญญาโทหรือเทียบเท่า	2 (22.22)
	ปริญญาเอก	1 (11.11)

4.1.5 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่คลินิกโรคไตผู้ป่วยนอก

นำปัญหาจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่โรงพยาบาลและที่บ้านมาสรุปแล้วนำมาหารือในที่ประชุม เพื่อให้ได้ประเด็นความคิดเห็นในมุมมองของสหวิชาชีพ และร่วมกันออกแบบรูปแบบการดูแลผู้ป่วย โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้นำการประชุม ผู้เข้าร่วมประชุมทุกคนมีความคิดเห็นที่สอดคล้องกันในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังแบบเป็นทีมสหวิชาชีพ มีประเด็นดังนี้

4.1.5.1 สถานการณ์ปัญหาของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พบทั้งการรับประทานยาต้ม ยาสมุนไพร หรือยาโรคเรื้อรังที่มีการเปลี่ยนแผนยา การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับสภาวะโรคไตเรื้อรัง ที่ผู้ป่วยเป็น

“อยากให้เภสัชกรมีตัวอย่างแผนยามาให้ผู้ป่วยดู ว่าเป็นยาอะไร และยาบางตัวมีแผนหลายแบบ บางที่ผู้ป่วยได้ยาชนิดเดียวกันแต่มีแผนยาหลายแบบกังวลว่าจะกินยาผิดได้” (Nurs01)

“อยากให้เภสัชกรให้ความรู้เรื่อง ยาต้ม ยาหม้อ เคสคนไข้กินยาล้างไต มานอน admit ด้วย ไตวายเฉียบพลันที่โรงพยาบาล และยังมีผู้ป่วยที่ฟอกไตแล้ว ยังซื้อยาต้มมาทาน ขวดละ 1,200 บาท ซึ่งมีโฆษณาขายทั้งทางวิทยุและโทรทัศน์” (Nurs02)

“อยากได้ฉลากยาสมุนไพร ยาต้ม ยาหม้อ ที่ผู้ป่วยไม่ควรรับประทาน เพราะมีผู้ป่วยฟอกไต ที่ยังซื้อยาสมุนไพรรับประทานอยู่” (Nurs03)

“มีคนไข้มาถามพยาบาลว่ายาตัวนี้ หรืออาหารเสริมตัวนี้ กินได้มั๊ย บางที่พยาบาลก็ไม่สามารถบอกได้ว่ายาอะไรกินได้บ้าง” (Nurs02)

“ผู้ป่วยไตที่มีเบาหวานหรือความดัน มีปัญหาเรื่องการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้อง” (Nurs01)

“จากที่ไปเยี่ยมบ้านคนไข้ยังเจอว่าเก็บรักษายาอินซูลินยังไม่ถูกต้อง รับประทานยาไม่ถูกต้อง และยังพบยาเหลือเยอะ มียาหมดอายุอยู่ที่บ้านคนไข้” (Pharm01)

“ปัญหาเรื่องยา มีผู้ป่วยมาด้วยความดันโลหิตสูง เพราะผู้ป่วยไม่กินยามาด้วย บอกว่าตัวเองกินยาเยอะแล้ว เรื่องอาหาร เรื่องเกลือแร่ ก็ยังมีปัญหา” (Nurs03)

“ยาฉีดเบาหวาน คนไข้ฉีดยาไม่ถูก มีปัญหาเรื่องหัวเข็ม ในกรณีที่ผู้ป่วยใช้ Insulin penfill คนที่ฉีดยาเข็มมันทุ้ คนไข้ก็จะพยายามฉีด จนบางทียาไม่ออกมา อยากให้ทางงานเภสัชเพิ่มหัวเข็มให้ในรายที่มีปัญหา” (Med01)

“เพราะคนไข้ CKD มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี เพราะคนเราไม่ระวังเรื่องอาหารและการดูแลสุขภาพ น้ำกลั้วมาก หมอคนเดียวก็เอาไม่อยู่ เติงก็จะมีไม่พอ เราจะดูแลไม่ไหว ถ้าเราไม่ทำอะไร” (Nurs05)

4.1.5.2 การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในคลินิกโรคไตโดยการมีส่วนร่วมจากสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการและนักกายภาพบำบัด ผู้เข้าร่วมประชุมมีความเห็นสอดคล้องกันว่าเป็นเรื่องที่ต้องทำเพื่อชะลอการเสื่อมของไต

“จะมีโรงพยาบาลใหญ่ๆ ที่มีนักกายภาพเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในคลินิกผู้ป่วยโรคไต กายภาพก็จะมาช่วยดูเรื่องการขยับข้อต่างๆ แต่ก็มีข้อควรระวังในการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคไต” (Phys01)

“ในการให้คำแนะนำเรื่องยา อาหาร หรือการออกกำลังกาย อยากให้ผู้ดูแลเข้าฟังด้วย เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่ทำเองไม่ได้ และไม่ได้ทำอาหารเอง ลูกหลานเป็นผู้หาอาหารให้” (Nurs01)

“ดีมากค่ะ จะได้ดูแลคนไข้ คนไข้ที่ยังไม่ล้างไต จะได้ไม่ต้องไปล้างไต และชะลอให้ไตเสื่อมช้าลง คนไข้ stage 3-4 จะได้ไม่ไป stage 5 คนไข้จะได้มีความรู้และปฏิบัติตัวถูกต้องในการเลือกรับประทานอาหาร โดยเฉพาะอาหารที่มีฟอสเฟต และโพแทสเซียม” (Nut01)

“เราควรจะบอกว่ามีอะไรที่ผู้ป่วยสามารถทานหรือทดแทนได้บ้างเพราะการไปห้ามไม่ให้กินจะเป็นการทำลาย และเป็นความคิดเชิงลบ ถ้าเขาทำไม่ได้ คนไข้จะหมดกำลังใจ” (Nut01)

4.1.5.3 การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในทีมเยี่ยมบ้าน ในรพ.สต. และโรงพยาบาลเครือข่าย

“เรามีปัญหาเรื่องโรงพยาบาลแม่ข่าย ไม่มีรายการยา Gabapentin 100 mg ทำให้เราไม่สามารถมีเกินกรอบบัญชีโรงพยาบาลแม่ข่าย ถ้างั้นให้คนไข้ทานยา Gabapentin 300 mg ทุก 3 วันได้นะคะ เพราะยาจะอยู่ในร่างกาย 3-5 haf-life” (Med01)

“ใน รพ.สต. อยากจะฝากเรื่องยา NSAIDs ที่ไม่ควรจ่ายให้ผู้ป่วยที่เป็น CKD และในผู้ป่วยโรคตับ โรคหัวใจด้วย เพราะคนไข้จะมาด้วยไตวาย ตับวาย หัวใจวายได้” (Med01)

“ในส่วนของ รพ.สต. มี NSAIDs ตัวเดียวคือ Diclofenac tab มีเกณฑ์ใน รพ.สต. ตัดขาวไม่ให้จ่ายยา NSAIDs ในผู้ป่วยที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะ 3 ขึ้นไปที่ได้ทำอยู่คือส่งรายชื่อคนไข้โรคไตตั้งแต่ระยะ 3 ไปให้รพ.สต. ทำ pop-up ในแฟ้มผู้ป่วยและในระบบ Hosxp pcu เพื่อป้องกันการจ่ายยา NSAIDs ให้ผู้ป่วยโรคไต” (Pharm01)

“ในรายที่เป็นผู้ป่วย CKD PC ถ้าเราส่งเคสให้ PC nurse ก็ต้องส่งข้อมูลต่อให้ทีมเยี่ยมบ้านของ Home health care และในทีม PCC ลงไปติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านด้วย” (Med01)

4.1.5.4 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในคลินิกโรคไตเรื้อรังที่ผู้เข้าร่วมประชุมเสนอดังนี้

“อยากให้มีใบแทรกในเวชระเบียน เพื่อบันทึกว่าผู้ป่วยผ่านการให้ความรู้ในเรื่องใดแล้วบ้าง และให้มีสิ่งที่แตกต่างกับสีของเวชระเบียนจะได้สังเกตเห็นง่าย” (Nurs02)

“ช่วงแรก ๆ เราอาจจะมียางวัลเล็ก ๆ น้อย ๆ ให้ผู้ป่วยเพื่อเป็นการเชิญชวนอยากเข้าร่วมกิจกรรมของเรา” (Nurs02)

“อยากให้ทีมสหวิชาชีพ มีการลงไปเยี่ยมบ้านในเคสที่มีปัญหา เช่นในเคสที่ต้องล้างหน้าท้องหรือเคส stage 5 และไม่ยอกรักษาต่อ” (Nurs01)

“8-9 โมง พยาบาลอาจจะคุยกับผู้ป่วยรอ แล้วให้แต่ละทีมสหวิชาชีพลงตารางตามที่คุณกันไว้ พยาบาลจะซักประวัติให้เสร็จก่อน แล้วเลือกผู้ป่วย stage 3-4 เข้ามาฟังแยกออกมาคุยจากกลุ่มใหญ่ แต่ stage 5 ถ้าอยากมาฟังก็มาฟังได้ ในส่วนของผู้ป่วย stage 5 ที่ไม่ต้องการฟอกไตหรือล้างหน้าท้องก็ให้พยาบาล palliative ขึ้นมาคุย” (Nurs04)

“แต่กลุ่มเป้าหมายของเราคือคนไข้โรคไตระยะ 3-4 เพื่อหวังผลเรื่องการชะลอการเสื่อมของไต” (Pharm01)

“อยากให้นัดผู้ป่วย stage 5 เข้าคลินิก PC วันอังคารเช้า ที่ดีกสงฆ์ล่าง เพื่อเตรียมตัวผู้ป่วยและญาติสำหรับการดูแลตนเอง และทำกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในกระบวนการ counselling” (Nurs05)

“เริ่มเดือนแรก มกราคม 2562 อย่างน้อย 3 เดือน แล้วเรามาประเมินผลกันอีกที” (Nurs01)

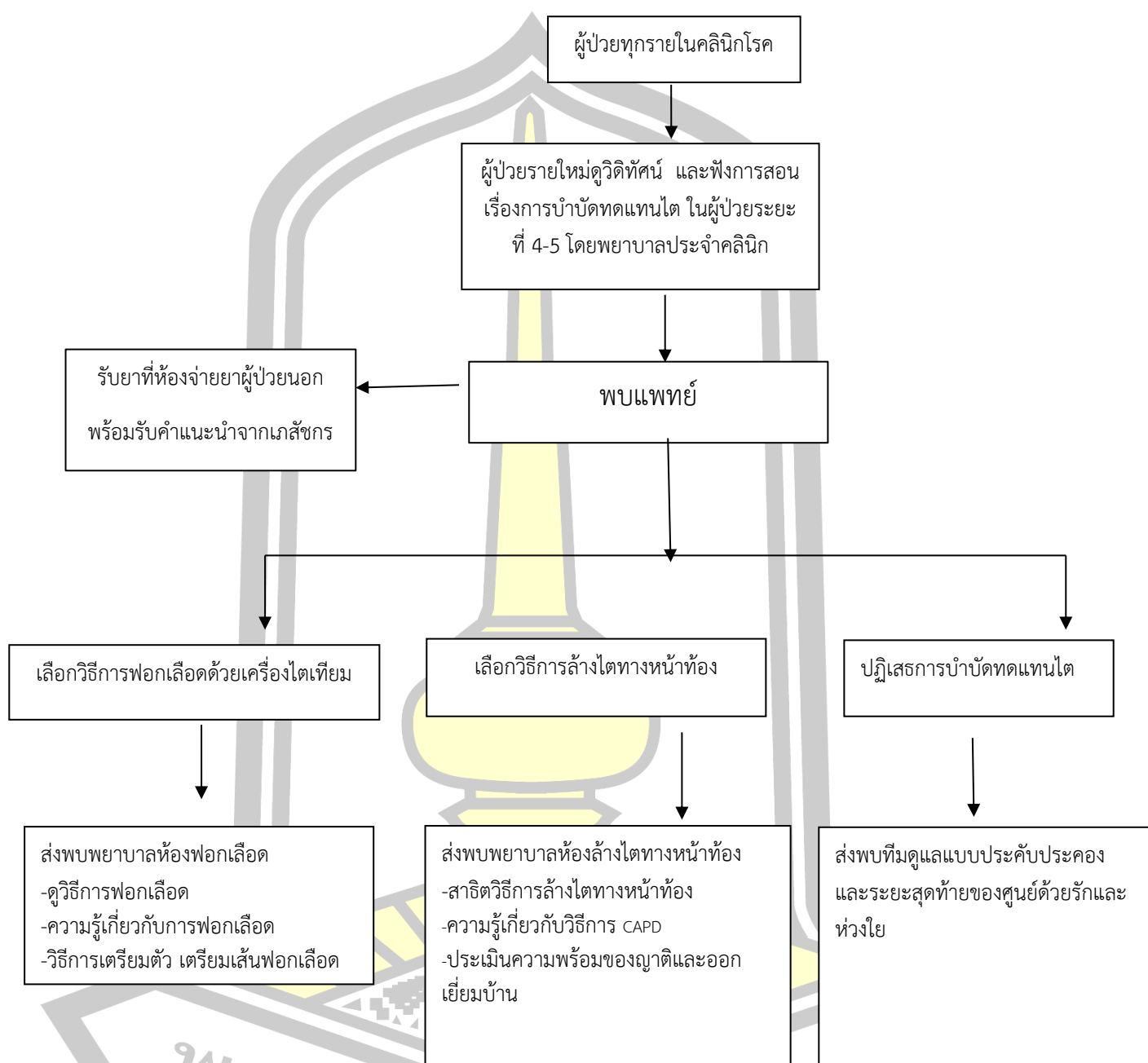
“อยากให้ PC nurse มาจัดอบรมให้ทีมพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย โรงพยาบาลนางรอง ในการดูแลผู้ป่วย CKD ปัญหาคือเราไม่รู้ เพราะส่งเอกสารมาให้ไม่มีเวลาอ่าน จะจัดนอกเวลาก็ได้ ไม่ต้องใช้งบประมาณของโรงพยาบาล” (Med01)

4.2 ขั้นตอนการปฏิบัติ (Action)

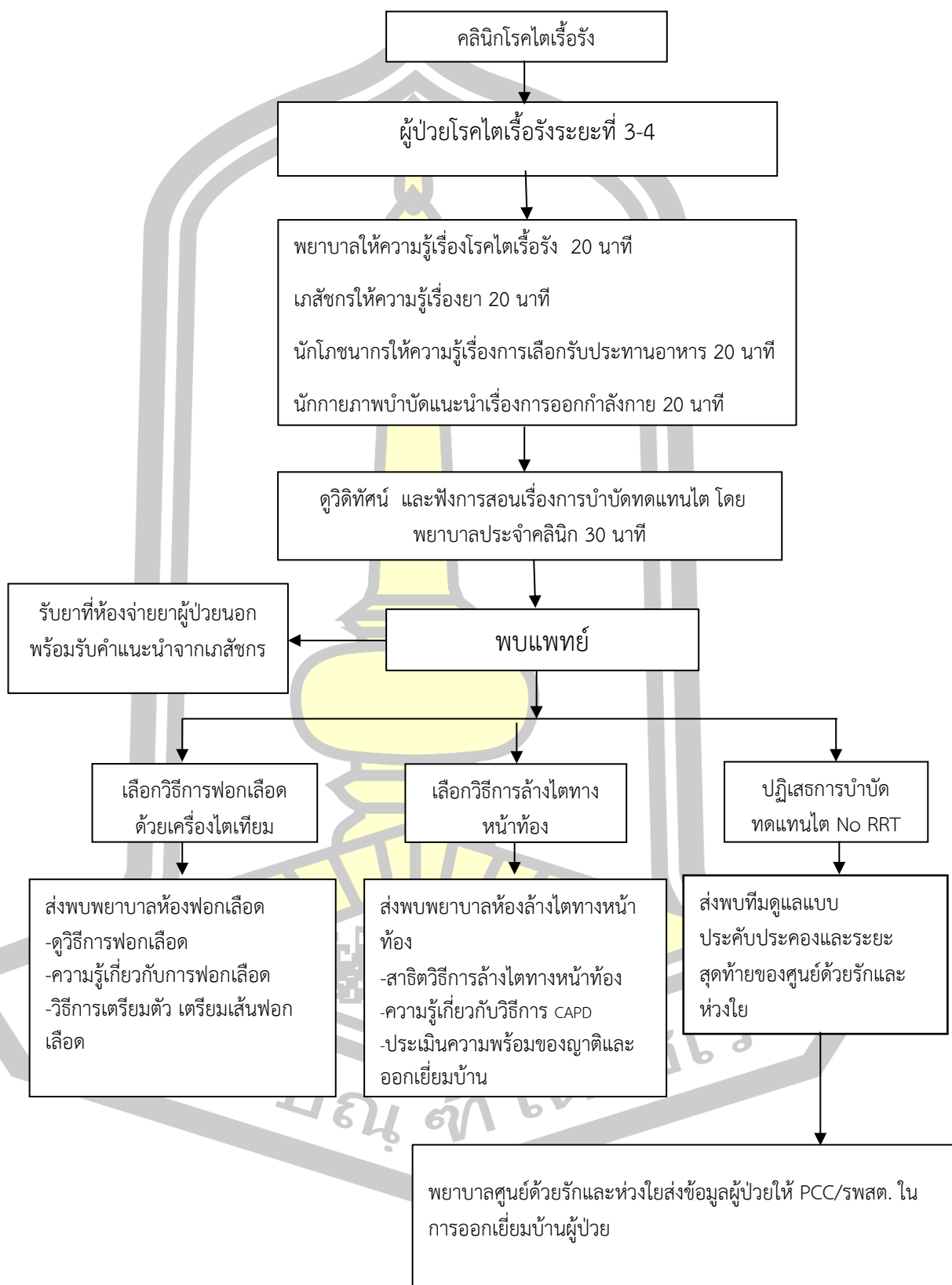
ผู้วิจัยนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ทีมสหวิชาชีพร่วมกันออกแบบ นำไปปฏิบัติในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ที่คลินิกโรคไตผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนางรองเป็นระยะเวลา 3 เดือน โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการให้ความรู้จากทีมสหวิชาชีพจำนวน 1 ครั้ง



ขั้นตอนของการให้บริการผู้ป่วยที่คลินิกโรคไตเรื้อรัง ก่อนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย



ขั้นตอนการให้บริการผู้ป่วยที่คลินิกโรคไตเรื้อรังหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย



4.2.1 สรุบทบทนาหน้าที่ของทีมนสวหวชาซฟพในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่คลินิกผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

1. อายุรแพทย

(1) วินิจฉัยโรค ประเมินระดับโรคไตเรื้อรัง โรคร่วมต่าง ๆ และปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน

(2) สั่งยาให้ผู้ป่วยตามโรคและอาการของผู้ป่วย

(3) ปรับยาตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

2. พยาบาลประจำคลินิกโรคไตวายเรื้อรัง

(1) บอกขั้นตอนการเข้ารับบริการ

(2) ซักประวัติ ชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิตให้กับผู้ป่วย

(3) ให้ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง ระยะโรค สาเหตุ พยาธิสภาพ แนวทางการรักษาและสิทธิผู้ป่วย

(4) บันทึกข้อมูลในเวชระเบียนผู้ป่วยและระบบ Hosxp ของโรงพยาบาล

(5) ประสานกับเจ้าหน้าที่ในทีมนสวหวชาซฟพ

3. เภสัชกร

(1) ให้ความรู้เรื่องยา การใช้ยา การเก็บรักษาและอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

(2) ค้นหาปัญหาเรื่องการใช้ยา

(3) แนะนำเรื่องยา NSAIDs และสมุนไพรที่ควรหลีกเลี่ยงในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง

4. นักโภชนาการ

(1) ให้ความรู้ทางด้านโภชนาการ อาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

(2) แนะนำอาหารที่มีส่วนประกอบของ เกลือโซเดียม โพแทสเซียม ฟอสฟอรัส อาหารที่มีไขมันสูง เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีสภาวะแทรกซ้อนนั้น ๆ หลีกเลี่ยงหรือลดอาหารจำพวกนี้

(3) ช่วยประเมินภาวะบกพร่องทางโภชนาการ

5. นักกายภาพบำบัด

(1) ให้ความรู้เรื่องการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

นอกจากนี้ได้มีการปรับปรุงรูปแบบการดูแลผู้ป่วย ได้แก่

ในส่วนของผู้ป่วยที่เป็นไตวายระยะสุดท้าย และสมัครใจที่จะไม่ทำการบำบัดทดแทนทางไต จะส่งผู้ป่วยไปที่คลินิกดูแลแบบประคับประคอง ในวันอังคารบ่าย เพื่อร่วมกันดูแลผู้ป่วยต่อไป

สำหรับผู้ป่วยที่มีการล้างไตทางช่องท้องจะมีการออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยซึ่งรูปแบบเดิมจะมีการเยี่ยมบ้านโดยพยาบาลวิชาชีพ จึงได้มีการร่วมวางแผนเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเป็นทีมนสวหวชาซฟพมีทั้งพยาบาล

เภสัชกร นักโภชนาการและนักกายภาพบำบัด เพื่อร่วมกันประเมินและช่วยแก้ปัญหาให้กับผู้ป่วยแต่ละราย

ส่วนบุคลากรมีการเพิ่มการทำงานร่วมกันเป็นสหวิชาชีพ จากรูปแบบเดิมที่มีเฉพาะแพทย์และพยาบาลดูแลผู้ป่วยในคลินิกก็มี เภสัชกร นักโภชนาการ และนักกายภาพบำบัดมาร่วมให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในเรื่องโรค การใช้ยา อาหารและการออกกำลังกายระหว่างรอซักประวัติและก่อนแพทย์ออกตรวจ โดยทำทุกวันที่มีคลินิกโรคไต 3 วัน/สัปดาห์ ได้แก่ วันอังคาร พุธ และพฤหัสบดี

นอกจากนี้ได้จัดทำเอกสารแผ่นพับเพื่อให้ความรู้กับผู้ป่วย เรื่องการรับประทานยา การเลือกรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและทำบริหารร่างกายสำหรับผู้ป่วยไตเพื่อไม่ให้ข้อยึดติด และจัดทำตัวอย่างลักษณะเม็ดยาและแผงยา อาการข้างเคียงของยาที่ใช้ในผู้ป่วยโรคไต รวมทั้งยาชนิดเดียวกันที่มีหลายแผงเพื่อป้องกันไม่ให้อาหารผู้ป่วยสับสนในการรับประทานยา และตัวอย่างลักษณะกล่องยาเม็ดยาแก้ปวดที่มีขายในท้องตลาด (NSAIDs) เพื่อให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการใช้ยาดังกล่าว

4.3 ขั้นการสังเกต (Observation)

เป็นการเก็บข้อมูลหลังจากที่ผู้ป่วยพบทีมสหวิชาชีพเพื่อให้ความรู้และแนะนำการปฏิบัติตัว เรื่องโรค ยา อาหาร และการออกกำลังกาย จำนวน 1 ครั้ง โดยผลการประเมินใน 4 เรื่องดังต่อไปนี้

