

บทความวิจัย (Research Article)

**ผลของการบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกลในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
ระยะที่ 2-3 ร่วมกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลบางแพ จังหวัดราชบุรี**
**Effects of Pharmaceutical Care Combined with Remote Counseling
Telepharmacy in Chronic Kidney Disease stage 2-3 with Type 2 Diabetes
Mellitus Bangphae Hospital Ratchaburi Province**

นางสาวลักขณา นาคน้อย

โรงพยาบาลบางแพ

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ อัตราการกรองของไต (eGFR), ระดับครีเอตินินในเลือด (SCr), ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (SBP) และความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว (DBP) และผลลัพธ์ด้านกระบวนการบริหารทางเภสัชกรรม ได้แก่ ความรู้เรื่องยาและโรคไตเรื้อรัง ความร่วมมือในการใช้ยา และปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา ก่อนและหลังการบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกล ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2-3 ร่วมกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลบางแพ จังหวัดราชบุรี จำนวน 37 ราย ระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนเมษายน พ.ศ.2568 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามแบบวัดความรู้เรื่องยาและโรคไตเรื้อรัง แบบประเมินปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา ตามแนวทางของ Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE) เวอร์ชัน 9.1 และแบบวัดความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับชาวไทย (MAST) วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบก่อนและหลังด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่าหลังการบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกล ผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ค่าเฉลี่ย eGFR เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p=0.035$), ค่าเฉลี่ย SBP ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p=0.000$), ค่าเฉลี่ย SCr และค่าเฉลี่ย DBP ก่อนและหลังการบริหาร ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p=0.189$, $p=0.144$ ตามลำดับ) ผลลัพธ์ด้านกระบวนการบริหารทางเภสัชกรรม ได้แก่ ความรู้เรื่องยาและโรคไตเรื้อรัง ความร่วมมือในการใช้ยา เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P=0.000$) สาเหตุของปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาที่พบมากที่สุด คือผู้ป่วยใช้ยาน้อยกว่าที่สั่งหรือไม่ใช้ยา ซึ่งลดลงจากร้อยละ 51.78 เหลือร้อยละ 8.93 แสดงให้เห็นว่าการบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกลในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพิ่มผลลัพธ์ทางการรักษา เพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา และลดปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา

คำสำคัญ การบริหารทางเภสัชกรรม การติดตามการใช้ยาทางไกล โรคไตเรื้อรัง

Abstract

This quasi-experimental research aimed to compare clinical outcomes, namely estimated glomerular filtration rate (eGFR), serum creatinine (SCr), systolic blood pressure (SBP), and diastolic blood pressure (DBP), and pharmaceutical care process outcomes, namely knowledge of medications and chronic kidney disease, medication adherence, and medication-related problems, before and after pharmaceutical care combined with remote counseling telepharmacy in 37 patients with chronic kidney disease stages 2-3 and type 2 diabetes who received treatment at the diabetes clinic, Bangphae Hospital, Ratchaburi Province, between January and April 2025. The instruments used to collect data included questionnaires, a questionnaire on knowledge of medications and chronic kidney disease, a questionnaire on medication-related problems, according to the Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE) version 9.1 guidelines, and a medication adherence scale for Thais (MAST). The pre- and post-comparative data were analyzed using descriptive statistics and a paired t-test.

The results of the research found that after pharmaceutical care combined with remote counseling telepharmacy, the clinical outcomes, including the mean eGFR, increased significantly at a statistical level of 0.05 ($p = 0.035$), the mean SBP decreased significantly at a statistical level of 0.05 ($p = 0.000$), the mean SCr and the mean DBP before and after the care were not significantly different at a statistical level of 0.05 ($p = 0.189$, $p = 0.144$, respectively). The outcomes of the pharmaceutical care process, including knowledge of drugs and chronic kidney disease, compliance in using drugs, increased significantly at a statistical level of 0.05 ($P = 0.000$). The most common cause of problems with drug use was patients taking less drugs than prescribed or not taking drugs, which decreased from 51.78 percent to 8.93 percent. This indicates that pharmaceutical care combined with remote counseling telepharmacy in patients with chronic kidney disease improves treatment outcomes, increases compliance in using drugs, and reduces problems with drug use.

Keywords : Pharmaceutical care, Remote counseling telepharmacy, Chronic kidney disease

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease, CKD) เป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก ทั่วโลกพบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมากกว่า 800 ล้านคน (Kovesdy, 2022) ความชุกของโรคไตเรื้อรังระยะ 1 – 5 ร้อยละ 13.4 (Hill et al., 2016) สำหรับประเทศไทยผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้นจาก 980,238 คน ในปี พ.ศ.2565 เป็น 1,098,773 คน ในปี พ.ศ.2567 เพิ่มขึ้นร้อยละ 10.79 (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2567) โรคไตเรื้อรังเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความชุกของการเกิดโรคไตเรื้อรังพบประมาณร้อยละ 40 ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน (สำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค, 2558) เป้าหมายในการรักษา เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และชะลอการเสื่อมของไต การรักษาจำเป็นต้องใช้ยาหลายชนิด ได้แก่ ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด ยาลดความดันโลหิต ยาลดไขมันในเลือดสูง หรืออาจได้รับยาเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคไตเรื้อรังจากการที่ผู้ป่วยต้องรับประทานยาจำนวนมากและต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน ทำให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา เช่น ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา การปรับแผนการใช้ยา การติดตามผลการรักษา การไม่ได้รับยาที่ควรได้รับ และการได้รับยาในขนาดไม่เหมาะสม จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและการสื่อสาร ทำให้เกิดการบริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy) โดยเภสัชกรสามารถสื่อสารกับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการได้ด้วยเทคโนโลยีการสื่อสาร ผู้ป่วยไม่ต้องเดินทางมาพบเภสัชกรโดยตรง ประกอบกับประกาศสภาเภสัชกรรม ที่ 62/2565 เรื่องแนวทางเกี่ยวกับมาตรฐานการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy) (สภาเภสัชกรรม, 2565) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาต่อเนื่อง เพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาและแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาที่เกิดขึ้น จากการศึกษาการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลในต่างประเทศ พบว่ารูปแบบ remote consultation telepharmacy เป็นการให้คำปรึกษาดูแลตามความร่วมมือในการใช้ยาและค้นหาปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาโดยวิธี videoconference แบบภาพและเสียงหรือติดต่อผู้ป่วยผ่านทางโทรศัพท์ สามารถเพิ่มประสิทธิภาพของการรักษาและความร่วมมือในการใช้ยาโดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ป่วยพื้นที่ห่างไกลได้ (กฤษฎี วัฒนธรรม และคณะ, 2564)

