

ประสิทธิผลของทีมสหสาขาวิชาชีพต่อคุณภาพชีวิตและปัญหาจากการใช้ยาในผู้ป่วยโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคไตเรื้อรัง

สุนันท์ชนก น้ำใจดี¹, อัมพรพรรณ ธีรานุตร², นันทวรรณ ภูเนาวรัตน์³, อนุสราน นามสง่า³, สุตภาพร ไทยเทวรักษ์⁴, ดวงใจ อติศักดิ์สัตย์⁵, ศุภลักษณ์ วงษ์มา⁵, นवलอนงค์ สุตจอม⁵, สุณี เลิศสินอุดม⁶

¹นักศึกษาปริญญาโท คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

³กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น

⁴ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองชุมแพ จังหวัดขอนแก่น

⁵กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น

⁶สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตและปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลจากคลินิกโรคไตเรื้อรังโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยมีเภสัชกรให้คำแนะนำเรื่องยาและการดูแลตนเองเพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงของโรค ตลอดจนค้นหาปัญหาจากการใช้ยา **วิธีการ:** การศึกษาส่วนแรกเป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบเก็บข้อมูลไปข้างหน้าเพื่อรวบรวมปัญหาจากการใช้ยาและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตก่อนเข้ารับการดูแลจากคลินิกโรคไตเรื้อรัง การศึกษาส่วนที่สองเป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงของคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคไตเรื้อรังโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ตัวแปรหลักที่ใช้ในการศึกษา คือ ปัญหาจากการใช้ยาและคุณภาพชีวิตซึ่งวัดโดยแบบประเมิน EQ-5D-5L **ผลการวิจัย:** ตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จำนวน 234 คน อายุเฉลี่ย 64.53 ± 10.12 ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง พบปัญหาจากการใช้ยาทั้งสิ้น 134 ปัญหาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-2 ปัญหาที่พบส่วนใหญ่ คือ ผู้ป่วยใช้/รับประทานยาน้อยกว่าแพทย์สั่งหรือไม่ได้รับประทานยา (ร้อยละ 77.61) การศึกษาแก้ไขปัญหาค่าผู้ป่วยหรือผู้ดูแลโดยการให้คำปรึกษาด้านยาเป็นหลัก ส่วนใหญ่คำแนะนำในการแก้ไขปัญหามีการยอมรับและดำเนินการตามทั้งหมด ผลลัพธ์ของการจัดการปัญหา คือ ปัญหาส่วนใหญ่ได้รับการแก้ไข ค่าเฉลี่ยคะแนนอรรถประโยชน์ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนเข้าร่วมการศึกษาเท่ากับ 0.9526 ± 0.0617 ในเวลา 3 เดือน ผู้ป่วยโรคไตระยะที่ 3a-3b และ 4-5 มีค่าอรรถประโยชน์สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.044$ และ <0.001 ตามลำดับ) และที่ 6 เดือน ผู้ป่วยโรคไตระยะที่ 4-5 ที่มีค่าอรรถประโยชน์ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.005$) **สรุป:** การให้คำแนะนำดูแลผู้ป่วยโรคไตโดยเภสัชกรร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในคลินิกโรคไตเรื้อรังสามารถแก้ไขปัญหาเรื่องการใช้ยาและสามารถเพิ่มคะแนนอรรถประโยชน์ในผู้ป่วยโรคไตระยะที่ 3-5 ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต อีคิวไฟตีไฟแอล โรคไตเรื้อรัง ทีมสหสาขาวิชาชีพ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง

รับต้นฉบับ: 14 ก.พ. 2566, ได้รับบทความฉบับปรับปรุง: 31 มี.ค. 2566, รั้งลงตีพิมพ์: 4 เม.ย. 2566

ผู้ประสานงานบทความ: สุณี เลิศสินอุดม สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 123 หมู่ 16 ถนนมิตรภาพ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40002 E-mail: Lsunee@kku.ac.th

Effectiveness of Multidisciplinary Approach on Quality of Life and Drug Related Problems in Diabetes Mellitus and/or Hypertensive Patients Diagnosed with Chronic Kidney Disease

Sunanchanok Namjaidee¹, Ampornpan Theeranutr², Nantawan Poonavarat³, Anootsara Namsanga³, Sudaporn Thaitavaruk⁴, Duangjai Adisuksodsai⁵, Suphalak Wongma⁵, Nuananong Sutthom⁵, Sunee Lertsinudom⁶

¹Master Degree Student, Faculty of Pharmaceutical Sciences, Khon Kaen University

²Faculty of Nursing, Khon Kaen University

³Department of Pharmacy, Chumphae Hospital, Khon Kaen

⁴Chumphae Community Health Center, Khon Kaen

⁵Department of Nursing, Chumphae Hospital, Khon Kaen

⁶Division of Clinical Pharmacy, Faculty of Pharmaceutical Science, Khon Kaen University

Abstract

Objective: To evaluate health-related quality of life (QOL) and drug related problems (DRPs) in patients receiving care from a multidisciplinary chronic kidney disease (CKD) clinic with pharmacist providing counseling on drugs and self-management to control risk factors and identifying DRPs. **Method:** First part of the study was a prospective descriptive study to investigate DRPs and QOL among patients before receiving treatment from the CKD clinic. Second part of the study was a quasi-experimental study to evaluate QOL changes among patients receiving care from the multidisciplinary CKD clinic. Primary outcomes in the study were DRPs and QOL as measured by the EQ-5D-5L. **Results:** The study included 234 CKD patients with an average age of 64.53±10.12 years. The most common comorbidity was hypertension. A total of 134 DRPs in CKD patients stage 1-2 were identified, with taking fewer medications than prescribed by physicians or missed doses as the most common one (77.61%). The identified DRPs were addressed and managed mainly at the patients by drug counseling. Most recommendations for resolving DRPs were accepted and followed. The outcomes were most DRPs being resolved. Average utility score of CKD patients before participating in the study was 0.9526±0.0617. At month 3, utility score of CKD patients in stages 1-2 and 3b-3b significantly increased (P=0.044 and <0.001, respectively). At month 6, utility score of CKD patients in stages 4-5 significantly increased (P=0.005). **Conclusion:** The provision of care and advices for CKD patients by pharmacists, in collaboration with a multidisciplinary healthcare team, could resolve DRPs and significantly improve utility score among patients with stage 3-5 kidney disease.