4.3.1 ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยก่อนและหลังการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วย

จากการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่คลินิกโรคไตผู้ป่วยนอนร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ เน้นการให้ความรู้เรื่องโรค การใช้ยา และการปฏิบัติตัว และทำการประเมินความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยก่อนและหลังการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 29 คน โดยใช้ระยะเวลาในการดำเนินการ 3 เดือน พบว่า คะแนนความรู้เฉลี่ยก่อนพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเท่ากับ 9.83 ± 2.14 คะแนน ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีคะแนนความรู้อยู่ในระดับดีมาก จำนวน 8 คน (ร้อยละ 27.59) หลังการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยพบคะแนนความรู้เฉลี่ยเท่ากับ 12.52 ± 1.48 คะแนน เป็นผู้ป่วยที่มีคะแนนอยู่ในระดับดีมาก จำนวน 21 ราย (ร้อยละ 72.40) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.000$) เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแสดงในตารางที่ 12

พญ. ปณ. จิตโต ชีวะ

ตาราง 12 แสดงจำนวนผู้ป่วยในแต่ละระดับคะแนนความรู้เรื่องโรคไตเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ระดับคะแนน	ความหมาย	ก่อนการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วย		หลังการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วย	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
80-100	ดีมาก	8	27.59	21	72.41
70-79.99	ดี	8	27.59	7	24.14
60-69.99	ปานกลาง	5	17.24	1	3.45
50-59.99	น้อย	6	20.68	-	-
น้อยกว่า 50	ไม่ดี	2	6.90	-	-

คะแนนเต็ม 14 คะแนน คิดเป็นระดับคะแนน 100 นำคะแนนที่ได้มาคำนวณเป็นร้อยละแล้วแบ่งเป็นช่วง ๆ โดยมีช่วงกว้างของอันตรภาคชั้นเท่ากับ 10

4.3.2 พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยก่อนและหลังการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ผลการประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังพบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยเท่ากับ 46.52 ± 4.42 คะแนนและผู้ป่วยมีคะแนนอยู่ในระดับดีมาก จำนวน 14 คน หลังการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วย พบคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 49.41 ± 4.98 คะแนนและผู้ป่วยมีคะแนนอยู่ในระดับดีมากจำนวน 22 คน ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.002$) ดังแสดงในตารางที่ 13

พญ. ปณ. จิตโต ชีวะ

ตาราง 13 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยก่อนและหลังการปรับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ระดับคะแนน	ความหมาย	ก่อนการปรับรูปแบบการดูแลผู้ป่วย		หลังการปรับรูปแบบการดูแลผู้ป่วย	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
80-100	ดีมาก	14	48.27	22	75.86
70-79.99	ดี	12	41.38	4	13.79
60-69.99	ปานกลาง	2	6.90	2	6.90
50-59.99	น้อย	1	3.45	1	3.45
น้อยกว่า 50	ไม่ดี	-	-	-	-

คะแนนเต็ม 60 คะแนน คิดเป็นระดับคะแนน 100 นำคะแนนที่ได้มาคำนวณเป็นร้อยละแล้วแบ่งเป็นช่วง ๆ โดยมีช่วงกว้างของอันตรภาคชั้นเท่ากับ 10

4.3.3 ความพึงพอใจของผู้ป่วยก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

การประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยทั้งหมด 3 ด้านได้แก่ ด้านความเหมาะสมของขั้นตอนการให้บริการจำนวน 2 ข้อ ด้านบุคลากรที่ให้บริการจำนวน 7 ข้อ ด้านสิ่งอำนวยความสะดวกจำนวน 6 ข้อ พบว่า ก่อนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจในด้านขั้นตอนการให้บริการ เรื่องการแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ 4.41 คะแนน ความเหมาะสมของขั้นตอนการให้บริการ 4.31 คะแนน หลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย พบค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจในด้านขั้นตอนการให้บริการ เรื่องการแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ 4.59 คะแนน ความเหมาะสมของขั้นตอนการให้บริการ 4.52 คะแนน ด้านบุคลากรที่ให้บริการพบว่า การดูแลจากเจ้าหน้าที่ ความเต็มใจและความพร้อมในการให้บริการอย่างสุภาพ ก่อนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจ 4.34 คะแนน หลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจ 4.69 คะแนน ความรู้ความสามารถในการให้บริการ เช่น สามารถตอบคำถาม ชี้แจงข้อสงสัยได้ ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจ 4.24 คะแนน หลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยของคะแนน 4.66 คะแนน การให้คำแนะนำในเรื่องความรู้เรื่องโรค ก่อนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจ 4.34 คะแนน และหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ย 4.69 คะแนน ด้านการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยโรคไต ก่อนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจ 4.17 คะแนน หลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ย 4.66 คะแนน

การให้คำแนะนำในเรื่องยาก่อนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจ 4.06 คะแนน หลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ย 4.55 คะแนน การให้คำแนะนำในเรื่องอาหารก่อนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจ 4.00 คะแนน หลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ย 4.48 คะแนน การให้คำแนะนำเรื่องการออกกำลังกายก่อนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจ 4.14 คะแนน หลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ย 4.52 คะแนน ข้อเสนอแนะที่ต้องปรับปรุงในเรื่องที่นักรอห้องน้ำ และน้ำดื่มยังไม่เพียงพอในการให้บริการผู้ป่วยในคลินิกโรคไต ดังตาราง 14

ตาราง 14 แสดงผลการเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ป่วยก่อนและหลังการปรับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ประเด็น/ด้าน	ระดับความพึงพอใจ ก่อนการปรับรูปแบบการดูแลผู้ป่วย (จำนวนผู้ป่วย)						ระดับความพึงพอใจ หลังการปรับรูปแบบการดูแลผู้ป่วย (จำนวนผู้ป่วย)					
	คะแนน เฉลี่ย	พอใจ มาก (5)	พอใจ (4)	พอใจ น้อย (3)	ไม่ พอใจ (2)	ไม่ พอใจ มาก (1)	คะแนน เฉลี่ย	พอใจ มาก (5)	พอใจ (4)	พอใจ น้อย (3)	ไม่ พอใจ (2)	ไม่ พอใจ มาก (1)
1. ความเหมาะสมของ ขั้นตอนการให้บริการ												
1.1 การแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับ ขั้นตอนและระยะเวลาการ ให้บริการ	4.41	15	11	3			4.59	19	8	2		
1.2 ความเหมาะสมของ ขั้นตอนการให้บริการ	4.31	9	20				4.52	14	12	1		
2. บุคลากรที่ให้บริการ												
2.1 การดูแลจากเจ้าหน้าที่ ความเต็มใจและความพร้อม ในการให้บริการอย่างสุภาพ	4.34	13	13	3			4.69	21	7	1		
2.2 ความรู้ความสามารถใน การให้บริการ เช่น สามารถ ตอบคำถาม ชี้แจงข้อสงสัย ได้ เป็นต้น	4.24	10	16	3			4.66	19	10			
2.3 การให้คำแนะนำเรื่อง ความรู้เรื่องโรค	4.34	13	14	1	1		4.69	20	9			
2.4 การให้คำแนะนำเรื่อง การปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วย โรคไต	4.17	10	14	5			4.66	19	10			
2.5 การให้คำแนะนำเรื่องยา	4.06	8	15	6			4.55	18	9	2		
2.6 การให้คำแนะนำเรื่อง อาหาร	4.00	7	15	7			4.48	15	13	1		
2.7 การให้คำแนะนำเรื่อง การออกกำลังกาย	4.14	8	17	4			4.52	18	8	3		

4.3.4 ผลลัพธ์ทางด้านคลินิก ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย

มีจำนวนผู้ป่วยที่ผลลัพธ์ทางด้านคลินิกอยู่ในเป้าหมายการชะลอการเสื่อมของไต ดังนี้ ก่อนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย พบผู้ป่วยที่มีค่าความดันโลหิตอยู่ในเป้าหมายจำนวน 13 ราย (ร้อยละ 43.33) ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (systolic) 139.62 mmHg ค่าเฉลี่ยความดันขณะหัวใจคลายตัว (diastolic) เท่ากับ 74.00 mmHg หลังการพัฒนา ผู้ป่วยที่มีค่าความดันโลหิตอยู่ในเป้าหมายจำนวน 14 ราย (ร้อยละ 48.26) ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (systolic) เท่ากับ 134.90 mmHg ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว (diastolic) เท่ากับ 73.10 mmHg ซึ่งไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ค่าระดับน้ำตาลในเลือดหลังจากอดอาหาร (Fasting blood sugar, FBS) ก่อนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยพบผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดหลังจากอดอาหารอยู่ในเป้าหมาย จำนวน 6 ราย (ร้อยละ 31.58) ระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 180.11 mg/dL หลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยพบจำนวนผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในเลือดหลังจากอดอาหารอยู่ในเป้าหมาย จำนวน 5 ราย (ร้อยละ 17.24) และมีระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 146.22 mg/dL โดยไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ค่าเฉลี่ย serum creatinine ก่อนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเท่ากับ 2.16 mg/dL หลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย ค่าเฉลี่ย serum creatinine ของผู้ป่วยเท่ากับ 2.36 mg/dL ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.037$) ค่า serum creatinine ที่เพิ่มขึ้นแสดงว่าอัตราการทำงานของไตผู้ป่วยลดลง ค่าอัตราการกรองของไตเฉลี่ย $29.10 \text{ mL/min/1.73m}^2$ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะ 3a จำนวน 3 ราย (ร้อยละ 10.34) ระยะ 3b จำนวน 8 ราย (ร้อยละ 27.59) และ ระยะ 4 จำนวน 18 ราย (ร้อยละ 62.07) หลังการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยพบว่า อัตราการกรองของไตเฉลี่ย $27.07 \text{ mL/min/1.73m}^2$ โรคไตเรื้อรัง ระยะ 3a จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 3.45) ระยะ 3b จำนวน 7 ราย (ร้อยละ 24.14) ระยะ 4 จำนวน 20 ราย (ร้อยละ 68.96) และระยะ 5 จำนวน 1 คน (ร้อยละ 3.45) ซึ่งไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ในการศึกษานี้เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ร้อยละ 62.07 ซึ่งการทำงานของไตลดลงมากอยู่ที่ $15\text{-}29 \text{ mL/min/1.73m}^2$ และระยะเวลาในการศึกษาเพียง 3 เดือน ทำให้ยังไม่เห็นความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของผลลัพธ์ทางคลินิก ดังตาราง 15

พญ. ปณ. จิต ชีเว

ตาราง 15 แสดงผลการเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยก่อนและหลังการปรับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ผลลัพธ์ทางคลินิก	ก่อนการปรับรูปแบบ ค่าเฉลี่ย (min: max)	หลังการปรับรูปแบบ ค่าเฉลี่ย (min: max)	p-value*
ค่าความดันโลหิต Systolic (SBP) mmHg	139.62±22.37 (105:191)	134.90±25.31 (100:197)	0.288
Diastolic (DBP) mmHg	74.00±134.90 (41:105)	73.10±25.31 (47:116)	0.768
จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ) ที่มีค่า BP ต่ำกว่า 130/80 mmHg	13 (43.33)	14 (48.26)	
ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) mg/dl	180.11±93.33 (88:372)	146.22±50.50 (81:231)	0.453
จำนวนผู้ป่วยที่มีค่า FBS อยู่ ระหว่าง 70 – 130 (mg/dl)	6 (31.58)	5 (17.24)	
ค่า serum creatinine (SCr) mg/dL	2.16±0.59 (0.90:3.59)	2.36±0.77 (1.02:4.03)	0.037
ค่าการกรองของไต (eGFR) ml/min/1.73m ²	29.10±9.10 (15:50)	27.07±10.03 (13:63)	0.092
จำนวนผู้ป่วยโรคไต ระยะ 3a	3 (10.34)	1 (3.45)	
จำนวนผู้ป่วยโรคไต ระยะ 3b	8 (27.59)	7 (24.14)	
จำนวนผู้ป่วยโรคไต ระยะ 4	18 (62.07)	20 (68.96)	
จำนวนผู้ป่วยโรคไต ระยะ 5	0	1 (3.45)	

* ทดสอบด้วยสถิติ Paired-Sample t-test

เมื่อพิจารณาค่าอัตราการกรองของไตหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเป็นเวลา 3 เดือนพบผู้ป่วยจำนวน 18 คน (ร้อยละ 62.07) ที่มีค่าการกรองของไตคงที่ ผู้ป่วยจำนวน 8 คน (ร้อยละ 27.60) มีค่าอัตราการกรองของไตลดลง และผู้ป่วยจำนวน 3 คน (ร้อยละ 10.34) มีค่าอัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้นโดยเปลี่ยนระยะของไตจากระยะ 4 เป็นระยะ 3b จำนวน 2 คน เปลี่ยนจากระยะ 3b เป็นระยะ 3a จำนวน 1 คน

4.4 ขั้นการสะท้อนกลับ (Reflection)

จากการทบทวนร่วมกันในทีมสหวิชาชีพหลังจากนำรูปแบบการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยมาปฏิบัติเป็นเวลา 3 เดือน ทีมสหวิชาชีพเห็นว่ามีความประโยชน์กับผู้ป่วยและควรดำเนินการต่อไป โดยมีการปรับเปลี่ยนในประเด็นต่อไปนี้

1. ระบบการบริการ

การปรับระบบการบริการผู้ป่วย โดยการให้พยาบาลคัดเลือกผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3-4 ที่มารับบริการที่คลินิกโรคไตเพื่อให้คำแนะนำ ร่วมกับจัดตารางการปฏิบัติงานให้ทีมสหวิชาชีพมาวันละ 2 คน และใช้เวลาคนละไม่เกิน 30 นาที และทำการสื่อสารในเวชระเบียนของผู้ป่วยว่าผ่านการให้ความรู้ด้านไหนมาบ้าง จำนวนกี่ครั้ง และเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ามารับการให้ความรู้เพื่อติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการต่อไป

“ตอนเช้าพี่จะมาช่วยคัดผู้ป่วยไตระยะ 3-4 แยกออกมาตั้งในห้องแพทย์ จะได้มานั่งคุยกลุ่มเล็กๆ และแลกเปลี่ยนข้อมูลกันได้สะดวกขึ้น” (Nurs01)

“เวลาที่ทีมมาให้ความรู้ ถ้าใช้เวลานานเกินไปทำให้ หนูซึกประวัติประวัติผู้ป่วยไม่ทัน” (Nurs03)

“ถ้าจัดตารางให้ทีมมาวันละ 2 คน เกล็ด ภายภาพ โภชนาการ คนละครึ่งชั่วโมง เพื่อมีเวลาให้พยาบาลในการเตรียมคนไข้ไว้รอแพทย์” (Nurs01)

“เวลาคุยกับผู้ป่วยกลุ่มใหญ่ บางทีไม่สามารถช่วยแก้ปัญหาในผู้ป่วยเฉพาะรายได้ เพราะมีผู้ป่วยบางคนที่ยากถาม บางคนก็ไม่กล้าถาม” (Pharm01)

“ผู้ป่วยเจาะเลือดเสร็จแล้ว ไม่ขึ้นมาที่คลินิกไต จะมาตอนใกล้ 11 โมง ทำให้กลุ่มเป้าหมายที่ยอยากให้ฟังไม่ได้ฟัง” (Nurs02)

“ผู้ป่วยที่ไปคลินิก Palliative ต้องนัดมาหลายครั้ง อยากให้นัดมาวันเดียวกันจะได้สะดวกกับผู้ป่วย” (Nurs02)

“ไม่อยากให้ใช้เวลาในคุยหรือแนะนำคนใช้นานเกินไป เพราะธรรมชาติของคนถ้านานไป เขาจะไม่สนใจ แต่เรามาคุยบ่อย ๆ ถ้าพูดทุกเรื่องเขาจำไม่ได้” (Nurs03)

2. สถานที่ในการให้บริการ

การปรับสถานที่ในการให้คำแนะนำย้ายจากหน้าลิฟท์ เป็นห้องตรวจแพทย์เพื่อสะดวก ไม่มีเสียงอื่นรบกวนระหว่างการให้คำแนะนำ และประมาณเดือนกรกฎาคม จะย้ายสถานที่ในการให้บริการผู้ป่วยคลินิกโรคไต ไปตึกใหม่ที่เป็นสัดส่วนและกว้างขวางมากขึ้น

“ตอนเช้าพี่จะมาช่วยคัดผู้ป่วยไตระยะ 3-4 แยกออกมาตั้งในห้องแพทย์ จะได้มานั่งคุยกลุ่มเล็กๆ และแลกเปลี่ยนข้อมูลกันได้สะดวกขึ้น” (Nurs01)

“อยากให้ห้องในการคุยที่เป็นสัดส่วนมากกว่านี้ เพราะพอมีคนเดินผ่านไปมา ทำให้ผู้ป่วยไม่มีสมาธิในการฟังเราพูด” (Pharm01)

“ประมาณเดือน กรกฎาคม เราน่าจะได้ห้องใหม่ น่าจะทำอะไรได้เยอะขึ้น ในการคุยกับผู้ป่วยและมีที่ให้ผู้ป่วยนั่งรอไม่ต้องเดินไปมา” (Med01)

3. สื่อและอุปกรณ์ในการสอน

เพิ่มเติมเรื่องสื่อและอุปกรณ์ในการให้ความรู้ผู้ป่วยเพื่อให้น่าสนใจ เช่น ตัวอย่างอาหารที่ผู้ป่วยโรคไตควรรับประทาน หรือ ที่ควรหลีกเลี่ยง เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจมากขึ้น

“อยากให้โภชนาการเพิ่มเพิ่มเรื่องสื่อและอุปกรณ์ในการสอน เช่นโมเดลหรือตัวอย่างอาหารให้ผู้ป่วยได้เห็นภาพจริงผู้ป่วยจะได้สนใจมากขึ้น” (Nurs04)

“ที่มีโมเดลอาหารแต่จะเป็นในเรื่องของอาหาร 5 หมู่ ยังไม่เจาะจงกับผู้ป่วยไต แต่จะลองไปหาดูเพิ่มเติม ถ้าเป็นรูปภาพน่าจะหาได้นะ” (Nut01)

“หมออยากได้ตัวอย่างแผนยา มาไว้ที่โต๊ะตรวจของหมอด้วย เอาไว้เวลาคุยกับผู้ป่วย” (Med01)

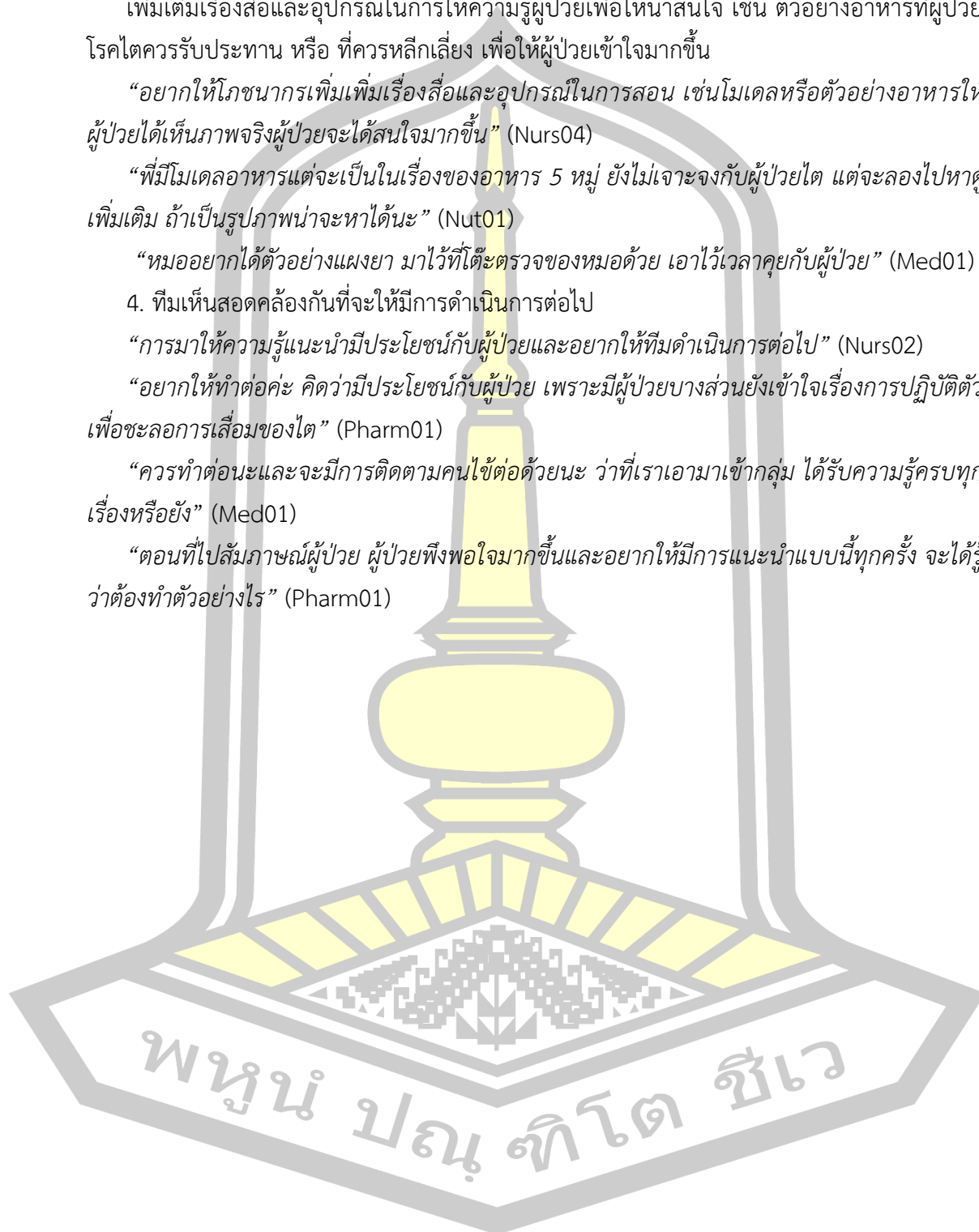
4. ทิมเห็นสอดคล้องกันที่จะให้มีการดำเนินการต่อไป

“การมาให้ความรู้แนะนำมีประโยชน์กับผู้ป่วยและอยากให้ทีมดำเนินการต่อไป” (Nurs02)

“อยากให้ทำต่อค่ะ คิดว่ามีประโยชน์กับผู้ป่วย เพราะมีผู้ป่วยบางส่วนยังเข้าใจเรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไต” (Pharm01)

“ควรทำต่อนะและจะมีการติดตามคนไข้ต่อด้วยนะ ว่าที่เราเอามาเข้ากลุ่ม ได้รับความรู้ครบทุกเรื่องหรือยัง” (Med01)