โรงพยาบาลบางแพ เป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับ F1 จากข้อมูลปี 2567 พบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจากโรคเบาหวานร้อยละ 40.60 (244 คน) จากผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั้งหมด 601 คน และคิดเป็นร้อยละ 6.88 จากผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมด 3,548 คน การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังยังขาดรูปแบบ และการให้คำปรึกษาด้านยาอย่างเป็นระบบ ที่ผ่านมามีการให้คำปรึกษาผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) มากกว่า 200 mg/dl ปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาที่พบ ได้แก่ ผู้ป่วยลืมรับประทานยา ปรับขนาดยาเอง และรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง จากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงศึกษาผลของการบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกลในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังร่วมกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อเพิ่มผลลัพธ์ในการรักษา แก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา เพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา รวมถึงเป็นแนวทางสำหรับเภสัชกร ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิก ก่อนและหลังการบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกล ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2-3 ร่วมกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2

2. เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านกระบวนการบริหารทางเภสัชกรรม ก่อนและหลังการบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกล ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2-3 ร่วมกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2

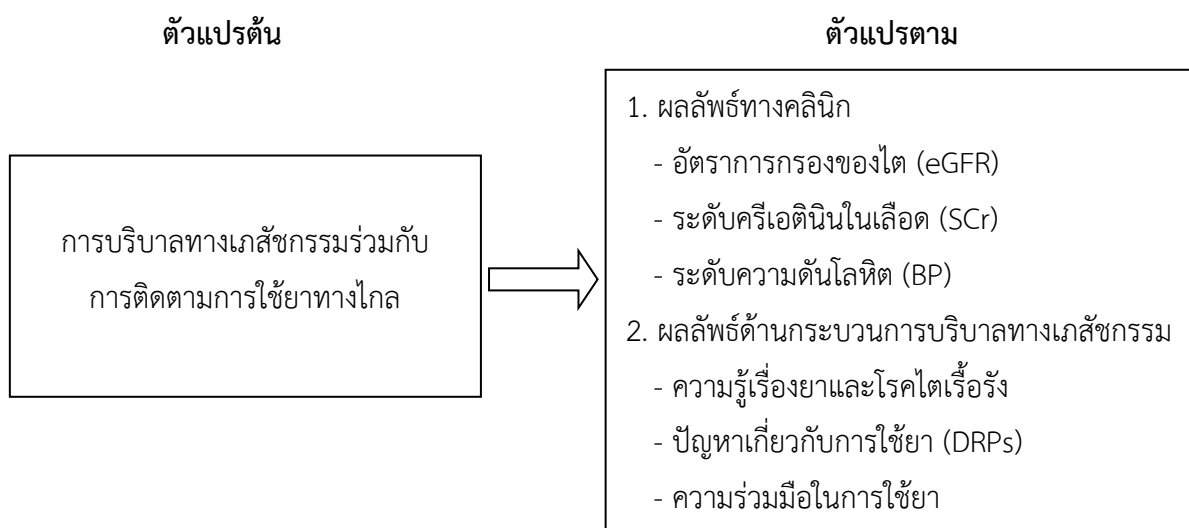
สมมุติฐานการวิจัย

1. การบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกล สามารถเพิ่มผลลัพธ์ทางคลินิกที่เกี่ยวข้องกับการชะลอการเสื่อมของไต ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2-3 ร่วมกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2

2. การบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกล สามารถเพิ่มผลลัพธ์ด้านกระบวนการบริหารทางเภสัชกรรม ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2-3 ร่วมกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2

กรอบแนวคิดการวิจัย

กระบวนการบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกล ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2-3 ร่วมกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลบางแพ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผลลัพธ์ทางคลินิกที่เกี่ยวข้องกับการชะลอการเสื่อมของไต หมายถึง ผลลัพธ์ทางคลินิกด้านการชะลอการเสื่อมของไต ได้แก่ eGFR และ SCr และผลลัพธ์ทางคลินิกที่เกี่ยวข้องกับภาวะไตเสื่อม ได้แก่ SBP และ DBP

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research Design) ชนิดหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลัง (One group pretest-posttest design) ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2-3 ร่วมกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. **ประชากร** คือผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2-3 ร่วมกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลบางแพะ ระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนเมษายน 2568 จำนวน 66 คน

2. **กลุ่มตัวอย่าง** คือผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2-3 ร่วมกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G Power 3.1.9.7 กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 อำนาจการทดสอบเท่ากับ 0.80 ขนาดอิทธิพลของตัวแปรอิสระที่มีต่อตัวแปรตามเท่ากับ 0.54 (ปพิชญา สิงห์ชา, 2566) เพื่อการสูญเสียร้อยละ 20 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 37 คน

