

**ผลการให้คำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย
ที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตทางช่องท้องต่อความร่วมมือในการใช้ยา
ที่คลินิกบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี กรุงเทพมหานคร**

วรรณกุล เชื้อมงคล¹, ปิยวดี สุขอยู่², นลินี เครือทิวา³

Received: 7 April 2014

Accepted: 21 November 2014

บทคัดย่อ

บทนำ: การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการให้คำปรึกษาด้านยาต่อความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาในคลินิกบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตทางช่องท้อง **วิธีดำเนินการวิจัย:** เป็นการศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental study) ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาในคลินิกบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตทางช่องท้อง โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี กรุงเทพมหานคร โดยประเมินผลการให้คำปรึกษาด้านยาต่อความร่วมมือในการใช้ยาโดยนับเม็ดยาคงเหลือและสัมภาษณ์ถึงวิธีการใช้ยาจากผู้ป่วย **ผลการวิจัย:** มีผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้งสิ้น 60 ราย อายุเฉลี่ย 55.77 ± 12.23 ปี มีจำนวนรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับโดยเฉลี่ยประมาณ 9 รายการ และประมาณครึ่งหนึ่งของผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด (ร้อยละ 51.67) เคยได้รับการให้คำปรึกษาด้านยาโดยเภสัชกร เมื่อประเมินความร่วมมือในการใช้ยาโดยการนับเม็ดยาคงเหลือ พบว่าผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาหลังให้คำปรึกษาด้านยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ก่อน: ร้อยละ 75.64 ± 15.19 ; หลัง: ร้อยละ 87.99 ± 9.36 ; $p < 0.001$) และเมื่อประเมินความร่วมมือในการใช้ยาโดยการสัมภาษณ์พบว่าความร่วมมือด้านการไม่ใช้นาน้อยกว่าที่กำหนดเพิ่มขึ้นหลังจากได้รับคำปรึกษาด้านยา (ก่อน: ร้อยละ 87.59 ± 13.56 ; หลัง: ร้อยละ 96.83 ± 5.28 ; $p < 0.001$) **สรุปผลการวิจัย:** การให้คำปรึกษาด้านยาโดยเภสัชกรในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตทางช่องท้องสามารถเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยได้

คำสำคัญ: การให้คำปรึกษาด้านยา โรคไตเรื้อรัง ความร่วมมือในการใช้ยา

วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน 2557; 10(3): 339-353

¹ ภ.ม. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

² ภ.บ. (การบริหารทางเภสัชกรรม) เภสัชกรปฏิบัติการ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จ.สมุทรสงคราม

³ ภ.บ. (การบริหารทางเภสัชกรรม) เภสัชกรปฏิบัติการ โรงพยาบาลสิงห์บุรี จ.สิงห์บุรี

* **ติดต่อผู้พิมพ์:** วรรณกุล เชื้อมงคล คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ อ.อ.อ.อ.อ. จ.นครนายก 26120

E-mail: wannakon@g.swu.ac.th

The Effects of Medication Counseling on Drug Compliance in Peritoneal Dialysis Patients at Peritoneal Dialysis Clinic in Nopparat Rajathanee Hospital, Bangkok

Wannakon Chuemongkon^{1*}, Piyawadee Sukyoo², Naline Kruetiwa³

Abstract

Introduction: The purpose of this study was to evaluate the effects of medication counseling on drug compliance in peritoneal dialysis patients at the peritoneal dialysis clinic. **Methods:** A quasi-experimental study was performed in patients with end-stage renal disease at the peritoneal dialysis clinic in Nopparat Rajathanee Hospital, Bangkok. Drug compliance was examined by pill count method and by patient interview questionnaires. **Results:** Sixty participants with peritoneal dialysis were included in the study. Mean patient age was 55.77 ± 12.23 years. Average daily burden of drug taken was nine items. At least, half of the patients (51.67%) had received medication counseling beforehand by a pharmacist. Assessed by pill count and drug compliance after counseling were significantly higher than before counseling (before: $75.64 \pm 15.19\%$; after: $87.99 \pm 9.36\%$; $p < 0.001$). Patient questionnaires that use of prescribed medications significantly increased after counseling (before: $87.59 \pm 13.56\%$; after: $96.83 \pm 5.28\%$; $p < 0.001$). **Conclusion:** The medication counseling of peritoneal dialysis patients by a pharmacist could enhance patient's drug compliance.

Keywords: medication counseling, chronic kidney disease, drug compliance

IJPS 2014; 10(3): 339-353

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease, CKD) เป็นโรคที่พบบ่อยและรักษาไม่หายขาด จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องและมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงมาก โดยเฉพาะเมื่อเข้าสู่ภาวะโรคไต

เรื้อรังระยะสุดท้าย (end stage renal disease, ESRD) จำเป็นต้องให้การรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ล้างไตทางช่องท้อง หรือผ่าตัดปลูกถ่ายไต ซึ่งจากรายงานของสมาคมโรคไตปี พ.ศ. 2554 พบว่ามีผู้ป่วยต้องทำการรักษาด้วยการบำบัด

¹ M.S. (Clinical Pharmacy), Assistant Professor, Department of Clinical Pharmacy, Faculty of Pharmacy, Srinakharinwirot University, Thailand

² Pharm.D., (Pharmaceutical Care), Pharmacist Practitioner, Somdetphraphutthalertla Hospital, Samutsongkhram, Thailand

³ Pharm.D., (Pharmaceutical Care), Pharmacist Practitioner, Singburi Hospital, Singburi, Thailand

* **Corresponding author:** Wannakon Chuemongkon, Faculty of Pharmacy, Srinakharinwirot University, Ongkharak, Nakhonnayok, Thailand 26120 E-mail: wannakon@g.swu.ac.th

ทดแทนไตด้วยการล้างไตทางช่องท้องมากถึง 9,509 คน (The nephrology society of Thailand, 2011) ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้มักได้รับยาหลายชนิดในปริมาณมาก และต้องใช้ยาในการรักษาเป็นระยะเวลานาน ผู้ป่วยบางรายต้องรับประทานยาถึง 20-30 เม็ดต่อวัน ทั้งนี้ เพราะผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมักมีภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ภาวะฟอสเฟตในเลือดสูง ภาวะเลือดเป็นกรด ภาวะน้ำคั่งในร่างกาย ภาวะโลหิตจาง ภาวะความดันโลหิตสูง เป็นต้น (Long *et al.*, 1998) ทำให้ต้องใช้ยาหลายชนิดจึงทำให้มีโอกาสเกิดการใช้ยาผิดชนิด ผิดขนาด ผิดเวลา หยัดใช้ยาเอง ไม่ทราบข้อบ่งใช้ ลืมรับประทานยา หรือเกิดอันตรายนจากอันตรกิริยาระหว่างยา (Graveley and Oseasohn, 1991)

