การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการยาของผู้ป่วยไตเรื้อรัง ในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดอุดรธานี

นายวันชัย พันศรี

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
วิชาเอกบริหารโรงพยาบาล สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
พ.ศ. 2561

Development of Drugs Management Model among Patient Chronic Kidney Disease at one Community Hospital of Udon Thani Province

Mr. Wanchai Phansri

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for
the Degree of Master of Public Health in Hospital Administration
School of Health Sciences
Sukhothai Thammathirat Open University
2018

หัวข้อวิทยานิพนธ์ การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการยาของผู้ป่วยไตเรื้อรัง ในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดอุดรธานี

ชื่อและนามสกุล นายวันชัย พันศรี

วิชาเอก บริหารโรงพยาบาล

สาขาวิชา วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

อาจารย์ที่ปรึกษา 1. รองศาสตราจารย์ ดร.พาณี สีตกะลิน

2. ศาสตราจารย์ ดร.สมจิตต์ สุพรรณทัสน์

วิทยานิพนธ์นี้ ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 30 สิงหาคม 2562

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์ พิทยา จารุพูนผล)

..... กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.พาณี สีตกะลิน)

..... กรรมการ

(ศาสตราจารย์ ดร.สมจิตต์ สุพรรณทัสน์)

..... ประธานกรรมการบัณฑิตศึกษา

(รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา จันทร์คง)

ชื่อวิทยานิพนธ์ การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการยาของผู้ป่วยไตเรื้อรังในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดอุดรธานี

ผู้วิจัย นายวันชัย พันศรี **รหัสนักศึกษา** 2605001235 **ปริญญา** สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

อาจารย์ที่ปรึกษา (1) รองศาสตราจารย์ ดร.พาณี สีตกะลิน (2) ศาตราจารย์ ดร.สมจิตต์ สุพรรณทัสน์

ปีการศึกษา 2561

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองรูปแบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง ศึกษาระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน ถึง 31 กรกฎาคม 2562 วัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษารูปแบบการบริหารจัดการในผู้ป่วยไตเรื้อรังที่มารับยาโรงพยาบาลชุมชน (2) พัฒนารูปแบบการบริหารจัดการยาในผู้ป่วยไตเรื้อรังที่มารับยาโรงพยาบาลชุมชน และ(3) เปรียบเทียบผลของการบริหารจัดการยาของผู้ป่วยก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการพัฒนารูปแบบบริหารจัดการยาในผู้ป่วยไตเรื้อรัง

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยไตเรื้อรังที่มารับบริการที่คลินิกไตเรื้อรังจำนวนทั้งหมด 468 คนสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน100 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ (1) แบบสอบถามด้านความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติในการใช้ยาตามหลัก 5 R (2) แบบสอบถามความร่วมมือในการใช้ยา มีค่าความตรงและค่าความเที่ยงที่0.82และ 0.75 และ (3) โปรแกรมการพัฒนารูปแบบบริหารจัดการยาในผู้ป่วยไตเรื้อรังที่มารับยาโรงพยาบาลชุมชน สถิติที่ใช้ คือร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบค่าที

ผลการศึกษาพบว่า (1) ก่อนการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการยาผู้ป่วย ผู้ป่วยมีความรู้ของยาถูกขนาดอยู่ในระดับน้อย มีทัศนคติเกี่ยวกับยาที่ใช้อยู่ในรักษาระดับปานกลาง และมีการปฏิบัติเรื่องรับประทานยาถูกเวลาในระดับปานกลาง และมีระดับการให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในระดับปานกลาง (2) เมื่อมีการการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการยาผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยมีความรู้ของยาถูกขนาดเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับปานกลาง มีทัศนคติยาที่ใช้รักษาอยู่ในระดับสูง และมีการปฏิบัติเรื่องรับประทานยาถูกเวลาในระดับสูงและมีระดับการให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในระดับสูง และ (3) เมื่อเปรียบเทียบผลของการบริหารจัดการยาของผู้ป่วยก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการพัฒนารูปแบบบริหารจัดการยาในผู้ป่วยไตเรื้อรัง ในภาพรวมผู้ป่วยมีความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติ และความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ การบริหารจัดการยา ผู้ป่วยไตเรื้อรัง ความร่วมมือ

Thesis title: Development of Drugs Management Model among Patient Chronic Kidney Disease at one Community Hospital of Udon Thani Province
Researcher: Mr. Wanchai Phansri; **ID:** 2605001235;
Degree: Master of Public Health;
Thesis advisor: (1) Dr.Panee Sitakalin, Associate Professor;
(2) Dr.Somjit Supannatas, Professor; **Academic:** 2018

Abstract

This one group pretest-posttest quasi-experimental research was conducted from 1 June through 31 July 2019. The purposes of the study were to: (1) design a medication management model; (2) further develop the medication management model; and (3) compare the results of medication management before and after implementing the model, all among patients with chronic kidney disease at a community hospital in Udon Thani province.

The study was conducted in a sample of 100 patients, purposively selected from all 468 patients with chronic kidney disease who attended the chronic kidney disease clinic at the community hospital. Study instruments included (1) a questionnaire on knowledge, attitudes and practice related to the principles of "Five Rights" in medication use, (2) a questionnaire on medication adherence with the reliability and validity values 0.82 and 0.75 respectively, and (3) a program on medication management model for patients with chronic kidney disease at community hospital. Data were collected and then analyzed to determine percentages, means, and standard deviations, and perform paired t-test.

The results revealed that: (1) before implementing the medication management model, the respondents had a low knowledge level of medication dosages, a moderate level of medication attitudes, a moderate level of practice regarding medication time, and a moderate level of medication adherence; (2) after implementing the model, clients' knowledge of medication dosages rose to a moderate level, medication attitudes to a high level, medication time to a high level, and medication adherence to a high level; and (3) after implementing the model, clients' medication knowledge, attitudes and practice levels were significantly higher than before intervention.