เกณฑ์ในการคัดเข้า (inclusion criteria) ได้แก่ 1) ผู้ป่วยที่ได้รับวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2-3 ร่วมกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลบางแพะต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 6 เดือน 2) ผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 3) สามารถสื่อสารภาษาไทย อ่านออกเขียนได้ 4) ไม่มีปัญหาด้านการได้ยิน หูไม่หนวกหรือตึงจนเป็นอุปสรรคในการสื่อสาร 5) มีโทรศัพท์หรือสมาร์ทโฟนที่ใช้ระบบกล้องและ/หรือเสียงเพื่อสื่อสารโดยตรง 6) ผู้ป่วยสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ 1) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถมาพบแพทย์ตามนัดและไม่สามารถติดตามผู้ป่วยได้ หลังจากผู้วิจัยติดต่อกลับไป 2 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์ 2) ผู้ที่ขอลถอนตัวระหว่างการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการให้ความรู้

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพ จำนวน 13 ข้อ ประกอบด้วยเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ สิทธิการรักษาพยาบาล ระยะเวลาป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง โรคประจำตัว ประวัติแพ้ยา/อาหาร ประวัติการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคสมุนไพรหรืออาหารเสริม และการออกกำลังกาย ข้อคำถามจะเป็นคำถามปลายปิดและปลายเปิด

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เรื่องยา ใช้แบบสอบถามจากวิทยานิพนธ์ของพัชนี นวลช่วย (2555) จำนวน 10 ข้อ ลักษณะแบบวัดเป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่ กับ ไม่ใช่ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน แปลผลการวัดจากคะแนนรวมเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (น้อยกว่า 6 คะแนน), ระดับปานกลาง (6 - 7 คะแนน) และระดับสูง (8 คะแนน ขึ้นไป)

ส่วนที่ 3 แบบวัดความรู้โรคไตเรื้อรัง ใช้แบบสอบถามจากวิทยานิพนธ์ของพัชนี นวลช่วย (2555) จำนวน 10 ข้อ ลักษณะแบบวัดเป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ ไม่ทราบ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิด ไม่แน่ใจ ไม่ทราบ ได้ 0 คะแนน แปลผลการวัดจากคะแนนรวมเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (น้อยกว่า 6 คะแนน), ระดับปานกลาง (6 - 7 คะแนน) และระดับสูง (8 คะแนนขึ้นไป)

2. แบบวัดความร่วมมือในการใช้ยา ใช้แบบวัดความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับคนไทย (Medication Adherence Scale in Thais, MAST) พัฒนาโดยกมลชนก จงวิไลเกษม และสงวน ลือเกียรติบัณฑิต (2564) โดยมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ได้อนุญาตให้ใช้ลิขสิทธิ์ จำนวน 8 ข้อ โดยข้อ 1 - 6 มีให้เลือก 6 ตัวเลือก ได้แก่ มากกว่า 15 ครั้ง/เดือน, 10 - 15 ครั้ง/เดือน, 6 - 9 ครั้ง/เดือน, 3 - 5 ครั้ง/เดือน, 1 - 2 ครั้ง/เดือน และไม่เคยเลย คะแนน 5, 4, 3, 2, 1 และ 0 ตามลำดับ ส่วนข้อ 7 - 8 มีให้เลือก 6 ตัวเลือก ได้แก่ บ่อยมาก บ่อย มีบ้าง น้อย น้อยมาก และไม่เคยเลย คะแนน 5, 4, 3, 2, 1 และ 0 ตามลำดับ คะแนนดิบที่ได้ต้องกลับคะแนน ด้วยสูตร $40 - \text{คะแนนดิบ}$ คะแนนที่ได้จึงจะเป็นค่าความร่วมมือในการใช้ยา MAST พิสัยที่เป็นไปได้ ของแบบวัด คือ 0 - 40 การแปลผล ระดับความร่วมมือดี (≥ 34 คะแนน) และระดับความร่วมมือไม่ดี (< 34 คะแนน)

3. แบบประเมินปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาตามแนวทาง Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE) Version 9.1 (2020)

4. แบบบันทึกประวัติ ผลการรักษา และปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา ประกอบด้วยข้อมูลเบอร์โทรศัพท์ หรือไลน์ไอดีที่ติดต่อด้วยเสียงหรือวิดีโอได้โดยตรง ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติทางสังคม ประวัติการใช้สมุนไพร/อาหารเสริม ประวัติการแพ้ยา ประวัติการใช้ยา ผลทางคลินิกและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาและแนวทางแก้ไขปัญหา

เครื่องมือที่ใช้ในการให้ความรู้ ได้แก่ แผ่นพับและคู่มือให้ความรู้เรื่องยาและโรคไตเรื้อรัง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)

1. แบบวัดความรู้เรื่องยาและโรคไตเรื้อรัง ใช้แบบสอบถามจากวิทยานิพนธ์ของ พัทธนี นวลช่วย (2555) ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence : IOC) 0.75 - 1.00

2. สื่อให้ความรู้ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลบางแพ อาจารย์เภสัชกรผู้เชี่ยวชาญด้านบริหารเภสัชกรรม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และหัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมผู้เชี่ยวชาญด้านเภสัชกรรมคลินิก โรงพยาบาลแม่เมาะ ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence : IOC) 0.8

ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

1. แบบวัดความรู้เรื่องยาและโรคไตเรื้อรัง ใช้แบบสอบถามจากวิทยานิพนธ์ ของพัธนี นวลช่วย (2555) ที่ผ่านการนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง อำนาจจำแนกมีค่าระหว่าง 0.3 - 0.8 และหาความเที่ยงโดยวิธีของ Kuder-Richardson (KR-20) ได้เท่ากับ 0.7

2. แบบวัดความร่วมมือในการใช้ยา ใช้แบบวัดความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับคนไทย (Medication Adherence Scale in Thais, MAST) ซึ่งพัฒนาแบบวัดโดยกมลชนก จงวิไลเกษม และสงวน ลือเกียรติบัณฑิต (2564) ผ่านการทดสอบความตรงและความเที่ยงแล้ว มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.87