ความร่วมมือในการใช้ยาหมายถึง การที่ผู้ป่วยยินดีปฏิบัติตามแผนการรักษาที่บุคลากรทางการแพทย์แนะนำ เพื่อการบำบัดโรคของตน ซึ่งไม่ได้หมายถึงเฉพาะวิธีการใช้ยาเท่านั้น แต่รวมถึงการใช้ยาที่ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ การใช้ยาในขนาดความถี่ เวลาที่เหมาะสม การมารับยาตามนัด และการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตตามแผนการรักษา (Osterberg and Blaschke, 2005; Burnier *et al.*, 2014) จากการศึกษาพบว่าความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้การรักษาไม่มีประสิทธิภาพ เกิดภาวะแทรกซ้อนและอาการข้างเคียงจากการได้รับยามากเกินไปหรือน้อยไปได้ (Long *et al.*, 1998) และจากการศึกษาของมนิสิตา อารีกุล (Areekul, 1999) ในผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าและโรงพยาบาลราชวิถี พบว่าการให้คำปรึกษาด้านยาโดยเภสัชกร สามารถช่วยแก้ไขปัญหาเรื่องความไม่ร่วมมือในการใช้ยา ปัญหาอันตรกิริยาของยาและปัญหาอาการไม่พึงประสงค์จากยาได้ เนื่องจากความสำคัญดังกล่าวและการศึกษาเกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังยังมีอยู่จำกัดโดยเฉพาะในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง โดยการ

ศึกษาส่วนใหญ่ในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องเป็นการศึกษาเกี่ยวกับความร่วมมือในการล้างไตทางช่องท้องตามแพทย์สั่ง (adherence to dialysis prescription) (Sevick *et al.*, 1999; Bernardini *et al.*, 2000; Figueiredo *et al.*, 2005) ยังไม่มีการศึกษาด้านความร่วมมือในการใช้ยา (drug compliance) ทำให้เกิดความสนใจในการทำวิจัย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการให้คำปรึกษาด้านยาโดยเภสัชกรต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาในคลินิกบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตทางช่องท้อง โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี กรุงเทพมหานคร

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental study) ทำการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตทางช่องท้องด้วยน้ำยาที่คลินิกบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี กรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาด 612 เตียง เปรียบเทียบผลระหว่างก่อนและหลังให้คำปรึกษาด้านยาโดยเภสัชกร โดยผู้เข้าร่วมการศึกษามีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) คือ ผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย และเข้ารับการรักษาในคลินิกบำบัดทดแทนไตโดยการล้างช่องท้องด้วยน้ำยาระหว่างวันที่ 28 พฤษภาคม - 9 พฤศจิกายน 2556 และได้รับยาเพื่อใช้รักษาโรคไตเรื้อรังอย่างน้อย 1 รายการ หรือผู้ดูแลผู้ป่วยที่มารับยาแทน ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารได้ จะต้องเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโดยตรงที่ยินยอมให้สัมภาษณ์ ส่วนในกรณีที่ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลผู้ป่วยโดยตรงที่ไม่ยินยอมให้สัมภาษณ์ หรือไม่สามารสื่อสารได้ เช่น หูหนวก เป็นใบ้ พูดคุยไม่รู้เรื่อง หรือเป็นผู้มารับยาแทนซึ่งไม่ใช่ผู้ดูแลผู้ป่วยโดยตรง หรือ

เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาในครั้งแรกและไม่มีประวัติการรักษาที่คลินิกบำบัดทดแทนไตมาก่อน จะถูกคัดออกจากการศึกษา สำหรับผู้ป่วยที่เมื่อสัมภาษณ์แล้วขอหยุดกลางคัน หรือเกิดเหตุการณ์ที่ต้องได้รับการดูแลจากแพทย์ฉุกเฉินในขณะที่สัมภาษณ์จะถูกให้เลิกจากการศึกษา

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง สามารถคำนวณได้จากสูตรดังนี้ (Friedman et al., 1998)

$$N_d = \frac{(Z\alpha + Z\beta)^2 \sigma^2}{(\mu d)^2}$$

$$N_d = \frac{(1.96 + 1.645)^2 \times 308.3}{(94.58 - 79.68)^2} \approx 19 \text{ ราย}$$

เมื่อ N_d คือ ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

Z_α คือ ค่าวิกฤตที่สัมพันธ์กับช่วงความเชื่อมั่น ถ้ากำหนดที่ 95% ค่า Z_α มีค่าเท่ากับ 1.96

Z_β คือ ค่าวิกฤตที่สัมพันธ์กับอำนาจการทดสอบ ถ้ากำหนดที่ 95% ค่า Z_β มีค่าเท่ากับ 1.645

σ^2 คือ ค่าความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยคำนวณตามสูตร (Moore and McCabe, 1998) โดยใช้ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานจากงานวิจัยของอุไรวรรณ ตระการกิจวิชิต (Trakarnkitwichit, 2002) ซึ่งได้เท่ากับ 308.3

μ_d คือ ค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ย โดยใช้ค่าเฉลี่ยของร้อยละความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง โดยการนับเม็ดยาคงเหลือจากงานวิจัยของอุไรวรรณ ตระการกิจวิชิต (Trakarnkitwichit, 2002)

นำค่าตัวแปรที่ได้มาแทนค่าในสูตรข้างต้น ทำให้สามารถคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้เท่ากับ 19 นั่นคือควรมีจำนวนผู้เข้าร่วมการศึกษาน้อย 19 ราย อย่างไรก็ตาม การศึกษาค้นนี้จะทำการศึกษาในผู้ป่วยทุกรายที่เข้ารับการรักษาในคลินิกบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ระหว่างวันที่ 28 พฤษภาคม-9 พฤศจิกายน 2556 และตรงตามเกณฑ์การคัดเลือก

การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมวิจัย โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี เลขที่ใบรับรอง 11/2556 รหัสโครงการวิจัย 56-2-013-0

เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ประกอบด้วย ชื่อ-นามสกุล HN อายุ เพศ น้ำหนัก ส่วนสูง ศาสนา ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ระยะเวลาของการเป็นโรคไตเรื้อรัง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ประวัติความเจ็บป่วยในครอบครัว การสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ การแพ้ยา/อาหาร การใช้สมุนไพร/อาหารเสริมและวันนัดครั้งต่อไป

2. แบบบันทึกความร่วมมือในการใช้ยา โดยการนับเม็ดยาคงเหลือ ประกอบด้วย รายการยาที่ใช้ในปัจจุบันก่อนพบแพทย์ รายการยาที่ได้รับ โดยระบุถึงจำนวนยาที่ได้รับ จำนวนยาที่ควรกิน จำนวนยาที่ควรเหลือ จำนวนยาที่กินจริง และจำนวนยาที่คงเหลือจริง ดัดแปลงจากงานวิจัยของอุไรวรรณ ตระการกิจวิชิต (Trakarnkitwichit, 2002)