Keywords: quality of life, EQ-5D-5L, chronic kidney disease, multidisciplinary team, diabetes, hypertension

บทนำ

โรคไตเรื้อรังเป็นภาวะแทรกซ้อนหนึ่งที่ได้พบได้บ่อยในผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งหากผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษา ส่งเสริมและฟื้นฟูอย่างถูกต้อง อาจทำให้ภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยแย่ลง มีโอกาสที่จะต้องได้รับการฟอกไต ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เพิ่มมากขึ้น (1) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการเกิดภาวะไตเสื่อมได้แก่ โรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ การมีโรคร่วมซึ่งได้แก่ ความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ ภาวะไขมันในเลือดสูง รวมทั้งพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการใช้ยาที่อาจทำลายไต ปัจจัยข้างต้นสามารถที่จะควบคุมเพื่อช่วยชะลอให้ไตเสื่อมช้าลงได้ (2) การศึกษาผู้ป่วยโรคไตในระลอกก่อนการฟอกเลือดในประเทศไทยพบว่า ความชุกของโรคไตเรื้อรังพบได้ตั้งแต่ร้อยละ 4.6-17.5 (3) Thai SEEK study ได้ศึกษาผู้ที่มีเกณฑ์เข้าได้กับโรคไตเรื้อรังครบทั้ง 5 ระยะ พบความชุกของโรคไตเรื้อรังร้อยละ 17.5 ในประชากรไทย (4) การศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของ Chaon และคณะ พบว่า ความชุกของโรคไตเรื้อรังเท่ากับร้อยละ 26.8 โดยแบ่งเป็นระยะที่ 1 ร้อยละ 7.3, ระยะที่ 2 ร้อยละ 9, ระยะที่ 3a ร้อยละ 6, ระยะที่ 3b ร้อยละ 2.8, ระยะที่ 4 ร้อยละ 1.4 และระยะที่ 5 ร้อยละ 0.3 และพบว่ามีการเสียชีวิตร้อยละ 3.5 ที่ทราบว่าเป็นโรคไต (5)

ปัญหาหลักที่พบในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง คือ การเกิดปัญหาจากการใช้ยา ทั้งนี้เนื่องจากโรคไตเรื้อรังเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด จนนำไปสู่การเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ส่งผลให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตที่ลดลง ปัญหาจากยาที่พบในผู้ป่วยไตเรื้อรังมักมีสาเหตุมาจากการใช้ยาหลายชนิดร่วมกัน ทั้งจากยารักษาโรคไตเรื้อรังและโรคร่วมอื่น ๆ ที่ผู้ป่วยมักเป็นร่วมด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งคนที่ได้รับยามากกว่า 10 ชนิดขึ้นไป ซึ่งทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาจากการใช้ยามากกว่าคนที่ได้รับยาจำนวนน้อย (6) ปัญหาจากการใช้ยาที่พบในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ การใช้ยาในขนาดที่ไม่เหมาะสมและการไม่สั่งจ่ายยาที่ผู้ป่วยควรได้รับ เช่น ยาในกลุ่ม ACEIs และ ARBs ซึ่งจากการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่าสามารถลดระดับอัลบูมินในปัสสาวะได้และลดความเสี่ยงจาก macroalbuminuria ซึ่งนำไปสู่การเป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายได้ นอกจากนี้การได้รับยาหลายชนิดอาจทำให้เกิดปัญหาจากการใช้ยาได้ ซึ่งการมีเภสัชกรร่วมทำงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพจะช่วยลดปัญหาจากการใช้ยาได้ (7)

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีปัญหาจากการใช้ยามากถึงร้อยละ 60.90 (8) นอกจากนี้ปัจจัยด้านการได้รับยาจำนวนมากกว่า 10 รายการแล้ว การมีโรคร่วมเป็นความดันโลหิตสูงและการมีอายุที่เพิ่มมากขึ้น มีความสัมพันธ์กับการดำเนินไปของโรคไตวายเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (9)

โรคไตวายเรื้อรังเป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตเนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน ผู้ป่วยมักจะมีภาวะไม่สมดุลของน้ำ เกลือแร่ รวมถึงการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกายผิดปกติด้วย ความเจ็บป่วยดังกล่าวส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ผู้ป่วยบางรายอาจต้องพึ่งพิงญาติมากขึ้น รวมถึงมีภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาในระยะยาว ในด้านคุณภาพชีวิตจากการศึกษาทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศพบว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าประชากรทั่วไปที่มีสุขภาพดี (10) จากการศึกษาของรุ่งลวลวัลย์ ยี่สุนแก้วและคณะ (11) พบว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนการศึกษาของชนินันท์ สุทธิ และคณะ (12) ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 1-5 พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะเริ่มแรกมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้าย

จากปัญหาของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในประเทศไทยที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น และนำมาสู่การเกิดปัญหาต่อสุขภาพของประชากร รวมทั้งปัญหาด้านการใช้ยาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลชุมชนแพะ จังหวัดขอนแก่น ได้จัดให้มีคลินิกโรคไตเรื้อรังภายใต้การดูแลของสหวิชาชีพตามบริบทของโรงพยาบาลทั่วไป และยังมีความต้องการที่จะพัฒนาระบบการบริการสุขภาพในการป้องกันและเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง แต่ยังไม่มีการศึกษาเพื่อวิเคราะห์ถึงปัญหาจากการใช้ยาและคุณภาพชีวิต ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตและปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลจากคลินิกโรคไตเรื้อรังโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการค้นหาปัญหาจากการใช้ยาและประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตเรื้อรังทุกระยะที่ได้รับการดูแลจากคลินิกโรคไตเรื้อรัง การวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ 1) การศึกษาเชิงพรรณนาแบบเก็บข้อมูลไปข้างหน้าเพื่อศึกษาปัญหาจากการใช้ยาและคุณภาพชีวิตใน

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนเข้ารับการดูแลจากคลินิกโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลชุมแพ และ 2) การวิจัยกึ่งทดลองเพื่อประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังเข้ารับการดูแลจากคลินิกโรคไตเรื้อรัง งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE622146 ลงวันที่ 6 พฤศจิกายน 2562

ตัวอย่าง

ตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีสาเหตุมาจากโรคเบาหวานและ/หรือโรคความดันโลหิตสูง ที่เข้ารับบริการตรวจรักษาในคลินิกโรคไตเรื้อรังที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองชุมแพซึ่งเป็นคลินิกหมอบรรอบครัว หรือ primary care cluster (PCC) (กรณีของโรคไตเรื้อรังระยะ 1-2) และคลินิกเฉพาะโรคในโรงพยาบาล (กรณีของโรคไตเรื้อรังระยะ 3-5) ของโรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าการศึกษา คือ 1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคไตเรื้อรังและเป็นโรคไตเรื้อรังที่มีสาเหตุมาจากโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง (ระยะที่ 1 eGFR \geq 90 ml/min/1.73 m², ระยะที่ 2 eGFR 60-89 ml/min/1.73 m², ระยะที่ 3a eGFR 45-59 ml/min/1.73 m², ระยะที่ 3b eGFR 30-44 ml/min/1.73 m², ระยะที่ 4 eGFR 15-29 ml/min/1.73 m², และ ระยะที่ 5 eGFR < 15 ml/min/1.73 m²) 2) มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 3) ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา และ 4) มีสติสัมปชัญญะรับรู้ดี สำหรับเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยออกจากการศึกษา ได้แก่ 1) เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีอาการอยู่ในระยะวิกฤตรุนแรงที่ต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล และ 2) ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ครบตามระยะเวลาของการศึกษา