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดราชบุรี เลขที่โครงการ RbPH REC 144/2567 ลงวันที่ 6 มกราคม 2568

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ทำบันทึกข้อความถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางแพ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน
ในการวิจัย เพื่อขออนุญาตทำการศึกษาวิจัย และเข้าถึงฐานข้อมูลของผู้ป่วยเพื่อเก็บข้อมูล
2. หลังจากผ่านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยศึกษาประวัติผู้ป่วยจากเวชระเบียนในระบบ
คอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อคัดเลือกตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์เข้าสู่วิจัย
3. ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดขั้นตอนในการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์คัดเข้า หากผู้ป่วยยินยอม
เข้าร่วมวิจัย ให้ลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร
4. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม แบบวัดความรู้เรื่องยาและโรคไตเรื้อรัง แบบประเมินปัญหา
เกี่ยวกับการใช้ยา แบบวัดความร่วมมือในการใช้ยา และให้การบริบาลทางเภสัชกรรม 5 ครั้ง ดังนี้
 - ครั้งที่ 1 เดือนที่ 0 พบกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาล ประเมินความรู้เรื่องยาและโรคไตเรื้อรัง
ประเมินความร่วมมือในการใช้ยา และประเมินปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา สัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป บันทึกข้อมูล
การรักษาในแบบบันทึกของผู้ป่วย โดยค่า eGFR และ SCr ใช้ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ครั้งล่าสุด
baseline ปี พ.ศ.2567 และให้ความรู้โดยใช้สื่อที่จัดทำขึ้น และแจกสื่อให้ผู้ป่วย
 - ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 2 ติดตามการใช้ยาทางไกลด้วยโทรศัพท์หรือวิดีโอออนไลน์ ครั้งที่ 1 เพื่อติดตาม
การใช้ยาและปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา
 - ครั้งที่ 3 เดือนที่ 1 ติดตามการใช้ยาทางไกลด้วยโทรศัพท์หรือวิดีโอออนไลน์ ครั้งที่ 2 เพื่อติดตาม
การใช้ยาและปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา
 - ครั้งที่ 4 เดือนที่ 2 ติดตามการใช้ยาทางไกลด้วยโทรศัพท์หรือวิดีโอออนไลน์ ครั้งที่ 3 เพื่อติดตาม
การใช้ยาและปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา
 - ครั้งที่ 5 เดือนที่ 3 พบกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาล ครั้งที่ 2 ตรวจ eGFR และ SCr บันทึก
ผลการรักษา ประเมินความรู้เรื่องยาและโรคไตเรื้อรัง ประเมินความร่วมมือในการใช้ยา และประเมินปัญหา
เกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วย
5. ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูล ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ได้แก่

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ความรู้เรื่องยาและโรคไตเรื้อรัง ความร่วมมือในการใช้ยา ปัญหา
เกี่ยวกับการใช้ยา และผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ eGFR, SCr, SBP และ DBP

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ความรู้เรื่องยาและโรคไตเรื้อรัง ความร่วมมือในการใช้ยา และผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ eGFR, SCr, SBP และ DBP ก่อนและหลังการบริหารทางเภสัชกรรมด้วยสถิติ Paired t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 37 คน เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2 จำนวน 25 คน ร้อยละ 67.57 และระยะที่ 3 จำนวน 12 คน ร้อยละ 32.43 เพศหญิงร้อยละ 64.86 เพศชายร้อยละ 35.14 อายุเฉลี่ย 67.03 ปี (S.D.=6.98) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 70.27 สถานภาพสมรสร้อยละ 78.38 ส่วนใหญ่ไม่ประกอบอาชีพร้อยละ 59.46 สิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 75.68 ดัชนีมวลกายมากกว่าเกณฑ์ปกติร้อยละ 75.68 ระยะเวลาเจ็บป่วยโรคไตเรื้อรังเฉลี่ย 5.46 ปี (S.D.=2.72) ส่วนใหญ่มีโรคร่วมกับโรคไตเรื้อรังและโรคเบาหวาน 2 โรค คือโรคความดันโลหิตสูงและโรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 75.68 รับประทานยาสมุนไพร/อาหารเสริมร้อยละ 5.40 ดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 8.11 ไม่สูบบุหรี่ ส่วนใหญ่ไม่ออกกำลังกายร้อยละ 62.16 และยาที่ได้รับเฉลี่ย 7.92 รายการ (S.D.=3.61)

2. ผลลัพธ์ทางคลินิกก่อนและหลังการบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกล

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกก่อนและหลังการบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกล (n=37)

ตัวแปร	$\bar{x}$	S.D.	t	p-value
eGFR				
ก่อนการบริหาร	67.05	13.61	2.19	0.035*
หลังการบริหาร	69.50	15.53		
SCr				
ก่อนการบริหาร	1.01	0.23	-1.34	0.189
หลังการบริหาร	0.99	0.27		
SBP				
ก่อนการบริหาร	147.14	16.29	-4.65	0.000*
หลังการบริหาร	135.51	11.58		
DBP				
ก่อนการบริหาร	76.62	11.33	-1.49	0.144
หลังการบริหาร	73.51	9.66		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 1 ผลลัพธ์ทางคลินิกก่อนและหลังการบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้ยา

ทางไกล พบว่า eGFR เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p=0.035$) จาก ($\bar{x}=67.05$, S.D.=13.61) เป็น ($\bar{x}=69.50$, S.D.=15.53) ,SCr ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p=0.189$) จาก ($\bar{x}=1.01$, S.D.=0.23) เป็น ($\bar{x}=0.99$, S.D.=0.27), SBP ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p=0.000$) จาก ($\bar{x}=147.14$, S.D.=16.29) เป็น ($\bar{x}=135.51$, S.D.=11.58) และ DBP ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ($p=0.144$) จาก ($\bar{x}=76.62$, S.D.=11.33) เป็น ($\bar{x}=73.51$, S.D.=9.66)