3. แบบบันทึกความร่วมมือในการใช้ยาประเภทต่างๆ ทั้งก่อนและหลังการได้รับคำปรึกษาด้านยา ซึ่งประกอบด้วย การประเมินความร่วมมือในการใช้ยา 5 ประเภทคือ การไม่ใช้ยามากกว่าที่กำหนด การไม่ใช้นาน้อยกว่าที่กำหนด การไม่ใช้ยาในเวลาที่ ไม่เหมาะสม การไม่ใช้ยาผิดเทคนิคของการบริหาร หรือผิดวิธิต่าง และการไม่ใช้ยาเสื่อมคุณภาพหรือหมดอายุ โดยนิยามของความร่วมมือในการใช้ยาทั้ง 5 ประเภท ดัดแปลงจากงานวิจัยของอุไรวรรณ ตระการกิจวิชิต (Trakarnkitwichit, 2002) และบทความของนนท์ลักษณ์ สถาพรนันท์ (Sthapornanon, 2012) ได้ดังนี้

3.1) การไม่ใช้นาน้อยกว่าที่กำหนด ได้แก่ ไม่ใช้นาน้อยกว่าขนาดที่กำหนดในใบสั่งยา ไม่ใช้นาน้อยครั้งกว่าที่กำหนดให้ใช้ภายใน 1 วัน ไม่ลืมใช้ยา ไม่งดเว้นการใช้ยาในเวลาที่จำเป็นต้องใช้

(สำหรับยาที่แพทย์สั่งให้ใช้เมื่อจำเป็น) ไม่หยุดใช้ยาก่อนกำหนดที่แพทย์สั่ง ไม่ยอมใช้ยาเลย ไม่ได้ไปรับยาเพิ่มหลังจากยาหมด

3.2) การไม่ใช้ยามากกว่าที่กำหนด ได้แก่ ไม่ใช้ยาเกินจากขนาดที่กำหนดให้ใช้ในใบสั่งยาจำนวนครั้ง ในการใช้ยาไม่มากกว่าที่กำหนดให้ใช้ภายใน 1 วัน ไม่ใช้ยาที่สั่งให้ใช้เมื่อจำเป็นในเวลาที่ไม่จำเป็นต้องใช้ (สำหรับยาที่แพทย์สั่งให้ใช้เมื่อจำเป็น) ไม่ใช้ยานานเกินกว่าที่แพทย์กำหนด และไม่ใช้ยาที่แพทย์สั่งให้หยุดใช้

3.3) การไม่ใช้ยาในเวลาที่ไม่เหมาะสม คือ การใช้ยาไม่ตรงตามเวลาที่แพทย์สั่ง รวมถึงระยะห่างของการใช้ยาแต่ละครั้งไม่เหมาะสม หรือใช้ยาที่เกี่ยวข้องกับมื้ออาหารไม่ถูกต้อง เช่น แพทย์สั่งให้รับประทานยาขับปัสสาวะหลังอาหารเช้า แต่ผู้ป่วยรับประทานหลังอาหารเย็น แพทย์สั่งใช้ยาก่อนอาหาร แต่ผู้ป่วยนำไปใช้หลังอาหาร เป็นต้น

3.4) การไม่ใช้ยาผิดเทคนิคของการบริหารหรือผิดวิธีทาง เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับแคลเซียมคาร์บอเนต ต้องเคี้ยวยาก่อนกลืน แต่ผู้ป่วยไม่ได้เคี้ยวยา จัดเป็นการใช้ยาผิดเทคนิคของการบริหารยา เป็นต้น

3.5) การไม่ใช้ยาเสื่อมคุณภาพหรือหมดอายุ คือ ไม่ใช้ยาที่เสื่อมคุณภาพหรือเกินกำหนดวันหมดอายุ ของยา รวมถึงการเก็บรักษาอย่างไม่ถูกต้อง

4. แบบสัมภาษณ์ความร่วมมือในการใช้ยาประเภทต่างๆ ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ดัดแปลงจากงานวิจัยของอุไรวรรณ ตระการกิจวิชิต (Trakarnkitwichit, 2002) ซึ่งประกอบด้วย 6 ข้อคำถามคือ 1) วิธีการใช้ยาแต่ละชนิดที่ผู้ป่วยได้รับจำนวนเม็ดและจำนวนครั้งที่ใช้ยา เวลาที่รับประทานยา 2) การลืมนรับประทานยา มีหรือไม่ มีอะไร เพราะเหตุใด 3) การหยุดยาเองโดยไม่มีคำสั่งแพทย์ มีหรือไม่ เพราะเหตุใด 4) การเก็บรักษายาแต่ละชนิด (ทั้ง

ยารับประทาน ยาฉีดอินซูลิน และยาฉีด erythropoietin (EPO)) 5) การใช้ยาสมุนไพร/อาหารเสริม/ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร และวัตถุประสงค์การใช้ และ 6) การซื้อยารับประทานเองนอกเหนือจากแพทย์สั่ง และวัตถุประสงค์การใช้

5. แผนพบความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ซึ่งประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายภาวะแทรกซ้อน ยาที่ใช้รักษาและอาการข้างเคียง ยาที่มีผลต่อไต การปฏิบัติตัวและการรับประทานอาหารในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ดัดแปลงจากเอกสารอ้างอิงที่เกี่ยวข้อง (The nephrology society of Thailand, 2009; The nephrology society of Thailand, 2012; Benjapalakorn, 2010; Supasynndh, 2007; Intarampan & Supasynndh, 2005; Eiam-ong, 2000)

6. คู่มือแนวทางการให้คำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับโรคและยาที่ใช้ในการรักษาโรคไตเรื้อรัง อาการข้างเคียงจากการใช้ยา ภาวะแทรกซ้อนจากโรคไตเรื้อรัง และแนวทางการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ดัดแปลงจากเอกสารอ้างอิงที่เกี่ยวข้องกับโรคไตเรื้อรัง (Supasynndh, 2007; Intarampan & Supasynndh, 2005; Eiam-ong, 2000; The nephrology society of Thailand, 2009; Benjapalakorn, 2010; The nephrology society of Thailand, 2012)

โดยแบบบันทึกต่างๆ แบบสัมภาษณ์ และเอกสารสำหรับให้คำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วย ได้ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาจากเภสัชกร 2-3 ท่าน หากมีข้อมูลใดไม่เหมาะสม หรืออาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจคลาดเคลื่อนไม่ถูกต้อง จะพิจารณาแก้ไขใหม่และให้เภสัชกรผู้ตรวจสอบข้างต้นพิจารณาความถูกต้องเหมาะสมอีกครั้ง

ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัยและเก็บข้อมูล

1. เก็บข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอก แฟ้มประวัติผู้ป่วยของคลินิกบำบัดทดแทนไต และโปรแกรมคอมพิวเตอร์ แล้วบันทึกลงในแบบบันทึกข้อมูลพื้นฐาน

2. ติดต่อผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยทางโทรศัพท์ ให้นำยาที่ได้รับจากโรงพยาบาลมาด้วยเมื่อมาพบแพทย์