“ตอนที่ไปสัมภาษณ์ผู้ป่วย ผู้ป่วยพึงพอใจมากขึ้นและอยากให้มีการแนะนำแบบนี้ทุกครั้ง จะได้รู้ว่าต้องทำตัวอย่างไร” (Pharm01)



บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผลการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่คลินิกโรคไตผู้ป่วยนอก แบบสหวิชาชีพ ตั้งแต่ 1 สิงหาคม พ.ศ.2561 - 31 มีนาคม พ.ศ. 2562 พบว่า

5.1.1 ขั้นตอนการวางแผน (Planning)

1. การสัมภาษณ์ผู้ป่วยจำนวน 29 คนพบว่าผู้ป่วยไม่ทราบสาเหตุของการเกิดโรคไตเรื้อรัง และยังแสวงหาวิธีการรักษาอื่น ๆ เช่น การใช้ยาสมุนไพรหรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร นอกจากนี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังไม่ทราบวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไต ทั้งในเรื่องการใช้ยา การเลือกรับประทานอาหาร ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลต่อสุขภาพของตนเอง

2. การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจำนวน 29 คน โดยผู้วิจัยร่วมกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และ อสม. พบปัญหาการใช้ยาหลายประเภท เช่น การเก็บรักษายาไม่ถูกต้อง การรับประทานยาไม่ถูกต้อง เนื่องจากไม่ได้อ่านฉลากยาจึงมียาเหลือจำนวนมาก การฉีดยาอินซูลินไม่ถูกต้อง ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุทำให้มีปัญหาในการแกะแผงยา เนื่องจากกล้ามเนื้อไม่แข็งแรง นอกจากนี้ยังพบว่ายาที่มีการเปลี่ยนบริษัทส่งผลให้ยา 1 รายการมีหลายแผงยา ผู้ป่วยจึงสับสนและรับประทานยาผิด

3. การประชุมเพื่อออกแบบแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักโภชนาการและนักกายภาพบำบัด เป็นการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในคลินิกโรคไตเรื้อรังเกี่ยวกับโรค การใช้ยา การเก็บรักษายา หลีกเลี่ยงการรับประทานยาแก้ปวด การเลือกรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย

5.1.2 ขั้นตอนการปฏิบัติ (Action)

ผู้วิจัยนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ทีมสหวิชาชีพร่วมกันออกแบบไปปฏิบัติในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ที่คลินิกโรคไตผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนางรองเป็นระยะเวลา 3 เดือน โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการให้ความรู้จากทีมสหสาขาวิชาชีพจำนวน 1 ครั้ง บทบาทของแต่ละวิชาชีพได้แก่ อายุรแพทย์ วินิจฉัยโรค ประเมินระดับโรคไตเรื้อรัง โรคร่วมต่าง ๆ ส่งยาให้ผู้ป่วยตามโรคและอาการ และปรับยาตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ พยาบาลประจำคลินิก ชักประวัติ ชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิตให้กับผู้ป่วย ให้ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง ระยะโรค สาเหตุ พยาธิสภาพ แนวทางการรักษาและสิทธิผู้ป่วย บันทึกข้อมูลในเวชระเบียนผู้ป่วยและระบบ Hosxp ของโรงพยาบาล และประสานกับเจ้าหน้าที่ในทีมสหวิชาชีพ เภสัชกรให้ความรู้เรื่องยา การใช้ยา การเก็บรักษาและอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ค้นหาปัญหาเรื่องการใช้ยา และแนะนำเรื่องยา NSAIDs และสมุนไพรที่ควรหลีกเลี่ยงในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง นักโภชนาการให้ความรู้ทางด้านโภชนาการ อาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย และแนะนำอาหารที่มีส่วนประกอบของเกลือโซเดียม โพแทสเซียม ฟอสฟอรัส

อาหารที่มีไขมันสูง เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีสภาวะแทรกซ้อนนั้น ๆ หลีกเลี่ยงหรือลดอาหารจำพวกนี้ นักกายภาพบำบัดให้ความรู้เรื่องการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้ป่วย

5.1.3 ขั้นตอนการสังเกต (Observation)

1. นำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมาปฏิบัติในคลินิกโรคไตเรื้อรังเป็นระยะเวลา 3 เดือน กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 29 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 65.52) อายุระหว่าง 41-60 ปี (ร้อยละ 51.72) รองลงมาคืออายุ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 44.83) เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3a จำนวน 3 ราย (ร้อยละ 10.34) ระยะ 3b จำนวน 8 ราย (ร้อยละ 27.59) และระยะ 4 จำนวน 18 ราย (ร้อยละ 62.07) ครอบคลุมในการเกิดโรคไตเรื้อรังร้อยละ 48.27 เกิดจากโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยร้อยละ 48.27 มีรายการยาที่รับประทาน 6-10 เม็ด/วัน คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคและยาของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจาก 9.83 คะแนน เป็น 12.52 คะแนน จำนวนผู้ป่วยที่มีคะแนนความรู้อยู่ในระดับดีมากเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 27.59 เป็นร้อยละ 72.41 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.000$) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการชะลอไตเสื่อมเพิ่มขึ้นจาก 46.52 คะแนน เป็น 49.41 คะแนน จำนวนผู้ป่วยที่มีคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการชะลอไตเสื่อมอยู่ในระดับดีมากเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 48.27 เป็นร้อยละ 75.58 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.002$) ส่วนคะแนนความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้นก็เพิ่มขึ้น จาก 4.16 คะแนน เป็น 4.64 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.001$) ผลลัพธ์ทางคลินิกพบว่า ก่อนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (systolic) เท่ากับ 139.62 mmHg ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว (diastolic) เท่ากับ 74.00 mmHg หลังการพัฒนา ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวเท่ากับ 134.90 mmHg ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวเท่ากับ 73.10 mmHg ซึ่งไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ค่าระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร (Fasting blood sugar, FBS) ก่อนการพัฒนารูปแบบ ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 180.11 mg/dL หลังการพัฒนา ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 146.22 mg/dL โดยไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ค่าเฉลี่ย serum creatinine ของผู้ป่วยก่อนการพัฒนารูปแบบเท่ากับ 2.16 mg/dL หลังการพัฒนา ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ย serum creatinine เท่ากับ 2.36 mg/dL ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.037$) ส่วนค่าอัตราการกรองของไตเฉลี่ยก่อนการพัฒนารูปแบบเท่ากับ 29.10 ml/min/1.73m² หลังการพัฒนา ผู้ป่วยมีค่าอัตราการกรองของไตเฉลี่ยเท่ากับ 27.07 ml/min/1.73m² ซึ่งไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

5.1.4 ขั้นตอนการสะท้อนกลับ (Reflection)

จากการทบทวนร่วมกันในทีมสหวิชาชีพหลังจากนำรูปแบบการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยมาปฏิบัติเป็นเวลา 3 เดือน ทีมสหวิชาชีพเห็นว่ามิประโยชน์กับผู้ป่วยและควรดำเนินการต่อไป โดยมีการปรับเปลี่ยนเพิ่มเติมในประเด็นต่อไปนี้

1.ระบบการบริการ

การปรับระบบการบริการผู้ป่วย โดยการให้พยาบาลมาคัดเลือกผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3-4 แยกออกเพื่อให้คำแนะนำ จัดตารางการปฏิบัติงานให้ทีมมาวันละ 2 คน และใช้เวลาคนละไม่เกิน 30 นาที และให้มีการสื่อสารในเวชระเบียนมีผู้ป่วยผ่านการให้ความรู้ด้านไหนมาบ้าง จำนวนกี่ครั้ง และเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ามารับการให้ความรู้เพื่อติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการต่อไป

2. สถานที่ในการให้บริการ

การปรับสถานที่ในการให้คำแนะนำย้ายจากหน้าลิฟท์ เป็นห้องตรวจแพทย์เพื่อสะดวก ไม่มีเสียงอื่นรบกวนระหว่างการให้คำแนะนำ และประมาณเดือนกรกฎาคม จะย้ายสถานที่ในการให้บริการผู้ป่วยคลินิกโรคไต ไปตึกใหม่ที่เป็นสัดส่วนและกว้างขวางมากขึ้น

3. สื่อและอุปกรณ์ในการสอน

เพิ่มเติมเรื่องสื่อและอุปกรณ์ในการให้ความรู้ผู้ป่วยเพื่อให้น่าสนใจ เช่น ตัวอย่างอาหารที่ผู้ป่วยโรคไตควรรับประทาน หรือ ที่ควรหลีกเลี่ยง เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจมากขึ้น

4. ทีมเห็นสอดคล้องกันที่จะให้มีการดำเนินการต่อไป

5.2 การอภิปรายผล

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบ Action research โดยการพัฒนางานประจำให้ดีขึ้น ซึ่งประกอบด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อหารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่คลินิกโรคไตผู้ป่วยนอก ร่วมกับทีมสหวิชาชีพที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย เริ่มต้นด้วยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่คลินิกโรคไตผู้ป่วยนอก และออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่บ้านด้วย เพื่อค้นหาปัญหาจากการใช้ยา ร่วมกับการออกแบบการดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหวิชาชีพ และนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยคือ การให้ความรู้และแนะนำเรื่อง โรค การใช้ยา การรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย มาปฏิบัติที่คลินิกโรคไตผู้ป่วยนอกเป็นระยะเวลา 3 เดือน แล้วประเมินความรู้ การปฏิบัติตัว ความพึงพอใจและผลลัพธ์ทางคลินิก

จุดแข็งของการศึกษาคือ เป็นการพัฒนางานประจำที่ทำอยู่ให้ดีขึ้น มีการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเพื่อให้ทราบสถานการณ์และปัญหาของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และมีการออกเยี่ยมบ้านเพื่อค้นหาปัญหาของผู้ป่วย และการออกแบบการดูแลผู้ป่วยร่วมกันเป็นสหวิชาชีพ

จากการศึกษาพบว่า การสัมภาษณ์และการออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยทำให้ทราบปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย เนื่องจากการให้บริการในโรงพยาบาล มีข้อจำกัดเรื่องสถานที่ เวลา และผู้มารับบริการจำนวนมาก ทำให้ไม่สามารถค้นหาปัญหาของผู้ป่วยได้ ซึ่งปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายก็แตกต่างกัน และมีหลายมิติ เช่น ข้อจำกัดในด้านร่างกาย ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุสายตาไม่ค่อยดี กล้ามเนื้อไม่แข็งแรง และเป็นวัยที่ต้องพึ่งพิงผู้ดูแลในเรื่องการใช้ยา การเลือกอาหารรับประทานและการเดินทางมาโรงพยาบาล ดังนั้น การดูแลผู้สูงอายุจึงต้องควบคู่ไปกับการให้ความรู้และคำแนะนำกับผู้ดูแลผู้ป่วยด้วย มิติด้านจิตใจซึ่งผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลกับสุขภาพของตนเอง กลัวเป็นภาระให้ลูกหลาน และเป็นห่วงลูกหลานหากตัวเองเป็นอะไรไป มิติด้านเศรษฐกิจแม้ว่าผู้ป่วยจะใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าในการรักษาพยาบาล แต่ก็มีความใช้จ่ายเรื่องการเหมาถมาโรงพยาบาล และผู้ป่วยบาง

รายปฏิเสธการบำบัดทดแทนทางไตเนื่องจากต้องมีค่าใช้จ่ายในการเตรียมบ้านผู้ป่วย และไม่มีผู้ดูแล นอกจากนี้การเยี่ยมบ้านยังช่วยสร้างขวัญและกำลังใจให้ผู้ป่วยและญาติในการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไต และผู้ป่วยยังมีความเชื่อที่ไม่ถูกต้องในการรับประทานยา เช่น รับประทานยาเยอะทำให้ไตเสื่อม ซึ่งทีมสหวิชาชีพต้องให้ความรู้และคำแนะนำที่ถูกต้องกับผู้ป่วย

การออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยพบปัญหาจากการใช้ยาไม่เหมาะสม เช่น การเก็บรักษายาไม่ถูกต้อง ร้อยละ 17.64 รับประทานยาไม่ถูกต้องร้อยละ 14.70 และปัญหาในการแกะเม็ดยาเนื่องจากกลัมน้ำอ่อนแรง ร้อยละ 17.24 เกสัชกรที่ออกเยี่ยมบ้านได้แนะนำและช่วยในการแก้ปัญหาพร้อมกับผู้ป่วยและผู้ดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริรัตน์ ต้นปิชาติ (2554) เรื่องประสิทธิผลของการเยี่ยมบ้านในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานประเภท 2 ในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร เป็นเวลา 6 เดือน พบปัญหาจากการใช้ยาทั้งหมด 858 ปัญหา คิดเป็น 2.98 ปัญหาต่อผู้ป่วย 1 คน เป็นปัญหาจากไม่ให้ความร่วมมือในฉันทานยา 822 ปัญหา (ร้อยละ 95) จากปัญหาทั้งหมด และพบว่า การดูแลผู้ป่วยโดย เกสัชกรชุมชนเยี่ยมบ้านสามารถลดปัญหาสืบเนื่องจากการใช้ยาและเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ซึ่ง การศึกษานี้ทำการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพียง 1 ครั้ง เพื่อค้นหาปัญหาจากการใช้ยาแตกต่างจากการศึกษาของ ศิริรัตน์ ต้นปิชาติ (2554) ที่มีการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 5 ครั้ง และ เกสัชกรได้ให้การดูแลผู้ป่วยโดยใช้รูปแบบการจัดการฉันทานยา เพื่อการเยี่ยมดูแลที่บ้าน จำนวน 3 ครั้ง และ เพื่อติดตามประเมินผล อีก 2 ครั้ง ทำให้สามารถค้นหาปัญหาของผู้ป่วยได้มากกว่า และมี ลักษณะของปัญหาที่แตกต่างกัน เช่นเดียวกับการศึกษา Sorensen L และคณะ (2006) เรื่องการจัดการยาที่บ้านของผู้ป่วยจากกลุ่มตัวอย่าง 204 คน ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการใช้ยาไม่เหมาะสม มีการออกเยี่ยมบ้านโดย เกสัชกร พบว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงในการจัดเก็บยาไม่เหมาะสม 8.3% มีความสับสนเรื่องชื่อการค้ากับชื่อสามัญทางยา 55.9% นอกจากนี้ยังพบเรื่องยาหมดอายุ การรักษาที่ซ้ำซ้อนและการไม่ร่วมมือในการใช้ยาด้วย การศึกษาของ Hugtenburg JG และคณะ (2006) เรื่องผลการบริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยที่มีรายการยามากกว่า 5 รายการ เมื่อออกจากโรงพยาบาลโดย เกสัชกรชุมชนซึ่งมีร้านยา 37 แห่งและผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษาจำนวน 715 คน โดย การบริหารทางเภสัชกรรมได้แก่ ทบทวนรายการยาและให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยที่บ้านโดยแยกเป็นกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม พบว่าการบริหารทางเภสัชกรรมที่บ้านสามารถลดการใช้ยาที่มีความซ้ำซ้อนได้ถึง 40% ในกลุ่มศึกษาและผู้ป่วยมีความพึงพอใจ 87% กับการให้คำแนะนำของ เกสัชกรชุมชน การศึกษาของบุญถม ปาปะเพและคณะ (2556) เรื่องสาเหตุของปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยในการเยี่ยมบ้านโดย เกสัชกร ในเขตอำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคามในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 66 คน พบปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา จำนวน 81 ครั้ง ปัญหาที่พบบ่อยคือ การบริหารยาหรือการใช้ยาไม่ถูกต้อง 29 ครั้ง (ร้อยละ 35.80) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมายังไม่มีลักษณะการศึกษา ที่ เกสัชกรออกไปค้นหาปัญหาจากการใช้ยาโดยการเยี่ยมบ้าน แล้วนำมาปรับปรุงระบบการให้บริการในโรงพยาบาลร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

การศึกษานี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคร่วมคือโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดโรคไตเรื้อรัง จากข้อมูลของสมาคมโรคไตติดต่อ (สำนักงานโรคไตติดต่อ, 2559) ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังตั้งแต่ระยะที่ 3 ขึ้นไปประมาณ 1.9 และ 1.6 เท่า ผู้ป่วยได้รับยาเฉลี่ยต่อวันจำนวน 8.67 เม็ด และจำนวนเม็ดยามากที่สุด 25 เม็ด ซึ่ง

น้อยกว่าการศึกษาของสุกร บุษปนิพนธ์ และศักดิ์ ด้านเดชา (2558) เรื่องพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีการใช้จำนวนเม็ดยามากสุดถึง 38 เม็ดต่อวัน โดยเฉลี่ย 12.35 เม็ด จำนวนชนิดยาต่อวันเฉลี่ย 5.88 ชนิด และจำนวนเม็ดยาเฉลี่ยน้อยกว่าการศึกษาของกานต์ธีรา ชัยเรียบ และภัทรินทร์ กิตติบุญญาคุณ (2561) เรื่องการพัฒนารูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมทั้งในโรงพยาบาลและการดูแลที่บ้าน พบว่าผู้ป่วยได้รับยาเฉลี่ยต่อวัน 10.0 ± 2.07 เม็ด เนื่องจากจำนวนรายการยามีผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยต้องรับประทานยาหลายรายการมากขึ้น อาจทำให้เกิดปัญหาในการรับประทานยาผิด ลืมรับประทานยา เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา หรือผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนมากขึ้นทำให้ต้องรับประทานมากขึ้น ซึ่งการเยี่ยมบ้านหรือการดูแลผู้ป่วยที่บ้านต้องการความเข้าใจสาเหตุที่แท้จริงของปัญหาผู้ป่วยทั้งเชิงลึกและเชิงกว้างการทำงานของทีมสหวิชาชีพ เพื่อดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ทำให้เข้าใจปัญหาและร่วมหาทางแก้ปัญหาให้กับผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเภสัชกรสามารถช่วยค้นหา ป้องกัน และแก้ไขปัญหาก็เกี่ยวข้องเนื่องกับยารวมถึงทุกซ์ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา (Drug-related sufferings) ซึ่งข้อจำกัดในการศึกษาคั้งนี้ ทีมเยี่ยมบ้านมีเฉพาะเภสัชกร เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพและอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน มีวัตถุประสงค์ของการเยี่ยมบ้านเพื่อค้นหาปัญหาที่บ้านผู้ป่วย ซึ่งปัญหาที่พบจะเป็นปัญหาด้านการใช้ยาเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในแต่ละคน นอกจากปัญหาด้านการใช้ยาแล้วยังพบปัญหาในด้านอื่น ๆ ด้วย แต่เภสัชกรไม่สามารถช่วยแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้ทุกด้าน ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีปัญหารอบด้าน มีความทุกข์หลายอย่าง ดังนั้นควรมีสหวิชาชีพร่วมในทีมเยี่ยมบ้านของผู้ป่วย เพื่อประเมินและช่วยแก้ปัญหาาร่วมกัน และควรมีทีมในชุมชน หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วย ซึ่งจะช่วยให้สามารถค้นหาปัญหาของผู้ป่วยได้รอบด้านมากกว่า และในการเยี่ยมบ้านควรมีการติดตามและประเมินผลเป็นระยะ ๆ การศึกษาคั้งนี้มีการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเพื่อค้นหาปัญหาของผู้ป่วยและนำมาพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่น่าจะช่วยป้องกันหรือแก้ไขปัญหของผู้ป่วยได้ อย่างไรก็ตาม การเยี่ยมบ้านเพียง 1 ครั้งอาจจะยังค้นหาปัญหาของผู้ป่วยได้ไม่ครบทั้งหมด ดังนั้นควรมีการเยี่ยมบ้านและติดตามผู้ป่วยมากกว่า 1 ครั้ง ซึ่งจากการศึกษาของกานต์ธีรา ชัยเรียบ และภัทรินทร์ กิตติบุญญาคุณ (2561) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาล และทำการติดตามและประเมินผลผู้ป่วยที่บ้านโดยการเยี่ยมบ้านจำนวน 3 ครั้ง ทำให้สามารถค้นหาปัญหาและติดตามประเมินผลได้มากกว่า ซึ่งบางปัญหาอาจจะต้องใช้เวลาในการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างทีมสหวิชาชีพกับผู้ป่วยและญาติจึงจะสามารถค้นหาปัญหาในด้านต่าง ๆ ของผู้ป่วยได้

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในเรื่องโรคและการใช้ยาเพิ่มขึ้นจาก 9.83 คะแนน เป็น 12.52 คะแนน ($p\text{-value}=0.000$) และคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวเพิ่มขึ้นจาก 46.52 คะแนน เป็น 49.41 คะแนน ($p\text{-value}=0.002$) หลังจากการให้ความรู้และคำแนะนำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกานต์ธีรา ชัยเรียบ และภัทรินทร์ กิตติบุญญาคุณ (2561) พบว่าหลังการให้บริการทางเภสัชกรรม ผู้ป่วยมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นจาก 12.9 ± 3.75 เป็น 14.96 ± 3.76 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.007$) และการศึกษาของปิ่นแก้ว กล้ายประยงค์ และกรัณท์รัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ์ (2551) เรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการสร้างเสริมพฤติกรรมกรมการ