3. ผลลัพธ์ด้านกระบวนการบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกลต่อความรู้เรื่องยาและโรคไตเรื้อรัง

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบจำนวน และร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับความรู้เรื่องยาและโรคไตเรื้อรัง ก่อนและหลังการบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกล ($n=37$)

ระดับความรู้	ก่อนการบริหาร		หลังการบริหาร	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้เรื่องยา				
ระดับต่ำ	21	56.75	0	0.00
ระดับปานกลาง	14	37.84	15	40.54
ระดับสูง	2	5.41	22	59.46
	$\bar{x}$ =5.35, S.D.=1.18		$\bar{x}$ =7.76, S.D.=0.98	
ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง				
ระดับต่ำ	23	62.16	2	5.41
ระดับปานกลาง	14	37.84	16	43.24
ระดับสูง	0	0.00	19	51.35
	$\bar{x}$ =5.11, S.D.=1.17		$\bar{x}$ =7.54, S.D.=1.14	

จากตารางที่ 2 พบว่าความรู้เรื่องยาและโรคไตเรื้อรัง ก่อนการบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกล ความรู้อยู่ในระดับต่ำร้อยละ 56.75 ($\bar{x}=5.35$, S.D.=1.18) และร้อยละ 62.16 ($\bar{x}=5.11$, S.D.=1.17) ตามลำดับ และหลังการบริหาร ความรู้เรื่องยาและโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 59.46 ($\bar{x}=7.76$, S.D.=0.98) และร้อยละ 51.35 ($\bar{x}=7.54$, S.D.=1.14) ตามลำดับ

4. ผลลัพธ์ด้านกระบวนการบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกลต่อความร่วมมือในการใช้ยา

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบจำนวน และร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับความร่วมมือในการใช้ยา ก่อนและหลังการบริบาลทางเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกล (n=37)

ระดับคะแนน	ความร่วมมือในการใช้ยา			
	ก่อนการบริบาล		หลังการบริบาล	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดี (≥ 34 คะแนน)	4	10.81	32	86.49
ระดับไม่ดี (< 34 คะแนน)	33	89.19	5	13.51
	$\bar{X}=31.46$, S.D.=1.79		$\bar{X}=34.89$, S.D.=1.26	

จากตารางที่ 3 พบว่าก่อนการบริบาลทางเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกล ความร่วมมือในการใช้ยา อยู่ในระดับไม่ดี (< 34 คะแนน) ร้อยละ 89.19 ($\bar{X}=31.46$, S.D.=1.79) หลังการบริบาลความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้น อยู่ในระดับดี (≥ 34 คะแนน) ร้อยละ 86.49 ($\bar{X}=34.89$, S.D.=1.26)

5. ผลลัพธ์ด้านกระบวนการบริบาลทางเภสัชกรรม ก่อนและหลังการบริบาลทางเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกล

ตารางที่ 4 แสดงการเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านกระบวนการบริบาลทางเภสัชกรรม ก่อนและหลังการบริบาลทางเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกล (n=37)

ตัวแปร	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
ความรู้เรื่องยา				
ก่อนการบริบาล	5.35	1.18	16.92	0.000*
หลังการบริบาล	7.76	0.98		
ความรู้โรคไตเรื้อรัง				
ก่อนการบริบาล	5.11	1.17	17.73	0.000*
หลังการบริบาล	7.54	1.14		
ความร่วมมือในการใช้ยา				
ก่อนการบริบาล	31.46	1.79	14.46	0.000*
หลังการบริบาล	34.89	1.26		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 4 พบว่าผลลัพธ์ด้านกระบวนการบริบาลทางเภสัชกรรม ก่อนและหลังการบริบาลทางเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกล พบว่าความรู้เรื่องยาและโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p=0.000$) จาก ($\bar{X}=5.35$, S.D.=1.18) เป็น ($\bar{X}=7.76$, S.D.=0.98) และจาก ($\bar{X}=5.11$, S.D.=1.17) เป็น ($\bar{X}=7.54$, S.D.=1.14) ตามลำดับ และความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p=0.000$) จาก ($\bar{X}=31.46$, S.D.=1.79) เป็น ($\bar{X}=34.89$, S.D.=1.26)

6. ปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังร่วมกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนและร้อยละของปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา ตามแนวทาง PCNE (n=37)

ปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา		ก่อนการบริบาล	หลังการบริบาล
1.ชนิดของปัญหา (P)		10 (90.91)	1 (9.09)
ความปลอดภัยของการรักษา	ผู้ป่วยเกิดผลข้างเคียงจากยา	1 (9.09)	0 (0.00)
	อื่นๆ	9 (81.82)	1 (9.09)
2.สาเหตุของปัญหา (C)		46 (82.14)	10 (17.86)
การเลือกใช้ยา	เลือกใช้ยาไม่เหมาะสมตามแนวทาง	9 (16.07)	4 (7.14)
	ขนาดยาสูงไป	1 (1.78)	0 (0.00)
สาเหตุจากผู้ป่วย	ผู้ป่วยใช้ยาน้อยกว่าที่สั่งหรือไม่ใช้ยา	29 (51.78)	5 (8.93)
	ผู้ป่วยรับใช้ยามากกว่าที่สั่ง	1 (1.78)	0 (0.00)

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนและร้อยละของปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา ตามแนวทาง PCNE (ต่อ)

ปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา		ก่อนการบริบาล	หลังการบริบาล
2.สาเหตุของปัญหา (C)			
สาเหตุจากผู้ป่วย	ผู้ป่วยเก็บยาไม่ถูกวิธี	5 (8.93)	1 (1.78)
	เวลาการบริหารยาไม่ถูกต้อง	1 (1.78)	0 (0.00)
3.การวางแผนแก้ไขปัญหา (I)		66 (82.50)	14 (17.50)
ผู้สั่งใช้ยา	เสนอแนวทางแก้ไขต่อผู้สั่งใช้ยา	15 (18.75)	4 (5.00)
	ให้คำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วย	42 (52.50)	7 (8.75)
ผู้ป่วยหรือผู้ดูแล	พูดคุยกับญาติหรือผู้ดูแล	3 (3.75)	1 (1.25)
	เปลี่ยนตัวยา	6 (7.50)	2 (2.50)
4.การยอมรับการแก้ไขปัญหา (A)		48 (82.76)	10 (17.24)
การแก้ไขปัญหาได้รับ	ได้รับการยอมรับและแก้ไขทั้งหมด	45 (77.59)	9 (15.52)
	ได้รับการยอมรับและแก้ไขบางส่วน	3 (5.17)	1 (1.72)
5.ผลลัพธ์ของการแก้ไขปัญหา (O)		57 (83.82)	11 (16.18)
ปัญหาได้รับการแก้ไข	ปัญหาได้รับการแก้ไขทั้งหมด	45 (66.18)	9 (13.24)
	ปัญหาได้รับการแก้ไขบางส่วน	3 (4.41)	0 (0.00)
ปัญหาไม่ได้รับการแก้ไข	ขาดความร่วมมือจากผู้ป่วย	3 (4.41)	0 (0.00)
	ขาดความร่วมมือจากผู้สั่งใช้ยา	6 (8.82)	2 (2.94)

หมายเหตุ ผู้ป่วย 1 คน อาจพบปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยามากกว่า 1 เรื่อง

จากตารางที่ 5 พบชนิดของปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาจำนวน 11 ครั้ง ก่อนการบริบาลทางเภสัชกรรม ชนิดของปัญหาที่พบส่วนใหญ่ คือผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่ควรได้รับร้อยละ 81.82 หลังการบริบาลชนิดของปัญหา ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่ควรได้รับลดลงเหลือร้อยละ 9.09 สาเหตุของปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาที่พบมากที่สุดสาเหตุจากผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยใช้ยาน้อยกว่าที่สั่งหรือไม่ใช้ยา 34 ครั้ง ก่อนการบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยใช้ยาน้อยกว่าที่สั่งหรือไม่ใช้ยาร้อยละ 51.78 หลังการบริบาลผู้ป่วยใช้ยาน้อยกว่าที่สั่งหรือไม่ใช้ยาลดลงเหลือ

ร้อยละ 8.93 รองลงมา คือการเลือกใช้ยาไม่เหมาะสมตามแนวทาง 13 ครั้ง ก่อนการบริบาลทางเภสัชกรรม เลือกใช้ยาไม่เหมาะสมตามแนวทางร้อยละ 16.07 หลังการบริบาลเลือกใช้ยาไม่เหมาะสมตามแนวทางลดลงเหลือร้อยละ 7.14 สำหรับการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา ส่วนใหญ่ให้คำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วย ก่อนการบริบาลทางเภสัชกรรมให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยร้อยละ 52.50 หลังการบริบาลให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยลดลงเหลือร้อยละ 8.75 และเสนอแนวทางแก้ไขปัญหาคือผู้สั่งใช้ยา ก่อนบริบาลทางเภสัชกรรมเสนอแนวทางแก้ไขปัญหาคือผู้สั่งใช้ยาร้อยละ 18.75 หลังการบริบาลเสนอแนวทางแก้ไขปัญหาคือผู้สั่งใช้ยาลดลงเหลือร้อยละ 5.00 การแก้ไขปัญหาก่อนบริบาลทางเภสัชกรรมได้รับการยอมรับและแก้ไขทั้งหมด ร้อยละ 77.59 ได้รับการยอมรับและแก้ไขบางส่วนร้อยละ 5.17 หลังการบริบาลได้รับการยอมรับและแก้ไขทั้งหมดร้อยละ 15.52 ได้รับการยอมรับและแก้ไขบางส่วนร้อยละ 1.72 สำหรับผลลัพธ์การแก้ไขปัญหา ก่อนการบริบาลทางเภสัชกรรมปัญหาได้รับการแก้ไขทั้งหมดร้อยละ 66.18 ได้รับการแก้ไขบางส่วน ร้อยละ 4.41 และไม่ได้รับการแก้ไข เนื่องจากขาดความร่วมมือจากผู้ป่วยร้อยละ 4.41 ขาดความร่วมมือจากผู้สั่งใช้ยาร้อยละ 8.82 หลังการบริบาลปัญหาได้รับการแก้ไขทั้งหมดร้อยละ 13.24 และไม่ได้รับการแก้ไข เนื่องจากขาดความร่วมมือจากผู้สั่งใช้ยาร้อยละ 2.94

อภิปรายผล

จากการศึกษาผลของการบริบาลทางเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกลในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังร่วมกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถอธิบายผลการศึกษาดังนี้

1. ผลลัพธ์ทางคลินิก

การบริบาลทางเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกล ทำให้ผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้น พบว่า ค่าเฉลี่ย eGFR เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกันยารัตน์ พรหมคำแดง และ จิตติพงศ์ ศิริลักษณ์ (2567) ที่ศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกของการบริบาลเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง, ค่าเฉลี่ย DBP และ ค่าเฉลี่ย SCr ก่อนและหลังการบริบาล ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่มีแนวโน้มลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกัลยาณี วิทยา (2566) ที่ศึกษาผลของการให้บริบาลทางเภสัชกรรมในคลินิกผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังร่วมกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และค่าเฉลี่ย SBP เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสอดคล้องกับการศึกษาของวีรวรรณ รุจิณากุล และคณะ (2567) ที่ศึกษาเรื่องการพัฒนาคุณภาพการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลในผู้ป่วยโรคไตระยะเริ่มต้น ซึ่งผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้นอาจเนื่องมาจากเภสัชกรให้ความรู้ คำแนะนำ ค้นหา และแก้ไขปัญหาได้ทันทีและตรงประเด็นกับปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย แต่การศึกษารั้งนี้ ค่าเฉลี่ย DBP และ ค่าเฉลี่ย SCr ไม่เห็นการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน อาจมีสาเหตุมาจากการรับประทาน อาหารรสเค็ม รสหวาน ความเครียด พักผ่อนไม่เพียงพอ การดื่มแอลกอฮอล์ ทำให้ความดันโลหิตสูง และการรับประทานยาเสริม สมุนไพร ยาแก้ปวดกลุ่ม NSAIDs ซึ่งเป็นสาเหตุให้การทำงานของไตผิดปกติได้