Keywords: Medication management, Patient with chronic kidney disease, Medication adherence

กิตติกรรมประกาศ

การทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาเป็นอย่างยิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร.พาณี สีตกะลิน ที่ให้ความกรุณาในการคำแนะนำและติดตามการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้อย่างใกล้ชิดตลอดมา นับตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งสำเร็จเรียบร้อยสมบูรณ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง ขอขอบพระคุณคุณสุพัฒน์ กองศรีมา สาธารณสุขอำเภอหนองแสง คุณพิศมัย วรรณขาม หัวหน้างานผู้ป่วยนอก และเภสัชกรประยงค์ อนุสุวรรณ์ หัวหน้าฝ่ายเภสัชกรรม และ คณะเจ้าหน้าที่ประจำฝ่ายเภสัชกรรมโรงพยาบาลกุดจับ และคลินิกพิเศษไตเรื้อรังโรงพยาบาลกุดจับทุกท่านที่ช่วยสนับสนุนและให้คำชี้แนะในการดำเนินการศึกษาวิจัย

นอกจากนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณาจารย์ประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เพื่อนนักศึกษาและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ ทุกท่านที่ได้กรุณาให้การสนับสนุนช่วยเหลือและให้กำลังใจตลอดมา

วันชัย พันศรี

สิงหาคม 2562

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย ..... ง

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ..... จ

กิตติกรรมประกาศ ..... ฉ

สารบัญตาราง ..... ญ

สารบัญภาพ ..... ฏ

บทที่ 1 บทนำ 1

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา 1

วัตถุประสงค์ของการวิจัย 3

กรอบแนวคิดการวิจัย 4

ขอบเขตการวิจัย 4

นิยามศัพท์เฉพาะ 5

ประโยชน์ที่ได้รับ 6

บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง 7

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease) 7

เทคนิคการมีส่วนร่วมแบบ (Appreciation Influence Control : AIC) 13

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model : HBM) 14

การใช้ยาถูกต้องตามหลัก 5 R (Five rights) 17

ความร่วมมือในการใช้ยา 19

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 24

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย 30

รูปแบบการวิจัย 30

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง 31

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 33

การเก็บรวบรวมข้อมูล 38

การวิเคราะห์ข้อมูล 40

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล 41
ตอนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยไตเรื้อรัง 42
ตอนที่ 2 ผลการศึกษารูปแบบการบริหารจัดการยาคงเหลือในผู้ป่วยไตเรื้อรัง ที่มารับยา โรงพยาบาลชุมชน 46
ตอนที่ 3 ผลการพัฒนารูปแบบการการบริหารจัดการยาคงเหลือในผู้ป่วยไตเรื้อรัง ที่มารับยาโรงพยาบาลชุมชน 48
ตอนที่ 4 ข้อมูลเปรียบเทียบผลการบริหารจัดการยาของผู้ป่วยก่อนและหลังการวิจัย เปรียบเทียบผลของความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตนในการกินยา ของผู้ป่วย 49
ตอนที่ 5 ข้อมูลเปรียบเทียบผลการให้ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย ก่อนและหลังการวิจัย 53
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ 57
สรุปผลการวิจัย 57
อภิปรายผล 62
ข้อเสนอแนะ 65
บรรณานุกรม 67
ภาคผนวก 72
ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย 73
ข เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ 75
ค หนังสือเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย หนังสือขออนุญาตให้นักศึกษาใช้เครื่องมือการวิจัย และหนังสือขออนุมัติเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย 78
ง แบบสอบถามงานวิจัย 88
จ แบบบันทึกการนับเม็ดยาเพื่อประเมินความร่วมมือในการใช้ยา 102
ฉ โปรแกรมการพัฒนาการบริหารจัดการยาผู้ป่วยไตเรื้อรังด้วยกระบวนการ Appreciation Influence Control : AIC โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดอุดรธานี 107

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

ช เอกสารสำหรับเสริมความรู้กลุ่มทดลองการพัฒนาการบริหารจัดการยา
ผู้ป่วยไตเรื้อรังด้วยกระบวนการ Appreciation Influence Control : AIC
โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดอุดรธานี 115
ซ แผนผังขั้นตอนการจัดบริการการพัฒนาการบริหารจัดการยาผู้ป่วยไตเรื้อรัง
โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดอุดรธานี 121
ประวัติผู้วิจัย 124

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 2.1 การแบ่งระยะของโรคไตเรื้อรัง 8
ตารางที่ 2.2 การแบ่งระยะ Albuminuria 8
ตารางที่ 2.3 การคำนวณค่า eGFR ด้วยสูตร CKD-EPI 9
ตารางที่ 2.4 แบบประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา 23
ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของผู้เข้าร่วมการศึกษาจำแนกตามข้อมูลทั่วไป ของผู้ป่วยก่อน – หลังการทดลอง 42
ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามจำแนกตามข้อมูล ด้านการเจ็บป่วย การมีผู้ดูแล การเดินทางมารับบริการ การใช้ยาสมุนไพร และจำนวนรายการยาที่ได้รับ 43
ตารางที่ 4.3 ผลการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการยาผู้ป่วยไตเรื้อรัง 48
ตารางที่ 4.4 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้ด้านการใช้ยา กลุ่มทดลองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม 49
ตารางที่ 4.5 เปรียบเทียบระดับความรู้ก่อนและหลังการทดลองของผู้ป่วยไตเรื้อรัง 50
ตารางที่ 4.6 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยทัศนคติด้านการใช้ยา กลุ่มทดลองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม 51
ตารางที่ 4.7 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการปฏิบัติตัวด้านการใช้ยา กลุ่มทดลองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม 52
ตารางที่ 4.8 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความร่วมมือในการใช้ยา ของ MMAS กลุ่มทดลองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม 53
ตารางที่ 4.9 ระดับความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ตามแบบประเมิน MMAS 54
ตารางที่ 4.10 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยร้อยละความร่วมมือในการใช้ยา ประเมินจากแบบบันทึกการนับเม็ดยาคงเหลือของผู้ป่วย กลุ่มทดลองก่อน และหลังการเข้าร่วมโปรแกรม 55
ตารางที่ 4.11 ระดับความร่วมมือในการใช้ยา วัดโดยวิธีการนับเม็ดยาคงเหลือ 56
ตารางที่ 4.12 แสดงรายการยาที่มีจำนวนคงเหลือมากที่สุด 10 อันดับแรก 56
ตารางที่ 5.1 ผลการศึกษาและพัฒนารูปแบบการการบริหารจัดการยาคงเหลือ ในผู้ป่วยไตเรื้อรังที่มารับยาโรงพยาบาลชุมชน โดยใช้กระบวนการ AIC 60

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย 4
ภาพที่ 3.1 แสดงช่วงเวลาในการทดลอง 30
ภาพที่ 3.2 ขั้นตอนการดำเนินการศึกษาวิจัย 39
ภาพที่ 4.1 การบริหารจัดการยาผู้ป่วยไตเรื้อรังแบบเดิม 46
ภาพที่ 4.2 การบริหารจัดการยาผู้ป่วยไตเรื้อรังแบบใหม่ 47

