

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยสหวิชาชีพ ณ โรงพยาบาลนางรอง

สุภาภรณ์ แก้วชนะ¹, วรรัตน์ อนุสรณ์เสงี่ยม²

¹กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์

²หน่วยปฏิบัติการวิจัยเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 โดยทีมสหวิชาชีพ ที่คลินิกโรคไตเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก **วิธีการ:** การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยใช้การสนทนากลุ่มในทีมสหวิชาชีพ จำนวน 9 คน เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 การศึกษานำรูปแบบที่ได้ไปปฏิบัติที่คลินิกโรคไตในผู้ป่วย 29 ราย การศึกษาประเมินผลในด้านความรู้ พฤติกรรมการปฏิบัติตัว ความพึงพอใจ และผลลัพธ์ทางคลินิกโดยเปรียบเทียบก่อนและหลังการปรับรูปแบบการดูแลผู้ป่วย โดยใช้ระยะเวลาในการศึกษา 7 เดือน **ผลการวิจัย:** ปัญหาการใช้ยาที่พบส่วนใหญ่คือ การเก็บรักษายาไม่ถูกต้อง (ร้อยละ 17.65) การรับประทานยาไม่ถูกต้อง (ร้อยละ 14.71) การแกะเม็ดยาเนื่องจากกลืนเนื้อมีย่อยแรง (ร้อยละ 14.71) และผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังยังขาดความรู้ในเรื่องโรค อาหาร ยา และสมุนไพร หลังใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโดยการมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพ ความรู้เรื่องโรคของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) จาก 9.83 ± 2.14 เป็น 12.52 ± 1.47 คะแนน พฤติกรรมในการปฏิบัติตัวเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.002$) จาก 46.52 ± 4.42 เป็น 49.41 ± 4.98 คะแนน ความพึงพอใจต่อการรับบริการของผู้ป่วยก็เพิ่มขึ้นเช่นกัน แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในเรื่องความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและคลายตัว ($P = 0.288$, $P = 0.768$ ตามลำดับ) ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร ($P = 0.453$) อัตราการกรองของไต ($P = 0.092$) ส่วนค่า serum creatinine ($P = 0.037$) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม หลังการปรับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยพบผู้ป่วยที่มีค่าอัตราการกรองของไตดีขึ้น 3 ราย ค่าอัตราการกรองของไตไม่เปลี่ยนแปลง 18 ราย และค่าอัตราการกรองของไตลดลง 8 ราย **สรุป:** รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังแบบทีมสหวิชาชีพช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรคไตและการปฏิบัติตัวเพิ่มขึ้น ซึ่งน่าจะส่งผลช่วยชะลอการเสื่อมของไตและทำให้ผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: สหวิชาชีพ การวิจัยเชิงปฏิบัติการ โรคไตเรื้อรัง บริบาลเภสัชกรรม

รับต้นฉบับ: 6 มิ.ย. 2562, ได้รับบทความฉบับปรับปรุง: 30 ก.ค. 2562, รั้งลงตีพิมพ์: 12 ส.ค. 2562

ผู้ประสานงานบทความ: สุภาภรณ์ แก้วชนะ กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลนางรอง ตำบลนางรอง อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ **E-mail:** kaewchna2@gmail.com

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

Supaporn Kaewchana¹, Wanarat Anusornsangiam²

¹Pharmacy Department, Nang Rong Hospital, Buriram

²Clinical Pharmacy Research Unit, Faculty of Pharmacy, Maharakam University

Abstract

Objective: To develop the care model for patients with stage 3-4 chronic kidney disease (CKD) by multidisciplinary team at CKD clinic in outpatient department. **Method:** This study was an action research by using focus group discussions in 9 members of multidisciplinary teams to develop the care model for patients with stage 3-4 chronic kidney disease. The study implemented the model in 29 patients in CKD clinics. The study evaluated the model by comparing the levels of knowledge, self-care behavior, satisfaction, and clinical outcomes results measured before and after model implementation for 7 months. **Results:** The most common drug related problems were inappropriate drug storage (17.65%), inaccurate drug use (14.71%), problem in taking pills out of blister due to weak hand muscles (14.71%) and lack of knowledge on disease, food, drugs and herbal medicines. After implementation of the care model with the participation of multidisciplinary, knowledge on the disease of the patients increased significantly ($P < 0.001$) from 9.83 ± 2.14 to 12.52 ± 1.47 . Scores of self-care behavior increased significantly ($P=0.002$) from 46.52 ± 4.42 to 49.41 ± 4.98 . The satisfaction score for patient services also increased, There were no statistically significant difference in systolic and diastolic blood pressure ($P=0.288$, $P=0.768$, respectively), fasting blood glucose levels ($P=0.453$), glomerular filtration rate (GFR) ($P=0.092$), while serum creatinine ($P=0.037$) was significantly different. However, after the implementation of the care model, there were 3 patients with an improved GFR, 18 with an unchanged GFR and 8 with a decreased GFR. **Conclusion:** The multidisciplinary care model for CKD improved patients' knowledge on kidney disease and self-care behavior, which is likely to slow the deterioration of the kidneys and improve clinical outcomes.

Keywords: multidisciplinary, action research, chronic kidney disease, pharmaceutical care

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (chronic kidney diseases: CKD) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ซึ่งสาเหตุของโรคไตเรื้อรังที่พบบ่อยเกิดจากโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงถ้าไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม โดยพบความเสี่ยงต่อการเกิด CKD ตั้งแต่ระยะที่ 3 ขึ้นไปประมาณ 1.9 และ 1.6 เท่าตามลำดับ (1) การศึกษาของ Thai SEEK (2) โดยสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ในปี พ.ศ.2552 พบความชุกของ CKD ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 17.5 (ร้อยละ 16.3 ในเพศชาย และร้อยละ 18.7 ในเพศหญิง) อีกทั้ง CKD ในระยะแรกมักไม่พบอาการผิดปกติ ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคไต โดยมักตรวจพบเมื่อโรคดำเนินไปมากแล้วหรือเมื่อโรคดำเนินเข้าสู่ระยะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (end stage renal disease, ESRD) ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ รวมถึงเกิดค่าใช้จ่ายในการบำบัดทดแทนทางไตโดยการล้างไตทางช่องท้อง หรือการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเฉลี่ย 240,000 บาทต่อคนต่อปี ค่าใช้จ่ายนี้ยังไม่รวมค่ายาและค่าใช้จ่ายทางอ้อมอื่น ๆ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต้องใช้งบประมาณการล้างไตเป็นการเฉพาะแยกจากงบประมาณทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัวในปีงบประมาณ 2558 สูงถึง 5,247 ล้านบาท และเพิ่มสูงขึ้นเป็น 6,318 ล้านบาทในปี พ.ศ.2559 (1)

พฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วย CKD ยังไม่เหมาะสมเนื่องจากผู้ป่วยต้องใช้ยาจำนวนมาก จึงเกิดความเบื่อหน่ายทั้งความเคยชินทำให้ผู้ป่วยไม่อ่านฉลากยาก่อนใช้ยาทุกครั้ง ซึ่งเป็นอันตรายได้ในกรณีที่แพทย์ปรับเปลี่ยนชนิดจำนวนยาและมียา (3) นอกจากนี้ผู้ป่วย CKD มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะการทำงานของไตลดลงของไต การใช้ยาที่มีรายการและปริมาณยาจำนวนมาก ภาวะการไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกายจากอาหารที่รับประทาน และการขาดการออกกำลังกาย ดังนั้น ผู้ป่วย CKD ควรได้รับการดูแลจากสหวิชาชีพได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด และเครือข่ายในชุมชน เพื่อช่วยชะลอการเสื่อมของไต (4-5)