2. ผลลัพธ์ด้านกระบวนการบริบาลทางเภสัชกรรม

2.1 ความรู้เรื่องยาและโรคไตเรื้อรัง หลังการบริบาลทางเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกล พบว่าผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้มาจากการติดตามการใช้ยาทางไกล

เภสัชกรสามารถใช้เวลาอย่างเต็มที่ ในการให้ความรู้ และทบทวนความรู้เรื่องยาและโรคไตเรื้อรัง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของลัดดาวัลย์ พิมพการ (2566) ที่ศึกษาเรื่องการพัฒนาการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และการศึกษาของอรุณวรรณ ต่อกอ (2565) ที่ศึกษาผลของการให้บริบาลทางเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกลในผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าฉีดอินซูลิน ที่พบว่าการบริบาลทางเภสัชกรรมทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และมีการใช้ยาที่ถูกต้อง

2.2 ความร่วมมือในการใช้ยา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มักมีปัญหาด้านสายตาและความจำหลงลืมง่าย การรับประทานยาหลายชนิดและต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน อาจมีผลทำให้ความร่วมมือในการใช้ยาลดลง ซึ่งสาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา ได้แก่ ปัจจัยจากยาที่ใช้ในการรักษาชนิดและรูปแบบของยา ผลข้างเคียงของยา จำนวนยาที่ใช้ ความถี่ในการบริหารยา และปัจจัยจากตัวผู้ป่วย ดังนั้นการเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา อาจเริ่มจากการค้นหาสาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อการลดความร่วมมือในการใช้ยา เภสัชกรจึงมีบทบาทสำคัญในการค้นหาปัญหาและสื่อสารกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับยาและโรคไตเรื้อรัง นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตัวเองร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ จากการศึกษาพบว่าหลังการบริบาลทางเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกล ผู้ป่วยมีความร่วมมือการใช้ยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Choudhry et al. (2018) ซึ่งเปรียบเทียบการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลกับการรักษาแบบปกติ ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถควบคุมการรักษาให้เป็นไปตามแนวทางเวชปฏิบัติได้และความร่วมมือการใช้ยาดำ, การศึกษาของสุภาพร สุปินธรรม (2566) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการใช้ยาต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับบริการผ่านระบบเภสัชกรรมทางไกล และการศึกษาของวันชัย พันศรี (2567) ที่ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการให้บริการผ่านระบบเภสัชกรรมทางไกลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งพบว่าหลังการศึกษาผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้น

2.3 ปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา พบชนิดของปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาทั้งหมด 11 ครั้ง ในผู้ป่วย 37 ราย ปัญหาที่พบมากที่สุดสาเหตุมาจากผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยใช้น้อยกว่าที่สั่งหรือไม่ใช้ยา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของลัดดาวัลย์ พิมพการ (2566) สำหรับการแก้ไขปัญหาส่วนใหญ่เป็นการให้คำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ปฏิบัติตามคำแนะนำของเภสัชกร และมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา จากผลของการบริบาลทางเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกลที่ช่วยค้นหาสาเหตุของปัญหา และวางแผนแก้ไขปัญหา ส่งผลให้ปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกนกพรรณ นิกรเพสย์ และสุรชาติพิทย์ พิชญ์ไพบุลย์ (2561) ซึ่งพบว่าการให้คำปรึกษาโดยเภสัชกรร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์สามารถค้นหาและแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยได้

3. สรุปผล

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า การบริบาลทางเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกลสามารถเพิ่มผลลัพธ์ทางการรักษา ทั้งผลลัพธ์ทางคลินิกและผลลัพธ์ด้านกระบวนการบริบาลทางเภสัชกรรม

อย่างไรก็ตามหลังการบริหารทางเภสัชกรรมยังพบปัญหาผู้ป่วยใช้ยาน้อยกว่าที่สั่งและไม่ใช้ยา อาจเนื่องจากผู้ป่วยรับประทานยาตามความเคยชิน เมื่อแพทย์ปรับเพิ่มขนาดยาหรือเพิ่มความถี่การใช้ยา ผู้ป่วยยังคงรับประทานยาแบบเดิม ประกอบกับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีปัญหาด้านความจำ หลงลืมง่าย การใช้ยาหลายชนิดทำให้ผู้ป่วยเกิดความสับสน จึงมีโอกาสน้อยรับประทานยา นอกจากนี้ยังพบปัญหาจากผู้สั่งใช้ยาไม่สั่งยาตามแนวทางการรักษา คือแพทย์ไม่สั่งใช้ยา ACEI หรือ ARB เพื่อชะลอการเสื่อมของไต อาจเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ และแพทย์ผู้สั่งใช้ยาไม่มีความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จึงมีความกังวลเรื่องผลข้างเคียงของยา เช่น ระดับโพแทสเซียมในเลือดสูง ภาวะไตวายเฉียบพลัน เป็นต้น ดังนั้นควรมีการพัฒนาการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เพื่อให้ผู้ป่วยมีการใช้ยาที่ถูกต้องเหมาะสมและต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มผลลัพธ์ทางการรักษา เพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา และลดปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