การคำนวณขนาดตัวอย่างใช้สูตรสำหรับการเปรียบเทียบข้อมูลเชิงปริมาณในประชากร 2 กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน จากการผลของการศึกษาที่ผ่านมา (13) พบว่าในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยอัตราการกรองไต (eGFR) เพิ่มขึ้นจาก 27.13 ml/min/1.73 m² เป็น 29.11 ml/min/1.73 m² ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 20.61 การศึกษากำหนดอำนาจในการทดสอบ (power of the test) ที่ร้อยละ 80 และระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.05 ในการทดสอบแบบสองทาง การคำนวณได้ขนาดตัวอย่าง 209 คน การศึกษาในอดีตพบว่ามีผู้ป่วยที่ไม่สามารถติดตามได้ประมาณร้อยละ 7 (13) ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณร้อยละ 10 ทำให้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 230 คน เมื่อคำนวณตามสัดส่วนผู้ป่วยโรคไต

เรื้อรังในแต่ละระยะจะได้ขนาดตัวอย่าง ดังนี้ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-2 จำนวน 162 คน, ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 จำนวน 43 คน และ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4-5 จำนวน 25 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบเก็บข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางสุขภาพ ประกอบด้วยส่วนที่ 1 สำหรับเก็บข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ระยะของโรคไตเรื้อรัง อายุ เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้ สิทธิการรักษา อาชีพ ความรู้ด้านโภชนาการ การใช้จ่าย ปัจจัยส่งเสริมการเสื่อมของไต และผู้ที่มีหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วย ส่วนที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพ ได้แก่ โรคประจำตัวและระยะเวลาที่เป็น ดัชนีมวลกาย (body mass index: BMI) รอบเอว ประวัติโรคไตเรื้อรังในครอบครัว การออกกำลังกาย และขนาดยาที่ใช้ในปัจจุบัน ส่วนที่ 3 เป็นคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การกลั่นปัสสาวะ การดื่มน้ำน้อย การใช้จ่ายสมุนไพร/แผนโบราณ การใช้จ่ายชุด/ยาแก้ปวด และการใช้ผลิตภัณฑ์อาหารเสริม และส่วนที่ 4 สำหรับบันทึกค่าทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ความดันโลหิต (blood pressure: BP), hemoglobin (Hb), HbA1C, LDL (low density lipoprotein cholesterol), cholesterol, triglyceride, uric acid, serum albumin, serum calcium, serum phosphate, จำนวนเม็ดเลือดขาว serum creatinine และ eGFR

2) แบบสอบถาม EQ-5D-5L ฉบับภาษาไทย ซึ่งได้รับอนุญาตจาก EuroQol Group สำหรับประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแบบทั่วไป โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สำหรับคำนวณคะแนนอรรถประโยชน์สำหรับประชากรไทย โดยเฉพาะ แบบสอบถามแบ่งเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ประกอบด้วยคำถาม 5 ข้อ ได้แก่ การเคลื่อนไหว การดูแลตนเอง กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ อาการเจ็บปวด/อาการไม่สบายตัว และความวิตกกังวล/ความซึมเศร้า แต่ละด้านมีคำตอบ 5 ระดับ โดย 1 หมายถึงไม่มีปัญหา, 2 หมายถึงมีปัญหาเล็กน้อย, 3 หมายถึงมีปัญหาปานกลาง, 4 หมายถึงมีปัญหาหนัก และ 5 หมายถึงมีปัญหาหนักที่สุดหรือไม่สามารถทำกิจกรรมนั้นได้ และส่วนที่ 2 เป็นแบบประเมินสภาวะสุขภาพทางตรงหรือ visual analog scale (VAS) เป็นสเกลตั้งแต่ 0 ถึง 100 โดย 0 หมายถึงสุขภาพที่แย่ที่สุด และ 100 หมายถึงสุขภาพที่ดีที่สุด โดยให้ผู้ตอบประเมินสุขภาพตนเอง การแปลงสถานะสุขภาพให้เป็นคะแนน

อรรถประโยชน์ คำนวณจากสภาวะสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ หักลบด้วยค่าสัมประสิทธิ์ของแต่ละมิติทางสุขภาพทั้ง 5 ด้าน (คะแนนอรรถประโยชน์ของสถานะสุขภาพ = 1 - ค่าสัมประสิทธิ์ของแต่ละมิติทางสุขภาพ) และ

3) แบบเก็บข้อมูลปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยโดยแบ่งประเภทตามแบบ Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE) (14)

การดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการและขอความร่วมมือในการวิจัยต่อกลุ่มเป้าหมายหลักที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้เป็นรายบุคคล และให้ผู้ที่ยินดีเข้าการศึกษาลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมการศึกษา ผู้เข้าร่วมการศึกษาได้รับการดูแลรักษาในคลินิกโรคไตเรื้อรังโดยทีมสหวิชาชีพ ผู้วิจัยสัมภาษณ์เพื่อเก็บข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ติดตามปัญหาจากการใช้ยา และการแก้ไขปัญหาจากการใช้ยา รวมทั้งเก็บข้อมูลคุณภาพชีวิตในเดือนที่ 0, 3 และ 6 ด้วย EQ-5D-5L

การประเมินปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาทำโดยเภสัชกร 2 คนที่ผ่านการอบรมเกี่ยวกับการประเมินปัญหานี้ในผู้ป่วยโรคไต ก่อนเริ่มการประเมิน เภสัชกรทั้งสองตกลงเกี่ยวกับวิธีการประเมินเพื่อให้มั่นใจว่าผลการประเมินมีความสอดคล้องกัน

ทีมสหสาขาวิชาชีพในคลินิกให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับโรค ยา และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อชะลอการดำเนินไปของโรคไต ส่งเสริมแนะนำการควบคุมปัจจัยเสี่ยงของโรคร่วมต่าง ๆ โดยเภสัชกรมีหน้าที่ให้ความรู้ด้านยาแก่ผู้ป่วย ประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย เช่น การสั่งใช้ยาและปรึกษาแพทย์เพื่อปรับยาตามค่าการทำงานของไต ทบทวนใบสั่งยา ผลการตรวจร่างกาย และค่าทางห้องปฏิบัติการ ค้นหาปัญหาจากการใช้ยา หากพบปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา จะปรึกษาแพทย์เพื่อแก้ไขปัญหา

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS for Windows การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลใช้ Kolmogorov-Smirnov test การเปรียบเทียบข้อมูลที่เป็นตัวแปรต่อเนื่องก่อนและหลังการแทรกแซง ได้แก่ คะแนนอรรถประโยชน์ หากข้อมูลมีการกระจายปกติใช้สถิติ paired t-test และหากข้อมูลมีการกระจายไม่ปกติใช้สถิติ Wilcoxon-Signed Rank Test