ปัญหาที่พบส่วนใหญ่ในผู้ป่วย CKD ที่คลินิกโรคไตของโรงพยาบาลนางรอง คือ การรับประทานยาไม่ถูกต้อง ผู้ป่วยมาก่อนนัดเนื่องจากยาหมดหรือพบยาเหลือจำนวนมาก นอกจากนี้ ผู้ป่วยส่วนมากเป็นผู้สูงอายุที่ได้รับยาจำนวนมากหลายรายการ ทำให้เกิดความสับสนในการ

รับประทานยาโดยเฉพาะเวลาแพทย์สั่งปรับวิธีการรับประทานยาหรือเปลี่ยนยาตัวใหม่ หรือมีการเปลี่ยนรูปแบบแผนยาเนื่องจากเปลี่ยนบริษัทที่สั่งซื้อ หรือผู้ป่วยลืมรับประทานยา ปัญหาต่างๆ เหล่านี้อาจก่อให้เกิดปัญหาด้านการรักษาหรืออาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การให้บริการทางเภสัชกรรมตามปกติของโรงพยาบาลเป็นเพียงการจ่ายยา และให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยที่ห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอก ยังไม่มีการออกเยี่ยมบ้านเพื่อค้นหาปัญหาจากการใช้ยาที่แท้จริงของผู้ป่วยที่บ้าน การบริการเน้นให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดเป็นหลักเพื่อติดตามอาการ ทำให้ผู้ป่วยบางรายที่ควบคุมอาการไม่ได้ต้องเพิ่มชนิดหรือขนาดของยา ซึ่งเพิ่มโอกาสเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและความไม่ร่วมมือจากการใช้ยา การเยี่ยมบ้านของเภสัชกรปฐมภูมิน่าจะทำให้ทราบปัญหาของผู้ป่วย และสามารถนำข้อมูลมาพัฒนาการดูแลผู้ป่วย CKD วัตถุประสงค์หลักของการวิจัยนี้คือการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย CKD ระยะที่ 3-4 โดยการมีส่วนร่วมของทีมนสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักโภชนาการ ที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลนางรอง และศึกษาผลการใช้รูปแบบดังกล่าวต่อความรู้ พฤติกรรมการปฏิบัติตัว ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยได้แก่ อัตราการกรองของไต (estimated glomerular filtration rate หรือ eGFR), serum creatinine (SCr) ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting blood sugar; FBS) และความพึงพอใจของผู้ป่วย

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการที่ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่การรับรอง 081/2561 ลงวันที่ 25 กรกฎาคม 2561

ขั้นตอนการวางแผน

ในขั้นตอนการวางแผน ผู้วิจัยค้นหาและเลือกผู้ป่วย CKD ระยะที่ 3-4 แบบเฉพาะเจาะจง (6) ตามเกณฑ์การคัดตัวอย่างเข้าการศึกษา ได้แก่ เป็นผู้ที่มารับบริการที่คลินิกโรคไตของโรงพยาบาลนางรอง ซึ่งเปิดให้บริการวันอังคารถึงวันพฤหัสบดี เวลา 08.30-15.00 น. โดยต้องมีอายุ 18 ปีขึ้นไป และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น CKD ระยะที่ 3-4 (eGFR 15-59 ml/min/1.73m²) ตามเกณฑ์ของ KDIGO ปี 2012 (7) ผู้ต้องรับประทานยาไม่ถูกต้อง มียาเหลือจำนวนมาก หรือมาผิดนัด มีโรคร่วมคือโรคเบาหวานและ/หรือโรค

ความดันโลหิตสูง สามารถสื่อสารได้เข้าใจ ไม่มีความผิดปกติด้านการรับรู้ หรือมีผู้ดูแลที่สามารถตอบคำถามได้ ตลอดจนผู้ป่วยยินยอมและเต็มใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออกจากการศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคไตวายเฉียบพลัน โรคประจำตัวทุกชนิด ในทุกระยะ หรือโรคทางจิตเวช ผู้ป่วยที่ดื้อต่อการรักษาและให้หมอบุตร ผู้ป่วยที่ย้ายถิ่นฐานหรือเสียชีวิต

ในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยพบผู้ป่วยครั้งที่ 1 และสัมภาษณ์เชิงลึกแบบมีโครงสร้างในประเด็นการรับบริการทางเลือกในการรักษา การดูแลตัวเอง และความรู้สึกการรับประทายยาของผู้ป่วย หลังจากนั้น ใช้แบบสอบถาม 1) ความรู้เรื่อง CKD ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง ของปิ่นแก้ว กล้ายประยงค์ (13) ประกอบด้วยคำถาม 14 ข้อ คะแนนเต็ม 14 คะแนน 2) พฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย CKD ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไตของปิ่นแก้ว กล้ายประยงค์ (13) ประกอบด้วยคำถาม 15 ข้อ คะแนนเต็ม 60 คะแนน และ 3) ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วย ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาเอง ประกอบด้วยคำถามประเมิน 2 ด้าน ได้แก่ ขั้นตอนการให้บริการ 2 ข้อ และการให้คำแนะนำจากบุคลากร 7 ข้อ คะแนนเต็มข้อละ 5 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพของแบบทดสอบความรู้เรื่องโรค การปฏิบัติตัวของผู้ป่วย และความพึงพอใจ ทำโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน คือ แพทย์อายุรกรรมโรคไตจากโรงพยาบาลนางรองจำนวน 1 ท่าน พยาบาลประจำคลินิก CKD จำนวน 1 ท่าน และอาจารย์ประจำคณะเภสัชศาสตร์มหาวิทยาลัยมหาสารคามจำนวน 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาความสอดคล้องของเนื้อหาของคำถามกับประเด็นที่ต้องการวัด การวิจัยคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) ค่า CVI ควรมีค่า >0.8 ขึ้นไป ถือว่ามีความสอดคล้องกับเนื้อหา การศึกษานี้ได้ค่า CVI ของแบบทดสอบความรู้ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วย และความพึงพอใจ เท่ากับ 0.90, 0.89 และ 0.91 ตามลำดับ

การตรวจสอบความเที่ยงใช้การหาความสอดคล้องภายใน โดยทดสอบในผู้ป่วย CKD จำนวน 10 คน ค่า Cronbach's alpha coefficient ควรมีค่า $\geq 0.70-0.80$ การศึกษานี้ได้ค่าความเที่ยงของแบบทดสอบความรู้ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วย และความพึงพอใจ เท่ากับ 0.77, 0.74 และ 0.84 ตามลำดับ

การสำรวจในพื้นที่

ผู้วิจัยลงพื้นที่เยี่ยมบ้านร่วมกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (รพ.สต.) และอาสาสมัครชุมชนประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อสัมภาษณ์ผู้ป่วยคนเดิม ครั้งที่ 2 ระยะเวลาห่างจากครั้งแรก 1 เดือน เพื่อสังเกตและสัมภาษณ์ผู้ป่วยในเชิงลึก ค้นหาสาเหตุของปัญหาด้านยาตามบริบทของผู้ป่วย