3. สอบถามข้อมูลพื้นฐานจากผู้ป่วย และบันทึกลงในแบบบันทึกข้อมูลพื้นฐาน

4. ประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย โดยใช้ 2 วิธีคือ วิธีนับเม็ดยาคงเหลือและวิธีการสัมภาษณ์ เนื่องจากวิธีนับเม็ดยาคงเหลือเป็นวิธีที่นิยมใช้กันทั่วไป เพราะทำได้ง่ายและสะดวก แต่มีข้อจำกัดคือ ผู้ป่วยอาจเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาชั่วคราวเมื่อรู้ตัวว่ามีการตรวจนับเม็ดยา และไม่สามารถบอกได้ว่ายาที่ใช้ไปมีการใช้ถูกวิธีหรือถูกเวลาหรือไม่ เป็นการใช้ยาของผู้ป่วยเองหรือมีผู้อื่นใช้ยาของผู้ป่วย และไม่สามารถใช้วิธีนับเม็ดยาได้ถ้าผู้ป่วยไม่ยอมนำยาที่เหลือมาโรงพยาบาลด้วย หรือนำยาที่ได้รับใหม่มารวมกับยาเก่าที่เหลืออยู่ ทำให้ผู้วิจัยจึงประเมินความร่วมมือในการใช้ยาโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยร่วมด้วย เนื่องจากเป็นวิธีที่มีความจำเพาะสามารถสืบรายละเอียดของปัญหา หรือปัจจัยที่เป็นสาเหตุของความไม่ร่วมมือในการใช้ยาได้ง่าย แต่มีข้อจำกัดเกี่ยวกับผู้สัมภาษณ์ซึ่งควรฝึกทักษะในการสัมภาษณ์ที่ดี ไม่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกกลัวความผิดหรืออายที่จะตอบความจริง และคำถามควรชัดเจน เข้าใจง่าย มีจำนวนคำถามไม่มากเกินไปเพราะจะทำให้เกิดความเบื่อหน่ายและไม่ยอมตอบคำถาม

4.1) การนับเม็ดยาคงเหลือ แล้วบันทึกลงในแบบบันทึกความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโดยการนับเม็ดยาคงเหลือและคำนวณร้อยละความร่วมมือในการใช้ยา โดยเลือกใช้สูตร 1 ในกรณีที่ผู้ป่วยกินยาน้อยกว่าหรือเท่ากับที่แพทย์สั่งจ่าย และ

เลือกใช้สูตร 2 ในกรณีที่ผู้ป่วยกินยามากกว่าที่แพทย์สั่งจ่าย โดยสูตรคำนวณดังกล่าวจากการคำนวณร้อยละ adherence ในคู่มือสำหรับเภสัชกร การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ (Montakantikul, 2008) ดังนี้

สูตร 1

$$\text{ร้อยละความร่วมมือในการใช้ยา} = \left(\frac{\text{จำนวนเม็ดยาที่กินจริง}}{\text{จำนวนเม็ดยาที่ควรกิน}} \right) \times 100$$

สูตร 2

$$\text{ร้อยละความร่วมมือในการใช้ยา} = \left(\frac{\text{จำนวนเม็ดยาที่ควรกิน} - \text{จำนวนเม็ดยาที่กินเกิน}}{\text{จำนวนเม็ดยาที่ควรกิน}} \right) \times 100$$

4.2) การสัมภาษณ์ผู้ป่วยเพื่อประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยในประเภทต่างๆ แล้วบันทึกลงในแบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยาก่อนการได้รับคำปรึกษาเรื่องยา หากผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการใช้ยาในประเภทนั้นๆ จะได้คะแนนเท่ากับ 1 แต่ถ้าหากไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาประเภทนั้นจะได้คะแนนเท่ากับ 0 เมื่อทำการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาเรียบร้อยแล้ว รวมคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาประเภทต่างๆ แล้วนำมาคำนวณร้อยละความร่วมมือในการใช้ยาประเภทต่างๆ โดยสูตรคำนวณดังกล่าวจากการคำนวณร้อยละ adherence ในคู่มือสำหรับเภสัชกร การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ (Montakantikul, 2008) ดังนี้

$$\text{ร้อยละความร่วมมือในการใช้ยา} = \left(\frac{\text{คะแนนความร่วมมือในการใช้ยา}}{\text{จำนวนรายการยา}} \right) \times 100$$

ให้คำปรึกษาด้านยาและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยแต่ละรายโดยใช้เวลาประมาณ 30-40 นาที แล้วประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยอีกครั้งเมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์ครั้งถัด

ไป รายละเอียดวิธีดำเนินงานและเก็บข้อมูลแสดงดังรูป 1

นอกจากนี้ยังมีการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาโดยจำแนกตามระดับของความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่มีความร่วมมือในการใช้ยาในระดับมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 ซึ่งหมายถึงกลุ่มที่มีความร่วมมือในการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ และกลุ่มที่มีความร่วมมือในการใช้ยาในระดับน้อยกว่าร้อยละ 80 ซึ่งหมายถึงกลุ่มที่มีความร่วมมือในการใช้ยาอย่างไม่สม่ำเสมอ โดยอ้างอิงการจำแนกระดับความร่วมมือในการใช้ยาจากการศึกษาของสุภาพร แนวนบุตร (Naewbood, 2005) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกินยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 187 คน ซึ่งได้มีการจำแนกผู้ป่วยที่กินยาอย่างสม่ำเสมอคือ มีความร่วมมือในการรับประทานยามากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 และผู้ป่วยที่กินยาไม่สม่ำเสมอคือ มีความร่วมมือในการรับประทานยาน้อยกว่าร้อยละ 80 เหตุผลที่ใช้เกณฑ์ที่ระดับร้อยละ 80 เนื่องจากการศึกษาส่วนใหญ่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง จะใช้เกณฑ์ที่ระดับร้อยละ 80 และยังไม่มีการศึกษาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย และผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังส่วนใหญ่มักมีปัญหาความดันโลหิตสูงร่วมด้วย ดังนั้นจึงเลือกใช้เกณฑ์การจำแนกระดับความร่วมมือที่ระดับร้อยละ 80 ตามการศึกษาดังกล่าว

การวิเคราะห์และการประเมินผล

วิเคราะห์ข้อมูลและทดสอบค่าทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ SPSS version 16.0 for Windows โดยนำเสนอข้อมูลในรูปแบบค่าเฉลี่ย ความถี่และร้อยละ ทดสอบการกระจายของข้อมูลโดยใช้ Kolmogorow-Smirnov test ใช้ Wilcoxon signed-rank test ทดสอบความแตกต่างระหว่างร้อยละความร่วมมือในการใช้ยาก่อนและหลังให้คำปรึกษาด้านยา

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้มีการวิเคราะห์เพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยพื้นฐานของผู้ป่วยว่ามีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาหรือไม่โดยใช้ Mann-Whitney U test สำหรับทดสอบปัจจัยพื้นฐานด้าน เพศ ศาสนา และการได้รับคำปรึกษาด้านยามาก่อนต่อความร่วมมือในการใช้ยา ใช้ Kruskal-Wallis test สำหรับทดสอบปัจจัยพื้นฐานด้านระดับการศึกษาต่อความร่วมมือในการใช้ยา ส่วนปัจจัยพื้นฐานด้านอายุ และจำนวนรายการยาที่ได้รับต่อความร่วมมือในการใช้ยา ใช้ Pearson's correlation และปัจจัยด้านจำนวนโรคร่วมใช้ Spearman's correlation