ผลการวิจัย

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้มีผู้เข้าร่วมการศึกษาจำนวน 234 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 164 คน (ร้อยละ 70.09) อายุเฉลี่ย 64.53±10.12 ปี โดยส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 61-70 ปี ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-2 ระยะที่ 3 และระยะที่ 4-5 จำนวน 158, 51 และ 25 คน ตามลำดับ (ร้อยละ 67.52, 21.80 และ 10.68 ตามลำดับ) ผู้เข้าร่วมการศึกษาส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 77.78) ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 81.20) รองลงมาได้แก่มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. (ร้อยละ 5.98) มีรายได้เฉลี่ย 4,288.21±8,560.22 บาทต่อเดือน ผู้เข้าร่วมการศึกษาจำนวน 208 คน ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 38.46 ของผู้เข้าร่วมการศึกษาไม่ได้ประกอบอาชีพ และร้อยละ 23.51 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 84.19) เคยได้รับความรู้ด้านโภชนาการมาก่อน ร้อยละ 96.15 เคยได้รับความรู้ด้านการใช้ยา และร้อยละ 62.39 เคยได้รับความรู้ด้านปัจจัยส่งเสริมการเสื่อมของไต ในด้านของผู้มีหน้าที่ดูแลหลักพบว่าส่วนใหญ่ (ร้อยละ 51.29) เป็นผู้ดูแลตนเอง และประกอบอาชีพรับประทานเองเป็นประจำ (ร้อยละ 56.36) (ตารางที่ 1)

ข้อมูลด้านสุขภาพ

ผู้เข้าร่วมการศึกษาส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวคือโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 55.55) รองลงมาได้แก่โรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 34.19) และที่เหลือเป็นโรคเบาหวาน (ร้อยละ 10.26) ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานเฉลี่ย 7.89 ปี และระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 7.39 ปี ผู้เข้าร่วมการศึกษาจำนวน 220 คน ไม่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคไตเรื้อรัง ออกกำลังกายร้อยละ 52.56 ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ร้อยละ 84.62 ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 79.06 มีประวัติไม่กลั้นปัสสาวะร้อยละ 92.31 ดื่มน้ำในระดับปกติร้อยละ 84.62 นอกจากนี้ยังพบว่า ร้อยละ 86.75 ของผู้เข้าร่วมการศึกษาไม่ใช้ยาสมุนไพร/ยาแผนโบราณ ร้อยละ 78.63 ไม่ใช้ยาแก้ปวด/ยาชุด (NSAIDs) และร้อยละ 92.31 ไม่ใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ยาที่ผู้เข้าร่วมการศึกษาใช้มากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ simvastatin, amlodipine และ aspirin (ร้อยละ 76.07, 52.14 และ 48.29 ตามลำดับ) โดยละเอียดอื่น ๆ ดังแสดงในภาคผนวก

ตารางที่ 1. ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมการศึกษา (N=234)

ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)
เพศหญิง	164 (70.09)
อายุเฉลี่ย (SD): 64.53±10.12, พิสัย: 23-87 (ปี)	
น้อยกว่า 51	22 (9.40)
51-60	59 (25.21)
61-70	92 (39.32)
71-80	45 (19.23)
มากกว่า 80	16 (6.84)
ระยะของโรคไตเรื้อรัง	
1-2	158 (67.52)
3a-3b	51 (21.80)
4-5	25 (10.68)
สถานภาพ	
โสด/หม้าย	52 (22.22)
สมรส	182 (77.78)
ระดับการศึกษา	
ไม่ได้ศึกษา	11 (4.70)
ประถมศึกษา	190 (81.20)
มัธยมศึกษาตอนต้น	13 (5.56)
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	14 (5.98)
อนุปริญญา/ปวส.	2 (0.85)
ปริญญาตรีขึ้นไป	4 (1.71)
รายได้เฉลี่ย (บาท)	4,288.21±8,560.22
ช่วงรายได้ (บาท)	
0-2,500	120 (51.28)
2,501-5,000	67 (28.63)
5,001-7,500	16 (6.84)
7,501-10,000	7 (3.00)
มากกว่า 10,000	24 (10.25)
สิทธิการรักษาพยาบาล	
ข้าราชการ	18 (7.70)
ชำระเงินเอง	2 (0.85)
ประกันสังคม	2 (0.85)
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	208 (88.89)
ผู้พิการ/ทุพพลภาพ	4 (1.71)
อาชีพ	
ไม่ระบุ	3 (1.28)
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	90 (38.46)
เกษตรกร	55 (23.51)

ตารางที่ 1. ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมการศึกษา (N=234)

ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)
เกษตรกร	55 (23.51)
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/พนักงานของรัฐ	2 (0.85)
พนักงานหน่วยงานเอกชน/ค้าขาย/ นักธุรกิจ	31 (13.25)
รับจ้างทั่วไป	40 (17.09)
พ่อบ้าน/แม่บ้าน	13 (5.56)
เคยได้รับความรู้ด้านโภชนาการ	197 (84.19)
เคยได้รับความรู้ด้านการใช้ยา	225 (96.15)
เคยได้รับความรู้ด้านปัจจัยส่งเสริม การเสื่อมของไต	146 (62.39)
ผู้มีหน้าที่ดูแลหลัก	
ตนเอง	120 (51.29)
ภรรยา/สามี	47 (20.09)
บุตร/หลาน	60 (25.64)
พี่/น้อง	3 (1.28)
เพื่อน/ญาติ	2 (0.85)
อื่น ๆ	2 (0.85)
ผู้ประกอบอาหารให้รับประทานเป็นประจำ	
ตนเอง	132 (56.41)
ภรรยา/สามี	44 (18.80)
บุตร/หลาน	51 (21.81)
พี่/น้อง	3 (1.28)
เพื่อน/ญาติ	2 (0.85)
อื่น ๆ	2 (0.85)

ปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วย

จากตารางที่ 2 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 1-2 ที่ได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรมจากคลินิกโรคไตเรื้อรังที่ PCC ชุมแพ จำนวน 158 คนพบปัญหาจากการใช้ยาทั้งสิ้น 134 ปัญหา ซึ่งส่วนมากเป็นปัญหาด้านประสิทธิภาพการรักษา โดยสาเหตุของปัญหาที่พบมากที่สุด คือ สาเหตุจากผู้ป่วย โดยเฉพาะกรณีที่ผู้ป่วยใช้/รับประทานยาน้อยกว่าแพทย์สั่งหรือไม่ได้ทานยาเลย พบมากที่สุดเป็นจำนวน 104 ปัญหา (ร้อยละ 77.61) รองลงมาคือผู้ป่วยใช้ยาที่ไม่จำเป็น 18 ปัญหา (ร้อยละ 13.43) และนอกจากนี้พบปัญหาการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา 4 ปัญหา (ร้อยละ 2.99) ซึ่งเกิดจากยา enalapril และ simvastatin ในส่วนของผู้ป่วยโรคไต

เรื้อรังระยะ 3a-3b ที่ได้รับการให้บริบาลเภสัชกรรมที่
โรงพยาบาลชุมชนแพ จำนวน 51 คน พบปัญหาจากการใช้ยา
ทั้งสิ้น 16 ปัญหา ส่วนมากเป็นปัญหาด้านประสิทธิภาพการ
รักษา โดยสาเหตุของปัญหาที่พบบ่อยที่สุดคือผู้ป่วยใช้/