ปฏิบัติตัว เพื่อชะลอการเสื่อมของไตสู่ภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้ายของผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะ 3 และ 4 ที่แผนกผู้ป่วยนอก อายุรกรรมโรคไต โรงพยาบาลรามาริบัติ โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง 30 คนและกลุ่มควบคุม 30 คน พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการดำเนินของโรคสู่ภาวะโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไต การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไต การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไตและพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไต ดีกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value=0.001) เช่นเดียวกับการศึกษาของวรรณคล เอื้อมงคล และคณะ (2557) เรื่องผลการให้คำปรึกษาด้านโรคและยาในผู้ป่วยไตเรื้อรังที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระพุทธบาท เปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังให้คำปรึกษา ในผู้ป่วยจำนวน 74 คน พบว่าค่าเฉลี่ยของร้อยละคะแนนความรู้โดยรวมหลังการให้คำปรึกษาเพิ่มขึ้นจากก่อนการให้คำปรึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value<0.001) และการศึกษาของ พัทธนี นวลช่วย (2554) เรื่องการให้บริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลท่าศาลาพบว่าคะแนนความรู้เรื่องโรค ยาและการปฏิบัติตัวเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value<0.05) สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องผลการดูแลแบบสหวิชาชีพต่อการควบคุมความดันโลหิตผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลท่าตะโก (ศิริनुช อุบลวัฒน์ และอัสจนา เฟื่องจันทร์, 2018) เป็นการศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่มชนิดมีกลุ่มควบคุมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ 50 ราย และกลุ่มควบคุมคือกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ 50 ราย เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์พบว่า กลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพมีแนวโน้มเกิดปัญหาการใช้ยาลดลง มีการบริโภคเกลือโซเดียม น้อยลง และมีความรู้เรื่องโรค ยา และอาหารเพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนได้รับการดูแลแบบสหวิชาชีพ (p <0.001) การศึกษาครั้งนี้เป็นการวัดผลการศึกษาก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มตัวอย่างเพียงกลุ่มเดียว ไม่มีกลุ่มควบคุมในการเปรียบเทียบข้อมูล ซึ่งต่างจากการศึกษาของปิ่นแก้ว กล้ายประยงค์ และกรัณฐรัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ์ (2551) และ ศิริनुช อุบลวัฒน์ และอัสจนา เฟื่องจันทร์ (2018) ซึ่งจะมีการวัดผลการศึกษาก่อนและหลังการดูแลผู้ป่วยทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทำให้มีความน่าเชื่อถือของข้อมูลมากขึ้น นอกจากนี้ ในการศึกษาที่มีการทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยแบบกลุ่มเพียง 1 ครั้ง แล้ววัดผลการศึกษา แตกต่างจากการศึกษาของปิ่นแก้ว กล้ายประยงค์ และกรัณฐรัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ์ (2551), ศิริनुช อุบลวัฒน์ และอัสจนา เฟื่องจันทร์ (2018) ที่มีการให้ความรู้และติดตามผู้ป่วยมากกว่า 1 ครั้ง นอกจากการให้ความรู้แล้วยังมีการใช้สื่ออุปกรณ์อื่น ๆ เช่น สมุดบันทึกอาหาร หรือการให้คำปรึกษาผู้ป่วยเฉพาะราย ซึ่งผลการศึกษาด้านความรู้และพฤติกรรมอาจจะมียปัจจัยอื่นมาเกี่ยวข้อง อาทิ ความรู้ที่ผู้ป่วยได้รับอาจมาจากแหล่งอื่น เช่น สื่อโทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต แผ่นพับ หรือจากโรงพยาบาลชุมชนที่ผู้ป่วยถูกส่งตัวมา ซึ่งผู้วิจัยไม่สามารถควบคุมปัจจัยดังกล่าวได้ และการที่คะแนนความรู้และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่เพิ่มขึ้น ผู้ป่วยอาจจะไม่ปฏิบัติตามที่ตอบในแบบสอบถามได้ เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นวัยพึ่งพิงต้องอาศัยผู้ดูแล ในการจัดอาหารและยา ไม่สามารถเลือกเองได้ ดังนั้นในการให้ความรู้ผู้ป่วยควรมีผู้ดูแลมาร่วมรับฟังด้วย และแบบสอบถามในเรื่องพฤติกรรม อาจจะต้องใช้แบบบันทึกอาหารที่ผู้ป่วยรับประทานที่บ้านแต่ละมื้อ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่แท้จริง

ความพึงพอใจของผู้ป่วยทำการประเมินความเหมาะสมของขั้นตอนการให้บริการ บุคลากรที่ให้บริการและสิ่งอำนวยความสะดวก พบว่า คะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นหลังจากการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลชัยภูมิ ((วงเดือน ภาษา และคณะ, 2554) เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน จำนวน 200 คน ร่วมกับทีมสหวิชาชีพโดยประเมินผลความพึงพอใจของผู้ให้บริการก่อนและหลังการพัฒนาพบว่า ความพึงพอใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) และความพึงพอใจของผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 4.14 ± 0.57 คะแนน) และสอดคล้องกับการศึกษาของธารารัตน์ สัจจา และกัลยาณีนาคฤทธิ์ (2555) เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคและวัณผลแพ้ของระบบบริการพยาบาลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ผลของการนำระบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยพบว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วยวัณโรคและทีมสหวิชาชีพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) ด้านผู้ให้บริการพบความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) เช่นกัน แต่การศึกษานี้ใช้ระยะเวลาในการทดลองปฏิบัติรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้นเพียง 3 เดือนและมีการพบผู้ป่วยเพื่อให้ความรู้จำนวน 1 ครั้ง แล้วทำการประเมินความพึงพอใจ อาจจะยังไม่เพียงพอในการเก็บข้อมูล ซึ่งต่างจากการศึกษาของวงเดือน ภาษา และคณะ (2554) ที่มีระยะเวลาศึกษา 6 เดือน และการศึกษานี้ไม่ได้ประเมินความพึงพอใจหรือความคิดเห็นต่อการปรับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยในส่วนของผู้ให้บริการ ซึ่งควรจะต้องประเมินทั้งในส่วนของผู้รับบริการและผู้ให้บริการเพื่อให้ได้ข้อมูลทั้ง 2 ด้านไปพัฒนาการดูแลผู้ป่วยต่อไป

การประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกพิจารณาค่าความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือดและอัตราการกรองของไตหลังการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วย ที่เลือกผลลัพธ์ทางคลินิกทั้ง 3 ด้านมาศึกษา เนื่องจากสาเหตุของการเกิดโรคไตวายเรื้อรังมาจากโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง (สำนักงานโรคไม่ติดต่อ, 2559) ดังนั้น การติดตามค่าความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือดจึงเป็นปัจจัยหนึ่งในการประเมินการชะลอการเสื่อมของไต การศึกษานี้พบว่า ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว ระดับน้ำตาลในเลือด และอัตราการกรองของไต ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของ Kunihiro และคณะ (2016) เรื่องผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 1-5 ในประเทศญี่ปุ่นด้วยโปรแกรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยมีความร่วมมือจากแพทย์ทั่วไป แพทย์ด้านโรคไตและนักโภชนาการ ในการติดตามผลการรักษา แนะนำการเลือกรับประทานอาหาร ระยะเวลาในการติดตามผล 3 ปี 5 เดือน พบอัตราการเสื่อมสภาพเฉลี่ยของ eGFR ในกลุ่มศึกษามีแนวโน้มลดลง (กลุ่มศึกษา 2.4 ± 5.1 ml/min/1.73m²/year กลุ่มควบคุม 2.6 ± 5.8 ml/min/1.73m²/year $p=0.03$) และแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และการศึกษาของพัชนี นวลช่วย (2554) เรื่องการให้บริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลท่าศาลา เป็นการวัดผลแบบก่อนและหลังการให้บริบาลทางเภสัชกรรม จำนวน 105 ราย เป็นเวลา 1 ปี 6 เดือน พบว่าการให้บริบาลทางเภสัชกรรมทำให้ควบคุมปัจจัยเสี่ยงได้ตามเป้าหมายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในด้านระดับน้ำตาลในเลือด ($p\text{-value}=0.02$) ค่าการทำงานของไตก็เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) ในผู้ป่วยจำนวน 17 ราย (ร้อยละ 16.69) อัตราการทำงานของไตไม่เปลี่ยนแปลง

จำนวน 74 ราย (ร้อยละ 70.48) และอัตราการทำงานของไตลดลง จำนวน 14 ราย (ร้อยละ 13.3) และการศึกษาของปิ่นแก้ว กล้ายประยงค์ และกรัณฐรัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ์ (2551) เรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการสร้างเสริมพฤติกรรมการปฏิบัติตัว เพื่อชะลอการเสื่อมของไตสู่ภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้ายของผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 ที่แผนกผู้ป่วยนอก อายุรกรรมโรคไต โรงพยาบาลรามาริบัติ ระยะเวลาในการติดตามผล 10 เดือน พบค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวของกลุ่มตัวอย่างลดลงดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value=0.001) นอกจากนี้ค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวลดลงดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value=0.05) เช่นกันและการศึกษาของ ธีรยุทธ เจียมจริยาภรณ์และคณะ (2017) เรื่องการดำเนินงานคลินิกโรคไตเรื้อรังแบบบูรณาการ กรณีศึกษาโรงพยาบาลคลองขลุงและโรงพยาบาลทรายทองวัฒนา จังหวัดกำแพงเพชร ทำการติดตามผลเป็นเวลา 2 ปี พบว่า ผู้ป่วยของโรงพยาบาลคลองขลุงสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ดี มีทักษะในการจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสมและอัตราการเสื่อมของไตมีแนวโน้มชะลอลง ซึ่งค่าอัตราการกรองของไตลดลงช้ากว่า 2.74 มล./นาที่ (p =0.009) และสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริสุข อุบลวัฒน์ และอัลจนา เฟื่องจันทร์ (2561) เรื่องผลการดูแลแบบสหวิชาชีพต่อการควบคุมความดันโลหิตผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลท่าตะโก ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและคลายตัวของกลุ่มที่ได้รับการดูแลผู้ป่วยแบบสหวิชาชีพ เท่ากับ 133.14 ± 13.56 และ 79.78 ± 5.82 มิลลิเมตรปรอทตามลำดับ ซึ่งมีค่าต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติที่มีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและคลายตัว เท่ากับ 142.02 ± 19.02 และ 84.82 ± 9.44 มิลลิเมตรปรอทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เนื่องจากการศึกษานี้ เป็นการให้ความรู้และคำแนะนำในรูปแบบกลุ่มจำนวน 1 ครั้ง อาจไม่สามารถแก้ปัญหาสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย เพราะผู้ป่วยแต่ละคนอาจมีปัญหที่แตกต่างกัน และระยะเวลาในการเก็บข้อมูล 3 เดือนอาจน้อยเกินไปที่จะให้เห็นผลการเปลี่ยนแปลงทางด้านผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การที่จะให้เห็นผลในการเปลี่ยนแปลงทางด้านคลินิกจากการศึกษาก่อนหน้านี้ที่ใช้เวลาน้อยที่สุดคือติดตามนาน 10 เดือน โดยต้องอาศัยความร่วมมือจากสหวิชาชีพและทำอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ควรทำการศึกษาโดยการลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเนื่องจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยทำให้ทีมสหสาขาวิชาชีพได้ทราบถึงปัญหาที่แท้จริงและสามารถแก้ไขปัญหาให้ผู้ป่วยแต่ละรายได้มากขึ้น

5.3 ข้อจำกัดงานวิจัย

5.3.1 สถานที่ในการให้สัมภาษณ์ยังไม่เหมาะสม เนื่องจากคลินิกโรคไตเป็นพื้นที่เปิดโล่งให้บริการอยู่ชั้น 4 หน้าลิฟท์ มีคนเดินผ่านไปมา ไม่มีห้องแยกและเป็นการสัมภาษณ์ที่มีผู้ป่วยโรคไตคนอื่นนั่งฟังด้วยอาจทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าเปิดเผยข้อมูลบางอย่างได้

5.3.2 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีอายุมากกว่า 60 ปี หรือเป็นผู้ป่วยที่มีสายตาไม่ค่อยดี อ่านหนังสือไม่ได้ การตอบแบบสอบถามจะต้องให้ผู้สัมภาษณ์เป็นคนอ่านคำถามให้ฟัง และให้ผู้ถูกสัมภาษณ์เลือกหรือบอกคำตอบ อาจจะได้ข้อมูลที่ผิดเนื่องจากเกรงใจผู้สัมภาษณ์

5.4 การนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์

การศึกษานี้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในทางคลินิก โดยการนำรูปแบบการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังร่วมกับทีมสหวิชาชีพไปใช้กับคลินิกโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น คลินิกโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดโรคไตเรื้อรัง โดยเน้นการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย เริ่มต้นด้วยการจัดหาทีมในการทำงาน ประชุมทีมเพื่อหารือร่วมกันในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย กำหนดบทบาทและหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพ จัดทำขั้นตอนการทำงานร่วมกัน พร้อมกับการนำรูปแบบนั้นไปทดลองปฏิบัติจริง เมื่อพบปัญหาในการทำงานหรือปัญหาของผู้ป่วยจะนำเข้าสู่ที่ประชุมเพื่อร่วมกันหาทางแก้ปัญหาเหล่านั้น ๆ ซึ่งเป็นการพัฒนาทั้งงานคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย และศักยภาพของบุคลากร

นอกจากนี้ยังสามารถนำเครื่องมือบางอย่างจากงานวิจัยไปปรับใช้เช่น เอกสารให้ความรู้เรื่องการชะลอไตเสื่อม และแบบสอบถามพฤติกรรมชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงได้

5.5 บทสรุป และข้อเสนอแนะ

5.5.1 การเยี่ยมบ้านผู้ป่วย เป็นวิธีหนึ่งในการค้นหาปัญหาจากการใช้ยา ทำให้เภสัชกรมีเวลามากพอที่จะดูแลและเข้าถึงปัญหาของผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น โดยเฉพาะปัญหาเกี่ยวกับยาที่บางครั้งไม่สามารถค้นพบได้ที่โรงพยาบาล เช่น การเก็บรักษา ยา การรับประทานยาไม่ถูกต้อง หรือผู้ป่วยมีข้อจำกัดด้านร่างกายในการใช้ยา และสามารถนำปัญหาที่พบจากการเยี่ยมบ้านมาพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมร่วมกับทีมสหวิชาชีพได้

5.5.2 ควรมีการให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง รวมทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น การดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะ District health system ซึ่งเน้นการขับเคลื่อนการดูแลประชากรทั้งอำเภอ ผสมผสานทั้งงานส่งเสริมป้องกัน รักษา และฟื้นฟูเข้าด้วยกัน เน้นการสร้างชุมชนให้เข้มแข็งในการดูแลสุขภาพ เช่น ผู้นำชุมชน อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน เป็นต้นแบบในการดูแลสุขภาพ ร้านค้าในชุมชน ตลาดนัดไม่ขายยาและอาหารที่เป็นอันตรายกับสุขภาพ เช่น ยาชุด ยาต้ม ยาหม้อ สมุนไพร รวมทั้งยาอันตรายอื่นๆ ขายอาหารปลอดสารพิษ หลีกเลี่ยงอาหาร หวาน มัน เค็ม เนื่องจากการศึกษานี้ พบว่าการให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติเพียงอย่างเดียว ยังไม่เพียงพอในการชะลอการเสื่อมของไต

5.5.3. การให้ความรู้และคำแนะนำผู้ป่วยร่วมกับสหวิชาชีพช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องภาวะโรค การใช้ยา และการปฏิบัติตัวเพิ่มมากขึ้น และคาดว่าจะถ้าผู้ป่วยและญาติมีความรู้ก็จะสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเพื่อชะลอการเสื่อมของไต แต่ผลลัพธ์ทางคลินิกไม่แตกต่างกัน เนื่องจากระยะเวลาในการศึกษา 3 เดือน อาจจะสั้นเกินไปที่จะทำให้ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการแตกต่างกันได้ นอกจากนี้ควรเพิ่มการบริหารจัดการทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล เช่น การค้นหาปัญหาในการใช้ยา การวัดความร่วมมือในการใช้ยา หรือการให้คำแนะนำปรึกษากับผู้ป่วยเฉพาะราย เพื่อแก้ปัญหาของผู้ป่วยรายนั้น และการทำอย่างต่อเนื่องเพราะผู้ป่วยอาจจะลืม มีการเปลี่ยนผู้ดูแลหรือมีปัญหาใหม่เกิดขึ้น เพื่อหวังผลให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวถูกต้องทั้งในเรื่องการใช้ยา โภชนาการและการออกกำลังกายเพื่อชะลอการเสื่อมของไต

5.5.4 บทบาทเภสัชกรในทีมสหวิชาชีพควรมีความรู้เรื่องโรค ยา อาหาร ที่ใช้ในผู้ป่วยโรคไต ทักษะในการสื่อสาร การตั้งคำถามปลายเปิด การรับฟังอย่างลึกซึ้ง การไม่ตัดสินหรือตำหนิผู้ป่วย เพราะทุกการกระทำของผู้ป่วยจะมีที่มาว่าทำไมผู้ป่วยถึงทำแบบนั้น การสะท้อนความรู้สึกของผู้ป่วย และทฤษฎีในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เภสัชกรควรเข้าใจผู้ป่วยแบบองค์รวม เช่น มีผู้ป่วยบางคนที่ได้รับประทานสมุนไพรหรือยาต้ม เราก็ไม่ควรตำหนิหรือห้ามผู้ป่วยไม่ให้รับประทาน เพราะการตำหนิหรือห้าม ผู้ป่วยก็จะไม่บอกความจริงกับเรา แต่ควรติดตามผลการตรวจเลือดของผู้ป่วยและให้ยืนยันด้วยผลการตรวจเลือดว่าสมุนไพรหรือยาต้มมีผลต่อการทำงานของไตอย่างไร นอกจากนี้ เภสัชกรควรมีนุชยสัมพันธ์และความสัมพันธ์ที่ดีกับทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วย และภาคีเครือข่ายทั้งในกระทรวงสาธารณสุขและนอกกระทรวงสาธารณสุขเพื่อประสานงานในการดูแลผู้ป่วย และเปิดใจในการเรียนรู้ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

5.5.5 แบบสอบถามเรื่องพฤติกรรมในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยมี 15 ข้อ และ 13 ข้อเป็นคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมในการเลือกรับประทานอาหาร ดังนั้น การออกแบบคำถามควรให้นักโภชนาการมีส่วนร่วมด้วยและควรให้มีเนื้อหาสอดคล้องกับการให้ความรู้ผู้ป่วย ควรเพิ่มเติมเรื่องแบบบันทึกอาหารที่ผู้ป่วยรับประทานสำหรับผู้ป่วยหรือผู้ดูแลบันทึก เพื่อให้ได้ข้อมูลที่แท้จริงที่ผู้ป่วยปฏิบัติอยู่ที่บ้าน

5.5.6 การวัดผลทางห้องปฏิบัติการเพื่อประเมินการชะลอไตเสื่อมควรมีการวัดผลระดับไขมันในเลือด ได้แก่ ระดับไขมัน LDL และ triglyceride ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด Hemoglobin A1c (HbA1c) เพื่อเปรียบเทียบผลในการชะลอการเสื่อมของไต นอกจากนี้ หากจะทำการวิจัยในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพื่อชะลอการเสื่อมของไต ควรทำในคลินิกโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงน่าจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพ เนื่องจากสาเหตุส่วนใหญ่ของโรคไตเรื้อรังมาจากโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ก็ยังรักษาอยู่ที่คลินิกนี้ หากให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยน่าจะช่วยชะลอไม่ให้ไตเสื่อมตั้งแต่ผู้ป่วยยังไม่ถูกส่งตัวมาที่คลินิกโรคไตเรื้อรัง ทั้งนี้ ผู้ป่วยที่ถูกส่งมาที่คลินิกโรคไตส่วนมากคือโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 – 5 แล้ว