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่า มีผู้ผ่านเข้าเกณฑ์การวิจัย 73 ราย แต่มีผู้ที่ไม่สามารถติดตามข้อมูลหลังทำการรักษาได้จำนวน 13 ราย ดังนั้นจึงเหลือผู้เข้าร่วมการศึกษา 60 ราย โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี อายุเฉลี่ย 55.77 ± 12.23 ปี ดัชนีมวลกาย (body mass index; BMI) เฉลี่ย $23.36 \pm 4.50 \text{ kg/m}^2$ จำนวนโรคร่วมส่วนใหญ่ 2 โรค จำนวนรายการยาที่ได้รับโดยเฉลี่ย 9 รายการ มีประวัติการใช้สมุนไพรหรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหารร่วมด้วยจำนวน 5 ราย (ร้อยละ 8.33) และประมาณครึ่งหนึ่งของผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด (ร้อยละ 51.67) เคยได้รับการให้คำปรึกษาด้านยาจากเภสัชกรมาก่อน ดังตารางที่ 1 โดยมีระยะเวลาห่างนัดพบครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ห่างกันโดยเฉลี่ย 52 วัน จากการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยก่อนให้คำปรึกษาด้านยาโดยใช้วิธีนับเม็ดยาคงเหลือพบว่า ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาโดยรวมร้อยละ 75.64 ± 15.19 เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาในระดับต่างๆ พบว่ามีเพียงร้อยละ 45 ที่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอในระดับมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 และเมื่อประเมินความร่วมมือในการใช้ยาประเภทต่างๆ

ก่อนให้คำปรึกษาด้านยาโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ พบว่าผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการใช้ยาในด้านการไม่ใช้ยาน้อยกว่าที่กำหนดร้อยละ 87.59 ± 13.56 ซึ่งต่ำกว่าด้านอื่นๆ โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 71.67 ให้ความร่วมมือในการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอในด้านการไม่ใช้ยาน้อยกว่าที่กำหนดในระดับมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 ส่วนความร่วมมือในการใช้ยาในด้านอื่นๆ ได้แก่ การไม่ใช้ยามากกว่าที่กำหนด การไม่ใช้ยาในเวลาที่ไม่เหมาะสมและการไม่ใช้ยาเสื่อมคุณภาพหรือหมดอายุ พบว่าผู้ป่วยทั้งหมด (ร้อยละ 100) ให้ความร่วมมือในการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอในด้านดังกล่าวในระดับมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 สำหรับความร่วมมือในการใช้ยาในด้านการไม่ใช้ยาผิดเทคนิคของการบริหารหรือผิดวิธีทาง พบว่ามีผู้ป่วยร้อยละ 98.33 ให้ความร่วมมือในการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอในระดับมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 ดังตารางที่ 2 นอกจากนี้จากการสัมภาษณ์เพิ่มเติม พบว่ามีผู้ป่วยจำนวน 2 ราย (ร้อยละ 3.33) ที่ใช้ยาหรือสมุนไพรที่มีผลต่อการทำงานของไตนอกเหนือจากที่แพทย์สั่ง

หลังการให้คำปรึกษาด้านยาพบว่าผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาโดยรวมร้อยละ 87.99 ± 9.36 ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากก่อนให้คำปรึกษาด้านยาที่มีความร่วมมือร้อยละ 75.64 ± 15.19 ($p < 0.001$) โดยมีจำนวนผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอในระดับมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 45 ก่อนได้รับคำปรึกษาด้านยาเป็นร้อยละ 81.67 หลังได้รับคำปรึกษาด้านยา ส่วนความร่วมมือในการใช้ยาประเภทต่างๆ ที่ได้จากการสัมภาษณ์ พบว่าการไม่ใช้ยาน้อยกว่าที่กำหนด หลังคำปรึกษาด้านยาที่มีความร่วมมือในการใช้ยาร้อยละ 96.83 ± 5.28 ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากก่อนให้คำปรึกษาด้านยาที่มีความร่วมมือร้อยละ 87.59 ± 13.56 ($p < 0.001$) โดยมีจำนวนผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอในระดับมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 71.67

เป็นร้อยละ 100 หลังได้รับคำปรึกษาด้านยา ส่วนการไม่ใช้ยามากกว่าที่กำหนด การไม่ใช้ยาในเวลาที่ไม่เหมาะสม การไม่ใช้ยาผิดเทคนิคของการบริหารหรือผิดวิธีทาง และการไม่ใช้ยาเสื่อมคุณภาพหรือหมดอายุ หลังให้คำปรึกษาด้านยาผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยา ร้อยละ 99.72 ± 2.15 , 99.85 ± 1.14 , 99.58 ± 3.23 และ 100.00 ตามลำดับ ซึ่งเพิ่มขึ้นจากก่อนให้คำปรึกษาด้านยาแต่ไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.249$, 0.655, 0.416 และ 0.317 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 2

เมื่อวิเคราะห์เพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา พบว่าปัจจัยพื้นฐานของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย ศาสนา จำนวนโรคร่วม ระดับการศึกษา จำนวนรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับและการได้รับคำปรึกษาด้านการใช้ยามาก่อน ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา

อภิปรายผลการศึกษา

จากการศึกษาถึงผลการให้คำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตทางช่องท้องต่อความร่วมมือในการใช้ยา พบว่าหลังให้คำปรึกษาด้านยาผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาโดยรวมโดยการนับเม็ดยาคงเหลือเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ก่อนให้คำปรึกษาด้านยาร้อยละ 75.64 ± 15.19 หลังให้คำปรึกษาด้านยาร้อยละ 87.99 ± 9.36 ; $p < 0.001$) แต่เมื่อประเมินความร่วมมือในการใช้ยาโดยการสัมภาษณ์ และจำแนกประเภทของความร่วมมือในการใช้ยาพบว่า หลังให้คำปรึกษาด้านยาผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาในด้านการไม่ใช้ยาน้อยกว่าที่กำหนดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ก่อนให้คำปรึกษาด้านยาร้อยละ 87.59 ± 13.56 หลังให้คำปรึกษาด้านยาร้อยละ 96.83 ± 5.28 ; $p < 0.001$) ส่วนประเภทของความร่วมมือในการใช้ยาในด้านอื่นๆ คือการไม่ใช้ยามากกว่าที่กำหนด ไม่ใช้