รับประทานยาน้อยกว่าแพทย์สั่งหรือไม่ได้รับประทานยา
เลย 14 ปัญหา (ร้อยละ 87.50) เมื่อพิจารณาจำนวนผู้ป่วยที่
เกิดปัญหาจากการใช้ยาพบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังร้อยละ
44.02 มีปัญหาจากการใช้ยา โดยจำแนกเป็นผู้ป่วยโรคไต

ตารางที่ 2. ปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาโดยแบ่งประเภทตามแบบ PCNE

ปัญหาจากการใช้ยา	จำนวนปัญหาจากยา (ร้อยละ)	
	CKD stage 1-2 (N=158)	CKD stage 3a-3b (N=51)
จำนวนผู้ป่วยที่พบปัญหาเกี่ยวกับยา	76 คน	16 คน
จำนวนปัญหาเกี่ยวกับยาที่พบ	134	16
P1 ประสิทธิภาพการรักษา	112 (83.58)	16 (100.00)
P2 ความปลอดภัยของการรักษา	4 (2.99)	
P3 อื่น ๆ : การได้รับยาที่ไม่จำเป็น	18 (13.43)	
สาเหตุของปัญหา	134	16
C1 การเลือกใช้ยา		
C1.6 ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาแม้จะมีอาการบ่งชี้ก็ติดตาม	2 (1.49)	0
C7 สาเหตุจากผู้ป่วย		
C7.1 ผู้ป่วยใช้/รับประทานยาน้อยกว่าแพทย์สั่งหรือ ไม่ได้รับประทานยาเลย	104 (77.61)	14 (87.50)
C7.2 ผู้ป่วยใช้/รับประทานยามากกว่าแพทย์สั่ง	4 (2.99)	1 (6.25)
C7.4 ผู้ป่วยใช้ยาที่ไม่จำเป็น	18 (13.43)	0
C7.7 ผู้ป่วยใช้/รับประทานยาตามเวลาหรือความถี่ไม่เหมาะสม	2 (1.49)	1 (6.25)
C8 สาเหตุอื่น ๆ		
C8.2 เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา	4 (2.99)	0
การแก้ไขปัญหาด้านยา	149	19
I1 ด้านผู้สั่งใช้ยา	7 (4.70)	0
I2 ด้านผู้ป่วย/ผู้ดูแล	136 (91.28)	19 (100.00)
I3 ด้านยา	6 (4.02)	0
การยอมรับและการดำเนินการจัดการกับปัญหา	134	16
A1 การจัดการปัญหาได้รับการยอมรับ		
A1.1 ได้รับการยอมรับและดำเนินการตามทั้งหมด	66 (49.25)	16 (100.00)
A1.2 ได้รับการยอมรับและดำเนินการบางส่วน	27 (20.15)	0
A1.4 ได้รับการยอมรับแต่ไม่ทราบการดำเนินการ	39 (29.11)	0
A2 การจัดการปัญหาไม่ได้รับการยอมรับ		
A2.1 ไม่ได้รับการยอมรับ: ทำไม่ได้	2 (1.49)	0
ผลลัพธ์ของการจัดการปัญหา	134	16
O0 ไม่ทราบ	39 (29.11)	
O1 ได้รับการแก้ไข	66 (49.25)	16 (100.00)
O2 ได้รับการแก้ไขบางส่วน	27 (20.15)	0
O3 ไม่ได้รับการแก้ไข (ขาดความร่วมมือจากผู้ป่วย)	2 (1.49)	0

เรื้อรังระยะที่ 1 และ 2 พบปัญหาการใช้ยาจากผู้ป่วย 76 คน จากจำนวนผู้ป่วย 158 คน และผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3a-3b พบจำนวน 16 ปัญหา จากผู้ป่วย 51 คน

การแก้ไขปัญหาด้านยา ส่วนใหญ่เป็นการแก้ไข ปัญหาที่ตัวผู้ป่วยหรือผู้ดูแลโดยการให้คำปรึกษาด้านยา 136 ครั้งในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 1-2 และ 19 ครั้งในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3a-3b วิธีการจัดการปัญหาส่วนใหญ่ได้รับการยอมรับและดำเนินการตามทั้งหมด ผลลัพธ์ของการจัดการปัญหาคือส่วนใหญ่ได้รับการแก้ไข และมีบางส่วนที่ยังไม่ทราบผลลัพธ์เนื่องจากยังไม่ได้มีการติดตาม โดยละเอียดอื่น ๆ ดังแสดงในตารางที่ 2

คุณภาพชีวิต

ผลการศึกษาด้านคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-2, 3a-3b และ 4-5 พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่มีปัญหาในทุก ๆ มิติสุขภาพ จากการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนบรรทัดประโยชน์ของผู้ป่วยโรคไตก่อนเข้าร่วมการศึกษาเท่ากับ 0.9526 ± 0.0617 ในช่วง 3 เดือนแรก ผู้ป่วยโรคไตระยะที่ 3a-3b และ 4-5 มีค่าบรรทัดประโยชน์สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.044$ และ <0.001 ตามลำดับ) เมื่อผ่านไป 6 เดือน เฉพาะผู้ป่วยโรคไตระยะที่ 4-5 มีค่าบรรทัดประโยชน์ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.005$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3. คุณภาพชีวิตในแต่ละมิติ (N=234)

โรคไตเรื้อรังระยะที่	เดือนที่ 0	3 เดือน	6 เดือน	P (เดือนที่ 0 และ 3) ¹	P (เดือนที่ 0 และ 6) ¹
มิติการเคลื่อนไหว					
1-2	1.29±0.50	1.37±0.56	1.24±0.47	0.09	0.23
3a-3b	1.57±0.61	1.49±0.51	1.47±0.50	0.10	0.17
4-5	1.40±0.50	1.16±0.37	1.24±0.44	0.034*	0.10
ภาพรวม	1.37±0.53	1.37±0.54	1.29±0.48	0.80	0.032*
มิติการดูแลตนเอง					
1-2	1.01±0.11	1.01±0.11	1.01±0.11	1.00	1.00
3a-3b	1.08±0.44	1.04±0.20	1.20±0.40	0.32	0.08
4-5	1.00±0.00	1.00±0.00	1.04±0.20	1.00	0.32
ภาพรวม	1.03±0.23	1.02±0.13	1.06±0.23	0.41	0.07
มิติกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ					
1-2	1.01±0.11	1.01±0.11	1.03±0.18	1.00	0.18
3a-3b	1.14±0.49	1.12±0.33	1.25±0.44	0.66	0.11
4-5	1.08±0.27	1.00±0.00	1.04±0.20	0.16	0.56
ภาพรวม	1.05±0.27	1.03±0.18	1.08±0.27	0.32	0.09
มิติอาการเจ็บปวด/อาการไม่สบายตัว					
1-2	1.42±0.51	1.41±0.54	1.38±0.49	0.71	0.35
3a-3b	1.55±0.73	1.39±0.49	1.45±0.61	0.05	0.23
4-5	1.64±0.49	1.12±0.33	1.32±0.48	<0.001*	0.005*
ภาพรวม	1.47±0.57	1.37±0.52	1.39±0.51	0.016*	0.027*
มิติความวิตกกังวล/ความซึมเศร้า					
1-2	1.08±0.28	1.18±0.47	1.09±0.29	0.009*	0.80
3a-3b	1.06±0.24	1.06±0.24	1.25±0.44	1.00	0.008*
4-5	1.48±0.51	1.04±0.20	1.08±0.28	0.002*	0.005*
ภาพรวม	1.12±0.32	1.14±0.42	1.12±0.33	0.75	0.88