บทที่ 1
บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในประเทศไทยมีการศึกษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เรื่องยาเหลือใช้ จากสาเหตุของยาเหลือใช้และพฤติกรรมในการจัดการยาเหลือใช้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลพานทอง ของพุทธชาติ ฉันทภัทรางกูร และคณะ (2561) และชื่นจิตร กองแก้ว (2557) พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 80.3 มียาเหลือใช้สาเหตุที่มียาเหลือใช้ 3 อันดับแรก ได้แก่ ได้รับยาไปจำนวนมากเกินจากวันที่แพทย์นัด ร้อยละ 50.6 ไม่ได้รับประทานยาอย่างต่อเนื่องตามแพทย์สั่ง ร้อยละ 41.1 หยุดรับประทานยาเนื่องจากแพทย์ให้หยุดรับประทานยาหรือปรับเปลี่ยนการรักษา ร้อยละ 5.7 จากการศึกษาสาเหตุที่ไม่ได้รับประทานยาอย่างต่อเนื่องตามแพทย์สั่ง ได้แก่ ลืมรับประทานยาบางมื้อ ร้อยละ 68.8 ปรับขนาดยาหรือหยุดรับประทานยาเอง ร้อยละ 24.8 และรับประทานยาไม่ถูกต้อง ร้อยละ 6.4 จากการศึกษาพฤติกรรมในการจัดการยาเหลือใช้ 3 อันดับแรก ได้แก่ รับประทานยาเก่าก่อนยาใหม่ ร้อยละ 53.6 เก็บไว้ที่บ้านเฉยๆ ร้อยละ 29.4 นำยามาคืนที่โรงพยาบาล ร้อยละ 10.9 และพบว่าผู้ป่วยที่นำยาเหลือใช้ไปทิ้ง มีการกำจัดยาอย่างไม่เหมาะสมถึงร้อยละ 80 จากการศึกษาความรู้เกี่ยวกับยาเสื่อมสภาพและยาหมดอายุของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้สังเกตลักษณะภายนอกของยา ร้อยละ 84.2 และไม่ทราบวิธีการสังเกตยาเสื่อมสภาพ ร้อยละ 82.7 และพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ดูวันหมดอายุของยาก่อนรับประทานยา ร้อยละ 90.9 และไม่ทราบวิธีดูวันหมดอายุของยา ร้อยละ 89.1 สอดคล้องกับ พักตร์วิภา สุวรรณพรหม และคณะ (2555) การศึกษาปริมาณและมูลค่ายาเหลือใช้โรคเรื้อรังในครัวเรือน ตำบลสันทรายหลวง อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า 253 ครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 90.0 มียาเหลือใช้ และ 103 ครัวเรือน ร้อยละ 36.7 มียาบางรายการที่ไม่เพียงพอ สำหรับการใช้จนถึงการนัด มีมูลค่ายาเหลือใช้ 51,391.69 บาท หรือ เฉลี่ย 182.87 บาท/ครัวเรือน สาเหตุของยาเหลือใช้เกิดจากหลายปัจจัย ได้แก่ แพทย์จ่ายยาเกิน ผู้ป่วยลืมกินยา และจากการเปลี่ยนแผนการรักษา หรือเปลี่ยนสถานพยาบาล สอดคล้องกับ วรรณพร เจริญโชคทวี และคณะ(2556) ศึกษาวิเคราะห์และจัดการปัญหายาเหลือใช้ในเขตชุมชนเมือง พบว่าในช่วงปี 2553 -2555 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลรับยาคืน 3,430,358.85 บาท จำนวนรายการยาเฉลี่ย 4.23 รายการต่อราย เฉลี่ย 3,141.35 บาทต่อราย โดยสิทธิ

การรักษาข้าราชการจ่ายตรงนำมาคืนมากที่สุดร้อยละ 44 รายการยาเหลือใช้ที่ถูกนำมาคืนบ่อยที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ simvastatin, omeprazole ,enalapril, metformin และ amlodipine สาเหตุนำมาคืนร้อยละ 67 คือ ผู้ป่วยตาย เปลี่ยนแปลงการรักษา ไม่กินยาตามสั่ง ได้รับมากเกินวันนัด เกิดผลข้างเคียงจากยา ซึ่งจะเห็นได้ว่าปัญหายาเหลือใช้เกิดได้จากหลายสาเหตุ มีการประมาณการในภาพรวมของประเทศไทย พบว่าเกิดการสูญเสียทางการเงินการคลังโดยเปล่าประโยชน์จากปัญหายาเหลือใช้ ประมาณ 2,349 ล้านบาทต่อปี หรือประมาณร้อยละ 1.75 ของมูลค่าการบริโภคยาในประเทศ (ณธร ชัยญาคุณาพฤกษ์ และคณะ,2555) และกระทรวงสาธารณสุข (กระทรวงสาธารณสุข,2555) ก็ตระหนักถึงปัญหายาเหลือใช้นี้เช่นเดียวกัน จึงได้มีการรณรงค์เพื่อลดปัญหายาเหลือใช้และจัดทำโครงการไข่ใหม่แลกยาเก่า เมื่อดำเนินโครงการเพียง 1 สัปดาห์ พบว่ามียาเหลือใช้มาคืนประมาณ 37 ล้านเม็ด โดยเป็นกลุ่มยาโรคเบาหวานมากที่สุด จำนวน 7.4 ล้านเม็ด รองลงมายาความดันโลหิตสูง 6.7 ล้านเม็ด และยาลดไขมันในเลือด 2.8 ล้านเม็ด ซึ่งรวมทั้ง 3 รายการยามีมูลค่ามากกว่า 40 ล้านบาท ส่วนยาที่เหลือเป็นยากลุ่มอื่นๆ ซึ่งจากโครงการดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าปัญหายาเหลือใช้ของผู้ป่วยเป็นปัญหาที่สำคัญอย่างหนึ่งของระบบสาธารณสุขของประเทศไทย

จากการสำรวจข้อมูลการนำยามาคืนของผู้ป่วยโรคเรื้อรังโรงพยาบาลกุดจับ ปี 2561 (ฝ่ายเภสัชกรรม โรงพยาบาลกุดจับ) พบว่าผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังนำยามาคืนมากที่สุด โดยเฉพาะโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรังร้อยละ 31.39 26.56 และ 12.88 ตามลำดับ พบว่ายาที่ผู้ป่วยนำมาคืนนั้นมีแหล่งที่มาจาก รพ.กุดจับ ร้อยละ 53.18 จากยาที่นับได้ทั้งหมด 31,772 เม็ด รองลงมาคือยาที่ได้จาก รพ.สต.ในเขตอำเภอกุดจับ และยาจาก รพ.อุดรธานี ที่ร้อยละ 25.06 และ 16.83 ตามลำดับ โดยเป็นยาผู้ป่วยนอก นำมาคืน 254 ราย คิดเป็นร้อยละ 80.13 จาก 317 ราย และยาจากผู้ป่วยใน ร้อยละ 19.87 ซึ่งเมื่อคิดเป็นปริมาณยาเม็ดที่นับได้ ผู้ป่วยนอก 23,907 เม็ด คิดเป็นร้อยละ 75.25 ผู้ป่วยใน 7,865 เม็ด ร้อยละ 24.75 เมื่อแยกตามกลุ่มยาที่นำมาคืน พบว่า 5 อันดับแรกที่นำยามาคืน ได้แก่ กลุ่มยา เบาหวาน กลุ่มอื่นๆ วิตามิน/เกลือแร่ หลอดเลือด/หัวใจ และยาลดไขมันที่ร้อยละ 28.25 21.48 20.61 14.58 และ 6.78 ตามลำดับ โดยเมื่อคิดเป็นมูลค่าพบว่า 5 อันดับแรกที่มีมูลค่าสูงสุด ได้แก่ กลุ่มยาเบาหวาน กลุ่มอื่นๆ วิตามิน/เกลือแร่ หลอดเลือด/หัวใจ และยาลดไขมัน เช่นกัน จำนวน 8,976 บาท 6,824 6,548 4,632 และ 2,153 บาท ตามลำดับ เมื่อคัดแยกยาพบว่า กลุ่มยาที่นำกลับมาใช้ได้มากที่สุด คือ ยาเบาหวาน จำนวน 6,358 เม็ด หรือร้อยละ 70.83 ของยาเบาหวานที่นำมาคืนทั้งหมด 8,976 เม็ด ส่วนยากลุ่มอื่นๆ แม้มีจำนวนยาคืนสูงถึง 6,824 เม็ด แต่เป็นยาที่ยังมีคุณภาพดีเพียง 2,463 เม็ด เท่านั้น ซึ่งจากรายการยาคืน 10 อันดับแรก พบว่ายา metformin มีจำนวนคืนมากที่สุด ถึง 7,693 เม็ด โดยคิดเป็นยาสภาพดีร้อยละ 69.44 ส่วนยา sodamint แม้มีปริมาณยาคืนมากรองลงมา คือ 5,362 เม็ด แต่ยาสภาพดีมีเพียงร้อยละ 24.79 เท่านั้น