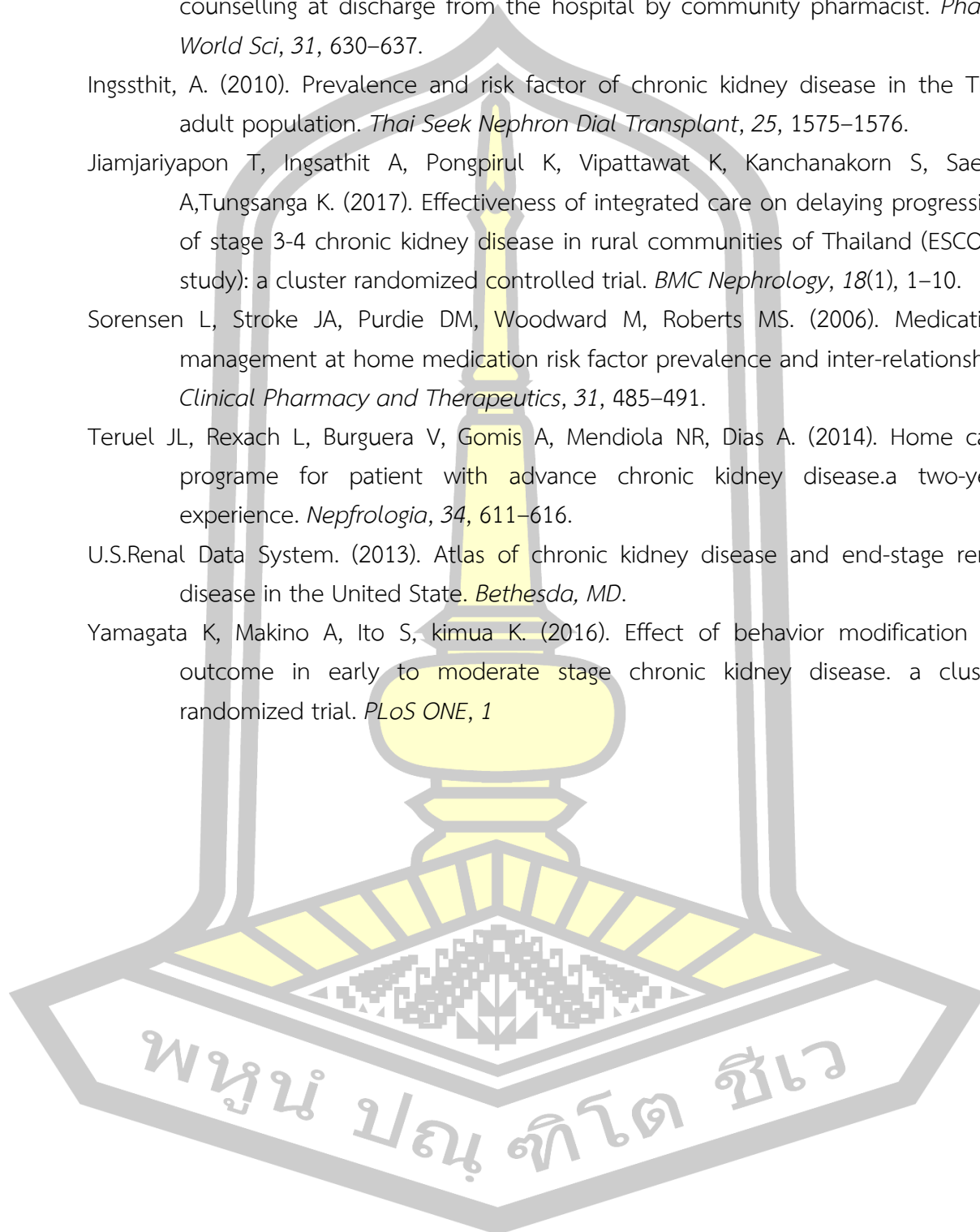
บรรณานุกรม

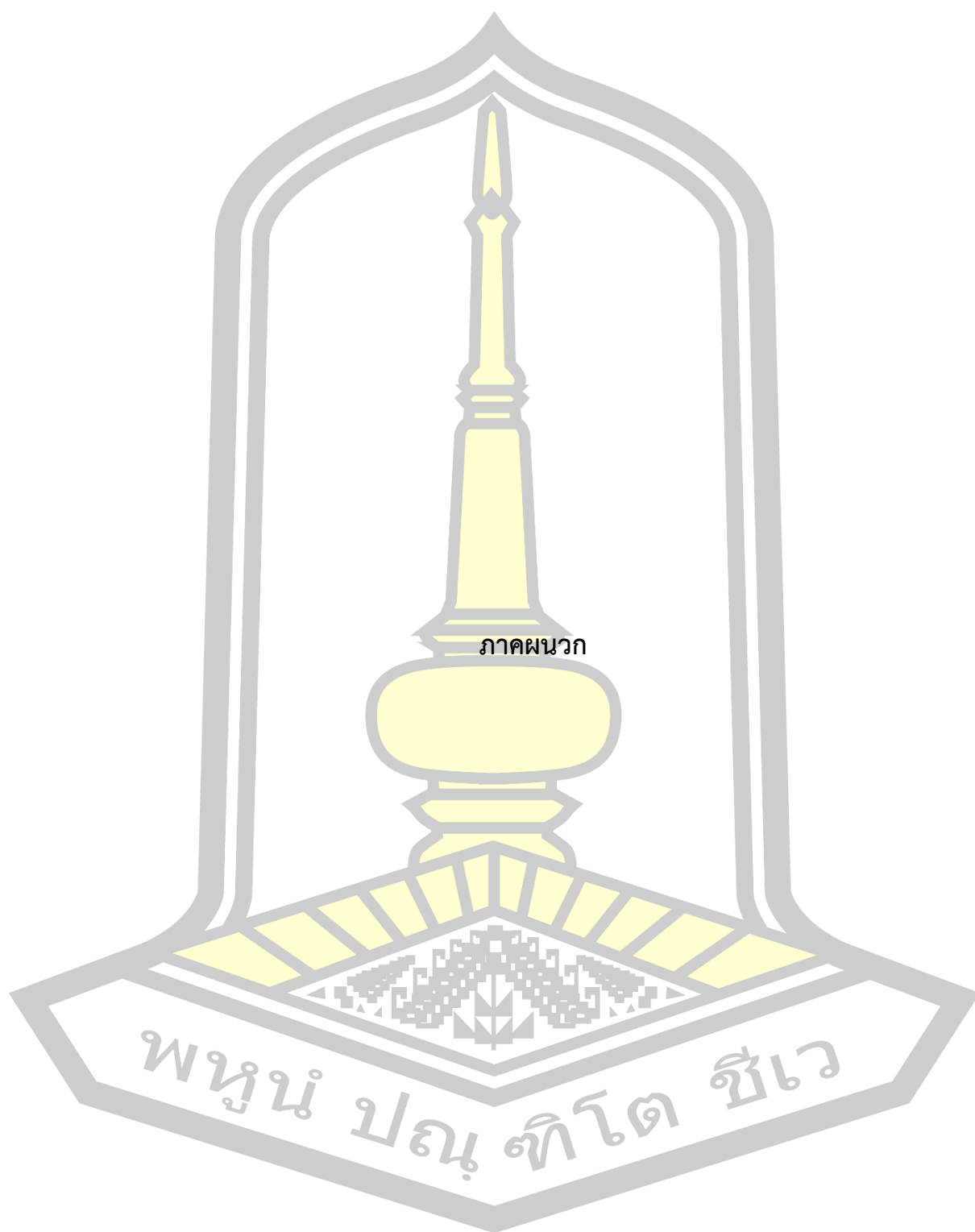
- กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุขกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสำนักโรคไม่ติดต่อ. (2559). หลักสูตรการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สำหรับพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง.
- กานต์ธีรา ชัยเรียบ, ภัทรินทร์ กิตติบุญญาคุณ, (2561). การพัฒนารูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมทั้งในโรงพยาบาลและการดูแลที่บ้าน.วารสารเภสัชกรรมไทย, 2, 324-336.
- กิตติมา เศรษฐบุญสร้าง,ประเสริฐ ประสมรักษ์. (2559). การพัฒนารูปแบบการดูแลของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตผู้ป่วย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา จังหวัดยโสธร. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 4, 485-503.
- ชนานุช มานะดี, ชนิตา พลอยล้อมแสง,พะยอม สุขเอนกนันท์. (2557). ผลการดูแลผู้ป่วยสูงอายุเรื้อรังด้านการใช้ยาที่บ้าน ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารศาสตร์เภสัชอีสาน, 10, 354-371.
- ชื่นจิตร กองแก้ว. (2560). การเข้ารับการรักษาดูแลในโรงพยาบาลเนื่องจากปัญหาการใช้ยาในผู้สูงอายุ. ในสำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คู่มือสำหรับเภสัชกรในการดำเนินงานเภสัชกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิ. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์.
- ชื่นรัมย์ คมสรณ์, บุญสิทธิ์ ไชยชนะ. (2559). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพตนเอง ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินของโรงพยาบาลสุคริณด้วยเทคนิคการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC). วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 3, 179-193.
- ณธร ชัยยาคุณาฤกษ์, ปิยะรัตน์ นิยมพิทักษ์พงษ์, นภวรรณ เจียรพิรพงษ์, ปิยะเมธ ดิลกธรสกุล. (2560). การศึกษาขนาดและผลกระทบทางการคลังของการครอบครองยาเกินจำเป็น และการแก้ไข ปัญหาเชิงนโยบาย. ในสำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คู่มือสำหรับเภสัชกรในการดำเนินงานเภสัชกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิ. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์.
- ดร.วรรณ คลังศรี, รัตนารณ อวิพันธ์, พัทธวิภา สุวรรณพรหม. (2556). การมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิในกระบวนการพัฒนา ระบบงานบริการส่งมอบยาและให้คำแนะนำการใช้ยา. วารสารเภสัชกรรมไทย, 2, 91-107.
- ธารรัตน์ สัจจา, กัลยาณี นาคฤทธิ์. (2555). การพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคไต โรงพยาบาลระนอง. วารสารกองการพยาบาล, 2, 22-36.
- นรินทร์ นุตาคี,กฤษณี สระมณี. (2559). การประเมินผลการเยี่ยมบ้าน โดยทีมสหวิชาชีพที่มีเภสัชกรร่วมทีมเพื่อจัดการปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น. วารสารเภสัชกรรมไทย, 8, 206-216.
- นันทน์ภัส พึ่งสุข, อชฎางค์ พลนอก. (2560). การพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารคลังเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภออุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสาร มฉก. วิชาการ, 41, 109-122.

- บรรเทิง พลสวัสดิ์, จรูญศรี มีหนองหว่า, สำราญ พูลทอง, ฉัตรวิไล วิบูลย์วิภา, กิตติยาพร จันทร์ชม. (2560). การพัฒนาระบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบไร้รอยต่อ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตงห้องแห่ ตำบลปทุม อำเภอมือง จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 5, 905–913.
- บุญถม ปาปะเพ, สรณิ สง่าศรี, ตองตา ต้นจารย์, อัจฉริย์ ภูวศิษฐ์, เบญจภา, พชรีย์ สังเกต, รัตนพร ชนาวิวัตร, อรรธรณ ประเมทโก. (2556). สาเหตุของปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยในการเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกร ในเขตอำเภอมือง ปทุม มหาสารคาม. วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 8, 148–153.
- บุษบา เหล่าพานิชย์กุล. (2560). ปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลที่บ้าน โดยเภสัชกร ศูนย์แพทย์ชุมชนสันทราย. ในสำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คู่มือสำหรับเภสัชกรในการดำเนินงานเภสัชกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิ. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์.
- ประเสริฐ ธนกิจจารุ. (2558). Current situation of chronic kidney disease in Thailand. วารสารกรมการแพทย์, 40(5), 5–18.
- ปริญญ ฅมอดทา, ชมพูนุช พัฒนจักร, อติศักดิ์ ฅมอดทา, สุภัญญา คำผา, ศุภัญญา ภูมิวนิชกิจ, ปภัสร์รินทร์ จิระอำพรวัฒน์. (2017). ผลการบริบาลเภสัชกรรมผู้ป่วยต่อเนื่อง ในชุมชนโดยการออกเยี่ยมบ้าน ในเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอมือง จังหวัดมหาสารคาม. *Sringarind Medical Journal*, 32, 229–235.
- ปิ่นแก้ว กล้ายประยงค์, กรณิการ์รัตน์ บุญช่วยธนสิทธิ์. (2551). ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการสร้างเสริมพฤติกรรมการปฏิบัติตัว เพื่อชะลอการเสื่อมของไตสู่ภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้ายของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 ที่แผนกผู้ป่วยนอก อายุรกรรมโรคไต โรงพยาบาลรามาริบดี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี, 19, 49–60.
- พชนี นวลช่วย. (2554). ผลของการให้บริบาลเภสัชกรรมต่อการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการเสื่อมของไตในผู้ป่วยนอกโรคไตเรื้อรัง ณ โรงพยาบาลท่าศาลา. In การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราชครั้งที่ 1.
- พิศสมัย บุญเลิศ, เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์, ศุภวดี แถวเพีย. (2559). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงมัน ตำบลสิงห์โคก อำเภอกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด. *สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น*, 2, 79–87.
- ยุพดี ศิริสินสุข. (2560). การเปลี่ยนแปลงระดับการกระจายและระดับการใช้ยา ในสำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คู่มือสำหรับเภสัชกรในการดำเนินงานเภสัชในหน่วยบริการปฐมภูมิ.
- รุ่งทิวา หมื่นปา. (2560). โครงการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในหน่วยบริการปฐมภูมิ Continuity of Care in Primary Care Unit ในสำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คู่มือสำหรับเภสัชกรในการดำเนินงานเภสัชกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิ.

- รุ่งฤดี อ่อนทา, สุทธิพร มุลศาสตร์, ปาหนัน พิษยภัยโย. (2559). การพัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้านแบบมีส่วนร่วมระหว่างพยาบาลวิชาชีพและ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 4, 19–27.
- วงเดือน ฤาชา, สุชัยญา เบญจพัฒนานนท์, กาญจนา เปสี, พนิดนาฏ รัชมณี. (2554). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลชัยภูมิ. วารสารกองการพยาบาล, 1, 31–41.
- วรรณคล เอี่ยมมงคล, ลลิตตา มณีโชติวงศ์, ผกา เลิศไชยภณท์. (2557). ผลการให้คำปรึกษาเรื่องโรคและยา ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. เสวนาสารเภสัชกรรมและบริการสุขภาพ, 1, 31–37.
- ศิริรัตน์ ต้นปีชาติ. (2554). ประสิทธิผลของเภสัชกรเยี่ยมบ้าน ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานประเภท 2 ในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร. ที่ประชุมวิชาการระดับชาติ มหกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระบบหลักประกันสุขภาพ 4 กรกฎาคม มิราเคิลแกรนด์ กรุงเทพมหานคร.
- ศิรินุช อุบลวัฒน์, อัจฉนา เฟื่องจันทร์. (2561). ผลการดูแลแบบสหวิชาชีพต่อการควบคุมความดันโลหิต ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลท่าตะโก. ศรีนครินทร์เวชสาร, 6, 503–510.
- สมทรง ราชนิยม, กฤษณี สระมณี. (2559). การจัดการปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่บ้าน. วารสารเภสัชกรรมไทย, 8, 169–181.
- สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล(ประเทศไทย). (2558). คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคไตสำหรับเภสัชกร. สำนักงานโรคไม่ติดต่อ. (2559). คู่มือปฏิบัติการเพื่อดำเนินงานลดโรคไตเรื้อรัง CKD ในผู้ป่วยเบาหวานและความดัน.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. (2560). คู่มือสำหรับเภสัชกรในการดำเนินงานเภสัชกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิ.
- สุกร บุขปนวิพงษ์, ศักดิ์ ด่านเดชา. (2558). พฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. สงขลานครินทร์เวชสาร, 24, 281–287.
- อุไรลักษณ์ เทพวัลย์, สัมมนา มุลสาร, จิรัฐดา โอสรัมย์, ก้องเกียรติ สำอางศรี, เอกราช เย็นวิจิตร, โสภาพุทธางกุล ใจเป็น. (2551). ผลการบริหารทางเภสัชกรรมโดยการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยโรคเบาหวาน. วารสารสมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล, 18, 39–51.
- อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์, นิรนาท วิทย์โชคกิตติคุณ. (2560). พฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุไทย Medication use behavior among older Thai adult. ในสำนักงานหลักประกันสุขภาพ คู่มือสำหรับเภสัชกรในการดำเนินงานเภสัชกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิ. กรุงเทพฯ: บริษัทศรีเมืองการพิมพ์.
- Cheon MHH, Goon CP, Ong WC, Lim PS, Wan CN, Long MY. (2017). Evaluation of care transition program with pharmacist provide home-base medication review for elderly Singaporeans at high risk of readmission. *Qual Healht Care*, 29, 200–205.
- Chen YR, Yang Y, Wang SC, Lin CY. (2013). Effect of multidisciplinary care for chronic kidney disease in Tai wan: a 3-year prospective cohort study. *Nephron Dial Transplant*, 671–682.

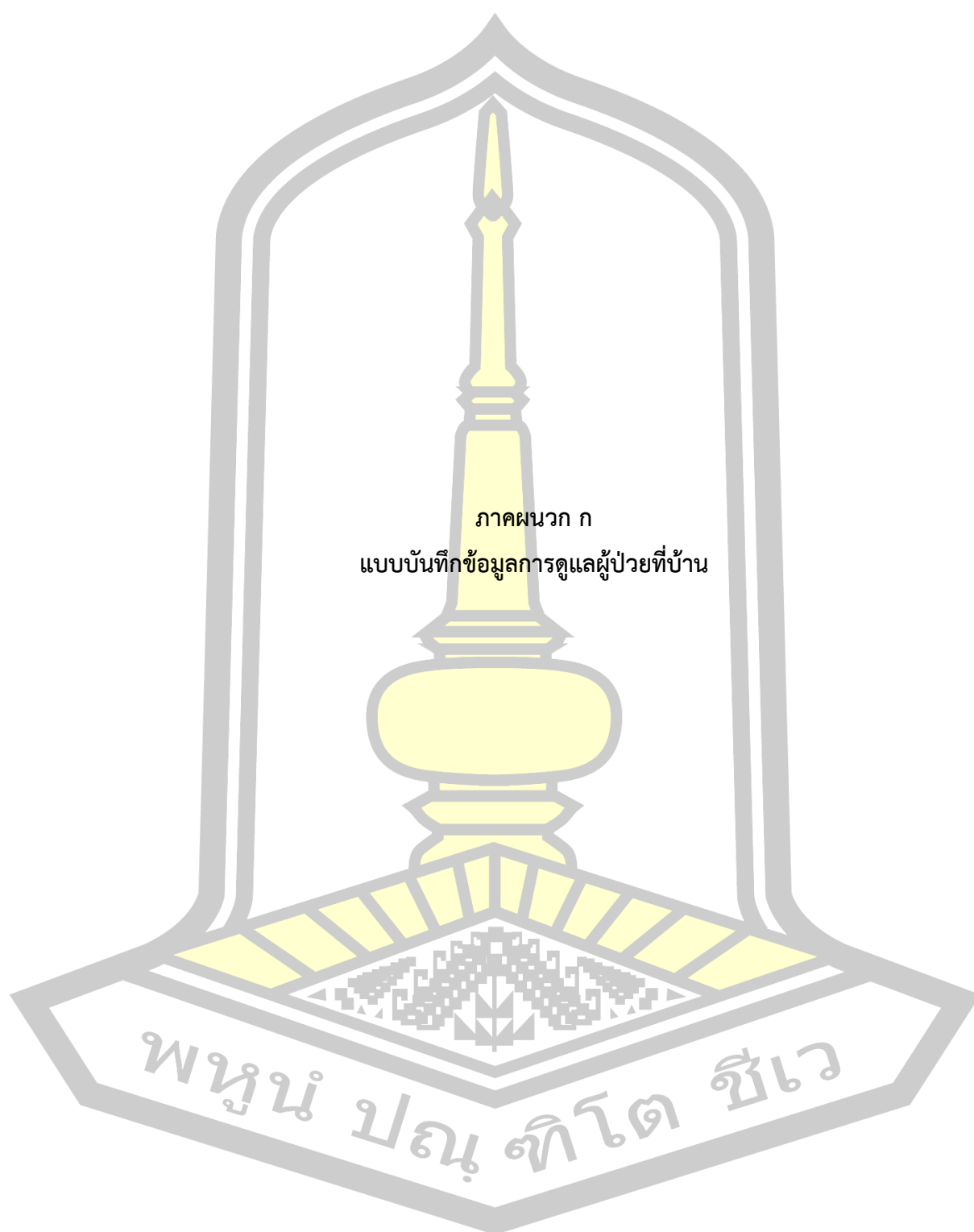
- Hugtenburg JG, Borgsteede SD, Berkeringh JJ. (2006). Medication review and patient counselling at discharge from the hospital by community pharmacist. *Pharm World Sci*, 31, 630–637.
- Ingsathit, A. (2010). Prevalence and risk factor of chronic kidney disease in the Thai adult population. *Thai Seek Nephron Dial Transplant*, 25, 1575–1576.
- Jiamjariyapon T, Ingsathit A, Pongpirul K, Vipattawat K, Kanchanakorn S, Saetie A, Tungsanga K. (2017). Effectiveness of integrated care on delaying progression of stage 3-4 chronic kidney disease in rural communities of Thailand (ESCORT study): a cluster randomized controlled trial. *BMC Nephrology*, 18(1), 1–10.
- Sorensen L, Stroke JA, Purdie DM, Woodward M, Roberts MS. (2006). Medication management at home medication risk factor prevalence and inter-relationship. *Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 31, 485–491.
- Teruel JL, Rexach L, Burguera V, Gomis A, Mendiola NR, Dias A. (2014). Home care programme for patient with advance chronic kidney disease. a two-year experience. *Nepfrologia*, 34, 611–616.
- U.S. Renal Data System. (2013). Atlas of chronic kidney disease and end-stage renal disease in the United State. *Bethesda, MD*.
- Yamagata K, Makino A, Ito S, Kimura K. (2016). Effect of behavior modification on outcome in early to moderate stage chronic kidney disease. a cluster randomized trial. *PLoS ONE*, 1





ภาคผนวก

พูนํ ปณํ จิต ชีเว



แบบบันทึกข้อมูลการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

ชื่อ - นามสกุล..... อายุ.....ปี

เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

อาชีพ..... วันที่เก็บข้อมูล.....

ที่อยู่.....

สิทธิรักษาพยาบาล

- ☐ ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/เบิกได้
☐ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
☐ ประกันสังคม
☐ อื่นๆ (ระบุ).....

ประวัติแพ้ยา (ระบุชื่อยา/อาการแพ้).....

การสูบบุหรี่ ☐ สูบ ☐ ไม่สูบ ☐ เคยสูบแต่เลิกแล้ว

การดื่มแอลกอฮอล์ ☐ ดื่ม..... ครั้ง/เดือน ☐ ไม่ดื่ม ☐ เคยดื่มแต่เลิกแล้ว

ผลการวินิจฉัยโรค

☐ เป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่..... ระยะเวลาที่ป่วยโรค.....ปี

สาเหตุในการเป็นโรค ☐ HT ☐ DM ☐ อื่นๆ

โรคร่วมอื่น ๆ

☐ IHD ☐ MI ☐ HF ☐ thyroid ☐ Dyslipidemia

☐ CVA/STROKE/TIA ☐ Asthma ☐ COPD

☐ Gout/Hyperuricemia ☐ Osteoarthritis

☐ Rheumatoid ☐ Alzheimer's ☐ Parkinson

☐ Epilepsy ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

จำนวนผู้อาศัยในครัวเรือน.....คน

ใครเป็นผู้ดูแล (ระบุ).....

การใช้ยา

- ☐ จัดยารับประทานเอง ☐ มีผู้ดูแลจัดยาให้ ☐ ให้ยาทางสายอาหาร (NG Tube)

ข้อจำกัดในการใช้ยา

☐ อ่านหนังสือไม่ออก

☐ มีปัญหาด้านการมองเห็น/ตาบอด

☐ ไม่มีผู้ดูแล/อยู่ลำพัง

☐ ปัญหาการใช้กล้ามเนื้อ มือสั่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง

☐ อื่นๆ (ระบุ).....