เป็นแนวทางสำหรับเภสัชกรในการให้บริหารทางเภสัชกรรมเชิงรุก โดยการประยุกต์ใช้เภสัชกรรมทางไกลร่วมกับการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ รวมถึงใช้ติดตามการใช้ยาเทคนิคพิเศษ เช่น ยาฉีดอินซูลิน ยาสูดพ่น และยาที่มีความเสี่ยงสูง เช่น Warfarin ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลัง ซึ่งผลการศึกษาที่ได้อาจมีข้อจำกัดในการนำไปใช้ ควรทำการศึกษาโดยมีกลุ่มเปรียบเทียบ เพื่อสามารถนำผลการศึกษาไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้
2. การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ใช้ระยะเวลาในการติดตามผลสั้นเกินไป ดังนั้นควรเพิ่มระยะเวลาในการศึกษาและติดตามผลอย่างน้อย 1 ปี เพื่อให้เห็นการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ทางคลินิก และผลลัพธ์ด้านกระบวนการบริหารทางเภสัชกรรมที่ชัดเจนมากขึ้น

บรรณานุกรม/เอกสารอ้างอิง

- กนกพรรณ นิกรเพสย์, สุชาติพิทย์ พิษณุไพบูลย์. (2561). ผลการให้คำปรึกษาโดยเภสัชกรร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ในผู้ป่วยกลุ่มอาการเมแทบอลิก. *วารสารเภสัชกรรมไทย*, 10(2), 449-461.
- กมลชนก จงวิไลเกษม, สงวน ลือเกียรติบัณฑิต. (2564). การพัฒนาแบบวัดความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับคนไทย. *วารสารเภสัชกรรมไทย*, 13(1), 17-30.
- กัลยาณี วิทยา. (27-28 มิถุนายน, 2566). ผลของการให้บริหารทางเภสัชกรรมในคลินิกผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังร่วมกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตอำเภอบ้านโคก จังหวัดอุดรธานี. *งานประชุมวิชาการสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 2, ศูนย์อนามัยที่ 2, พิษณุโลก, ประเทศไทย*.

- กฤษฎี วัฒนธรรม, อีรพล ทิพย์พยอม, อัลจนา เพื่องจันทร์. (2564). รูปแบบกิจกรรมและผลลัพธ์การให้บริการเภสัชกรรมทางไกล: บทความปริทัศน์. *วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน*, 17(3), 1-15.
- กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2567). รายงานประจำปี 2567. กระทรวงสาธารณสุข.
- ปพิชญา สิงห์ชา. (2566). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมระยะที่ 3-4 ต่อพฤติกรรมและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลธวัชบุรี. *วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ*, 4(3), 157-167.
- พัชนี นวลช่วย. (2555). ผลของการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมต่อการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ณ โรงพยาบาลท่าศาลา. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ลัดดาวัลย์ พิมพการ. (2566). ผลการพัฒนาการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 1 - 4 โรงพยาบาลพรหมคีรี. *วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา*, 3(1), 84-97.
- วีรวรรณ รุจิณากุล, อีสริย์ พละสินธุ์เดชา, สุณี เลิศสินอุดม, ชัญญุรักษ์ นกศักดิ์. (2567). การพัฒนาคุณภาพการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลในผู้ป่วยโรคไตระยะเริ่มต้นของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดขอนแก่น. *JOURNAL OF HEALTH CONSUMER PROTECTION*, 4(1), 311-334.
- สภาเภสัชกรรม. (2565). ประกาศสภาเภสัชกรรม ที่ 62/2565 เรื่องแนวทางเกี่ยวกับมาตรฐานการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy); 30 พฤศจิกายน 2565, สำนักงานเลขาธิการสภาเภสัชกรรม กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2558). แนวทางการตรวจคัดกรองและดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนทางไต. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สุภาพร สุปินธรรม. (2566). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการใช้จ่ายต่อความร่วมมือในการใช้จ่ายของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการผ่านระบบเภสัชกรรมทางไกล โรงพยาบาลป่าซาง จังหวัดลำพูน. *Thai Journal of Clinical Pharmacy*, 29(1), 51-63.
- อมรพรรณ ศุภจำรูญ, สงวน ลือเกียรติบัณฑิต, วรณัฐ แสงเจริญ. (2561). ความตรงและความเที่ยงของแบบวัดความร่วมมือในการใช้จ่ายสำหรับชาวไทย: การทดสอบในผู้ป่วยโรคเบาหวาน. *วารสารเภสัชกรรมไทย*, 10(2), 607-619.
- อรุณวรรณ ต่อก. (2565). ผลของการบริบาลเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้จ่ายทางไกลในผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้นิโคตินชูลิน โรงพยาบาลโกสุมพินคร จังหวัดกำแพงเพชร. *วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร*, 3(2), 108-116.
- Choudhry, NK., Isaac. T., Lauffenburger, JC., et al. (2018). Effect of a remotely delivered tailored multicomponent approach to enhance medication taking for patients with hyperlipidemia, hypertension, and diabetes, The STIC2IT cluster

randomized clinical trial. *JAMA Intern Med*, 178(9), 1182-1189.

Hill, NR., Fatoba, ST., Oke, JL., et al. (2016). Global Prevalence of Chronic Kidney Disease - A Systematic Review And Meta-Analysis. *PLoS One*. 11(7): e0158765. Published 2016.
<https://doi:10.1371/journal.pone.0158765>

Kovesdy, C.P. (2022). Epidemiology of chronic kidney disease: An update 2022. *Kidney International Supplements*, 12(1), 7-11. Retrieved from.
<https://doi.org/10.1016/j.kisu.2021.11>.

Pharmaceutical Care Network Europe. (2020). *PCNE classification for drug related problems V 9-1*. Retrieved from.
https://www.pcne.org/upload/files/417_PCNE_classification_V9-1_final.pdf