สอดคล้องกับยา B.complex และ folic ซึ่งเป็นยากลุ่มวิตามิน แม้มีปริมาณยาคืนสูงแต่ไม่สามารถนำกลับมาใช้ได้อีก เนื่องจากเป็นยานับเม็ดที่ไม่ได้อยู่ในแผงยา ซึ่งเสี่ยงต่อการปนเปื้อนและเสื่อมสภาพจากการเก็บรักษาที่ไม่เหมาะสม ซึ่งจากข้อมูลจะพบว่าถ้าแยกย่อยเป็นรายการยาพบว่ายาของกลุ่มโรคเรื้อรังมียาคืนมากที่สุดและต้องทิ้งมากที่สุด โดยเฉพาะยาโรคไตเรื้อรัง

นโยบายความปลอดภัยด้านยาผู้ป่วยของโรงพยาบาลกุดจับและฝ่ายเภสัชกรรม เพื่อแก้ไขปัญหายาเหลือใช้ในผู้ป่วยไตเรื้อรัง ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเพื่อการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการยาผู้ป่วยไตเรื้อรังในโรงพยาบาลกุดจับเฉพาะด้านยา โดยจะยังไม่ศึกษาร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพอื่น โดยการปรับรูปแบบจากการที่ให้ผู้ป่วยนำยามาคืนโรงพยาบาลเมื่อมารับยาในครั้งถัดไป เป็นการให้ผู้ป่วยนับจำนวนยาคงเหลือที่บ้านแล้วลงบันทึกในแบบบันทึกยาคงเหลือ โดยแบบบันทึกข้อมูลยาคงเหลือได้มาจากกระบวนการ AIC โดยตัวผู้ป่วยเองหรือผู้ดูแลเป็นคนลงข้อมูล และมี อสม.เป็นพี่เลี้ยงหรือช่วยทวนสอบความถูกต้องของการนับเม็ดยาคงเหลืออีกครั้ง และให้ผู้ป่วยนำใบนับเม็ดยาคงเหลือมาด้วยในวันนัดครั้งต่อไป เพื่อให้เภสัชกรเติมยาให้เท่ากับจำนวนวันนัด โดยอาศัยกระบวนการมีส่วนร่วม แบบ AIC ในการสร้างการเรียนรู้ ปรับทัศนคติและพฤติกรรมการกินยาของผู้ป่วยให้ถูกต้องตามหลัก FIVE RIGHT (5 R) ซึ่งจะทำให้เกิดความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยมากขึ้น และจะทำให้จำนวนยาคงเหลือลดลง ก่อให้เกิดการใช้จ่ายงบประมาณด้านยาอย่างมีประสิทธิภาพซึ่งจะช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลได้

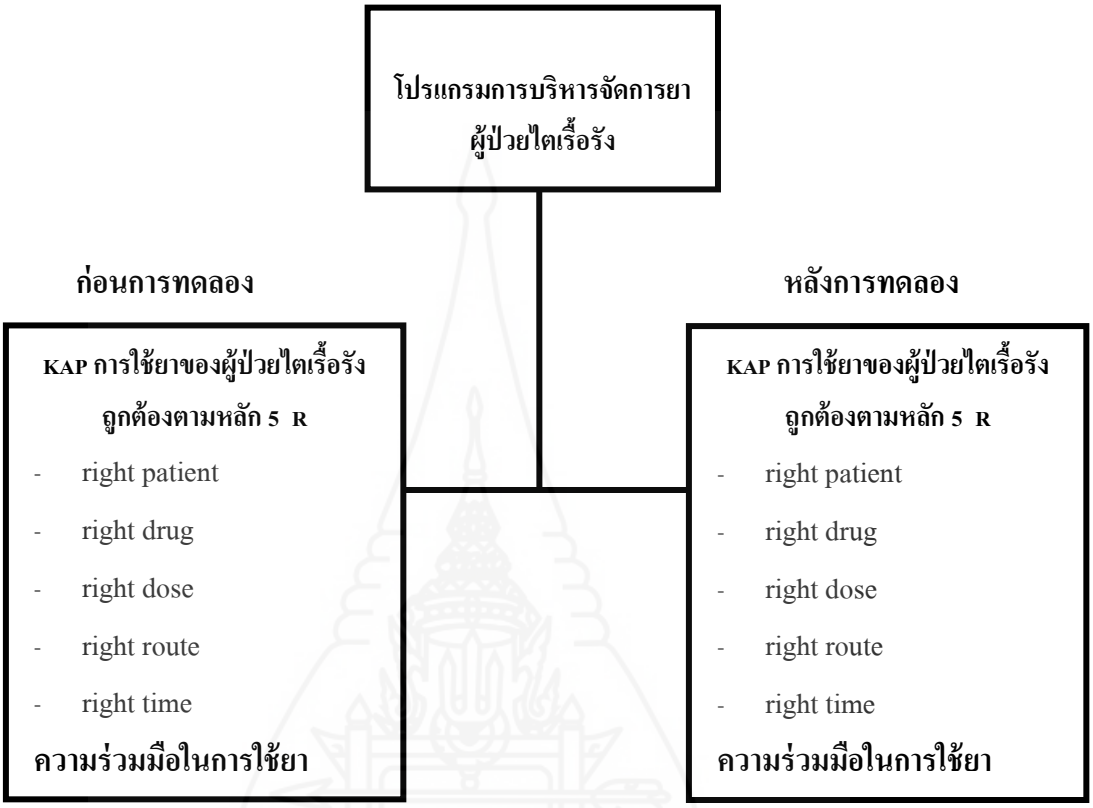
2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