รูปแบบการใช้ยาสามารถเลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

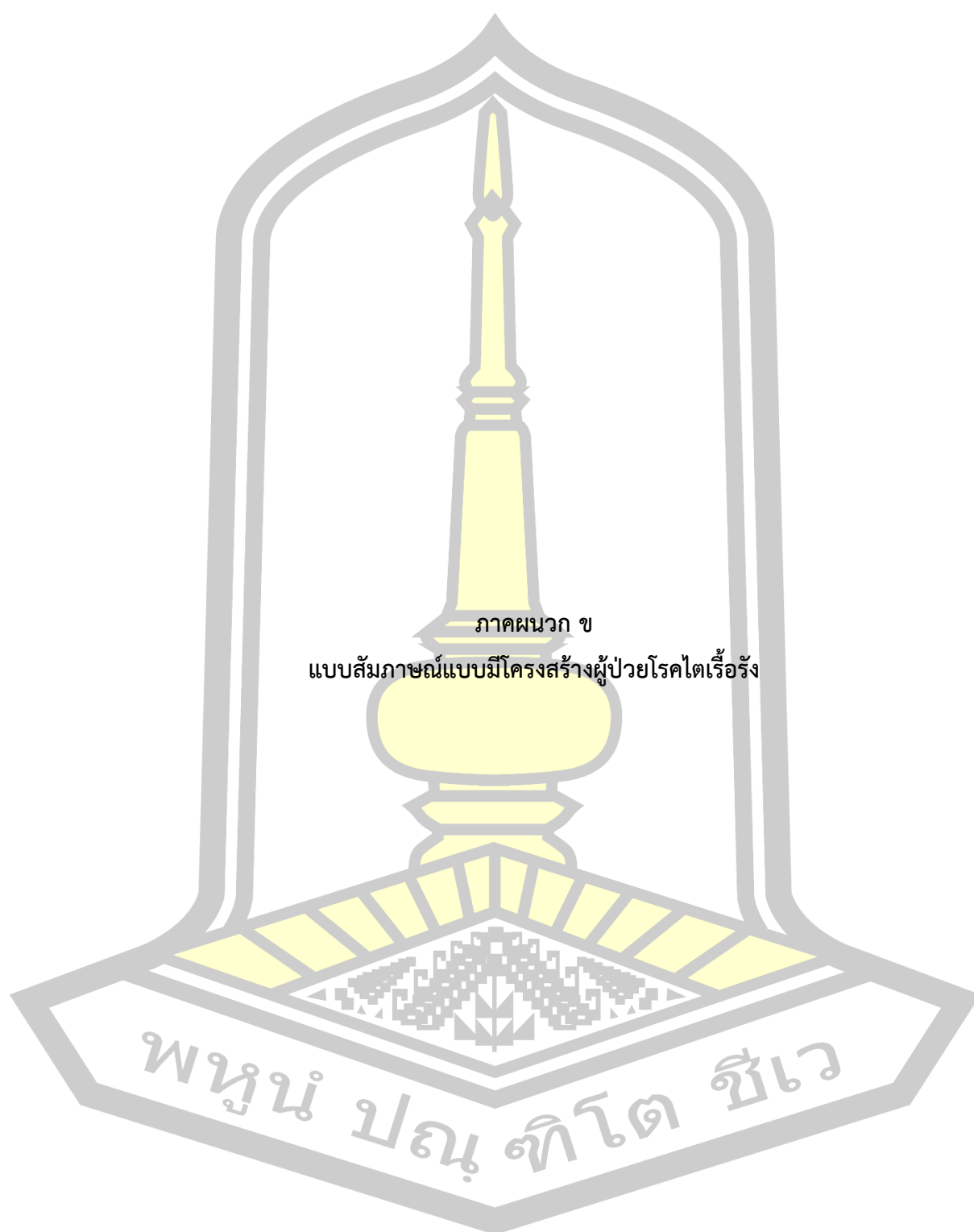
- ☐ ใช้เฉพาะยาที่ได้รับจากแพทย์หรือสถานพยาบาลเท่านั้น ☐ ซื้อยาใช้เองเท่านั้น
- ☐ ซื้อยาใช้เองร่วมกับยาที่ได้รับจากแพทย์/ใช้ยาสมุนไพร/ยาลูกกลอน
- ☐ ใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร
- ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

รายการยาที่ได้รับ (ยาที่ได้รับจากแพทย์/สถานพยาบาล ยาที่ซื้อใช้เอง ยาสมุนไพร ยาลูกกลอน ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร)

ชื่อยา/ความแรง	วิธีใช้
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	

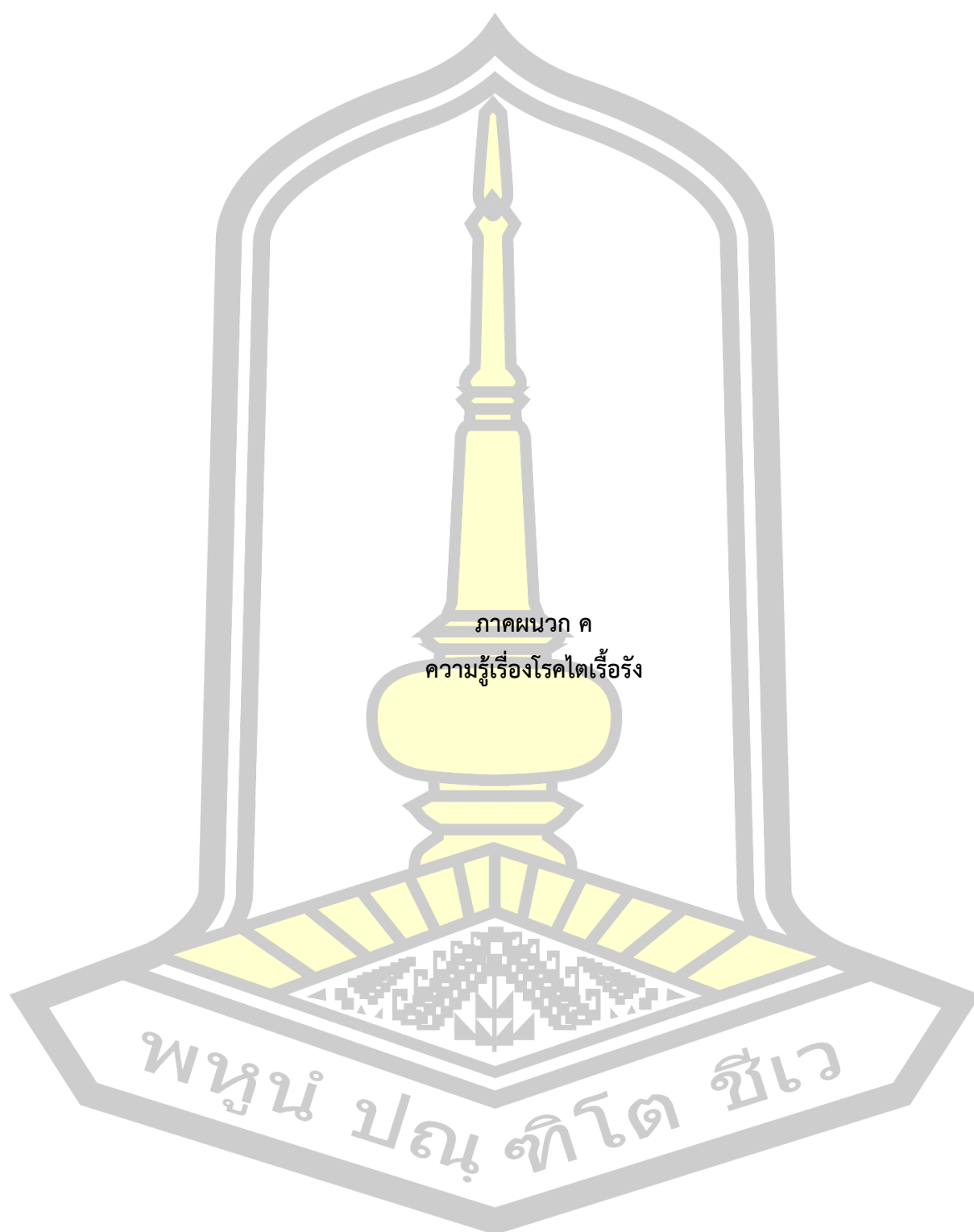
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

	ก่อนปรับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไต	หลังปรับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไต
eGFR (ml/min/1.73m ²)		
BP (mmHg)		
FBS (mg/dl)		
Scr (mg/dl)		



แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

แนะนำตัวและแจ้งวัตถุประสงค์	-แนะนำตัวเอง -แจ้งจุดประสงค์ของการมาสัมภาษณ์ผู้ป่วยครั้งนี้ เพื่อนำข้อมูลไปพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
ความรู้เรื่องโรคไตและทัศนคติของผู้ป่วย	-คุณป่วยเป็นโรคไตมานานหรือยังคะ -คุณหมอ ได้บอกมั้ยคะว่าเป็นโรคไตระยะที่เท่าไร -คุณป้า ได้ยินเกี่ยวกับโรคไตมาอย่างไรบ้าง -คิดว่าสาเหตุของการเกิดโรคไตเกิดจากอะไร -คุณป้า มีความคิดเห็นอย่างไรกับข้อมูลที่ได้ยินมา -อะไรที่ทำให้คุณป้าเข้าร่วมการรักษา/ไม่เข้าร่วมการรักษากับคุณหมอ -รู้สึกอย่างไรกับสุขภาพของตัวเองในวันนี้ -ถ้าสุขภาพแข็งแรงดีคุณป้าอยากทำอะไร -ถ้าพูดถึงโรคไตคิดถึงอะไร -ทำอะไรถึงจะทำให้ไตดีขึ้น
การรับประทานยา	-นอกจากยาที่ได้จากโรงพยาบาลแล้วคุณป้าซื้อยาที่อื่นรับประทานอีกมั้ย -รู้จักยาต้ม ยาหม้อ ยาลูกกลอนมัย/เคยทานมัย -เพราะอะไรถึงทานยาสมุนไพร/หรือไม่ทานยาสมุนไพร -รู้จักยา เอ็นเสด มัยว่าคือยาอะไร /เคยรับประทานมัย -คิดอย่างไรกับคำว่ากินยามากแล้วทำให้ไตเสื่อม
ความต้องการการช่วยเหลือ	-อยากให้คุณหมอหรือเจ้าหน้าที่ช่วยอะไรบ้าง -อยากรู้อะไรเกี่ยวกับโรคไต -มีอะไรที่กังวลเกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วยของตนเอง



ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง

วันที่.....

ชื่อ.....สกุล.....

ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง

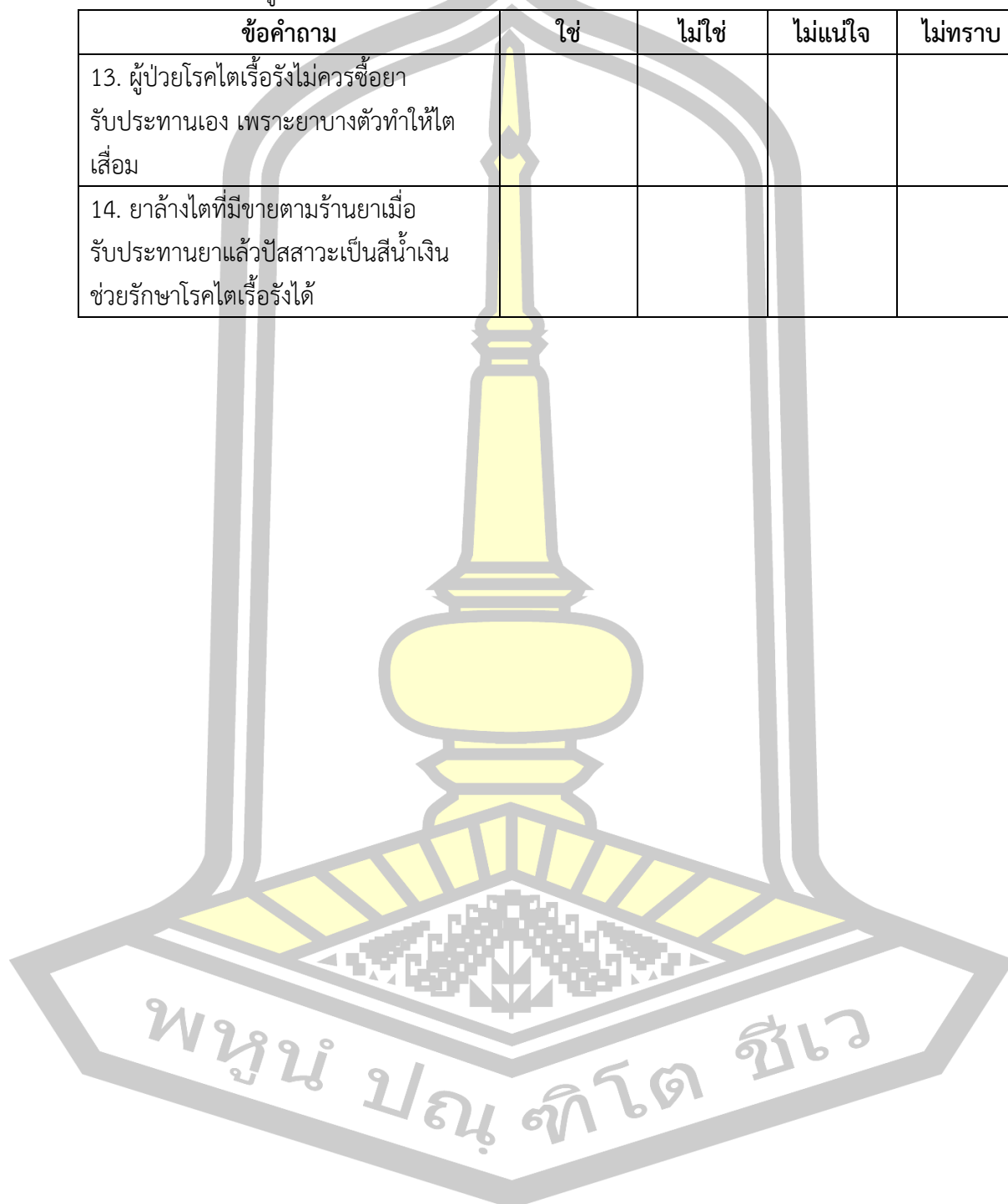
คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสัมภาษณ์ตามความคิดเห็นหรือความรู้สึกของท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียว
โดยทำเครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องที่ต้องการ

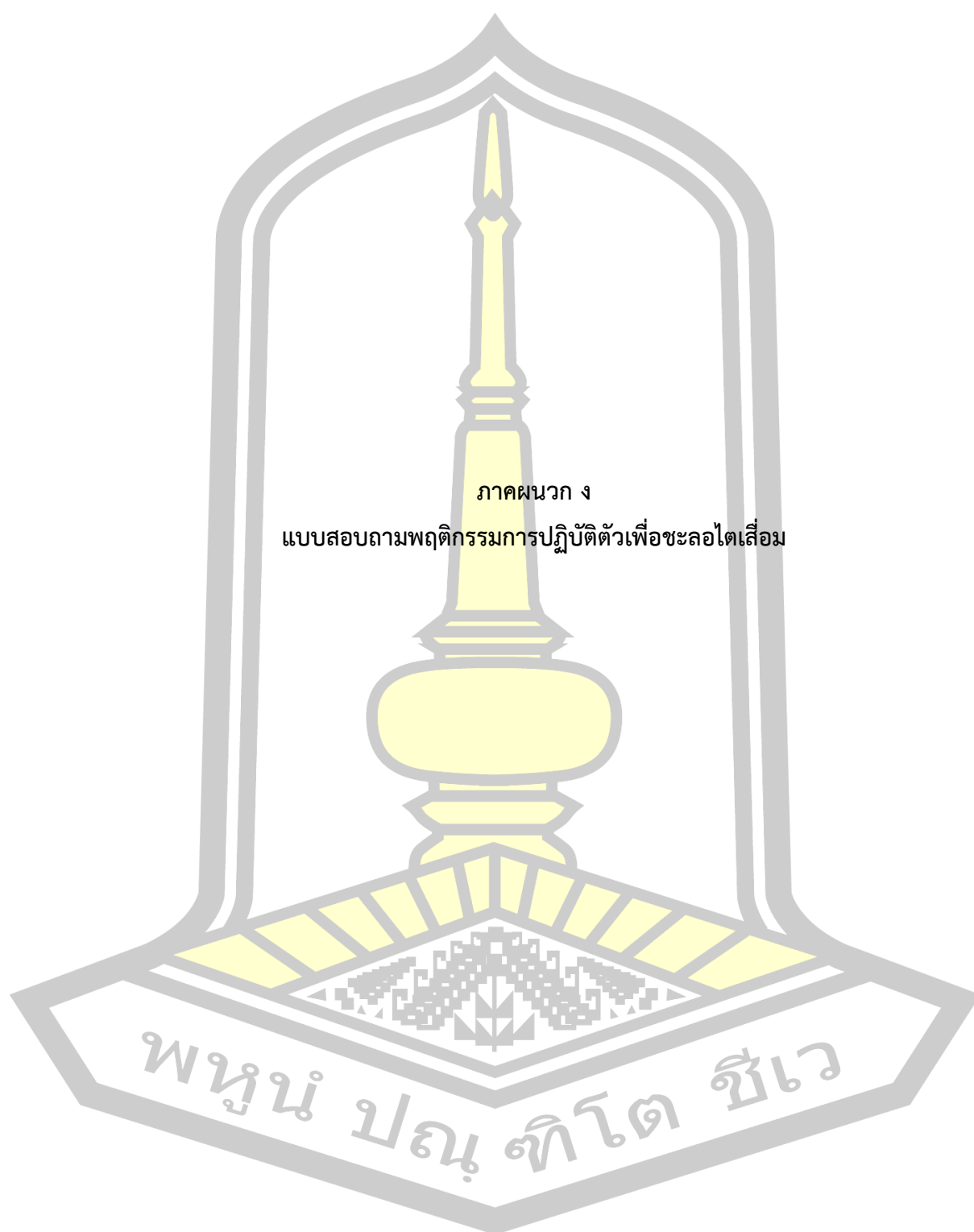
ข้อคำถาม	ใช่	ไม่ใช่	ไม่แน่ใจ	ไม่ทราบ
1.ไตของคนปกติมีสองข้าง				
2. ไตมีหน้าที่ขับน้ำและกำจัดของเสียออกจากร่างกาย สร้างฮอร์โมน สร้างสมดุลเกลือแร่				
3. โรคไตเรื้อรังแบ่งเป็น 5 ระยะ				
4. ไตมีหน้าที่ควบคุมความดันโลหิตสูง				
5. ยาแก้ปวดหรือยาสมุนไพรยาลูกกลอนไม่มีผลต่อการทำงานของไต				
6. การรักษาโรคไตเรื้อรังมี 3 วิธีคือ ล้างไตทางช่องท้อง การฟอกไตและปลูกถ่ายไตใหม่				
7. โรคไตเรื้อรังสามารถรักษาได้ด้วยยาเท่านั้น				
8. โรคไตเรื้อรังมีสาเหตุมาจากโรคความดันโลหิตสูง				
9. โรคไตเรื้อรังมีสาเหตุมาจากโรคเบาหวาน				
10. การควบคุมความดันโลหิตสูงและระดับน้ำตาลในเลือดจะช่วยชะลอการเสื่อมของไต				
11. ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังไม่จำเป็นต้องจำกัดอาหารสามารถรับประทานอาหารได้ทุกอย่าง				
12. ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังควรลดอาหารที่มีโปรตีน เช่น เนื้อสัตว์ นม ไข่แดง เนื่องจากทำให้ไตเสื่อมเร็ว และเพิ่มปริมาณของเสียในร่างกาย				

ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสัมภาษณ์ตามความคิดเห็นหรือความรู้สึกของท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียว
โดยทำเครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องที่ต้องการ

ข้อคำถาม	ใช่	ไม่ใช่	ไม่แน่ใจ	ไม่ทราบ
13. ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังไม่ควรซื้อยา รับประทานเอง เพราะยาบางตัวทำให้ไต เสื่อม				
14. ยาล้างไตที่มีขายตามร้านยาเมื่อ รับประทานยาแล้วปัสสาวะเป็นสีน้ำเงิน ช่วยรักษาโรคไตเรื้อรังได้				





แบบสอบถามพฤติกรรมกาปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อม

วันที่.....

ชื่อ.....สกุล.....

พฤติกรรมกาปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อม

- | | |
|------------------|---|
| ปฏิบัติเป็นประจำ | หมายถึง ท่านทำทุกครั้ง หรือสม่ำเสมอทุกวัน |
| ปฏิบัติบ่อยครั้ง | หมายถึง ท่านทำเกือบทุกครั้ง หรือทำมาก 4-6 ครั้ง/สัปดาห์ |
| ปฏิบัติบางครั้ง | หมายถึง ท่านทำน้อย ประมาณ 1-3 ครั้ง/สัปดาห์ |
| ไม่ปฏิบัติ | หมายถึง ท่านไม่ได้ทำกิจกรรมตามข้อคำถาม |

กรุณาตอบแบบสัมภาษณ์ตามที่ท่านปฏิบัติจริง โดยทำเครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องที่ต้องการ

ข้อคำถาม	เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
1.ท่านลิ้มรับประทานยาตรงตามแพทย์สั่ง				
2.ท่านรับประทานยาสมุนไพร ยา ลูกกลอน				
3.ท่านออกกำลังกายอย่างน้อยครั้งละ 30 นาที				
4.ท่านรับประทานเนื้อสัตว์แปรรูป เช่น ไส้ กรอก กุนเชียง หมูยอ				
5.ท่านรับประทานอาหารทอด และใช้ น้ำมันจากสัตว์ เช่น น้ำมันหมู				
6.ท่านรับประทานอาหารทะเล เช่น กุ้ง หอย ปลาหมึก				
7.ท่านรับประทานเนื้อสัตว์มากกว่า 2 ชิ้นต่อมื้อ				
8.ท่านรับประทานไข่เค็มหรืออาหารหมัก ดองเช่น ปลาร้า ปลาจ่อม ไข่เค็ม				

แบบสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อม

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง ท่านทำทุกครั้ง หรือสม่ำเสมอทุกวัน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง ท่านทำเกือบทุกครั้ง หรือทำมาก 4-6 ครั้ง/สัปดาห์
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง ท่านทำน้อย ประมาณ 1-3 ครั้ง/สัปดาห์
ไม่ปฏิบัติ	หมายถึง ท่านไม่ได้ทำกิจกรรมตามข้อคำถาม

กรุณาตอบแบบสัมภาษณ์ตามที่ท่านปฏิบัติจริง โดยทำเครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องที่ต้องการ

ข้อคำถาม	เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
8.ท่านรับประทานไข่เค็มหรืออาหารหมักดองเช่น ปลาร้า ปลาจ่อม ไข่เค็ม				
9.ท่านรับประทานอาหารและขนมที่ทำจากส่วนผสมจากมะพร้าว เช่น กะทิ				
10.ท่านรับประทานน้ำปาลามากกว่า 1 ช้อนชาต่อมื้อหรือเติมน้ำปลาเพิ่มเวลารับประทานอาหาร				
11.ท่านรับประทานบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปและขนมขบเคี้ยว				
12.ท่านรับประทานผักสุกแทนผักสด ไม่เกิน 3 ทักพีต่อวัน				
13.ท่านรับประทานผลไม้สดเช่น กล้วย ส้ม ขนุน				
14.ท่านรับประทานซ็อกโกแลต เครื่องดื่มประเภทไมโล โอวัลติน ชา กาแฟ 1 แก้วต่อวัน				
15.ท่านรับประทานถั่วเมล็ดแห้ง และผลิตภัณฑ์จากถั่ว				

พญ. ปณ. จิตโต ชีเว



แบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบการให้บริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่คลินิกโรคไตผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลนางรอง

ข้อชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในข้อที่ตรงกับความเป็นจริงและในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ตอนที่ 1 ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไต

เกณฑ์การให้คะแนนความพึงพอใจ ดังนี้

ระดับ ความพึงพอใจ	พอใจมาก	5	คะแนน
ระดับ ความพึงพอใจ	พอใจ	4	คะแนน
ระดับ ความพึงพอใจ	พอใจน้อย	3	คะแนน
ระดับ ความพึงพอใจ	ไม่พอใจ	2	คะแนน
ระดับ ความพึงพอใจ	ไม่พอใจมาก	1	คะแนน

ประเด็น/ด้าน	ระดับความพึงพอใจ				
	พอใจ มาก (5)	พอใจ (4)	พอใจ น้อย (3)	ไม่ พอใจ (2)	ไม่ พอใจ มาก (1)
1. ขั้นตอนการให้บริการ					
1.1 การแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ					
1.2 ความเหมาะสมของขั้นตอนการให้บริการ					
2. บุคลากรที่ให้บริการ					
2.1 การดูแลจากเจ้าหน้าที่ความเต็มใจและความพร้อมในการให้บริการอย่างสุภาพ					
2.2 ความรู้ความสามารถในการให้บริการ เช่น สามารถตอบคำถาม ชี้แจงข้อสงสัยได้ เป็นต้น					
2.3 การให้คำแนะนำในเรื่องความรู้เรื่องโรค การปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยโรคไต					

แบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบการให้บริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่คลินิกโรคไตผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลนางรอง

ข้อชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในข้อที่ตรงกับความเป็นจริงและในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ตอนที่ 1 ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไต

เกณฑ์การให้คะแนนความพึงพอใจ ดังนี้

ระดับ ความพึงพอใจ	พอใจมาก	5	คะแนน
ระดับ ความพึงพอใจ	พอใจ	4	คะแนน
ระดับ ความพึงพอใจ	พอใจน้อย	3	คะแนน
ระดับ ความพึงพอใจ	ไม่พอใจ	2	คะแนน
ระดับ ความพึงพอใจ	ไม่พอใจมาก	1	คะแนน

ประเด็น/ด้าน	ระดับความพึงพอใจ				
	พอใจ มาก (5)	พอใจ (4)	พอใจ น้อย (3)	ไม่พอใจ (2)	ไม่พอใจ มาก (1)
2.4 การให้คำแนะนำในเรื่องการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยโรคไต					
2.5 การให้คำแนะนำในเรื่องยา					
2.6 การให้คำแนะนำในเรื่องอาหาร					
2.7 การให้คำแนะนำเรื่องการออกกำลังกาย					

ตอนที่ 2 ปัญหา / ข้อเสนอแนะ

ปัญหา 1.....