ตารางที่ 3. คุณภาพชีวิตในแต่ละมิติ (N=234) (ต่อ)

โรคไตเรื้อรังระยะที่	เดือนที่ 0	3 เดือน	6 เดือน	P (เดือนที่ 0 และ 3) ¹	P (เดือนที่ 0 และ 6) ¹
สภาวะสุขภาพ					
1-2	80.25±13.44	81.17±12.76	84.30±9.51	0.46	0.07
3a-3b	78.43±14.26	82.06±12.29	82.98±11.59	<0.001*	<0.001*
4-5	78.80±16.85	80.20±11.13	81.00±12.50	0.63	0.47
ภาพรวม	81.05±14.06	81.26±12.45	83.66±10.35	0.62	0.003*
อรรถประโยชน์					
1-2	0.9628±0.0506	0.9543±0.0684	0.9663±0.0512	0.18	0.39
3a-3b	0.9307±0.0852	0.9483±0.0439	0.9278±0.0797	0.044*	0.76
4-5	0.9332±0.0545	0.9850±0.0287	0.96816±0.0519	<0.001*	0.005*
ภาพรวม	0.9526±0.0617	0.9564±0.0613	0.9591±0.0606	0.28	0.14

1: paired t test หรือ Wilcoxon' signed rank test

การอภิปรายผล

ผู้ป่วยโรคไตที่เข้าร่วมการศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 70.09) สอดคล้องกับการศึกษาของอรทัย พัฒนมงคลและคณะ(15) ซึ่งศึกษาการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังร่วมกับโรคเบาหวานพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 65.48) เป็นเพศหญิง และสอดคล้องกับการศึกษาของอรทัย ศรีสุบัติ และคณะ (16) ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3 และ 4 ในชุมชนชนบทที่พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 75 เป็นเพศหญิง ผู้เข้าร่วมการศึกษาคั้งนี้มีอายุเฉลี่ย 64.53±10.12 ปี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอรทัย พัฒนมงคลและคณะ(15) ซึ่งพบว่าผู้เข้าร่วมการศึกษามีอายุเฉลี่ย 64.36±11.64 ปี ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ โดยเป็นวัยที่มีแนวโน้มที่จะพบภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยได้บ่อย เมื่ออายุเพิ่มขึ้น อวัยวะต่าง ๆ จะทำงานลดลง ขนาดของไตและหน่วยไตทำหน้าที่ได้น้อยลง เลือดมาเลี้ยงไตได้ลดลง ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า การทำงานของไตลดลงตามอายุหรืออาจเกิดจากการสูญเสียหน่วยไตที่ส่งผลให้เลือดมาเลี้ยงไตลดลงและอัตราการกรองของไตลดลง (17) การศึกษาก่อนหน้าพบว่าสาเหตุของโรคไตวายเรื้อรังที่พบมากที่สุดคือ โรคเบาหวาน (ร้อยละ 36.3) และรองลงมา คือ ภาวะความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 23.3) (3)

จากการศึกษาปัญหาจากการใช้ยาพบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 จำนวน 92 คนเกิดปัญหาจากการใช้ยาคิดเป็นร้อยละ 44.02 สอดคล้องกับการศึกษาของจักรภพ

สวัสดิ์พาณิชย์ ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมักมีปัญหากจากการใช้ยาหลายชนิดร่วมกัน และพบปัญหาจากการใช้ยาสูงถึงร้อยละ 60.90 (8) ส่วนใหญ่เป็นปัญหาด้านประสิทธิภาพการรักษาทั้งในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-2 (ร้อยละ 83.58) และ 3a-3b (ร้อยละ 100.00) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสายชล ชำปฏี (18) ที่ศึกษาการเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกรในผู้ป่วยที่ส่วนใหญ่เป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยพบปัญหาด้านประสิทธิภาพการรักษามากที่สุด (ร้อยละ 89.68) ในด้านสาเหตุของปัญหาที่พบบ่อยที่สุดของการศึกษาคั้งนี้คือสาเหตุจากผู้ป่วย โดยผู้ป่วยใช้/รับประทานยาน้อยกว่าแพทย์สั่งหรือไม่ได้ทานยาเลยเป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของสายชล ชำปฏี (18) ที่พบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยไม่ใช้ยาหรือไม่ได้รับการบริหารยาตามเวลาที่กำหนดไว้

ยาที่พบบ่อยมักทำให้เกิดปัญหาจากการใช้ยาในการศึกษาคั้งนี้ คือ ยา enalapril และ simvastatin จากการศึกษาที่ก่อนหน้านี้พบว่า กลุ่มยาที่มีการใช้อย่างไม่เหมาะสมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในผู้สูงอายุ 3 ลำดับแรก ได้แก่ กลุ่มยาลดความดันโลหิตคือยา enalapril ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด metformin และยาด้านฮีสตามีน (19-23) นอกจากนี้ ปัจจัยที่อาจมีผลต่อการใช้ยาไม่เหมาะสมจนเกิดปัญหาจากการใช้ยาได้แก่ จำนวนรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับ โดยผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษาคั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงซึ่งทำให้ได้รับยาหลายชนิด และการมีโรคร่วมหลายโรคโดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคความดันโลหิตสูง

โรคเบาหวาน และไขมันในเลือดสูง ซึ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดปัญหาจากการใช้ยาได้ (21, 23, 24) แนวทางการรักษาของ KDIGO 2012 เสนอแนะให้ปรับขนาดยาตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย รวมถึงการรักษาโดยมีทีมสหวิชาชีพพร้อมมือกันตรวจสอบการใช้ยา โดยตรวจค่า eGFR ก่อนการสั่งใช้ยา และการติดตามค่า eGFR เป็นประจำ อาจสามารถช่วยลดการเกิดปัญหาได้ (2, 6, 25)