การพัฒนารูปแบบการดูแล

การวิจัยใช้การวิเคราะห์เนื้อหาในประเด็นปัญหาของผู้ป่วย CKD โดยการใส่รหัสข้อมูล และดึงข้อมูลที่เป็นกลุ่มข้อความที่สำคัญในประเด็นเดียวกัน หลังจากนั้นนำไปวิเคราะห์เพื่อกำหนดเป็นแนวคิดที่ชัดเจน ซึ่งสามารถบอกถึงสถานการณ์และปัญหาของผู้ป่วย CKD การวิเคราะห์ข้อมูลกระทำไปพร้อมกับการเก็บข้อมูลตลอดช่วงเวลาของการศึกษา

ผู้วิจัยนำประเด็นสถานการณ์และปัญหาของผู้ป่วย CKD ที่จำแนกได้เข้าสู่วิธีการประชุมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องครั้งที่ 1 เพื่อร่วมกันหารูปแบบการดูแลผู้ป่วยผู้ป่วย CKD ระยะที่ 3-4 ที่เหมาะสมตามบริบทของโรงพยาบาลนางรอง ทีมสหวิชาชีพจำนวน 9 คน ได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย CKD ประกอบด้วย แพทย์อายุรกรรมโรคไตจำนวน 1 คน พยาบาลประจำคลินิก CKD จำนวน 5 คน เภสัชกรประจำห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอกจำนวน 1 คน นักโภชนาการจำนวน 1 คน และนักกายภาพบำบัดจำนวน 1 คน

ขั้นตอนการปฏิบัติ

ผู้วิจัยนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วย CKD ที่ทีมสหวิชาชีพร่วมกันออกแบบไปทดลองในกลุ่มผู้ป่วย CKD ระยะที่ 3-4 ที่คลินิกโรคไตผู้ป่วยนอกเป็นระยะเวลา 3 เดือน ตัวอย่างจะได้รับการให้ความรู้จากทีมสหสาขาวิชาชีพจำนวน 1 ครั้ง

ขั้นตอนการสังเกต

หลังจากทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วย ผู้วิจัยสัมภาษณ์และเก็บข้อมูลผู้ป่วยครั้งที่ 3 และประเมินผลการดำเนินงานในด้าน 1) ความรู้เรื่อง CKD 2) พฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย CKD 3) ผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ค่าความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร ค่า serum creatinine (SCr) และอัตราการกรองของไต โดยการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วย 4) แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วย CKD

ขั้นตอนการสะท้อนกลับ

ผู้วิจัยนำเสนอผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแก่ทีมสหวิชาชีพในการประชุมครั้งที่ 2 เพื่อสะท้อนผลการปฏิบัติงาน เรียนรู้ และเข้าใจจุดอ่อน-จุดแข็งของการปฏิบัติงาน แล้ววางแผนนำไปสู่การดำเนินงานต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา การเปรียบเทียบความรู้เรื่อง CKD พฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย CKD และผลลัพธ์ทางคลินิกก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วย ใช้สถิติ paired-sample *t* test

ผลการวิจัย

การวางแผน

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ป่วย 30 ราย แต่ผู้ป่วย 1 รายถูกคัดออกจากการศึกษาเนื่องจากเสียชีวิต จึงเหลือผู้ให้ข้อมูล 29 ราย ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (19 ราย) มีอายุ 41-60 ปี (15 ราย) อายุ 60 ปีขึ้นไป (13 ราย) เป็นสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (19 ราย) สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/เบิกได้ (7 ราย) การศึกษาสูงสุดที่พบมากที่สุดคือประถมศึกษา (22 ราย) มัธยมศึกษา (6 ราย) จำนวนรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับเฉลี่ย คือ 8.67 รายการ โดยส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 6-10 รายการ (14 ราย) ผู้ป่วยอ่านหนังสือไม่ออก 10 ราย และมีปัญหาด้านการใช้กลัมนื้อ 5 ราย

สถานการณ์ผู้ป่วย CKD

สถานการณ์ผู้ป่วย CKD ที่คลินิก CKD แยกเป็นประเด็นได้ดังต่อไปนี้

1. การบริการ: ผู้ป่วยมาตามนัดเป็นส่วนใหญ่ เนื่องจากถ้ามาผิดนัด จะต้องเสียเวลาในการดำเนินการเรื่องเวชระเบียนของการตรวจด้วยตนเอง
2. ความรู้: ผู้ป่วยไม่ทราบสาเหตุของการเกิดโรคไต บางคนยังไม่ทราบว่าตัวเองเป็นโรคไตระยะใด โรครวมอื่นที่ผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่ คือ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดผิดปกติ นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีความเชื่อว่าการรับประทานยาจำนวนมากเป็นสาเหตุทำให้ไตเสื่อม
3. ทางเลือกในการรักษา: ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งยังพยายามแสวงหาวิธีการรักษาอื่น ๆ นอกจากการรักษาของโรงพยาบาล อาทิ การใช้ยาสมุนไพร ยาต้ม ยาหม้อ

ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่มีผู้มาเสนอขายให้ หรือที่ซื้อจากการฟังโฆษณาทางวิทยุ

4. การดูแลตัวเอง: ผู้ป่วยยังไม่ทราบวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไต ทั้งในเรื่องการรับประทานอาหาร การรับประทานยา และการออกกำลังกาย
5. ความรู้สึก: ผู้ป่วยกังวลต่อโรคหรือสุขภาพของตัวเองว่า โรคที่เป็นจะหายหรือทุเลาลงหรือไม่ นอกจากนี้ยังกังวลเรื่องที่ต้องเป็นภาระให้กับลูกหลาน และหากตัวเองต้องพอกไตหรือล้างไตทางช่องท้องจะไม่มีใครดูแลทำให้ผู้ป่วยบางส่วนปฏิเสธการรักษาบำบัดทดแทนไต
6. การรับประทานยา: ผู้ป่วยส่วนมากไม่ได้รับประทานยามื้อกลางวัน เนื่องจากไม่รับประทานอาหารกลางวัน เพราะรับประทานอาหารเช้าสายหรือต้องออกไปทำงาน จึงไม่ได้นำยาติดตัวไปด้วย