ยาในเวลาที่ไม่เหมาะสม ไม่ใช้ยาผิดเทคนิคของการบริหารหรือผิดวิธีทางและไม่ใช้ยาเสื่อมคุณภาพหรือหมดอายุ ไม่แตกต่างกันระหว่างก่อนและหลังให้คำปรึกษาด้านยา ทั้งนี้อาจเกิดจากความคลาดเคลื่อนในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยบางรายในระยะเวลาที่จำกัด และการตอบคำถามของผู้ป่วยที่ไม่ได้สะท้อนวิธีการรับประทานยาจริง ๆ เนื่องจากความเร่งรีบและปัญหาด้านความจำของผู้ป่วยเอง ทำให้ผู้ป่วยมักตอบตามวิธีการใช้ยาจากหน้าซองยา ทำให้ผลการศึกษาที่ได้ อาจคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง รวมทั้งมีผู้ป่วยประมาณครึ่งหนึ่งของทั้งหมดเคยได้รับคำปรึกษาด้านยามาก่อน ซึ่งอาจทำให้เห็นความแตกต่างไม่ชัดเจนนัก อย่างไรก็ตามรูปแบบการให้คำแนะนำในการศึกษานี้ มีความแตกต่างจากเดิมที่ผู้ป่วยเคยได้รับมาก่อนซึ่งมีข้อจำกัดเรื่องบุคลากรและเวลาในการให้คำแนะนำ ทำให้ไม่สามารถให้คำแนะนำได้อย่างเป็นระบบ และครอบคลุมทุกประเด็น โดยในการศึกษาครั้งนี้ได้พัฒนาคู่มือแนวทางการให้คำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายขึ้นซึ่งครอบคลุมเรื่องโรคและยาที่ใช้ในการรักษาโรคไตเรื้อรัง อาการข้างเคียงจากการใช้ยา ภาวะแทรกซ้อนจากโรคไตเรื้อรัง การรับประทานอาหารและแนวทางปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยให้คำแนะนำแบบเฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยแต่ละราย รวมทั้งแนะนำยาที่มีผลต่อไตและยาที่ควรหลีกเลี่ยงในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง นอกจากการให้คำแนะนำดังกล่าวแล้ว ยังสืบค้นหาปัญหาด้านยาโดยเฉพาะปัญหาที่ทำให้เกิดความไม่ร่วมมือในการใช้ยา ติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยทั้งวิธีใช้ยา เก็บยา นับจำนวนเม็ดยาและสัมภาษณ์เพื่อสืบค้นหาเหตุการณ์ไม่ร่วมมือในการใช้ยาเพื่อแก้ปัญหาให้ตรงประเด็นสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย โดยใช้เวลาในการให้คำปรึกษาด้านยาและการปฏิบัติตัวโดยเฉลี่ยประมาณ 30-40 นาทีต่อราย ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี อาจเนื่องจากรับรู้ถึงความใส่ใจของเภสัชกรขณะให้คำแนะนำ และเห็นประโยชน์

ที่จะเกิดขึ้นหากให้ความร่วมมือในการใช้ยาโดยทำตามคำแนะนำดังกล่าว

จากผลการศึกษาจะเห็นว่าความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยก่อนการได้รับคำปรึกษาด้านยา ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาโดยรวมโดยการนับเม็ดยาเฉลี่ยร้อยละ 75.64±15.19 เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาระดับต่างๆ พบว่ามีเพียงร้อยละ 45 ที่มีความร่วมมือในการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอในระดับมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 นั่นคือผู้ป่วยมีอัตราความไม่ร่วมมือในการใช้ยาร้อยละ 55 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Long JM และคณะ (Long *et al.*, 1998) ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดจำนวน 26 ราย ซึ่งส่วนใหญ่อายุมากกว่า 65 ปี พบอัตราความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายอยู่ระหว่างร้อยละ 40-60 และสอดคล้องกับการศึกษาของ Neri และคณะ (Neri *et al.*, 2011) ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจำนวน 1,238 ราย ซึ่งมีค่ากลางของอายุผู้ป่วยเท่ากับ 67 ปี พบอัตราความร่วมมือในการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอร้อยละ 48 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษานี้ (ร้อยละ 45)

เมื่อประเมินความร่วมมือในการใช้ยาหลังการให้คำปรึกษาด้านยา พบว่าผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาโดยรวมเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มนสิดา อารีกุล (Areekul, 1999) ที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจำนวน 57 ราย ซึ่งพบว่าการให้คำปรึกษาด้านยาโดยเภสัชกรสามารถเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา ความรู้ความเข้าใจเรื่องการใช้ยา และการปฏิบัติตัวได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และช่วยแก้ไขปัญหาก็เกี่ยวข้องกับการใช้ยาของผู้ป่วยได้ เช่น ปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยา (ร้อยละ 79.87) ปัญหาอันตรายของยา (ร้อยละ 70.10) และปัญหาอาการไม่พึงประสงค์จากยา (ร้อยละ 66.67)

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย พบว่า เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย ศาสนา ระดับการศึกษา จำนวนโรครวม จำนวนรายการยาที่ได้รับและการที่ผู้ป่วยเคยได้รับคำปรึกษาด้านยาจากเภสัชกรมาก่อน ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย ซึ่งผลของการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Graveley และ Oseasohn (Graveley and Oseasohn, 1991) ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอายุมากกว่า 65 ปี จำนวน 249 รายซึ่งได้รับยา 1-7 ชนิด ที่พบว่าเมื่อผู้ป่วยได้รับยาจำนวนเพิ่มขึ้น ความร่วมมือในการใช้ยาจะลดลง และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Manley และคณะ (Manley *et al.*, 2003) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อปัญหาด้านการใช้ยาในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจำนวน 133 ราย พบว่าจำนวนโรคแทรกซ้อนที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับปัญหาด้านการใช้ยาที่เพิ่มขึ้น ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากจำนวนผู้เข้าร่วมการศึกษามีจำนวนน้อย เนื่องจากระยะเวลาในการศึกษาที่จำกัด รวมทั้งมีผู้ป่วยจำนวน 13 รายที่ไม่สามารถติดตามข้อมูลได้ โดยผู้ป่วยบางรายไม่นำยาที่ใช้อยู่มาด้วย แม้ว่าได้มีการติดต่อสื่อสารโดยการโทรศัพท์แจ้งเตือนแล้วก็ตาม จึงทำให้ไม่สามารถเก็บข้อมูลผู้ป่วยรายนั้นได้ ผู้ป่วยบางรายก็ไม่สามารถติดต่อได้ ส่งผลให้เก็บข้อมูลของผู้ป่วยไม่ครบทุกรายตามที่ได้วางแผนไว้

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม คือ ควรทำการศึกษาในผู้ป่วยจำนวนมากขึ้นโดยขยายระยะเวลาในการเก็บข้อมูล เพื่อเก็บข้อมูลในผู้ป่วยทุกรายที่คลินิกบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี เพื่อให้สามารถสรุปผลจากการศึกษาได้ชัดเจนและสามารถนำข้อมูลจากการศึกษาไปประยุกต์ใช้กับประชากรส่วนใหญ่ได้ และอาจประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยด้วยวิธีอื่นๆ เพิ่มเติม เช่น ให้ผู้ป่วยทำบันทึกเวลารับประทานยาด้วยตนเอง หรือใช้ Visual analogue scale (VAS) (Sonthisombat *et al.*, 2012)