การศึกษาครั้งนี้ประเมินคุณภาพชีวิตด้วยแบบวัด EQ-5D-5L พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาในทุก ๆ มิติสุขภาพ โดยมีค่าอรรถประโยชน์มากกว่า 0.8 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของธนรรจ์ รัตนโชติพานิช และคณะ (10) ที่วัดคุณภาพชีวิตและอรรถประโยชน์ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการทำการล้างไตทางช่องท้อง และเครื่องฟอกไตเทียมด้วยแบบวัด EQ-5D-5L ซึ่งพบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตในทุก ๆ มิติอยู่ในระดับดี (ค่าอรรถประโยชน์มากกว่า 0.8) ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ได้ทำในผู้ป่วยทุกระยะของการเป็นโรคไต ซึ่งผู้ป่วยทุกรายยังสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ การศึกษาของธนรรจ์ รัตนโชติพานิช และคณะ (10) แม้ว่าทำในผู้ป่วยที่บำบัดทดแทนไต แต่ยังเป็นผู้ป่วยที่ดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ดังนั้นการเป็นโรคไตจึงไม่ได้มีผลต่อคุณภาพชีวิตและอรรถประโยชน์ การศึกษาครั้งนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของอรรถสิทธิ์ ศรีสุบัติ และคณะ (16) ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 ซึ่งวัดคุณภาพชีวิตด้วย EQ-5D-5L และกำหนดให้ค่าอรรถประโยชน์มากกว่า 0.7 คือการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคไตทั้งสองระยะมีคุณภาพชีวิตที่ดีเช่นเดียวกัน การศึกษาของชนิดินันท์ สุทธิ และคณะ (12) ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 1-5 พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะเริ่มแรกมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้าย แต่คะแนนในภาพรวมในทุกระยะยังคงมากกว่า 0.8 ซึ่งจัดว่าอยู่ในระดับดี และสอดคล้องกับการศึกษาของเมธี จันทรพิทักษ์กุล (26) ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3a, 3b และ 4 ในเขตชนบท มีคะแนนอรรถประโยชน์อยู่ในระดับดี (มากกว่า 0.8)

เมื่อจำแนกตามมิติคุณภาพชีวิต การศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่มีปัญหาในทุก ๆ มิติ โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนใกล้เคียงกับการศึกษาของเมธี จันทรพิทักษ์กุล (26) ในทุก ๆ มิติ หากพิจารณาในมิติอาการเจ็บปวด/อาการไม่สบายตัวพบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีอาการจนถึงมีอาการเล็กน้อย ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ

ธนรรจ์ รัตนโชติพานิช และคณะ (10) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคไตส่วนใหญ่มีคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติอาการเจ็บปวด/อาการไม่สบายตัว อยู่ในระดับไม่มีอาการจนถึงมีอาการอย่างมาก ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ทำในผู้ป่วยโรคไตที่ยังไม่ได้ทำการฟอกไต แต่การศึกษาของธนรรจ์ รัตนโชติพานิชและคณะ (10) ทำในผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องและฟอกเลือด ซึ่งการทำหัตถการในการรักษาทุกครั้งอาจก่อให้เกิดความเจ็บปวดไม่สบายตัวได้ จึงมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในด้านนี้

งานวิจัยนี้มีข้อจำกัด คือ 1) การประเมินและการค้นหาปัญหาจากการใช้ยาทำโดยเภสัชกร 2 คน โดยไม่ได้ตรวจสอบซ้ำกับเภสัชกรคนอื่น ๆ หรือผู้เชี่ยวชาญก่อนเพื่อทดสอบความเที่ยงของการประเมิน 2) การประเมินคุณภาพชีวิตใช้แบบวัด EQ-5D-5L ซึ่งเป็นแบบวัดคุณภาพชีวิตทั่วไป ซึ่งไม่ใช่แบบประเมินเฉพาะกับโรค จึงอาจมีความไวในการตรวจจับการเปลี่ยนแปลงที่น้อย 3) การศึกษานี้เป็นการศึกษาปัญหาจากการใช้ยาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 เท่านั้นโดยไม่รวมระยะที่ 4-5 เนื่องจากเภสัชกรในการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้ติดตามปัญหาจากการใช้ยาผู้ป่วยโรคไตระยะที่ 4-5 และศึกษาคุณภาพชีวิตในช่วงระยะเวลาที่กำหนด แต่ไม่ได้ศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกอื่น ๆ ที่เฉพาะเจาะจงกับโรคไต เช่น eGFR, serum creatinine

สรุป

การให้คำแนะนำและดูแลผู้ป่วยโรคไตโดยเภสัชกรร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในคลินิกโรคไตเรื้อรังสามารถแก้ไขปัญหาเรื่องการใช้ยาและสามารถเพิ่มคะแนนอรรถประโยชน์ในผู้ป่วยไตเรื้อรังในระยะที่ 3-5 ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการศึกษาโดยใช้ระยะเวลา 6 เดือน ในการวิจัยครั้งต่อไป ควรเพิ่มระยะติดตามผลเพื่อประเมินปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาและคุณภาพชีวิตโดยอาจต้องใช้ระยะเวลานานกว่า 1 ปี นอกจากนี้ควรมีการติดตามผู้ป่วยเป็นรายบุคคลในระยะเวลาที่นานขึ้นเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ยาและคุณภาพชีวิต

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับการสนับสนุนจากกลุ่มวิจัยป้องกันและชะลอโรคไตเรื้อรังในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

เอกสารอ้างอิง

1. Yeasunkaew R, Na Nongkhai Y, Shayakul C, Sujirat D. Quality of life in end state renal receiving hemodialysis according to the different health benefit schemes: A private hospital case study. *Vajira Nursing Journal*. 2018; 18: 79–88.
2. Eknoyan G, Lameire N, Eckardt KU. Clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease KDIGO 2012 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. *Kidney Int Suppl*. 2013; 3: 1470–3.
3. Thanakitjaru P. Current situation of chronic kidney disease in Thailand. *Journal of the Department of Medical Services*. 2015; 40: 5–17.
4. Ingsathit A, Thakkinstian A, Chairasert A, Sangthawan P, Gojaseni P, Kiattisunthorn K, et al. Prevalence and risk factors of chronic kidney disease in the Thai adult population: Thai SEEK study. *Nephrol Dial Transplant*. 2010; 25: 1567–75.
5. Cha'on U, Tippayawat P, Sae-ung N, Pinlaor P, Sirithanaphol W, Theeranut A, et al. High prevalence of chronic kidney disease and its related risk factors in rural areas of Northeast Thailand. *Sci Rep*. 2022; 12: 18188. doi.org/10.1038/s41598-022-22538-w
6. Steinman MA, Miao Y, Boscardin WJ, Komaiko KDR, Schwartz JB. Prescribing quality in older veterans: a multifocal approach. *J Gen Intern Med*. 2014; 29: 1379–86.
7. Phromkamdang K, Sirilak T. Effects of pharmaceutical care on clinical outcomes in patients with chronic kidney disease in Wiang Haeng Hospital, Chiang Mai province. *Journal of Nursing and Public Health Research*. 2023; 3: 1–19.
8. Sawatpanich J. Primary pharmaceutical care services among patients with chronic kidney disease Kantharawichai Hospital, Mahasarakham province. *Research and Development Health System Journal* 2014; 7: 57–63.
9. Chaiyasung P, Jukchai P, Sridet R, Nanudorn A. The development of self-care promotion program on behavior self-care of chronic disease patients with chronic kidney disease at home. *Journal of Nursing and Education*. 2020;13: 27–42.
10. Rattanachotphanit T, Waleekhachonloet O, Chanasopon S, Ausornsagiam W, Kanjanasilp J, Suwattanasilp A, et al. Quality of life and utilities of end stage renal disease patients undergoing dialysis. *Isan Journal of Pharmaceutical Sciences*. 2018; 14: 88–98.
11. Yeasunkaew R, Na Nongkhai S, Chayakul C, Sujirat D. Assessment quality of life in end stage renal disease patients undergoing hemodialysis. *Vajira Nursing Journal*. 2016; 18: 79–88.
12. Sutthi C, Sutthi W. Utility and cost assessment of patients with chronic kidney disease stages 3 to 5 at a General hospital. [Independent study]: Mahasarakham University; 2018.
13. Chen SH, Tsai YF, Sun CY, Wu IW, Lee CC, Wu MS. The impact of self-management support on the progression of chronic kidney disease--a prospective randomized controlled trial. *Nephrol Dial Transplant*. 2011; 26: 3560–6.
14. Pharmaceutical Care Network Europe Foundation. PCNE classification for drug related problems V 8.02 [online]. 2017 [cited Mar 30, 2023]. Available from: www.pcne.org/upload/files/230_PCNE_classification_V8-02.pdf.
15. Pattanamongkol O, Chantaracha D, Chalongsuk R, Pongchaidecha M, Rungprai D, Muongmee S. The cost-effectiveness of pharmaceutical care to slow progression of the kidney in chronic kidney disease with diabetes patients at Laem Chabang hospital, Chonburi province. *Thai Bulletin of Pharmaceutical Sciences*. 2018; 13: 53–67.
16. Srisubat A, Jiamjariyaporn T, Chanpitakkul M, Leemid V, Wisansak W, Promnim S. Cost-effectiveness of integrated care in patients with chronic kidney disease stage 3 and 4 compared with standard care