ปัญหาจากการเยี่ยมบ้าน

การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยพบปัญหาการใช้ยา ได้แก่

1. การเก็บรักษายาไม่ถูกต้อง เช่น การเก็บยาฉีดอินซูลินไว้ที่ฝาตู้เย็นหรือที่ได้ช่องแช่แข็ง การเก็บยาเม็ดไว้ในตู้เย็น เพราะกลัวว่าอากาศข้างนอกที่ร้อนจะทำให้ยาเสื่อมสภาพ
2. การมียาเหลืออยู่ที่บ้านจำนวนมาก สาเหตุเกิดจากการที่ผู้ป่วยลืมรับประทานยาหรือรับประทานยาไม่ถูกต้อง เพราะอ่านหนังสือไม่ออก จึงใช้วิธีจดจำ เมื่อมีการปรับวิธีรับประทานยา ผู้ป่วยยังรับประทานยาเท่าเดิม หรือตั้งใจไม่รับประทานยาเนื่องจากไม่มีการฝึกปฏิบัติ และคิดว่าตัวเองยังแข็งแรงอยู่ เช่น ไม่รับประทานยาลดไขมันในเลือด เพราะเมื่อลองหยุดยาก็ไม่มีการฝึกปฏิบัติ นอกจากนี้มีผู้ป่วยที่เลือกรับประทานเฉพาะยา folic acid แต่ไม่รับประทานยา ferrous sulfate เพราะเข้าใจว่าเป็นยาบำรุงเลือดเหมือนกัน จึงเข้าใจว่าสามารถเลือกรับประทานตัวใดตัวหนึ่งก็ได้
3. ผู้ป่วยใช้ยาฉีดอินซูลินไม่ถูกต้อง
4. ยาหมดอายุ เช่น การหมดอายุของยาแบ่งบรรจุซึ่งมีอายุเพียง 1 ปีหลังวันแบ่งบรรจุ อาทิ vitamin B complex, ferrous sulfate, Sodamint® นอกจากนี้ยังพบการหมดอายุของยาที่ใช้ในการปรับเกลือแร่ที่ผู้ป่วยต้องรับประทานครั้งละหลายเม็ดด้วย อาทิ potassium chloride, sodium chloride
5. การมียาที่เป็นรายการเดียวกันแต่ลักษณะเม็ดยาและแผงยาต่างกัน เนื่องจากเป็นยาของต่างบริษัทกัน ทำ

ให้ผู้ป่วยสับสน และรับประทานยาผิด เช่น รับประทานยา ทั้งคู่เพราะคิดว่าเป็นยาต่างชนิดกัน

6. การไม่มีผู้ดูแลอยู่ที่บ้าน ผู้ป่วย CKD ส่วนใหญ่ เป็นผู้สูงอายุ จึงมีปัญหาในกรณีที่ต้องใช้วิธีล้างไตทางช่อง ท้อง หรือต้องมาฟอกเลือดที่โรงพยาบาล

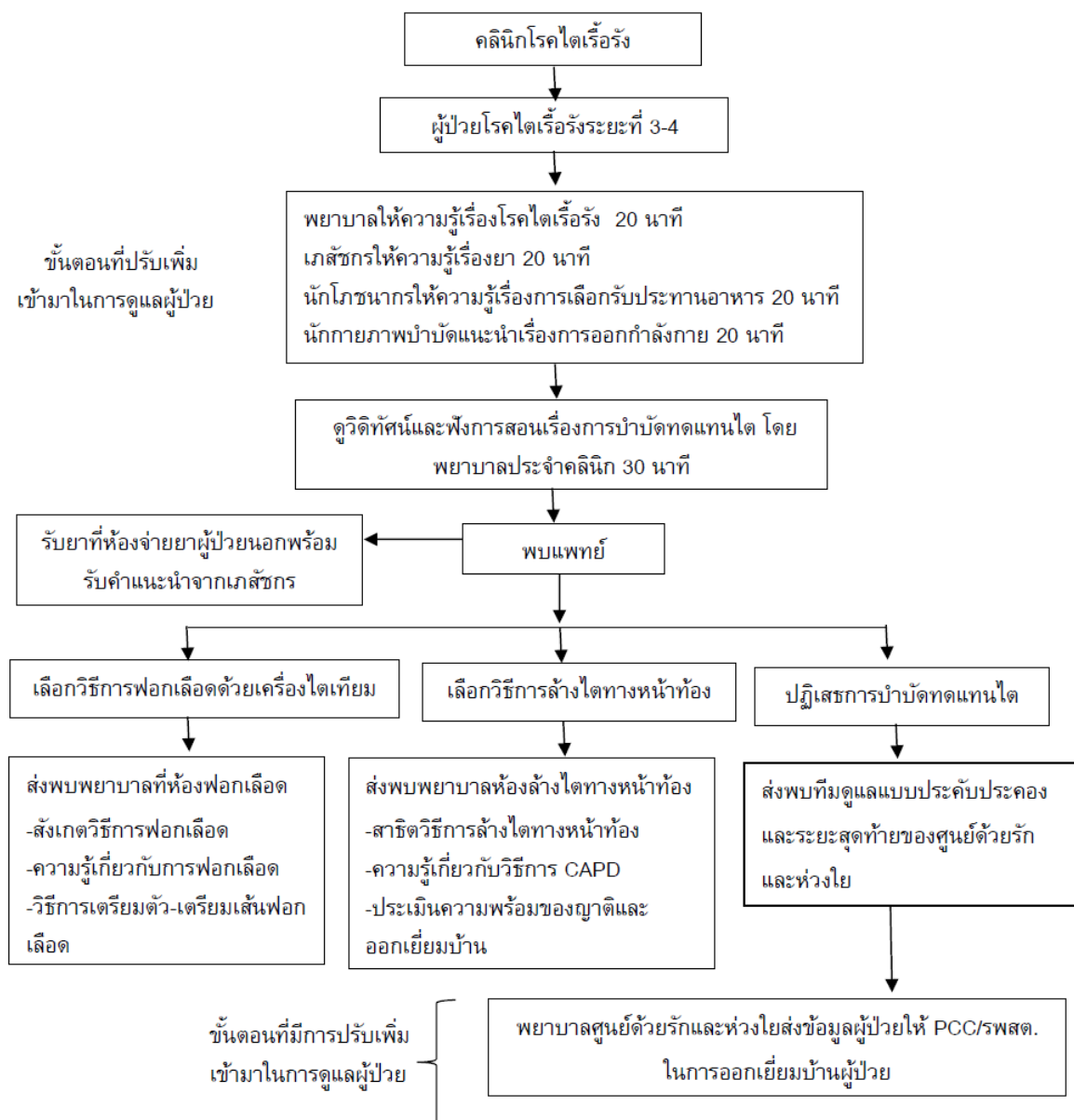
7. ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องการแกะเม็ดยาออกจากแผง ยา เนื่องจากการเป็นโรคหลอดเลือดสมองทำให้ไม่สามารถ กำมือหรือหยิบสิ่งของได้ ต้องอาศัยผู้ดูแลในการเตรียมยา ถ้าผู้ดูแลลืมจัดยา ก็จะไม่ได้รับประทานยาในมื้อนั้น ซึ่งส่วน ใหญ่เป็นมื้อกลางวัน ผู้ดูแลต้องออกไปทำงานนอกบ้าน

8. การฟังฟังผู้ดูแลในการประกอบอาหารหรือซื้อ อาหารสำเร็จรูป อาหารที่รับประทานจึงขึ้นอยู่กับ การเลือก ของผู้ดูแล และอาจเป็นอาหารที่ไม่เหมาะสมกับผู้ป่วย CKD

9. ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารักษาตามนัด ต้อง จ้างรถรับจ้างให้รับและส่งจากบ้านไปโรงพยาบาล

ขั้นตอนการปฏิบัติ

ผู้วิจัยนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วย CKD ที่ทีมสห วิชาชีพพร่วมกันออกแบบดังแสดงในรูปที่ 1 ไปปฏิบัติในกลุ่ม ผู้ป่วย CKD ระยะที่ 3-4 เป็นระยะเวลา 3 เดือน โดยตัวอย่าง จะได้รับการให้ความรู้จากทีมสหวิชาชีพจำนวน 1 ครั้ง ซึ่ง เป็นขั้นตอนที่เพิ่มขึ้นมาจากการดูแลตามปกติ คือการให้ ความรู้เป็นแบบกลุ่มกับผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งการส่งต่อ ผู้ป่วยที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไตให้กับทีมในพื้นที่เพื่อไป เยี่ยมบ้านผู้ป่วย