ข้อเสนอแนะ

2.....

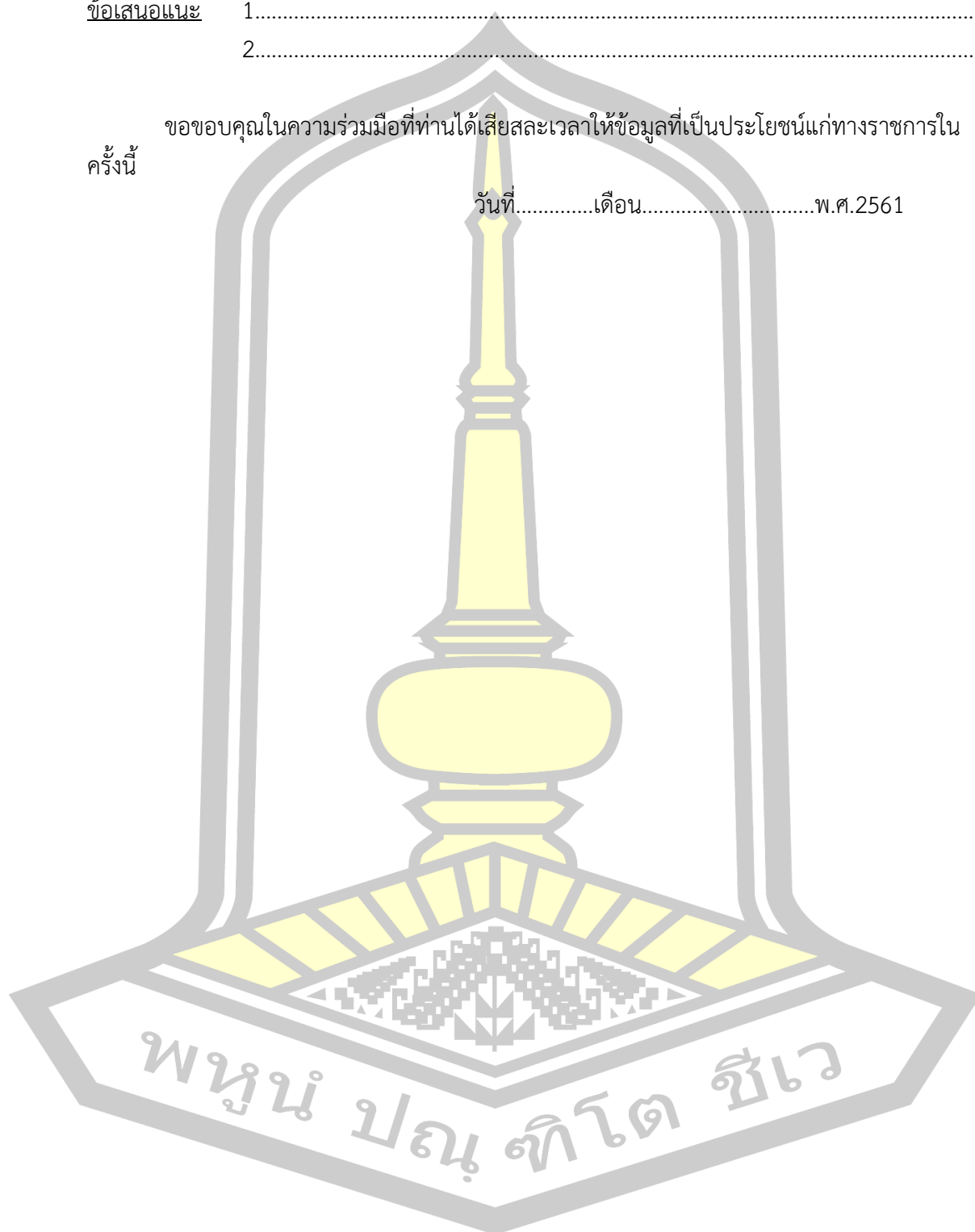
1.....

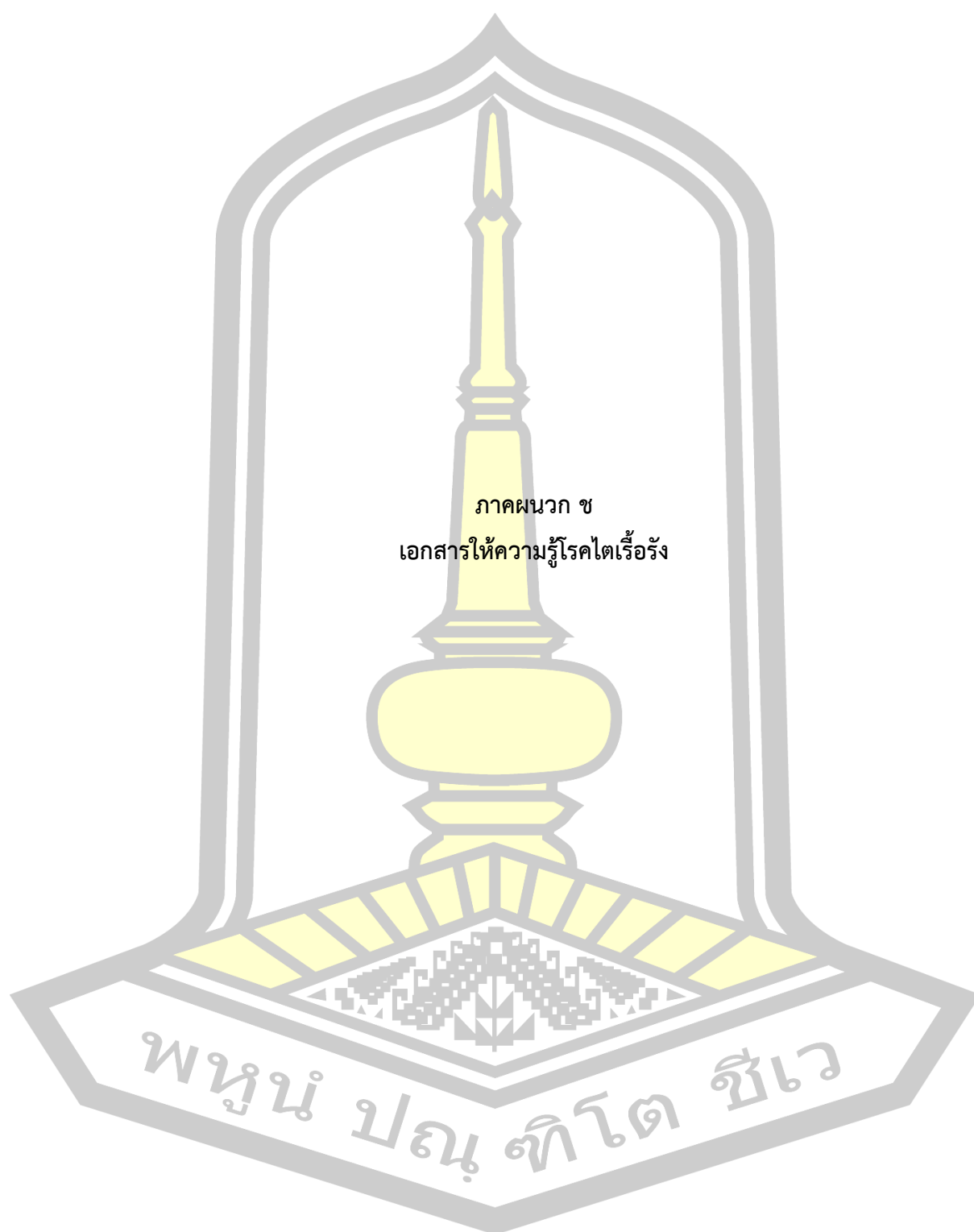
2.....

ขอขอบคุณในความร่วมมือที่ท่านได้เสียสละเวลาให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์แก่ทางราชการใน

ครั้งนี้

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.2561





เอกสารให้ความรู้โรคไตเรื้อรัง

เนื้อหาประกอบด้วย

โรคไตเรื้อรังและไตวายคืออะไร

เมื่อคนมีอายุมากกว่า 30 ปี ไตจะเริ่มทำงานลดลง และเสื่อมอย่างช้า ๆ ตามอายุขัย โดยเฉลี่ยการทำงานของไตจะลดลงประมาณ 1% ปี แต่เมื่อไตเกิดโรค ไตจะเสื่อมลงมากกว่าปกติ กรณีที่ไตเสื่อมลงอย่างรวดเร็วหรือหยุดทำงานเรียกว่า “ไตวายเฉียบพลัน” ซึ่งอาจฟื้นกลับมาเป็นปกติได้ถ้าได้รับการรักษาที่เหมาะสม แต่ถ้าไตเสื่อมอย่างช้า ๆ ต่อเนื่องทำให้ไตเกิดความผิดปกติถาวร เรียกว่า “โรคไตเรื้อรัง” ในกรณีที่ไตเกิดความเสื่อมอย่างมาก (ไตทำงานน้อยกว่า 15% ของคนปกติ) จะเรียกว่า “โรคไตวายเรื้อรัง”

สาเหตุโรคไตเรื้อรัง

1. โรคเรื้อรัง ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคเอสแอลอี (ภูมิคุ้มกันผิดปกติ) โรคเกาต์ นิ่วในไตต่ออักเสบ โรคติดเชื้อทางเดินปัสสาวะซ้ำ ๆ เป็นต้น

3. กรรมพันธุ์หรือความผิดปกติตั้งแต่แรกเกิด เช่น เด็กที่มีน้ำหนักแรกคลอดน้อยกว่า 2,500 กรัม (สองกิโลกรัม) โดยไตของเด็กเหล่านี้จะทำงานน้อยกว่าเด็กทั่วไป เด็กที่มีความผิดปกติของไตโดยกำเนิด เช่น ไตมีขนาดเล็ก มีการอุดตันของระบบทางเดินปัสสาวะหรือโรคถุงน้ำดีในไต เป็นต้น

ผู้ป่วยที่ทราบหรือตรวจพบว่าไตทำงานผิดปกติติดต่อกัน 3 เดือนโดยไม่หาย ถือว่าเป็น “โรคไตเรื้อรัง” ซึ่งหมอจะแบ่งระยะของโรคไตเรื้อรังตามความรุนแรงและจะให้การรักษาที่เหมาะสมตามระยะความรุนแรง

โรคไตเรื้อรังระยะที่ 1 ไตยังทำงานปกติ แต่ตรวจพบความผิดปกติของไต เช่น ปัสสาวะมีตะกอนผิดปกติ อาจเรียกว่า “ไตเริ่มผิดปกติ”

โรคไตเรื้อรังระยะที่ 2 ไตทำงานเหลือ 60-90% หรือ “ไตเรื้อรังระยะเริ่มต้น”

โรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ไตทำงานเหลือ 30-60% หรือ “ไตเรื้อรังระยะปานกลาง”

โรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ไตทำงานเหลือ 15-30% หรือ “ไตเรื้อรังเป็นมาก”

โรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ไตทำงานเหลือน้อยกว่า 15% หรือ “ไตวาย

ปัจจัยเสี่ยงของโรคไตเรื้อรัง

1. ระดับน้ำตาลในเลือดสูง
2. ระดับความดันโลหิตสูง
3. ระดับไขมันในเลือดสูง
4. การสูบบุหรี่

การดูแลและปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและชะลอการเสื่อมของไต

1. ควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (Hemoglobin A1C) น้อยกว่าร้อยละ 7 หรือระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารเป็นอาหาร 8 ชั่วโมงน้อยกว่า 130 มก./ดล.

2. ควบคุมระดับความดันโลหิตน้อยกว่า 130/80 มม.ปรอท
 3. ควรใช้ยาลดความดันโลหิตในกลุ่มที่สามารถชะลอการเสื่อมของไต ได้แก่ เอซีอีไอ เออาร์บี
 4. ควบคุมระดับไขมันในเลือด ให้ระดับไขมันแอลดีแอล มีค่าน้อยกว่า 100 มก./ดล.
 5. งดสูบบุหรี่
 6. ควบคุมอาหารที่มีโปรตีนสูง เช่น เนื้อสัตว์ นม ไข่ เนื่องจากทำให้ไตเสื่อมลงอย่างรวดเร็ว และเพิ่มปริมาณของเสียในร่างกาย
 7. งดอาหารเค็ม เนื่องจากปริมาณเกลือในอาหารจะเพิ่มระดับความดันโลหิต โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการบวม หัวใจล้มเหลว และไตเรื้อรัง
 8. ควรออกกำลังกายเป็นประจำ จะทำให้คุ้ระดับน้ำตาลและไขมันในเลือด ใ้ได้ง่ายขึ้น
 9. ควบคุมน้ำหนัก โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีน้ำหนักเกินหรืออ้วน
 10. ควรหลีกเลี่ยงยาที่มีผลเสียต่อไต เช่น ยาแก้ปวด ยาสมุนไพร ยาหม้อ ยาลูกกลอน
 11. รับประทานยาตามแพทย์สั่ง
 12. มาพบแพทย์ตามนัด
- รู้อย่างไรว่าเป็นโรคไต

ในระยะแรกผู้ป่วยมักไม่มีอาการ จะทราบก็ต่อเมื่อตรวจพบระดับของเสียในเลือด ได้แก่ ระดับปียูเอิน (BUN) และครีเอตินิน (Creatinine) เพิ่มขึ้น หรือตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะมากขึ้น เมื่อไตเสื่อมมากขึ้น ผู้ป่วยอาจมีอาการบวม ปวดศีรษะ ซีด เหนื่อยเพลีย และเบื่ออาหาร การดูแลรักษาโรคไตเรื้อรังระยะต่างๆ

โรคไตเรื้อรังระยะที่ 1 งดสูบบุหรี่ รักษาควบคุมโรคที่เป็นสาเหตุของโรคไตเรื้อรัง

โรคไตเรื้อรังระยะที่ 2 จำกัดอาหารเค็ม

โรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 จำกัดอาหารโปรตีน

โรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 จำกัดการกินผลไม้

โรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 เตรียมตัวรับการล้างไตหรือผ่าตัดปลูกถ่ายไต

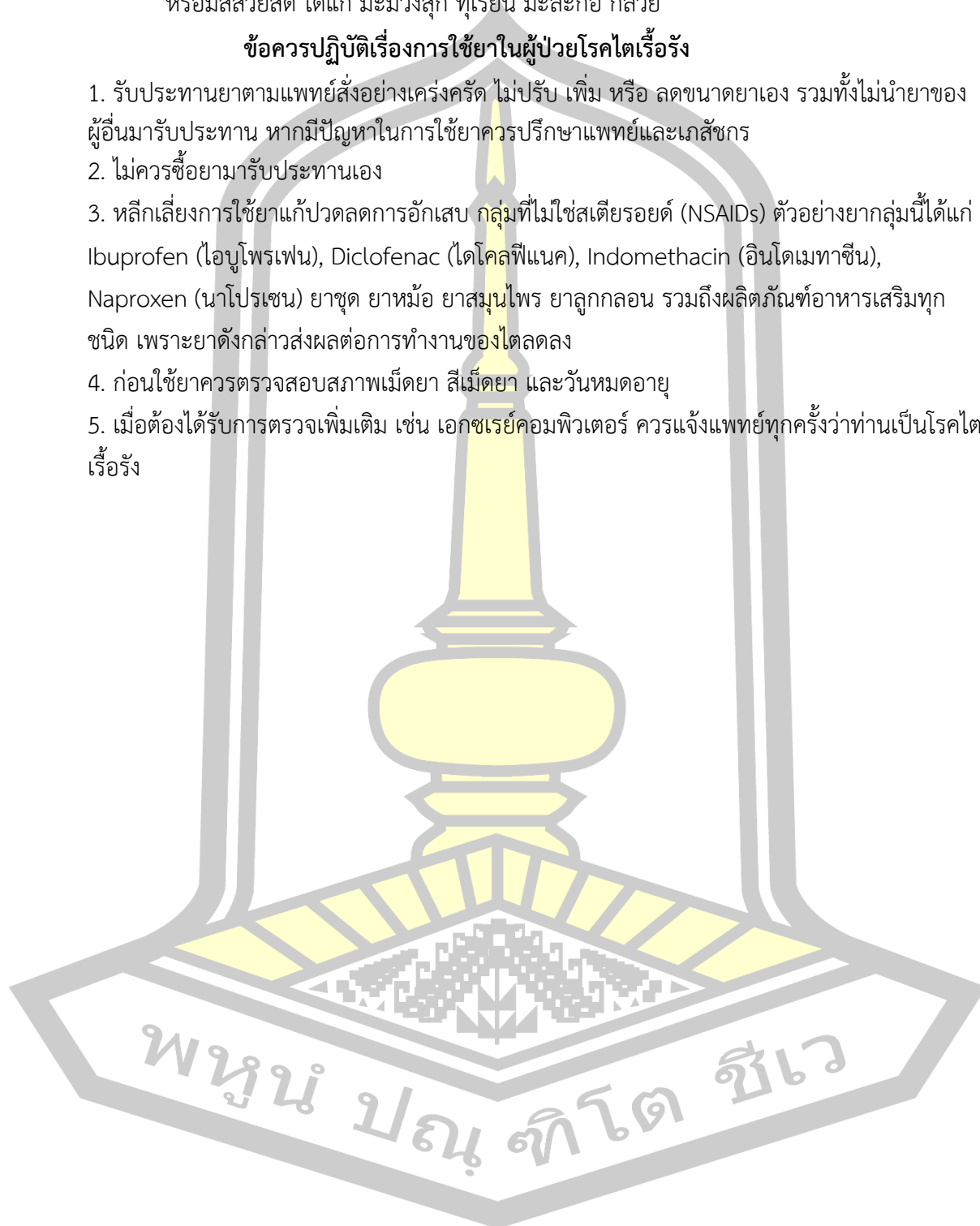
ข้อแนะนำในการรับประทานอาหารในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

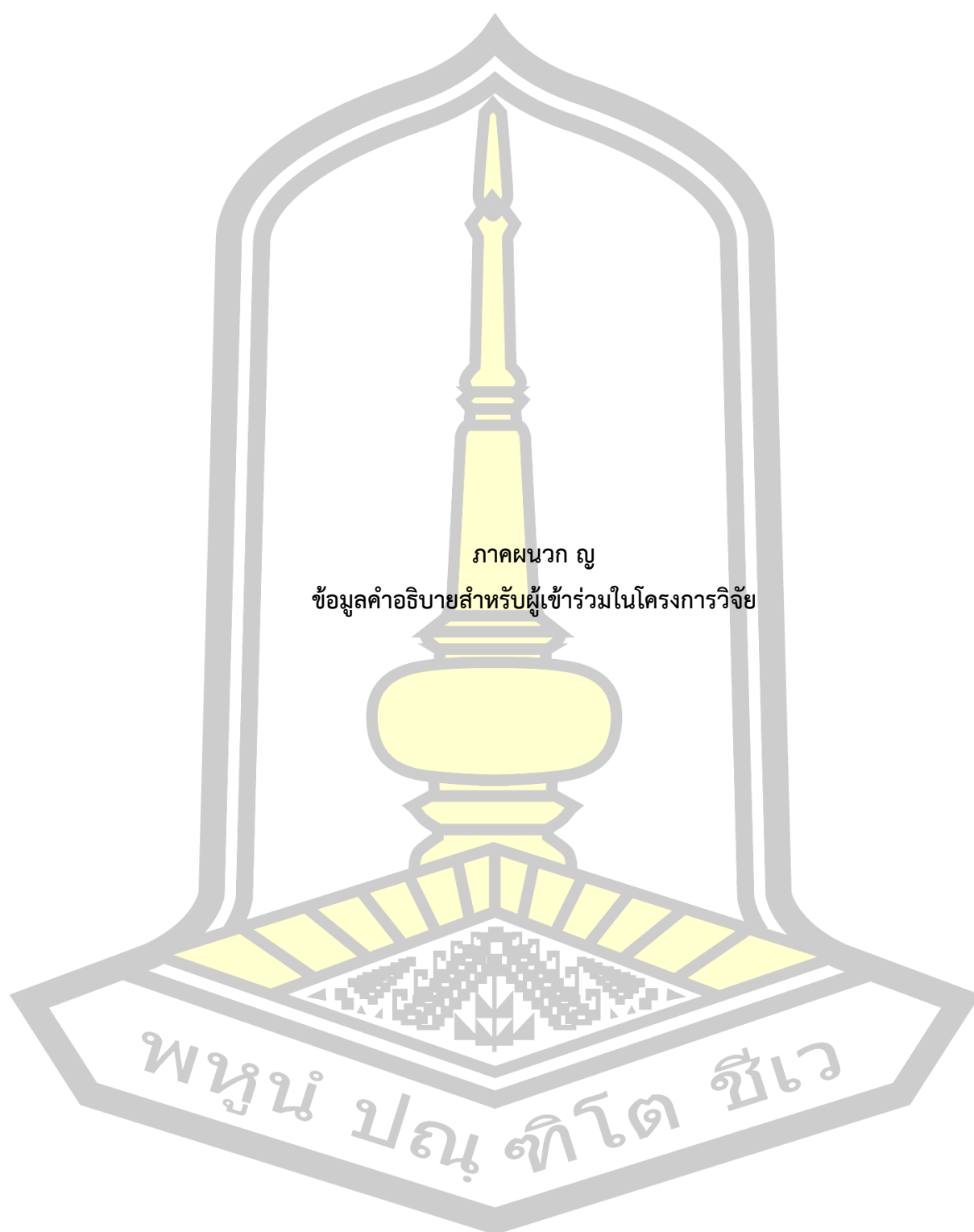
1. กินอาหารจืดแล้วปรุงทีหลัง ไม่ควรมีรสเค็มจัด
2. ฝึกนิสัย ชิมก่อนปรุง และ ไม่ควรปรุงรสเค็ม ถ้าต้องการเติมแนะนำให้เติมเครื่องปรุงทีละน้อย
3. เลี่ยงอาหารที่มีรสเค็มจัด เช่น ของหมักดอง บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป ขนมขบเคี้ยว ไข่เค็ม กุ้งแห้ง ปลาเค็ม เป็นต้น
4. ไม่ควรเติมผงชูรส เพราะผงชูรสเป็นผงโซเดียม ทำให้ความดันโลหิตสูงและไตวาย
5. ถ้ากินอาหารปรุง หรือซื้อสำเร็จ เช่น ก๋วยเตี๋ยว แกง ซุป หรือ อาหารประเภทผัด ไม่ควรกินน้ำแกง

6. หลีกเลียงอาหารที่มีโปแตสเซียมสูง ซึ่งมักมีรสชาติหวานจัด หรือเปรี้ยวจัด เนื้อแน่นและนิ่ม หรือมีสีสวยสด ได้แก่ มะม่วงสุก ทุเรียน มะละกอ กล้วย