- in rural communities. *Journal of the Department of Medical Services*. 2017; 42: 54–63.
17. Ali B, Gray-Vickrey P. Limiting the damage from acute kidney injury. *Nursing (Brux)*. 2011; 41: 22–31
 18. Champati S. Causes of patient's medication problems and interventions in home care visits by pharmacists. *Thai Journal of Clinical Pharmacy* 2017; 23: 1-9
 19. Steinman MA, Miao Y, Boscardin WJ, Komaiko KDR, Schwartz JB. Prescribing quality in older veterans: a multifocal approach. *J Gen Intern Med* 2014; 29: 1379–86.
 20. Narvekar RS, Bhandare NN, Gouveia JJ, Bhandare PN. Utilization pattern of potentially inappropriate medications in geriatric patients in a tertiary care hospital: a retrospective observational study. *J Clin Diagn Res*. 2017 11: FC04–8.
 21. Via-Sosa MA, Lopes N, March M. Effectiveness of a drug dosing service provided by community pharmacists in polymedicated elderly patients with renal impairment--a comparative study. *BMC Fam Pract*. 2013; 14: 96. doi.org/10.1186/1471-2296-14-96.
 22. Hoffmann F, Boeschen D, Dörks M, Herget-Rosen thal S, Petersen J, Schmiemann G. Renal insufficiency and medication in nursing home residents. a cross-sectional study (IMREN). *Dtsch Arztebl Int*. 2016; 113: 92–8.
 23. Chang F, O'Hare AM, Miao Y, Steinman MA. Use of renally inappropriate medications in older veterans: a national study. *J Am Geriatr Soc*. 2015; 63: 2290–7.
 24. Breton G, Froissart M, Janus N, Launay-Vacher V, Berr C, Tzourio C, et al. Inappropriate drug use and mortality in community-dwelling elderly with impaired kidney function-- the Three- City population-based study. *Nephrol Dial Transplant*. 2011; 26: 2852–9.
 25. Papaioannou A, Clarke JA, Campbell G, Bédard M. Assessment of adherence to renal dosing guidelines in long-term care facilities. *J Am Geriatr Soc*. 2000; 48: 1470–3.
 26. Chanpitakkul M. The effect of integrated care on the health related quality of life in CKD patients: a community hospital approach. In: Tangsanga K, editor. Workshop on "The development of a care model for patients with chronic kidney disease by a multidisciplinary team of the district hospital and by a community nurse of the Tambon Health Promoting Hospital" Bhumirajanagarindra Kidney Institute; 2019 . p. 41–9.

ภาคผนวก

ข้อมูลด้านสุขภาพของผู้เข้าร่วมงานวิจัย

ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)
โรคประจำตัว	
เบาหวาน	24 (10.26)
ความดันโลหิต	130 (55.55)
เบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง	80 (34.19)
โรคอื่น ๆ	
นิ่วในไต/ทางเดินปัสสาวะหรือมี cystic kidney	7 (3.00)
เก๊าท์หรือระดับกรดยูริกในเลือดสูง	6 (2.56)
โรคหัวใจและหลอดเลือด	4 (1.71)
อื่น ๆ	
ระดับไขมันผิดปกติ	51 (21.79)
โรคของไตเรื้อรัง	1 (0.43)
ระยะเวลาที่เป็นโรค (ปี)	
เบาหวาน	7.89±5.20
ความดันโลหิตสูง	7.39±5.28
ส่วนสูง (เซนติเมตร)	156.61±7.64
น้ำหนัก (กิโลกรัม)	62.82±11.73
ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัมต่อตารางเมตร)	25.55±4.25
รอบเอว (เซนติเมตร)	89.83±11.61
มีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคไต	
ไม่ใช่	220 (94.02)
ออกกำลังกาย	
ใช่	123 (52.56)
สูบบุหรี่	
ไม่สูบบุหรี่	198 (84.62)
สูบบุหรี่	10 (4.27)
เคยสูบบุหรี่แต่เลิกแล้ว	26 (11.11)
แอลกอฮอล์	
ไม่ดื่ม	185 (79.06)
ดื่มแอลกอฮอล์	23 (9.83)
เคยดื่มแต่เลิกแล้ว	26 (11.11)
กลับปัสสาวะ	
ไม่ใช่	216 (92.31)
ดื่มน้ำน้อย	
ไม่ใช่	198 (84.62)
ใช้สมุนไพร/ยาแผนโบราณ	
ไม่ใช่	203 (86.75)
ใช้ยาแก้ปวด/ยาชุด (NSAIDs)	
ไม่ใช่	184 (78.63)

ภาคผนวก

ข้อมูลด้านสุขภาพของผู้เข้าร่วมงานวิจัย (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)
ใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร	
ไม่ใช่	216 (92.31)
ค่าทางห้องปฏิบัติการ (ค่าเฉลี่ย)	
SBP (mmHg)	131.09±11.75
DBP (mmHg)	74.72±8.71
Hb	12.54±1.88
HbA1C level (%)	7.11±1.70
LDL	104.83±31.67
HDL	50.11±11.73
cholesterol	163.44±33.00
triglyceride	135.74±63.01
uric acid	6.10±1.63
serum albumin	4.13±0.34
serum calcium	9.20±0.36
serum phosphate	3.38±0.55
total lymphocyte count	2845.99±2357.67
serum creatinine	1.12±0.74
eGFR	70.81±26.36