รูปที่ 1. รูปแบบการดูแลผู้ป่วย CKD ที่ทีมสหวิชาชีพพร่วมกันออกแบบ

ขั้นการสังเกต

การประเมินรูปแบบการดูแลผู้ป่วย CKD ในตัวอย่าง 29 คนทำโดยวัดผลก่อนและหลังการแทรกแซง ผลการประเมินมีดังต่อไปนี้ ความรู้เรื่อง CKD ก่อนการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้นมีค่าเท่ากับ 9.83 ± 2.14 คะแนน (จากคะแนนเต็ม 14 คะแนน) หลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น พบคะแนนความรู้เฉลี่ยเท่ากับ 12.52 ± 1.48 คะแนน ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$)

คะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการปฏิบัติตัวก่อนการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นเท่ากับ 46.52 ± 4.42 คะแนน (จากคะแนนเต็ม 60 คะแนน) หลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นเท่ากับ 49.41 ± 4.98 คะแนน ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.002$)

ก่อนการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วย ความพึงพอใจของผู้ป่วยในด้านขั้นตอนการให้บริการเท่ากับ 4.41 คะแนน (จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน) ด้านการให้คำแนะนำในเรื่องความรู้เรื่องโรคเท่ากับ 4.34 คะแนน (จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน) ด้านการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยโรคไต

เท่ากับ 4.17 คะแนน (จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน) และด้านการให้คำแนะนำเรื่องยา 4.06 คะแนน (จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน) หลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น ความพึงพอใจในด้านต่าง ๆ เพิ่มขึ้นเป็น 4.59, 4.69, 4.66 และ 4.55 คะแนน ตามลำดับ ข้อเสนอแนะในประเด็นที่ต้องปรับปรุง คือ ที่นั่งรอ ห้องน้ำ และน้ำดื่มยังไม่เพียงพอ

ตารางที่ 1 แสดงผลการเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วย CKD ที่พัฒนาขึ้น ก่อนการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น ผู้ป่วยที่มีค่าความดันโลหิตอยู่ในเป้าหมายของการรักษาจำนวน 13 ราย ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวเท่ากับ 139.62 mmHg และค่าเฉลี่ยความดันขณะหัวใจคลายตัว (diastolic) เท่ากับ 74.00 mmHg หลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น ผู้ป่วยมีค่าความดันโลหิตอยู่ในเป้าหมายจำนวน 14 ราย ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวเท่ากับ 134.90 mmHg และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวเท่ากับ 73.10 mmHg ซึ่งไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ก่อนการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลใน

ตารางที่ 1. ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยก่อนและหลังการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วย CKD (n=29)

ผลลัพธ์ทางคลินิก	ก่อนการพัฒนา รูปแบบ	หลังการพัฒนา รูปแบบ	P
ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (mmHg)	139.62±22.37	134.90±25.31	0.288
ค่าเฉลี่ย±SD (ต่ำสุด-สูงสุด)	(105-191)	(100-197)	
ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว (mmHg)	74.00±134.90	73.10±25.31	0.768
ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (mmHg)	(41-105)	(47-116)	
ผู้ป่วยที่มีค่าความดันโลหิตต่ำกว่า 130/80 mmHg	13 (43.33)	14 (48.26)	
จำนวน (ร้อยละ)			
ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร (mg/dL)	180.11±93.33	146.22±50.50	0.453
ค่าเฉลี่ย±SD (ต่ำสุด-สูงสุด)	(88-372)	(81-231)	
ผู้ป่วยที่มีค่า FBS อยู่ระหว่าง 70–130 mg/dL	6 (31.58)	5 (17.24)	
จำนวน (ร้อยละ)			
ค่า serum creatinine, (SCr) mg/dL	2.16±0.59	2.36±0.77	0.037
ค่าเฉลี่ย±SD (ต่ำสุด-สูงสุด)	(0.90-3.59)	(1.02-4.03)	
ค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) ml/min/1.73m ²	29.10±9.10	27.07±10.03	0.092
ค่าเฉลี่ย±SD (ต่ำสุด-สูงสุด)	(15-50)	(13-63)	
จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ) ระยะ 3a	3 (10.34)	1 (3.45)	
จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ) ระยะ 3b	8 (27.59)	7 (24.14)	
จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ) ระยะ 4	18 (62.07)	20 (68.96)	
จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ) ระยะ 5	0	1 (3.45)	

1: paired-sample t-test

เลือดหลังอดอาหาร (fasting blood sugar: FBS) อยู่ในเป้าหมาย จำนวน 6 ราย และมี FBS เฉลี่ย 180.11 mg/dL หลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นพบผู้ป่วยมี FBS ในเป้าหมาย 5 ราย และมีระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 146.22 mg/dL โดยไม่มีความแตกต่างแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ (ตารางที่ 1)

ค่าเฉลี่ย SCr ก่อนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเท่ากับ 2.16 mg/dL หลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นค่าเฉลี่ย SCr เท่ากับ 2.36 mg/dl ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.037$) ส่วนค่า eGFR ก่อนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ย 29.10 ml/min/1.73m² ตัวอย่างเป็นผู้ป่วย CKD ระยะ 3a จำนวน 3 ราย ระยะ 3b จำนวน 8 ราย และระยะ 4 จำนวน 18 ราย หลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น eGFR เฉลี่ยเท่ากับ 27.07 ml/min/1.73m² ตัวอย่างเป็นผู้ป่วย CKD ระยะ 3a จำนวน 1 ราย ระยะ 3b จำนวน 7 ราย ระยะ 4 จำนวน 20 ราย และระยะ 5 จำนวน 1 คน ซึ่งไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ (ตารางที่ 1)

เมื่อพิจารณาค่า eGFR หลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้นเป็นเวลา 3 เดือนพบ ผู้ป่วยจำนวน 18 คนที่มีค่า eGFR คงที่ ผู้ป่วยจำนวน 8 คนมีค่า eGFR ลดลง และผู้ป่วยจำนวน 3 คนมีค่า eGFR เพิ่มขึ้นโดยเปลี่ยนระยะของโรคจากระยะ 4 เป็นระยะ 3b จำนวน 2 คน และเปลี่ยนจากระยะ 3b เป็นระยะ 3a จำนวน 1 คน

ขั้นตอนการสะท้อนกลับ

จากการทบทวนร่วมกันในทีมสหวิชาชีพหลังจากนำรูปแบบการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยมาปฏิบัติเป็นเวลา 3 เดือน ทีมสหวิชาชีพเห็นว่า รูปแบบฯ มีประโยชน์กับผู้ป่วยและควรดำเนินการต่อไป ประเด็นที่ควรปรับปรุงได้แก่ระบบการให้บริการ นั่นคือ การจัดตารางการให้ความรู้ของสหวิชาชีพไม่ควรเกิน 30 นาทีเพื่อให้พยาบาลมีเวลาในการเตรียมผู้ป่วยก่อนพบแพทย์ นอกจากนี้ สถานที่ควรเป็นสัดส่วนมากขึ้น และควรเพิ่มการสื่อสารข้อมูลระหว่างทีมสหวิชาชีพในเวชระเบียนผู้ป่วย และการเพิ่มสื่อและอุปกรณ์ในการให้ความรู้เพื่อให้มีความน่าสนใจมากขึ้น

การอภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า การสัมภาษณ์และการออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยทำให้ทราบปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย เนื่องจากการให้บริการในโรงพยาบาลมีข้อจำกัดเรื่อง