เพื่อให้ประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยให้ใกล้เคียงความเป็นจริงมากที่สุด

สรุปผลการวิจัย

การให้คำปรึกษาด้านยาโดยเภสัชกรในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตทางหน้าท้องสามารถเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยได้ โดยความร่วมมือในการใช้ยาที่เพิ่มขึ้นจะมีผลช่วยให้การรักษามีประสิทธิภาพมากขึ้น และลดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ดังนั้นเภสัชกรจึงควรมีบทบาทสำคัญในการให้คำปรึกษาด้านยา ตลอดจนสืบค้นปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาและหาทางป้องกันหรือแก้ไข และทำให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักและเห็นคุณค่าของการรักษาและเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีผลการรักษาเป็นไปตามเป้าหมายและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

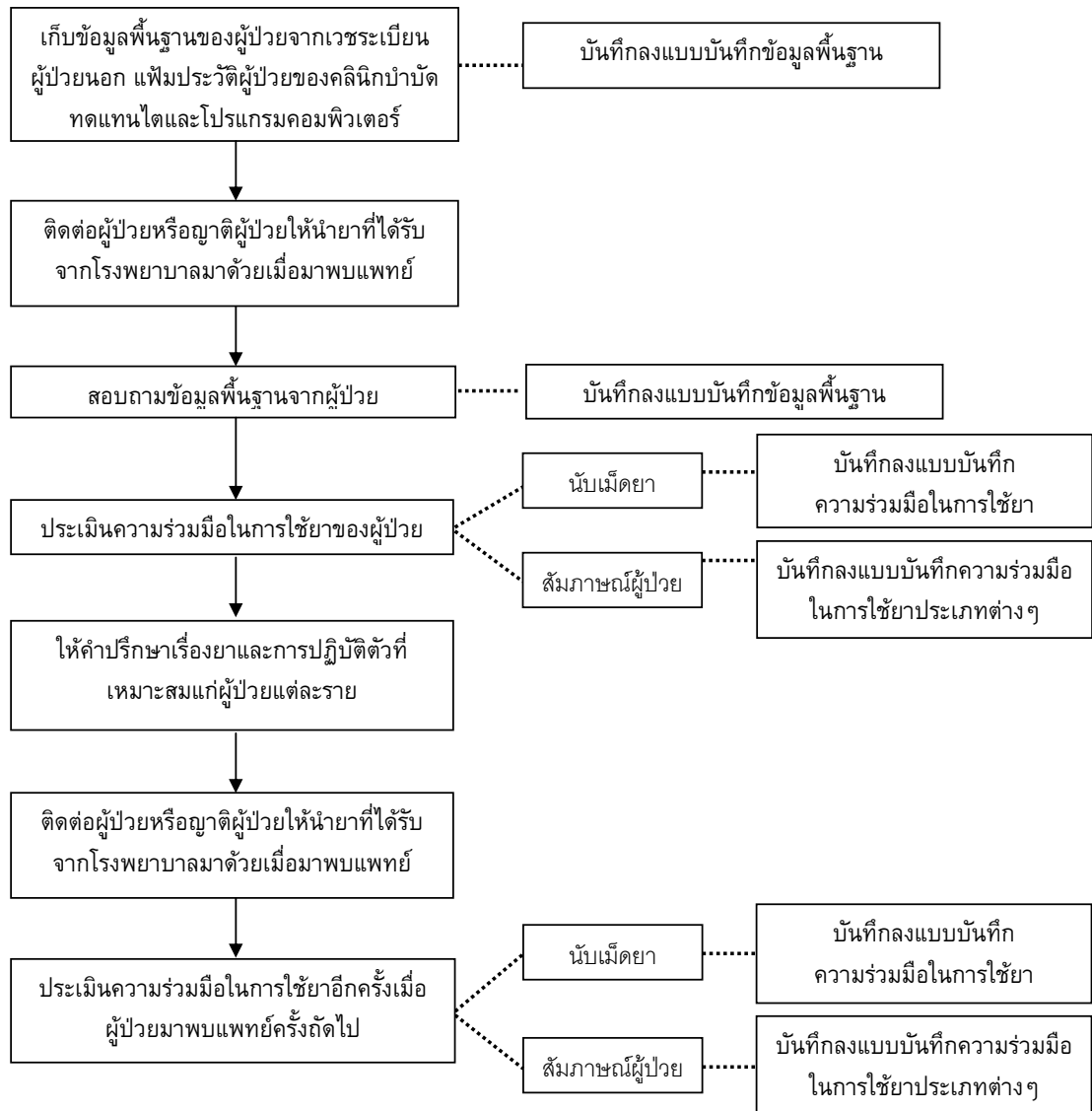
ขอขอบคุณโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ที่ให้ความอนุเคราะห์สถานที่และความสะดวกในการศึกษาวิจัยและขอขอบคุณ ญญ.อาทิตยา ไทพาณิชย์ เภสัชกรประจำโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ที่ได้ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการดำเนินงานวิจัย รวมทั้งช่วยแก้ไขปัญหาคงที่พบระหว่างการดำเนินงาน ตลอดจนให้คำแนะนำและให้ความเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษานี้

References

- Areekul M. Pharmacist's patient counseling in hemodialysis patients at Pramongkutk-
ow and Rajavith hospital [Online]. [cited
2014 Mar 13]. Available from: <http://www.thaithesis.org/detail.php?id=1082542000694>.

- Benjapalakorn C. Manual of chronic ambulatory peritoneal dialysis patients. Nonthaburi: Beyond Enterprises Ltd; 2010.
- Bernardini J, Nagy M, Piraino B. Pattern of non-compliance with dialysis exchanges in peritoneal dialysis patients. *Am J Kidney Dis* 2000; 35(6): 1104-1110.
- Burnier M, Pruijm M, Wuerzner G, Santschi V. Drug adherence in chronic kidney disease and dialysis. *Nephrol Dial Transplant* 2014; 0: 1-6.
- Cochran WG. Sampling techniques. 2nd ed. New York: John Wiley and Sons; 1963.
- Eiam-ong S. Nephrology volume 1. Bangkok: Text and journal publication; 2000.
- Figueiredo AE, Santos KS, Cruetzberg M. Compliance in peritoneal dialysis measured by supply inventories. *Adv Perit Dial* 2005; 21: 77-79.
- Friedman LM, Furberg CD, DeMets DL. Fundamentals of clinical trials. 3rd ed. New York: Springer-Verlag New York Inc., 1998. p.110-111.
- Graveley EA, Oseasohn CS. Multiple drug regimens: medication compliance among veterans 65 years and older. *Res Nurs Health* 1991;98: 51-58.
- Intarampan W, Supasyndh O. Nutrition for dialysis patients. *J Nephrol Soc Thai* 2005; 19(37): 1-36
- Long JM, Kee CC, Graham MV, Saethang TB, Dames FD. Medication compliance and the older hemodialysis patient. *ANNA J* 1998;1: 43-49.
- Manley HJ, McClaran ML, Overbay DK, et al. Factors associated with medication-related problems in ambulatory hemodialysis patients. *Am J Kidney Dis* 2003; 41: 386-393.
- Montakantikul P, Sonthisombat P, Pattarachayakul S, et al. Pharmacist manual: care for HIV/AIDs patients. 2nd ed. Bangkok: Prachachon company; 2008.
- Moore DS, McCabe GP. Introduction to the practice of statistics. 3rd ed. New york: W.H. Freeman and company, 1998.
- Naewbood S. Factors related to medication adherence among persons with hypertension [Online]. 2005 [cited 2013 Mar 13]. Available from: <http://www.thaithesis.org>.
- Neri L, Martini A, Andreucci VE, Gallieni M. Regimen complexity and prescription adherence in dialysis patients. *Am J Nephrol* 2011; 34: 7176.
- Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med* 2005; 353: 487-497.
- Sevick MA, Levine DW, Burkart JM, et al. Measurement of continuous ambulatory peritoneal dialysis prescription adherence using a novel approach. *Perit Dial Int* 1999; 19(1): 23-30.
- Sonthisombat P, Pattarachayakul S, Puttilerpong C, et al. Pharmacist manual: care for HIV/AIDs patients. 3rd ed. Bangkok: Prachachon company; 2012. p.350-352.
- Sthapornnanon N. Medication non adherence. *Thai Bull Pharm Sci* 2012; 7: 1-17.