2.1 เพื่อศึกษารูปแบบการบริหารจัดการยาคงเหลือในผู้ป่วยไตเรื้อรังที่มารับยาโรงพยาบาลชุมชน

2.2 เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการยาคงเหลือในผู้ป่วยไตเรื้อรังที่มารับยาโรงพยาบาลชุมชนโดยใช้โปรแกรมการบริหารจัดการยาคงเหลือในผู้ป่วยไตเรื้อรัง

2.3 เปรียบเทียบผลของผู้ป่วยก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการพัฒนารูปแบบบริหารจัดการยาในผู้ป่วยไตเรื้อรังที่มารับยาโรงพยาบาลชุมชน

3. กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

4. ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการบริหารจัดการยาผู้ป่วยไตเรื้อรัง ขอบเขตประชากรคือผู้ป่วยไตเรื้อรัง ที่เข้ามารับบริการในคลินิกโรคไตเรื้อรัง ในโรงพยาบาลกุดจับ

5. นิยามศัพท์เฉพาะ

5.1 การใช้ยาถูกต้องตามหลัก 5 R (Five rights)

Right patient (ถูกคน) หมายถึง การใช้ยาถูกกับผู้ป่วย ไม่ใช่ยาของคนอื่น

Right drug (ถูกยา/ถูกโรค) หมายถึง ใช้ยาถูกชนิด และตรงกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่

Right dose (ถูกขนาด) หมายถึง การใช้ยาถูกขนาด เช่น แพทย์สั่งครึ่งเม็ด ผู้ป่วยกินยาครึ่งเม็ดถูกต้อง

Right route (ถูกวิถีทาง) หมายถึง การใช้ยาถูกวิถีทาง เช่นยากิน ใช้กินเท่านั้น

Right time (ถูกเวลา) หมายถึง ใช้ยาถูกเวลา เช่นยากินก่อนอาหาร ผู้ป่วยกินยาก่อนอาหารถูกต้อง เป็นต้น

ผู้ป่วยไตเรื้อรัง หมายถึง ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 3b ถึง ระยะ 5 ที่มารับบริการที่คลินิกไตเรื้อรัง ของโรงพยาบาลกุดจับ ทุกเช้าวันพุธ

ยาคงเหลือของผู้ป่วย หมายถึง ยาผู้ป่วยไตเรื้อรังที่เหลือจากผู้ป่วยทั้งหมด หลังจากหักออกจากวันนัด โดยจะจ่ายยาเผื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิน 1 สัปดาห์นับจากวันนัด

มูลค่ายาคงเหลือ หมายถึง ราคายาที่อ้างอิงจากราคาจำหน่าย ของโรงพยาบาลกุดจับ ซึ่งอ้างอิงการคำนวณราคายามาจากกรมบัญชีกลาง

ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย หมายถึง การที่ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการใช้ยาที่แพทย์ให้คำแนะนำ โดยที่ผู้ป่วยได้รับทราบและเข้าใจแผนการรักษา ในการศึกษานี้ หมายถึง ความร่วมมือในการใช้ยา

6. ประโยชน์ที่ได้รับ

6.1 ได้รูปแบบการบริหารจัดการยาผู้ป่วยเกิดการพัฒนาอย่างมีคุณภาพ และเกิดการพัฒนาระบบยาได้อย่างยั่งยืน และมีประสิทธิภาพ

6.2 เกิดความร่วมมือในการใช้ยาจากผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นทำให้ตัวผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการของโรคได้ดียิ่งขึ้น และใช้ยาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

6.3 โรงพยาบาลเกิดการประหยัดงบประมาณจากการซื้อเวชภัณฑ์ยาและขยะที่เกิดจากยาเหลือใช้มีปริมาณลดลง

บทที่ 2
วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาการพัฒนาการบริหารจัดการยาผู้ป่วยไตเรื้อรัง โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดอุดรธานี นี้นั้น ทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease)
2. เทคนิคการมีส่วนร่วมแบบ (Appreciation Influence Control : AIC)
3. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model : HBM)
4. การใช้ยาถูกต้องตามหลัก 5 R (Five rights)
5. ความร่วมมือในการใช้ยา
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease)

โรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease, CKD) หมายถึง ผู้ป่วยที่มี ลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่งในสองข้อต่อไปนี้เป็นระยะเวลานานเกิน 3 เดือน (สำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

1. ผู้ป่วยที่มีลักษณะแสดงความผิดปกติของไตอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้โดยไม่ขึ้นกับอัตราการกรองของไต (Glomerular filtration rate, GFR)

1.1 ตรวจพบอัลบูมินในปัสสาวะ (albuminuria) อย่างน้อย 2 ใน 3 ครั้งติดต่อกันในช่วงระยะเวลา 3 เดือนโดยใช้ค่า albumin excretion rate (AER) มากกว่า 30 มก.ต่อวัน หรือ albumin-to-creatinine ratio (ACR) มากกว่า 30 มก.ต่อกรัมของครีแอตินีน

1.2 ตรวจพบเม็ดเลือดแดงในปัสสาวะ (hematuria) อย่างน้อย 2 ใน 3 ครั้งติดต่อกันในช่วงระยะเวลา 3 เดือน

1.3 มีความผิดปกติของเกลือแร่ (electrolyte) ที่เกิดจาก ความผิดปกติของหลอดฝอยไต

1.4 ตรวจพบความผิดปกติของไตทางรังสีวิทยา

1.5 ตรวจพบความผิดปกติทางพยาธิสภาพของไต

1.6 มีประวัติการได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไต

2. ผู้ป่วยที่มีอัตราการกรองของไตต่ำกว่า 60 มล./นาที/ 1.73 ตร.ม. ติดต่อกันเกิน 3 เดือน

การแบ่งระยะของโรคไตเรื้อรัง

เกณฑ์ที่ใช้ในการระบุระยะของโรคไตเรื้อรังอ้างอิงตามเกณฑ์ ของ Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO) ปี พ.ศ. 2555 โดยใช้ค่าอัตราการกรองของไต ดังนี้

ตารางที่ 2.1 การแบ่งระยะของโรคไตเรื้อรัง

ระยะของโรคไตเรื้อรัง	อัตราการกรองของไต (มล./นาที/1.73 ตร.ม^2.)	หมายเหตุ
ระยะที่ 1	> 90	ปกติ หรือสูง
ระยะที่ 2	60 – 89	ลดลงเล็กน้อย
ระยะที่ 3a	45 - 59	ลดลงเล็กน้อยถึงปานกลาง
ระยะที่ 3b	30 - 44	ลดลงปานกลาง ถึงมาก
ระยะที่ 4	15 - 29	ลดลงมาก
ระยะที่ 5	< 15	ไตวายระยะสุดท้าย

หมายเหตุ โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย หมายถึง โรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ที่มีระดับอัตราการกรองของไตต่ำกว่า 6 มล./นาที/1.73 ตร.ม. หรือจำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตวิธีใดวิธีหนึ่ง

ตารางที่ 2.2 การแบ่งระยะ Albuminuria

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

- A3 รวมถึง Nephrotic syndrome
- ถ้าวัด albumin ในปัสสาวะไม่ได้ให้ใช้ urine albumin strip ทดแทนได้

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ได้ออกแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ประจำปี 2562 โดยอ้างอิงมาจากสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยและหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

และกำหนดให้มีการตรวจคัดกรองผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ทำได้โดยการประเมินค่าอัตราการกรองไต (estimated Glomerular Filtration Rate : eGFR) และการตรวจหาความผิดปกติของไตจากปัสสาวะ แนะนำให้ตรวจในกลุ่มความเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคไตเรื้อรัง (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี, 2562) ดังนี้

1. โรคเบาหวาน
2. โรคความดันโลหิตสูง
3. มีประวัติโรคไตเรื้อรังในครอบครัว
4. อายุมากกว่า 60 ปี ขึ้นไป
5. โรคภูมิแพ้ตนเองที่อาจก่อให้เกิดไตผิดปกติได้แก่ Vasculitis ,SLE
6. โรคหลอดเลือด โรคหัวใจล้มเหลว โรคอัมพฤกษ์ หรือโรคเส้นเลือดหัวใจตีบ
7. โรคติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะส่วนบนซ้ำหลายครั้ง (มากกว่า 3 ครั้งต่อปี)
8. ตรวจพบนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะ
9. มีไตพิการแต่กำเนิด หรือมีไตข้างเดียว หรือมีประวัติโรคไตในอดีต
10. ผู้ที่ได้รับยาแก้ปวดกลุ่ม NSAIDs หรือสารที่ทำลายไตเป็นประจำ (Nephrotoxic agents)
11. มีโรคเก๊าท์หรือมีระดับยูริคในเลือดสูง
12. ตรวจพบถุงน้ำในไตมากกว่า 3 ตำแหน่งขึ้นไป

การประเมินผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

(สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี,2562)

1. ประเมินค่าอัตราการกรองไต (estimated GFR : eGFR) อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ด้วยการตรวจ ระดับครีแอตินีนในเลือด (Serum Creatinine) ด้วยวิธี enzymatic method และคำนวณด้วย สมการ CKD-EPI (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration) equation

ตารางที่ 2.3 การคำนวณค่า eGFR ด้วยสูตร CKD-EPI

เพศ	ระดับครีแอตินีนในเลือด(mg/dL)	สมการ
หญิง	≤ 0.7	$eGFR = 144 \times (SCr/0.7)^{-0.329} \times (0.993)^{age}$
	> 0.7	$eGFR = 144 \times (SCr/0.7)^{-1.209} \times (0.993)^{age}$
ชาย	≤ 0.9	$eGFR = 144 \times (SCr/0.7)^{-0.411} \times (0.993)^{age}$
	> 0.9	$eGFR = 144 \times (SCr/0.7)^{-1.209} \times (0.993)^{age}$

ส่งตรวจ urinalysis (Hematuria , Proteinuria)

Proteinuria + pyuria >> urinary tract infection >> รักษา UTI ก่อนส่ง protein – to – creatinine ratio , PCR)

การรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

(กระทรวงสาธารณสุข,2562 และ แนวทางการรักษาโรคไตเรื้อรังโรงพยาบาลกุดจับ, 2562)

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอาจได้รับยาหลายรายการ โดยมีเป้าหมายเพื่อชะลอการเสื่อมของไตและป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

1. การชะลอการเสื่อมของไต ควบคุมการดำเนินของโรคที่เป็นสาเหตุ เช่น

1.1 ความดันโลหิตสูง โดยระดับความดันโลหิตควรน้อยกว่า 130/80 มม.ปรอท ซึ่งยาความดันโลหิตที่มีในโรงพยาบาลกุดจับ มี ดังนี้

- Amlodipine 5 และ 10 มก.
- Atenolol 50 มก.
- Enalapril 5 และ 20 มก.
- Metoprolol 100 มก.
- Propranolol 10 และ 40 มก.
- HCTZ 25 มก.
- Losartan 50 มก.
- Carvedilol 12.5 มก.
- Nifedipine 5 มก.
- Nifedipine SR 20 มก.
- Prazocin 1 มก.
- Spironolactone 25 มก.

1.2 โรคเบาหวาน ระดับน้ำตาลในเลือด(fasting blood sugar) ไม่เกิน 130 มก./ดล. ซึ่งยาโรคเบาหวาน โรงพยาบาลกุดจับ มีดังนี้

- Glipizide 5 มก.
- Metformin 500 มก.
- Insulin NPH
- Insulin Mixed
- Regular insulin

1.3 โรคเก๊าซ์ ระดับกรดยูริกในเลือด ไม่เกิน 7 % รายการยาในโรงพยาบาลกุดจับ มี 2 รายการ ดังนี้

- Allopurinol 100 มก.
- Colchicine 0.6 มก.

1.4 ยารักษาโรคอื่นๆ โดยเฉพาะผู้ป่วยไตเรื้อรังที่จำเป็นต้องใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม NSAIDs แพทย์จะไม่สั่งจ่ายยา NSAIDs ในผู้ป่วยที่มี eGFR น้อยกว่า 60 มล/นาที/1.73 ตร.ม. (CKD stage 3 ขึ้นไป) โดยจะเปลี่ยนไปใช้ยา tramadol 50 มก.แทน

การป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อน

(กระทรวงสาธารณสุข,2562 และ แนวทางการรักษาโรคไตเรื้อรังโรงพยาบาลกุดจับ, 2562)

เนื่องจากไตทำหน้าที่ในการควบคุมสมดุลน้ำและเกลือแร่ ผลิตฮอร์โมนที่ช่วยในการสร้างเม็ดเลือดแดง ควบคุมสมดุลเกลือแร่แคลเซียมและฟอสฟอรัสที่มีส่วนในการสร้างและสลายของมวลกระดูก ผู้ป่วยที่มีระดับการทำงานของไตลดลงอยู่ในระยะที่ 3 ถึง 5 อาจพบภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ ดังนี้

ภาวะแทรกซ้อนทางโรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีความเสี่ยงสูงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ เช่น ความดันโลหิตสูง ภาวะหัวใจวาย ไขมันในเลือดสูง ผู้ป่วยอาจได้รับยาหลายชนิด เช่น ยาลดความดันโลหิต ยาลดไขมันในเลือด และยาป้องกันหลอดเลือดอุดตัน ยาลดกรดในกระเพาะอาหาร เพื่อควบคุมการดำเนินไปของโรคให้อยู่ตามเกณฑ์เป้าหมาย ยาที่ใช้ในโรงพยาบาลกุดจับ ได้แก่

- Simvastatin 20 มก.
- Gemfibrozil 300 มก.
- Aspirin 81 มก.และ 300 มก.
- Omeprazole 20 มก.

1. ภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง เนื่องจากการที่ไตทำงานลดลงทำให้ไม่สามารถขจัดโพแทสเซียมออกทางปัสสาวะได้ ผู้ป่วยอาจมีอาการหัวใจเต้นผิดปกติ กล้ามเนื้ออ่อนแรง อ่อนเพลีย ผู้ป่วยควรเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีโพแทสเซียมสูง เช่น มะละกอ ลูกพรุน ผลไม้อบแห้ง กล้วย มะนาว องุ่น เป็นต้น ควบคู่ไปกับยาที่ใช้เพื่อลดระดับโพแทสเซียมในเลือด ซึ่งยาจะทำหน้าที่แลกเปลี่ยนโซเดียมหรือแคลเซียมที่อยู่ในยากับโพแทสเซียมในลำไส้และขับออกทางอุจจาระ โดยยามีผลข้างเคียงที่พบได้บ่อยคือ ท้องผูก ยาที่ใช้ในการลดระดับโพแทสเซียมในเลือดนอกจากการควบคุมอาหารแล้ว ได้แก่ Calcium polystyrene sulfonate (Kalimate) เป็นตัวเลือกแรกถ้าไม่ได้ผลอาจมีการเสริมการใช้ยาตัวอื่น เช่น Berodual nebulizer ,Glucose injection ,sodium bicarbonate injection เป็นต้น

2. ภาวะน้ำเกิน เนื่องจากไตไม่สามารถขจัดน้ำส่วนเกินออกจากร่างกายได้เท่ากับในคนปกติ อาจมีอาการแสดงคือบวมที่ขา หรืออาจทำให้เกิดภาวะน้ำคั่งที่ปอดได้ ผู้ป่วยควรจำกัดปริมาณ

เกลือที่รับประทานร่วมกับการใช้ยาขับปัสสาวะ ซึ่งยาขับปัสสาวะที่ใช้ในโรงพยาบาลกุดจับ ได้แก่ furosemide 40 มก. และ 500 มก. และรูปแบบยาฉีด

3. ภาวะโลหิตจาง ไตทำหน้าที่สร้างฮอร์โมน erythropoietin ที่กระตุ้นไขกระดูกให้สร้างเม็ดเลือดแดง ผู้ป่วยอาจได้รับฮอร์โมน erythropoietin ในรูปแบบฉีดเข้าใต้ผิวหนังร่วมกับธาตุเหล็กในรูปแบบรับประทานหรือแบบฉีด ยาที่ใช้ในโรงพยาบาลกุดจับ ได้แก่ folic acid , Ferrous fumarate 200 มก.

4. ภาวะฟอสเฟตในเลือดสูง เกิดจากการที่ไตไม่สามารถขจัดฟอสเฟตออกจากร่างกาย อาจทำให้เกิดการคั่งของเกลือแคลเซียมฟอสเฟตและไปสะสมตามบริเวณต่างๆ ของหลอดเลือด ทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือดตามมาได้ ผู้ป่วยควรจำกัดอาหารที่มีฟอสเฟตสูง เช่น เนื้อสัตว์ ไข่ถั่วเมล็ดแห้ง นม ผลิตภัณฑ์จากนม เครื่องดื่มโคลา เป็นต้น ร่วมกับการใช้ยาจับฟอสเฟต เช่น calcium carbonate 1 กรัม

5. ภาวะฮอร์โมนพาราไทรอยด์สูง ภาวะฟอสเฟตในเลือดสูงและแคลเซียมในเลือดต่ำ มักพบในผู้ป่วยที่มีการทำงานของไตลดลงเป็นเวลานาน ภาวะดังกล่าวนี้สามารถกระตุ้นต่อมพาราไทรอยด์ให้หลั่งฮอร์โมนพาราไทรอยด์มากขึ้น ส่งผลให้มีการสลายของมวลกระดูก และทำให้เกิดความผิดปกติของกระดูกอื่นๆ ตามมา ผู้ป่วยอาจได้รับยา เช่น calcitriol, cinacalcet เพื่อลดฮอร์โมนพาราไทรอยด์และควบคุมเพื่อไม่ให้มีภาวะความผิดปกติของกระดูกอื่นๆ ตามมา ซึ่งโรงพยาบาลกุดจับ มียา vitamin D3 เสริมในภาวะนี้

6. ภาวะเลือดเป็นกรด เกิดจากการสะสมสารอินทรีย์ต่างๆ ในร่างกาย ซึ่งหากร่างกายมีภาวะนี้อยู่เป็นระยะเวลานาน อาจทำให้เกิดการเสื่อมสลายของมวลกระดูก รวมถึงการสูญเสียมวลเนื้อเยื่อของร่างกายตามมาได้ ผู้ป่วยอาจได้รับยาที่ใช้เพื่อควบคุมภาวะเลือดเป็นกรด ซึ่งยาที่ใช้ในโรงพยาบาลกุดจับ ได้แก่ sodium bicarbonate 300 มก. ชนิดเม็ด

7. จำกัดอาหารโปรตีน ดำเนินการให้คำปรึกษาโดยโภชนากร

8. ใช้ยาเพื่อลดโปรตีนในปัสสาวะ

9. ภาวะความไม่สมดุลของเกลือแร่ เช่น โพแทสเซียม โซเดียม ฟอสเฟต ต่ำ ซึ่งทางซึ่งทางโรงพยาบาลกุดจับ ได้เตรียมเกลือแร่ต่างๆเหล่านี้ไว้ ได้แก่ สารโพแทสเซียม โซเดียม ฟอสเฟต ในรูปแบบยากิน และยาฉีด

10. ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังนำมาใช้ประโยชน์ในงานวิจัยนี้ เพื่อแยกกลุ่มประชากรกลุ่มตัวอย่างโรคไตเรื้อรังระยะ 3b – 5 และใช้การเสริมความรู้ในเรื่องโรคและยาของผู้ป่วย

2. เทคนิคการมีส่วนร่วมแบบ Appreciation Influence Control : AIC

AIC เป็นเทคนิคที่พัฒนามาจากแนวคิดของสถาบันเอกชนชื่อ Organization for Development: an International Institute (ODII) ตั้งขึ้นโดย Ms. Turid Sato และ Dr. William E. Smith กระบวนการนี้ได้นำมาทดลองและเผยแพร่ในประเทศไทยโดยสถาบัน ODII ร่วมกับสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI) และสมาคมพัฒนาประชากรและชุมชน (PDA) จากการศึกษาได้พบว่า กระบวนการเทคนิค AIC เป็นกระบวนการที่มีศักยภาพในการสร้างพลังและกระตุ้นการยอมรับของชาวบ้านให้ร่วมพัฒนาชุมชนและยังมีศักยภาพที่จะขยายผลได้ เทคนิค AIC ที่นำมาประยุกต์สำหรับการประชุมระดมความคิดในการพัฒนาหมู่บ้าน คือ เทคนิคการระดมความคิดที่ให้ความสำคัญต่อความคิดและการมีส่วนร่วมของสมาชิกในชุมชนบนพื้นฐานแห่งความเสมอภาคเป็นกระบวนการที่นำเอาคนเป็นศูนย์กลางในการพัฒนา (อรพินท์ สัพโชคชัย อ้างถึงในกันนิษฐา มาเห็ม และ พัฒนี ศรีโอษฐ์, 2555)