สถานที่ เวลา และมีผู้มารับบริการจำนวนมาก ทำให้ไม่สามารถค้นหาปัญหาทั้งหมดของผู้ป่วยได้ ปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายแตกต่างกันและมีหลายมิติ เช่น ข้อจำกัดในด้านร่างกาย ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีสายตาไม่ค่อยดี กล้ามเนื้อไม่แข็งแรง และเป็นวัยที่ต้องพึ่งพิงผู้ดูแลในเรื่องการใช้ยา การเลือกอาหารให้รับประทานและการเดินทางมาโรงพยาบาล ดังนั้นการดูแลผู้สูงอายุจึงต้องควบคู่ไปกับการให้ความรู้และคำแนะนำกับผู้ดูแลผู้ป่วยด้วย

ในมิติด้านจิตใจ ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลกับสุขภาพของตัวเอง กลัวเป็นภาระให้ลูกหลาน และเป็นห่วงลูกหลานหากตัวเองมีปัญหาสุขภาพมากขึ้น ในมิติด้านเศรษฐกิจ แม้ว่าผู้ป่วยจะใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าในการรักษาพยาบาล แต่ก็มีค่าใช้จ่ายเรื่องการเดินทางมายังโรงพยาบาล ผู้ป่วยบางรายปฏิเสธการบำบัดทดแทนทางไตเนื่องจากต้องมีค่าใช้จ่ายในการเตรียมบ้านและไม่มีผู้ดูแล นอกจากนี้การเยี่ยมบ้านยังช่วยสร้างขวัญและกำลังใจให้ผู้ป่วยและญาติในการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไต และผู้ป่วยยังมีความเชื่อที่ไม่ถูกต้องในการรับประทานยา เช่น รับประทานยามากทำให้ไตเสื่อม ทีมสหวิชาชีพต้องให้ความรู้และคำแนะนำที่ถูกต้องกับผู้ป่วยในประเด็นเหล่านี้ ดังเช่น การศึกษาของสุกร บุษปวนิช พบว่าผู้ป่วย CKD ร้อยละ 52.2 มีพฤติกรรมการใช้ยาอยู่ในระดับไม่ดี เนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่ต้องใช้ยาจำนวนมากและต่อเนื่อง จึงเกิดความเบื่อหน่ายและความเคยชิน ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้อ่านฉลากยาก่อนใช้ยาทุกครั้ง ซึ่งอาจเป็นอันตรายได้ในกรณีที่แพทย์มีการปรับเปลี่ยนชนิด จำนวนยา และมียา (3)

การศึกษานี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคร่วม คือ โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิด CKD (1) ผู้ป่วยได้รับยาเฉลี่ยต่อวันจำนวน 8.67 เม็ด และจำนวนเม็ดยามากสุด 25 เม็ด ซึ่งน้อยกว่าการศึกษาเรื่องพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย CKD (3) ที่พบว่า ผู้ป่วยใช้มากที่สุดถึง 38 เม็ดต่อวัน และใช้ยาโดยเฉลี่ย 12.35 เม็ดต่อวัน และจำนวนเม็ดยาเฉลี่ยน้อยกว่าการศึกษาก่อนหน้าที่มีค่าเฉลี่ย 10.0±2.07 เม็ด (8)

การเยี่ยมบ้านหรือการดูแลผู้ป่วยที่บ้านต้องการความเข้าใจสาเหตุที่แท้จริงของปัญหาผู้ป่วยทั้งเชิงลึกและเชิงกว้าง การทำงานของทีมสหวิชาชีพเพื่อดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ทำให้เข้าใจปัญหาและร่วมหาวิธีแก้ปัญหาพร้อมกับผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเภสัชกรสามารถช่วยค้นหา ป้องกันและแก้ไขปัญหาก็เกี่ยวข้องกัน

ยา รวมถึงทุกข์ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา (drug-related sufferings) ในการศึกษาครั้งนี้ ทีมเยี่ยมบ้านมีเฉพาะเภสัชกร เจ้าหน้าที่จาก รพ.สต. และอสม. แต่ในการเยี่ยมบ้านจะพบปัญหารอบด้าน ผู้ป่วยมีความทุกข์หลายอย่าง ทีมสหวิชาชีพจึงไม่ควรมีเฉพาะทางด้านการแพทย์เท่านั้น ควรมีทีมในชุมชน หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมาร่วมทีมด้วย เพื่อการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่และนำไปปฏิบัติได้จริง ดังเช่นการศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงใน รพ.สต.บ้านดงมัน จังหวัดร้อยเอ็ด โดยการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ผู้ดูแลผู้สูงอายุ อสม. แกนนำชุมชน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้นำแบบไม่เป็นทางการ เจ้าหน้าที่ฝ่ายพัฒนาชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทำให้ได้แนวทางการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน-ติดเตียงอย่างเป็นระบบ มีระบบติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการพัฒนาแนวทางสนับสนุนการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และการพัฒนาช่องทางส่งต่อและเชื่อมโยงกับเครือข่าย พบว่า ผู้เกี่ยวข้องพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน-ติดเตียงโดยรวม คิดเป็นร้อยละ 78.6 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ เป็นการพัฒนาจากข้อมูลพื้นฐานของชุมชนผ่านแนวทางการจัดการคุณภาพ และทฤษฎีการสร้างการมีส่วนร่วมที่เหมาะสมกับพื้นที่ (9)

จากการศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยมีความรู้ในเรื่องโรคและการใช้ยาเพิ่มขึ้น และมีการปฏิบัติตัวที่ดีเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังจากการให้ความรู้และคำแนะนำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมทั้งในโรงพยาบาลและการดูแลที่บ้าน (8) ที่พบว่าหลังการให้บริบาลทางเภสัชกรรม ผู้ป่วยมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้น ทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องผลการให้คำปรึกษาด้านโรคและยาในผู้ป่วยไตเรื้อรังที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระพุทธบาท (10) และโรงพยาบาลท่าศาลา (11) การดูแลแบบสหวิชาชีพในผู้ป่วย CKD ที่มีโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลท่าตะโก (12) ทำให้พบแนวโน้มเกิดปัญหาการใช้ยาลดลง มีการบริโภคโซเดียมน้อยลง และมีความรู้เรื่องโรค ยา และอาหารเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนได้รับการดูแลแบบสหวิชาชีพ

ผลการศึกษานี้อาจจะมีปัจจัยอื่นที่มีผลต่อความรู้และพฤติกรรมในการปฏิบัติตัวได้แก่ ความรู้ที่ผู้ป่วยได้รับ

อาจมาจากแหล่งอื่นได้ เช่น สื่อโทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต แผ่นพับ หรือจากโรงพยาบาลชุมชนที่ผู้ป่วยถูกส่งตัวมา นอกจากนี้ แม้ว่าคุณรู้และพฤติกรรมในการปฏิบัติตัวของตัวเองที่รายงานในแบบสอบถามเพิ่มขึ้น แต่ผู้ป่วยอาจไม่ปฏิบัติตามที่ตอบในแบบสอบถามเนื่องจาก ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นวัยพึ่งพิงพึ่งต้องอาศัยผู้ดูแลในการจัดอาหารและยา จึงไม่สามารถเลือกเองได้ ดังนั้นในการให้ความรู้ผู้ป่วยควรมีผู้ดูแลมาร่วมรับฟังด้วย และแบบสอบถามในเรื่องพฤติกรรมอาจจะต้องใช้แบบบันทึกอาหารที่ผู้ป่วยรับประทานที่บ้านแต่ละมื้อ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่แท้จริง

หลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้นพบว่า eGFR ไม่แตกต่างจากก่อนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย แต่ค่า SCr ของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าอัตราการทำงานของไตผู้ป่วยลดลง ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาที่ให้การบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วย CKD ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลท่าศาลา (11) ซึ่งพบว่า ค่า SCr ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าการทำงานของไตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) ในผู้ป่วยจำนวน 17 ราย (ร้อยละ 16.69) อัตราการทำงานของไตไม่เปลี่ยนแปลงจำนวน 74 ราย (ร้อยละ 70.48) และอัตราการทำงานของไตลดลง 14 ราย (ร้อยละ 13.3) การศึกษาของการศึกษาเรื่องผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วย CKD ระยะ 1-5 ในประเทศญี่ปุ่น (12) พบอัตราการเสื่อมสภาพเฉลี่ยของไตในกลุ่มศึกษามีแนวโน้มลดลง การดำเนินงานคลินิก CKD แบบบูรณาการเป็นเวลา 2 ปีของโรงพยาบาลคลองขลุงและโรงพยาบาลทรายทองวัฒนา จังหวัดกำแพงเพชร (5) พบว่าผู้ป่วยของโรงพยาบาลคลองขลุงมีอัตราการเสื่อมของไตลดลง

ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและคลายตัวไม่เปลี่ยนแปลงหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้น ผลการศึกษาต่างจากการใช้โปรแกรมสุขภาพในการเสริมพฤติกรรมปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไตสู่ภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้ายของผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 ที่แผนกผู้ป่วยนอก อายุรกรรมโรคไต โรงพยาบาลรามารัตติ (13) ที่ระยะเวลาในการติดตามผล 10 เดือน พบค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและคลายตัวของตัวอย่างลดลงจากระดับก่อนการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้งต่างจากผลการดูแลแบบสหวิชาชีพต่อการควบคุมความดันโลหิตผู้ป่วย CKD ที่มีโรคความดันโลหิตสูง

โรงพยาบาลท่าตะโก (14) ที่พบว่า ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและคลายตัวของกลุ่มที่ได้รับการดูแลผู้ป่วยแบบสหวิชาชีพน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษาพบว่า FBS ไม่ต่างกันระหว่างช่วงก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้น ซึ่งแตกต่างจากการให้บริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วย CKD ที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลท่าศาลา (11) ที่พบว่าผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเป้าหมายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษานี้ต่างจากการศึกษาอื่นในอดีตหลายประการ ผู้ป่วยในการศึกษาร้อยละ 62.07 เป็นผู้ป่วยโรคไตระยะที่ 4 ซึ่ง eGFR ลดลงมากอยู่ที่ 15-29 ml/min/1.73m² และการศึกษานี้ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในรูปแบบกลุ่มจำนวน 1 ครั้ง ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาอื่นที่มีการให้ความรู้มากกว่า 1 ครั้งแบบเฉพาะราย และมีการใช้สื่อและอุปกรณ์อื่น ๆ เช่น สมุดจดบันทึกรายการอาหาร ทำให้การแทรกแซงในการศึกษานี้ไม่สามารถชะลอการเสื่อมของไตได้ อีกทั้งระยะเวลาในการเก็บข้อมูลในการศึกษานี้ คือ 3 เดือนซึ่งอาจน้อยเกินไปที่จะให้เห็นการเปลี่ยนแปลงของผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าต้องใช้เวลาน้อยที่สุดคือ 10 เดือนในการเห็นการเปลี่ยนแปลง (14) นอกจากนี้ การศึกษานี้ใช้ตัวอย่างขนาดเล็ก ข้อสรุปที่ได้จึงยังไม่ชัดเจนเพราะอำนาจการทดสอบทางสถิติที่น้อย การทดสอบผลลัพธ์การศึกษาในบางกรณีจึงพบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษาในส่วนของการประเมินรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้นเป็นการวิจัยแบบการวัดผลก่อนและหลังการแทรกแซง ซึ่งมีข้อจำกัดหลายประการ เช่น อาจเกิด pretest sensitization (15) นั่นคือ การวัดผลก่อนกระตุ้นให้ตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพราะรู้ว่าจะถูกติดตามพฤติกรรม จึงเพิ่มการดูแลตนเองทั้งเรื่องการรับประทานอาหารและยา ทำให้อาการดีขึ้น ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้เกิดจากตัวผู้ป่วยเองโดยไม่ได้เป็นผลจากการแทรกแซง การศึกษานี้ยังขาดกลุ่มควบคุมทำให้ไม่สามารถสรุปได้อย่างชัดเจนว่า การแทรกแซงมีผลอย่างไร การเปลี่ยนแปลงที่พบ อาจเกิดจากการดูแลของบุคลากรทางการแพทย์อย่างใกล้ชิด จึงเป็นไปได้ว่า หากบุคลากรทางการแพทย์ให้ความสนใจผู้ป่วยก็จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการ

ดีขึ้นดังเช่นในการศึกษานี้ โดยไม่ใช่เป็นผลจากการพัฒนาการแทรกแซงใด ๆ

สรุปผลและข้อเสนอแนะ

การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเป็นวิธีหนึ่งในการค้นหาปัญหาจากการใช้ยา ทำให้เภสัชกรมีเวลามากพอที่จะดูแลและเข้าถึงปัญหาของผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น โดยเฉพาะปัญหาที่บางครั้งไม่สามารถค้นพบได้ที่โรงพยาบาล เช่น การเก็บรักษา ยา การรับประทานยาไม่ถูกต้อง หรือการที่ผู้ป่วยมีข้อจำกัดด้านร่างกายในการใช้ยา เภสัชกรสามารถนำปัญหาที่พบมาพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมกับผู้ป่วยโดยทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

การดูแลผู้ป่วย CKD ควรให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม ซึ่งรวมทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น รพสต. องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งนี้ ควรดำเนินการให้เชื่อมโยงกับ District health system หรือการขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ (16) โดยเน้นการดำเนินงานที่มีกลุ่มเป้าหมายเป็นประชากรทั้งอำเภอแบบผสมผสานทั้งงานส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูเข้าด้วยกัน ผ่านการสร้างชุมชนให้เข้มแข็งในการดูแลสุขภาพ เช่น การทำให้ผู้นำชุมชนอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน เป็นต้นแบบในการดูแลสุขภาพตลอดจนร้านค้าในชุมชนและตลาดนัด ไม่ขายยาและอาหารที่เป็นอันตรายกับสุขภาพ เช่น ยาชุด ยาต้ม ยาหม้อ สมุนไพร รวมทั้งยาอันตรายอื่น ๆ แต่ให้หันมาขายอาหารปลอดภัย และหลีกเลี่ยงอาหาร หวาน มัน เค็ม การศึกษานี้พบว่า การให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติเพียงอย่างเดียว ยังไม่เพียงพอในการชะลอการเสื่อมของไต