ข้อควรปฏิบัติเรื่องการใช้ยาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

1. รับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด ไม่ปรับ เพิ่ม หรือ ลดขนาดยาเอง รวมทั้งไม่นำยาของผู้อื่นมารับประทาน หากมีปัญหาในการใช้ยาควรปรึกษาแพทย์และเภสัชกร
2. ไม่ควรซื้อยามารับประทานเอง
3. หลีกเลียงการใช้ยาแก้ปวดลดการอักเสบ กลุ่มที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) ตัวอย่างยากลุ่มนี้ได้แก่ Ibuprofen (ไอบูโพรเฟน), Diclofenac (ไดโคลฟีแนค), Indomethacin (อินโดเมทาซิน), Naproxen (นาโพรเซน) ยาชุด ยาหม้อ ยาสมุนไพร ยาลูกกลอน รวมถึงผลิตภัณฑ์อาหารเสริมทุกชนิด เพราะยาดังกล่าวส่งผลต่อการทำงานของไตลดลง
4. ก่อนใช้ยาควรตรวจสอบสภาพเม็ดยา สีเม็ดยา และวันหมดอายุ
5. เมื่อต้องได้รับการตรวจเพิ่มเติม เช่น เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ควรแจ้งแพทย์ทุกครั้งว่าท่านเป็นโรคไตเรื้อรัง





 Mahasarakham University Institutional Review Board	ข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information Sheet for Research Participant)
---	---

ชื่อโครงการวิจัย โครงการ การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยทีมสหวิชาชีพ ณ
โรงพยาบาลนางรอง

ผู้สนับสนุนการวิจัย โครงการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา หลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา
เภสัชกรรมปฐมนูมิ

ผู้ทำวิจัย

ชื่อ นางสาวภาภรณ์ แก้วชนะ
ที่อยู่ 23 ถ. พลเวียง ต.นางรอง อ. นางรอง จ. บุรีรัมย์ 31110
เบอร์โทรศัพท์ 044-633456-67 ต่อ 303 , 081-7892612

ผู้ร่วมในโครงการวิจัย

ชื่อ อาจารย์ ดร.วรินทร์ อนุสรณ์เสงี่ยม
ที่อยู่ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่ 2202 ตำบลขามเรียง
อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม 44150
เบอร์โทรศัพท์ 043-754360, 0898613982

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้มีคุณสมบัติตรงกับ
กลุ่มเป้าหมายของการวิจัย ก่อนที่ ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่าน
เอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและ รายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้
หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากทีมงานของผู้ทำวิจัย หรือผู้ร่วมทำวิจัยซึ่งจะเป็นผู้
สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำเพื่อประกอบการตัดสินใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จาก
ครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ
ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม
ของโครงการวิจัยนี้

เหตุผลความเป็นมา

โรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย สาเหตุของโรคไตเรื้อรังที่พบบ่อย
เกิดจากโรคเบาหวาน และภาวะความดันโลหิตสูง ถ้าไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมี
การเสียชีวิตจำนวนมากที่สุดถึง 38 เม็ดต่อวันเฉลี่ย 12.35 เม็ด จำนวนชนิดยาต่อวันเฉลี่ย 5.88

ขนาน และพฤติกรรมการใช้ยาอยู่ในระดับไม่ดีร้อยละ 52.2 เนื่องจาก ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเป็นผู้ป่วยที่ต้องใช้ยาจำนวนมากและตลอดไป จะเกิดความเบื่อหน่ายและความเคยชินทำให้ผู้ป่วยไม่ได้อ่านฉลากยาก่อนใช้ยาทุกครั้ง ซึ่งเป็นอันตรายได้ในกรณีที่แพทย์มีการปรับเปลี่ยนชนิด จำนวนยา และมียานอกจากนี้พบปัจจัยเสี่ยงที่พบโรคไตเรื้อรังสูงขึ้น 1.2 เท่า ในคนที่มีประวัติเคยใช้ยาสมุนไพร เมื่อเทียบกับผู้ไม่มีปัจจัยเสี่ยง

การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 โดยการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเพื่อสัมภาษณ์ผู้ป่วยเชิงลึก ค้นหาปัญหาของผู้ป่วยที่แท้จริงในมิติต่าง ๆ และนำข้อมูลมาวิเคราะห์สถานการณ์รวมทั้งออกแบบการดูแลที่เหมาะสมผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ร่วมกับทีมสหวิชาชีพสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้และปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองได้เหมาะสมซึ่งทำให้ผลลัพธ์ทางคลินิก และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่3-4 โดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัดและนักพยาบาลที่คลินิกผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลนางรอง เชื่อมโยงกับการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยเภสัชปฐมภูมิ

วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย-

หลังจากท่านให้ความยินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ในขั้นตอนการหารูปแบบในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ผู้วิจัยจะขอความร่วมมือในการสัมภาษณ์ และนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลโดยการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย โดยการใช้แบบสอบถามและการสัมภาษณ์

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

การศึกษานี้มีความเสี่ยงน้อย แต่อาจทำให้ท่านเสียเวลาในการให้สัมภาษณ์ ตอบแบบคำถาม ศึกษาระบบฯ และปฏิบัติ ตาม ระบบฯที่วางแผนไว้ ซึ่งหากการดำเนินการวิจัยนี้ทำให้ท่านรู้สึกกังวลไม่ว่าจะเรื่องใดก็ตาม ขอให้ท่านรายงานให้ผู้ทำวิจัย ทราบ โดยเร็วเพื่อดำเนินการช่วยเหลือท่านได้ทันที

ประโยชน์ที่อาจได้รับ

การเข้าร่วมการวิจัยที่คาดว่าจะได้รับคือลดการมานอนโรงพยาบาลและลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง รวมทั้ง พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ซึ่งสามารถมาเป็นแนวทาง พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอื่น ๆ

ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย

ถ้าท่านตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัยและลงชื่อเป็นหลักฐานลงในแบบยินยอมอาสาสมัครแล้ว ทางผู้วิจัยขอความร่วมมือจากท่านดังนี้

1. สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมสนทนากลุ่มเพื่อหาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
2. สำหรับกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังหรือผู้ดูแลขอความร่วมมือในการทำแบบสอบถามความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง และการปฏิบัติตัวก่อนเริ่มการศึกษา และหลังจากการศึกษา

ค่าใช้จ่ายของท่านในการเข้าร่วมการวิจัย

ไม่มี

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลที่ท่านนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัย ได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน ทั้งนี้ ข้อมูลของท่านจะถูกจัดเก็บเป็นเวลา 5 ปี ที่คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม และจะทำลายภายในสิ้นปี พ.ศ. 2566

จากการลงนามยินยอมของท่าน ผู้ทำวิจัยและผู้สนับสนุนการวิจัยสามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของท่านได้แม้จะสิ้นสุดโครงการวิจัยแล้วก็ตาม หากท่านต้องการยกเลิกการให้สิทธิ์ดังกล่าว ท่านสามารถแจ้ง หรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยส่งไปที่ นางสุภาภรณ์ แก้วชนะ บ้านเลขที่ 23 ถ. พลเวียง ต.นางรอง อ. นางรอง จ. บุรีรัมย์ 31110 หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่น ๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย และท่านจะไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก

สิทธิของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยครั้งนี้
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
6. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมใน

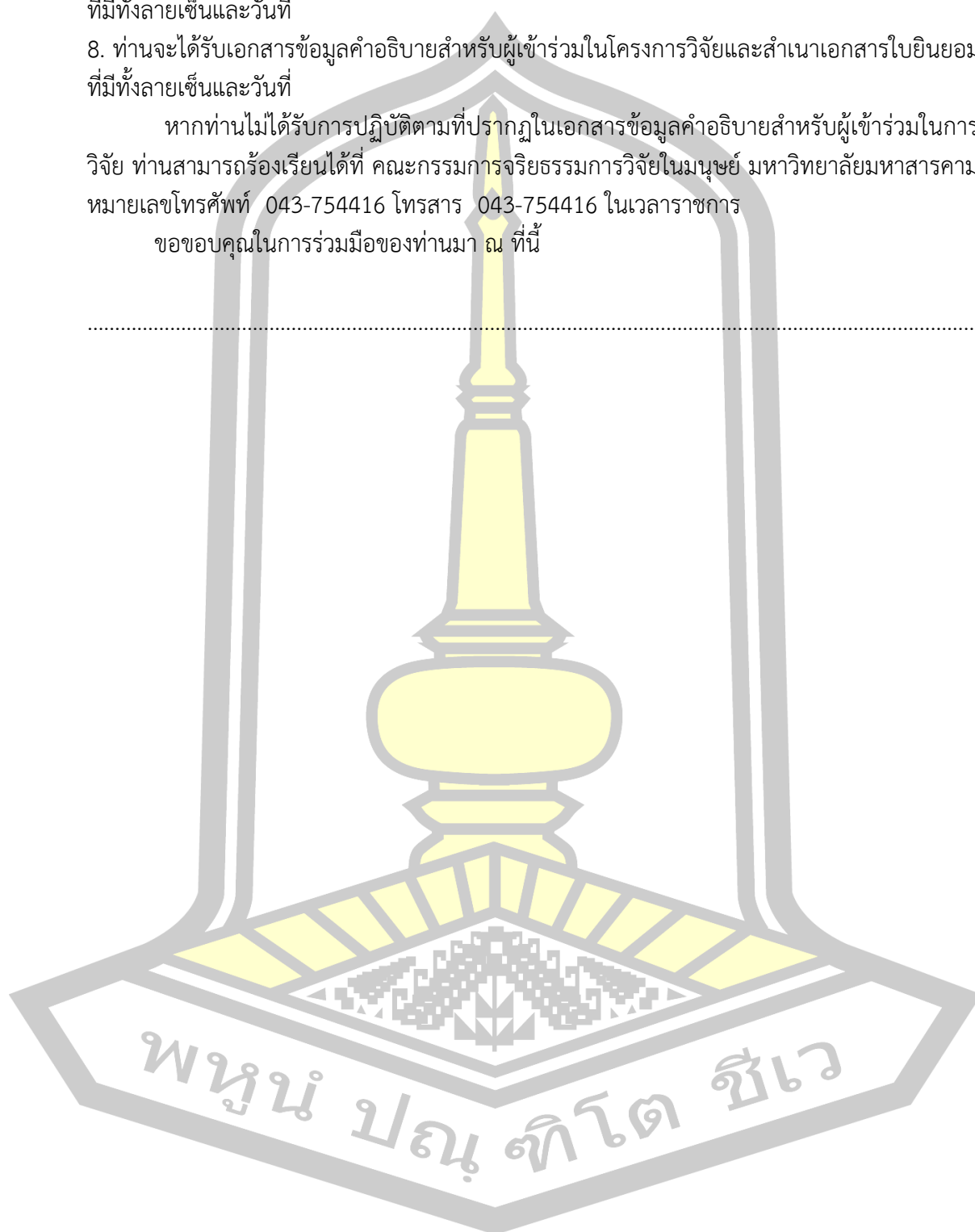
โครงการวิจัยสามารถขอถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น

7. ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและสำเนาเอกสารใบยินยอม
ที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่

8. ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและสำเนาเอกสารใบยินยอม
ที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่

หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการ
วิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
หมายเลขโทรศัพท์ 043-754416 โทรสาร 043-754416 ในเวลาราชการ

ขอขอบคุณในการร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้





AF 05-10/3.0

 Mahasarakham University Institutional Review Board	หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วม โครงการวิจัย (Informed Consent Form)
--	--

การวิจัยเรื่อง โครงการ การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยทีมสหวิชาชีพ ณ
โรงพยาบาลนางรอง

วันให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

.ที่อยู่.....

ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่.....
และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม
และ วันที่ พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอม
ให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำ
วิจัย วิธีการวิจัย ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย
ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบ
คำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล
และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่นๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับ
ต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อ
ได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของบริษัทผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการ
พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาอาจได้รับอนุญาตให้เข้ามา
ตรวจและประมวลข้อมูลของข้าพเจ้า ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความ
ถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น

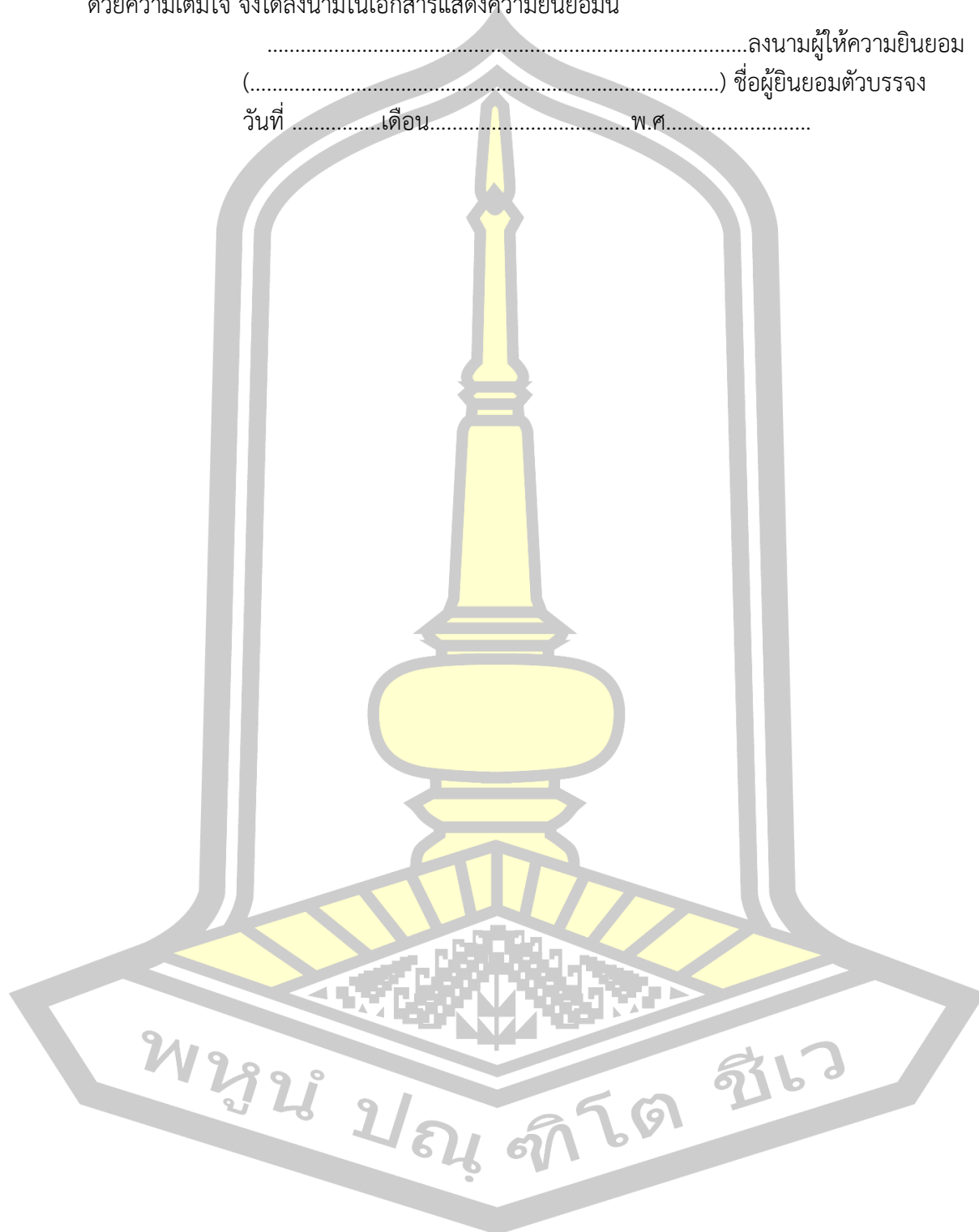
ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใดๆ เพิ่มเติมหลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วม
โครงการวิจัยและต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือ ตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้น
ถึงตัวข้าพเจ้าได้

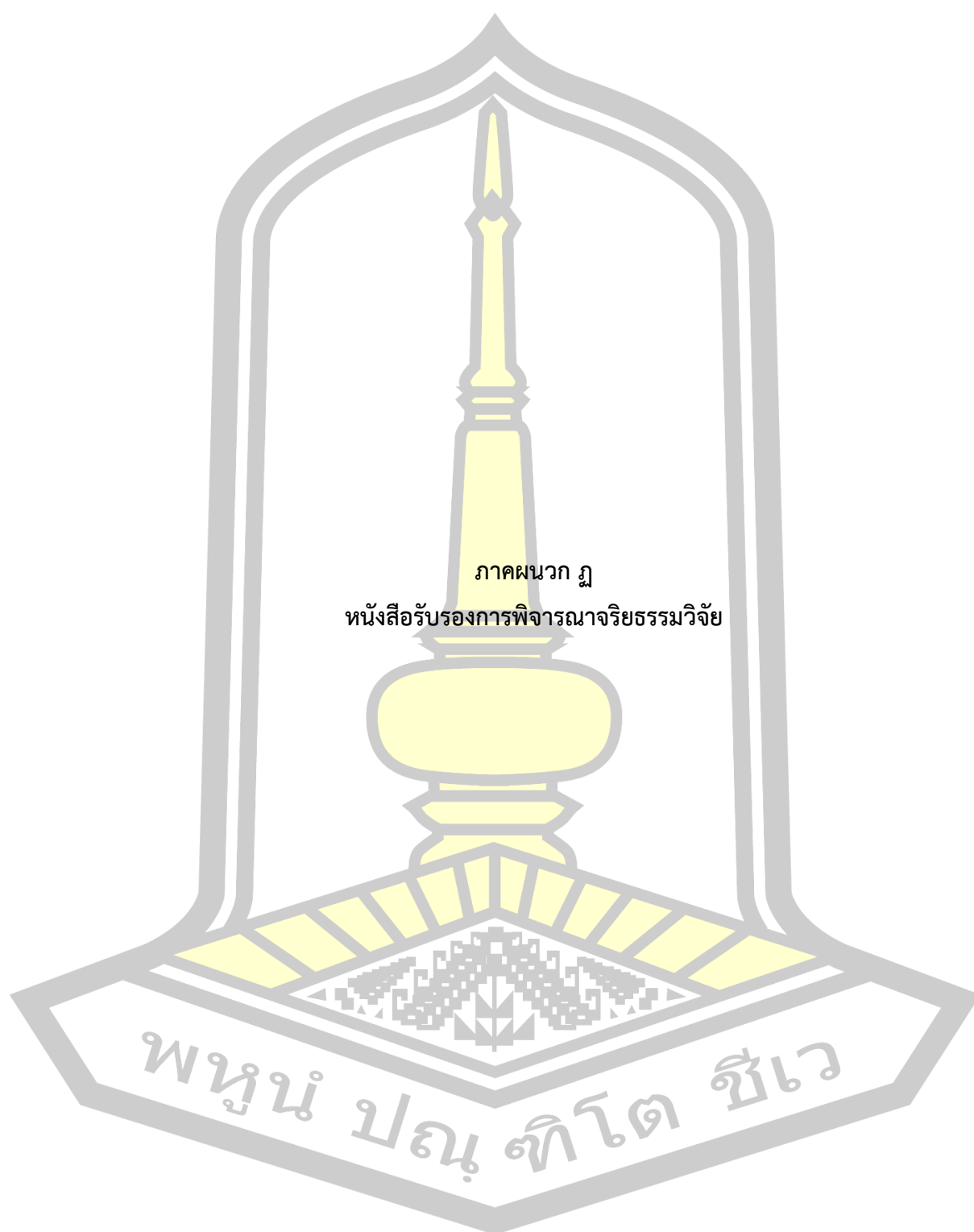
ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและ
สามารถยกเลิกการให้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีการ
เปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและใน
คอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย
ด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม
(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง
วันที่ เดือน พ.ศ.







คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

เลขที่การรับรอง : 081/ 2561

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาไทย) การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ณ โรงพยาบาลนางรอง

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาอังกฤษ) : Development of care model for chronic kidney disease patients at Nang Rong Hospital.

ผู้วิจัย : นางสาวกรณ แก้วชนะ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : คณะเภสัชศาสตร์

สถานที่ทำการวิจัย : จังหวัดบุรีรัมย์

ประเภทการพิจารณาแบบ : คณะกรรมการเต็มชุด

วันที่รับรอง : 25 กรกฎาคม 2561

วันหมดอายุ : 24 กรกฎาคม 2562

ข้อเสนอการวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว และอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ บนพื้นฐานของโครงการงานวิจัยที่คณะกรรมการฯ ได้รับและพิจารณา เมื่อเสร็จสิ้นโครงการแล้วให้ผู้วิจัยส่งแบบฟอร์มการปิดโครงการและรายงานผลการดำเนินงานมายังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หรือหากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในโครงการวิจัย ผู้วิจัยก็ต้องยื่นขอรับการพิจารณาใหม่

(ศาสตราจารย์ สัมพันธ์ ฤทธิเดช)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังต่อไปนี้ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



MAHASARAKHAM UNIVERSITY ETHICS COMMITTEE FOR
RESEARCH INVOLVING HUMAN SUBJECTS

Certificate of Approval

Approval number: 081/2018

Title : Development of care model for chronic kidney disease patients at Nang Rong Hospital.

Principal Investigator : Mrs. Supaporn Keawchana

Responsible Department : Faculty of Pharmacy

Research site : Buri Ram Province

Review Method : Full board

Date of Manufacture : 25 July 2018

expire : 24 July 2019

This research application has been reviewed and approved by the Ethics Committee for Research Involving Human Subjects, Maharakham University, Thailand. Approval is dependent on local ethical approval having been received. Any subsequent changes to the consent form must be re-submitted to the Committee.

(Prof. Dr. Sampan Rittidech)

Chairman

Approval is granted subject to the following conditions: (see back of this Certificate)

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ นางสาวภาภรณ์ แก้วชนะ
วันเกิด วันที่ 24 กรกฎาคม พ.ศ. 2518
สถานที่เกิด อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม
สถานที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่ 23 ถนนพลเวียง ตำบลนางรอง อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ รหัสไปรษณีย์ 31110
ตำแหน่งหน้าที่การงาน เกษตรกรชำนาญการ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน โรงพยาบาลนางรอง เลขที่ 692 ตำบลนางรอง อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ รหัสไปรษณีย์ 31110
ประวัติการศึกษา พ.ศ.2530 ประถมศึกษาโรงเรียนอนุบาลนาเชือก อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม
พ.ศ. 2536 มัธยมศึกษา โรงเรียนกัลยาณวัตร อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น
พ.ศ. 2542 ปริญญาเกษตรศาสตรบัณฑิต (ภ.บ.) สาขาวิชาเกษตรศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
พ.ศ. 2562 ปริญญาเกษตรศาสตรมหาบัณฑิต (ภ.ม.) สาขาวิชาเกษตรกรรม ปฐมภูมิ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

พูน ปณ จิตโต ชีเว