- Supasyndh O. Food, nutrition and chronic kidney disease. *Srinagarind Med J* 2007; 22(suppl): 90-98.
- The nephrology society of Thailand. Manual of patient care in early stage of chronic kidney disease. Bangkok: Union Ultra-violet Publisher Co Ltd; 2012.
- The nephrology society of Thailand. Practice guideline for chronic kidney disease before starting dialysis 2009. Bangkok: Boehringer Ingelheim (Thai) Ltd; 2009.
- The nephrology society of Thailand. Thailand renal replacement therapy year 2011 [Online]. [cited 2013 Jan 3]. Available from:[http:// www.nephrothai.org/nephrothai_boffice/images_upload/news/391/files/trt2011 .pdf](http://www.nephrothai.org/nephrothai_boffice/images_upload/news/391/files/trt2011.pdf).
- Trakarnkitwichit U. Effects of inpatient drug counseling on compliance of asthmatic or COPD patients at Samutprakarn hospital [M.S. Thesis in Clinical Pharmacy]. Nakhonpathom: Graduate School, Silpakorn University; 2002.



รูปที่ 1 รายละเอียดวิธีดำเนินการเก็บข้อมูล

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปของผู้เข้าร่วมการศึกษา

ลักษณะข้อมูล (n=60)	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ: หญิง	32 (53.33)
อายุ: ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (ปี)	55.77 $\pm$ 12.23
น้อยกว่า 40 ปี	5 (8.33)
40-49 ปี	12 (20)
50-59 ปี	19 (31.67)
มากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี	24 (40)
ดัชนีมวลกาย (body mass index; BMI) (kg/m ²): ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	23.36 $\pm$ 4.50
ศาสนา	
พุทธ	45 (75)
อิสลาม	15 (25)
ระดับการศึกษา	
ไม่ได้เข้ารับการศึกษ	2 (3.33)
ประถมศึกษา	41 (68.33)
มัธยมศึกษา	8 (13.33)
ปริญญาตรี	9 (15)
จำนวนโรคร่วม*	
ไม่มีโรคร่วม	8 (13.33)
1 โรค	12 (20)
2 โรค	26 (43.33)
3 โรค	13 (21.67)
4 โรค	1 (1.67)
ประวัติการสูบบุหรี่	
ไม่สูบบุหรี่	60 (100)
ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์	
ไม่ดื่มแอลกอฮอล์	60 (100)
ใช้สมุนไพรหรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร	5 (8.33)
เคยได้รับการให้คำปรึกษาด้านการใช้ยา	31 (51.67)
จำนวนรายการยาที่ได้รับ**: ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	8.72 $\pm$ 2.31

*โรคร่วม ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไขมันในเลือดสูง

**รายการยาที่ได้รับ ได้แก่ insulin, diuretics, angiotensin converting enzyme inhibitors / angiotensin II receptor blockers (ACEIs/ARB), erythropoietin (EPO), potassium chloride, sodium polystyrene sulfonate resin, vitamin D₃, sodium bicarbonate, ferrous sulfate, folic acid, simvastatin/atorvastatin

ตารางที่ 2 ร้อยละความร่วมมือในการใช้ยาและจำนวนผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาในระดับต่างๆ ก่อนและหลังการให้คำปรึกษาด้านยาโดยเภสัชกร

ความร่วมมือในการใช้ยา (n=60)	ก่อนการให้คำปรึกษาด้านยา		หลังการให้คำปรึกษาด้านยา		ความแตกต่าง ของค่าร้อยละโดย p-value*			
	ร้อยละ โดยเฉลี่ย (mean±SD)	จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ) ที่ให้ ความร่วมมือในการใช้ยาใน ระดับต่าง ๆ	ร้อยละ โดยเฉลี่ย (mean±SD)	จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ) ที่ ให้ความร่วมมือในการใช้ ยาในระดับต่าง ๆ				
		< 80 %		≥ 80 %		< 80 %	≥ 80 %	
ความร่วมมือในการใช้ยาโดยรวม (ประเมินโดยใช้การนับเม็ดยา คงเหลือ)	75.64±15.19	33 (55)	27 (45)	87.99±9.36	11 (18.33)	49 (81.67)	12.35±14.85	<0.001
ความร่วมมือในการใช้ยาประเภท ต่าง ๆ								
(ประเมินโดยการสัมภาษณ์)								
- ไม่ใช่น้อยกว่าที่กำหนด	87.59±13.56	17 (28.33)	43 (71.67)	96.83±5.28	0 (0)	60 (100)	9.25±13.74	<0.001
- ไม่ใช่มากกว่าที่กำหนด	98.90±3.86	0 (0)	60 (100)	99.72±2.15	0 (0)	60 (100)	0.83±4.49	0.249
- ไม่ใช่นานเวลาที่เหมาะสม	99.83±1.29	0 (0)	60 (100)	99.85±1.14	0 (0)	60 (100)	0.02±1.74	0.655
- ไม่ใช่วิธีเทคนิคของการ บริหารหรือผิดวิธีทาง	98.95±4.27	1 (1.67)	59 (98.33)	99.58±3.23	1 (1.67)	59 (98.33)	0.64±5.43	0.416
บริหารหรือผิดวิถีทาง								
- ไม่ใช้ยาเสื่อมคุณภาพหรือ หมดอายุ	99.83±1.29	0 (0)	60 (100)	100.00	0 (0)	60 (100)	0.17±1.29	0.317

หมายเหตุ: * เปรียบเทียบความร่วมมือในการใช้ยาก่อน-หลังการให้คำปรึกษา ด้วย Wilcoxon signed-rank test