การให้ความรู้และคำแนะนำผู้ป่วยร่วมกับสหวิชาชีพช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องภาวะโรคการใช้ยา และการปฏิบัติตัวเพิ่มมากขึ้น และคาดว่าถ้าผู้ป่วยและญาติมีความรู้ก็จะสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเพื่อชะลอการเสื่อมของไต แต่การให้ความรู้ต้องทำอย่างต่อเนื่อง เพราะผู้ป่วยอาจลืมได้ แต่ผลลัพธ์ทางคลินิกไม่เปลี่ยนแปลงเนื่องจากการแทรกแซง จึงควรเพิ่มการบริบาลทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล เช่น การค้นหาปัญหาในการใช้ยา การวัดความร่วมมือในการใช้ยา หรือการให้คำปรึกษากับผู้ป่วยเฉพาะราย เพื่อแก้ปัญหาของผู้ป่วยรายนั้น ๆ และควรทำอย่างต่อเนื่องเพราะผู้ป่วยอาจจะลืม มีการเปลี่ยนผู้ดูแลหรือมีปัญหามาใหม่เกิดขึ้น

เภสัชกรในทีมสหวิชาชีพควรมีความรู้เรื่องโรค ยา และอาหารที่ผู้ป่วย CKD ใช้ ทักษะในการสื่อสาร การตั้งคำถามปลายเปิด การรับฟังอย่างลึกซึ้ง การไม่ตัดสินหรือตำหนิผู้ป่วย การสะท้อนความรู้สึกของผู้ป่วย และทฤษฎีในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เภสัชกรควรเข้าใจผู้ป่วยแบบองค์รวม เช่น ผู้ป่วยบางคนรับประทานสมุนไพรหรือยาต้มหากเภสัชกรตำหนิหรือห้ามผู้ป่วยไม่ให้รับประทาน ผู้ป่วยจะไม่บอกความจริงกับเภสัชกรอีก แต่เภสัชกรควรติดตามผลการตรวจเลือดของผู้ป่วยและผลต่อการทำงานของไต นอกจากนี้เภสัชกรควรมีความสัมพันธ์ที่ดีกับทีมสหวิชาชีพผู้ป่วย และภาคีเครือข่ายทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข เพื่อประสานงานในการดูแลผู้ป่วย และเปิดใจในการเรียนรู้ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

แบบสอบถามเรื่องพฤติกรรมในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยมี 15 ข้อ โดย 13 ข้อถามเกี่ยวกับพฤติกรรมเลือกรับประทานอาหาร สำหรับการศึกษาในอนาคต การออกแบบคำถามในแบบสอบถามควรให้นักโภชนากรมีส่วนร่วมในการออกแบบด้วยและควรให้มีเนื้อหาสอดคล้องกับการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ตลอดจนควรเพิ่มแบบบันทึกอาหารที่ผู้ป่วยรับประทานสำหรับผู้ป่วยหรือผู้ดูแลบันทึก เพื่อให้ได้ข้อมูลที่แท้จริงที่ผู้ป่วยปฏิบัติอยู่ที่บ้าน

การวัดผลทางห้องปฏิบัติการที่บ่งชี้การชะลอไตเสื่อมควรมีการวัด ระดับไขมัน LDL ระดับไขมัน triglyceride ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) เพิ่มเติม เพราะเป็นปัจจัยหนึ่งในการชะลอการเสื่อมของไต นอกจากนี้การวิจัยในผู้ป่วย CKD เพื่อชะลอการเสื่อมของไต ควรทำในคลินิกโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากสาเหตุของโรค CKD มาจากโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง และการทำงานของไตยังไม่ลดลงมาก การให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไม่ให้ไตเสื่อมตั้งแต่ผู้ป่วยยังไม่ถูกส่งมาที่คลินิก CKD น่าจะให้ผลการศึกษาเรื่องการชะลอไตเสื่อมที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามที่สนับสนุนทุนการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Bureau of Non-Communicable Diseases. Manual for reducing chronic kidney disease in diabetics and hypertensive patients. Bangkok: Veterans Publishing House; 2016.
2. Ingsathit A, Thakkinstian A, Chaiprasert A, Sangthawan P, Gojaseni P, Kiattisunthorn K, the Thai-SEEK Group. Prevalence and risk factors of chronic kidney disease in the Thai adult population: Thai SEEK study. *Nephrol Dial Transplant* 2010; 25: 1567-75.
3. Busapavanichongsak S, Decha D. Improper drug use behavior of chronic kidney disease patients. *Songklanagarind Medical Journal* 2015; 24:281-87.
4. Nutadi N, Samunee K. Home visit evaluation by a multidisciplinary team with joint pharmacists to manage drug use problems in diabetic patients and hypertension of Nam Phong Hospital, Khon Kaen. *Thai Journal of Pharmacy practice* 2016; 8: 206-16.
5. Jiamjariyaporn T, Ingsathit A, Pongpirul K, Vipattawat K, Kanchanakorn S, Saetie A, et al. 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* 2017; 18:1-10.
6. Ontha R, Munsumpanan S. Development of a participatory home visit model between professional nurses and village volunteers for type 2 diabetic patients: *Journal of Nursing and Health Care* 2016; 4: 19-27.
7. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2012 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. *Kidney inter* 2013; 3: 1-150.
8. Chaireab K, Kittiboonyakun P. Development of pharmaceutical care model together with multidisciplinary team in the care of end-stage renal failure patients treated with dialysis with both kidney and hospital care at home. *Thai Journal of Pharmacy Practice* 2018; 324-336.
1. Bureau of Non-Communicable Diseases. Manual for reducing chronic kidney disease in diabetics and

9. Boonlert P, Phrom-arak T, Tawpia S. Continuous care model development for disability elders in Bandongmone health promotion hospital Tumbon Singkok Aumphur Kasetwisai Roi-Et Province. Journal of the Office of Disease Prevention and Control 7, Khon Kaen Province. 2016; 2:79–87.
10. Aueamongkol W, Manichotiwongphaka L, Chaiphan L. Results of disease and drug counseling in patients with chronic kidney disease. Dialog Pharm Health Care Pract 2014; 1: 31-7.
11. Nuanchuay P. Effect of pharmaceutical care on the control of risk factors for progression renal function in patient with chronic kidney disease at Thasala Hospital (master thesis). Songkhla: Prince of Song kla University; 2012.
12. Yamagata K, Makino H, Iseki K, Ito S, Kimura K, Kusano E, et al. Effect of behavior modification on outcome in early- to moderate-stage chronic kidney disease: a cluster-randomized trial. PLoS ONE 2016; 11:1-21.
13. Klyprayong P, Boonchoythanasi K. Effective- ness of the health education program in enhancing behaviors to slow down the deterioration of the kidneys to the end stage of chronic kidney disease in patients with chronic kidney disease stage 3 and 4 at the outpatient department Kidney Disease Ramathibodi Hospital. Journal of Phrapokkiao Nursing College, Chanthaburi 2008; 19:49-60.
14. Ubonwat S, Fueangchan A. The results of multidis- ciplinary care on blood pressure control, chronic kidney disease patients with hypertension Tha Tako Hospital. Srinagarind Medical Journal 2018; 6: 503- 10.
15. Kheunkaew P. Experimental research [online]. 2010 [cited Jul 27, 2019]. Avialable from: [www. nartslife. files.wordpress.com/2010/09/experimental_research .pdf](http://www.nartslife.files.wordpress.com/2010/09/experimental_research.pdf).
16. SaeLee D, Namtansanee S, Thipthaeeng C, Suma man T, Suthepawirawong C, Yana T. Public Health Administration Office: Driving the district health system Thailand. Nonthaburi: Office of the Perma nent Secretary for Public Health; 2014.