กระบวนการเทคนิค AIC เป็นเทคนิคที่ง่ายและสามารถนำมาประยุกต์ให้เหมาะสำหรับการ วางแผนพัฒนาหมู่บ้านและการกำหนดแผนปฏิบัติ และยังสามารถใช้เป็นเครื่องมือในการระดมความคิดเห็นและขั้นตอนที่จะรวมความคิดและความต้องการไว้ในแผนได้ เพราะในส่วนรายละเอียดของเทคนิค AIC มีเทคนิควิธีการประชุมระดมความคิดที่เปิดโอกาสให้ผู้ร่วมระดมความคิดได้มีส่วน ร่วมอย่างเป็นประชาธิปไตย มีการแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ ข้อมูลข่าวสาร ซึ่งทำให้เข้าใจถึง สภาพปัญหา ข้อจำกัด ความต้องการ และศักยภาพของผู้ที่ระดมความคิด ทุกคนเทคนิค AIC เป็นวิธีการที่รวมพลังปัญญาและพลังสร้างสรรค์ของแต่ละคนเข้ามาเป็นพลังในการพัฒนาซึ่งมีขั้นตอน 3 ขั้นตอน ดังนี้

A – Appreciation คือ การยอมรับชื่นชม (Appreciate)

เป็นการยอมรับความคิดเห็นความรู้สึกของเพื่อนสมาชิกในกลุ่ม ด้วยความเข้าใจในประสบการณ์สภาพ และขีดจำกัดของเพื่อนสมาชิกแต่ละคน จึงไม่รู้สึกต่อต้านหรือวิจารณ์เชิงลบในความคิดเห็นของเพื่อนสมาชิก

- รับรู้
- เห็นคุณค่า
- เข้าใจ / เห็นใจ
- ชื่นชม / ยกย่อง

I – Influence คือ การใช้ประสบการณ์ ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ของแต่ละคนที่มีอยู่มาช่วยกันกำหนดวิธีการ / ยุทธศาสตร์เพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์ / อุดมการณ์ร่วมกัน สมาชิกในกลุ่มจะมี

ปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน มีการถกเถียงด้วยเหตุผลทั้งในประเด็นที่เห็นด้วยและขัดแย้งจนได้วิธีการที่กลุ่มเห็นร่วมกัน

- ปฏิสัมพันธ์
- ส่งผลกระทบ

C – Control คือ การนำยุทธศาสตร์

เป็นวิธีสำคัญ ในการนำมากำหนดแผนปฏิบัติการโดยละเอียดสมาชิกจะเลือกว่าตนเองสามารถรับผิดชอบในเรื่องใดด้วยความสมัครใจ ทำให้เกิดพันธะสัญญาข้อผูกพัน (Commitment)

- จัดการ
- ควบคุมสู่การกระทำ

ความสำคัญของกระบวนการA-I-C

การพัฒนาที่นำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน คือการเปิดโอกาสให้บุคคล และผู้แทนของกลุ่มองค์กรต่างๆ ที่อยู่ในชุมชนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วม และรับผิดชอบในการกำหนดทิศทางในการพัฒนา ร่วมตัดสินใจอนาคตของและร่วมดำเนินกิจกรรมการพัฒนา กระบวนการ A – I – C จะช่วยให้ทีมเข้าไปมีส่วนร่วมในการวางแผนและการตัดสินใจ ร่วมสร้างความเข้าใจในการ ดำเนินงาน สร้างการยอมรับ ความรับผิดชอบในฐานะ สมาชิกของทีม เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ และเกิด ความภาคภูมิใจในผลงานที่ตนมีส่วนร่วม กระบวนการพัฒนาทีม จึงเกิดความต่อเนื่องและก่อให้เกิดความสำเร็จสูงสุด

กระบวนการ A-I-C ใช้ประโยชน์ในงานวิจัยฉบับนี้โดยการนำมาปรับใช้เป็นโปรแกรมการบริหารจัดการยาในผู้ป่วยไตเรื้อรัง โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมแบบ A-I-C

3. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model : HBM)

แนวคิดของทฤษฎีนี้เริ่มแรกสร้างขึ้นจากทฤษฎีเกี่ยวกับอวกาศของชีวิต (Life Space) ซึ่งได้คิดขึ้นครั้งแรกโดยนักจิตวิทยา Kurt Lewin (อ้างถึงใน ทศพล ดวงแก้วและพัชรินทร์ สิรสุนทร,2559) ซึ่งมีสมมติฐานว่าบุคคลจะหันเหตนเองไปสู่พื้นที่ที่บุคคลให้ค่านิยมเชิงบวกและขณะเดียวกันจะหลีกเลี่ยงจากพื้นที่ที่มีค่านิยมเชิงลบ อธิบายได้ว่า บุคคลจะแสวงหาแนวทางเพื่อจะปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันและฟื้นฟูสภาพตราบเท่าที่การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคนั้นเป็นสิ่งที่มีค่าเชิงบวกมากกว่าความยากลำบากที่จะเกิดขึ้น จากการปฏิบัติตามคำแนะนำดังกล่าวบุคคลจะต้องมีความรู้สึกกลัวต่อโรคหรือรู้สึกว่าโรคคุกคามตน และจะต้องมีความรู้สึกว่าตนเองมีพลังที่จะต่อต้านโรคได้ ซึ่งต่อมา โรเซนสต๊อก ได้สรุปองค์ประกอบพื้นฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไว้คือ การรับรู้ของบุคคลและ

แรงจูงใจ การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะต้องมีความเชื่อว่า เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคนั้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต รวมทั้งการปฏิบัตินั้นจะเกิดผลดีในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือช่วยลดความรุนแรงของโรค โดยไม่ควรมีอุปสรรคด้านจิตวิทยามาเกี่ยวข้อง เช่น ค่าใช้จ่าย ความไม่สะดวกสบาย ความเจ็บป่วยและความอาย เป็น ต่อมาเบคเกอร์ เป็นผู้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อนำมาใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมการป้องกันและพฤติกรรมอื่นๆ โดยเพิ่มปัจจัยอื่นๆ นอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรค ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Susceptibility) การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย แต่ละบุคคลจะมีความเชื่อในระดับที่ไม่เท่ากัน ดังนั้นบุคคลเหล่านี้จึงหลีกเลี่ยงต่อการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตามเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่แตกต่างกันจึงเป็นความเชื่อของบุคคลต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสของการเกิดโรคซ้ำหรือการง่ายที่จะป่วยเป็นโรคต่างๆ มีรายงานการวิจัยหลายเรื่องที่ให้การสนับสนุนความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคว่ามีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ เช่นเมื่อบุคคลป่วยเป็นโรคใดโรคหนึ่ง ความรู้สึกของบุคคลที่ว่าตนเองจะมีโอกาสป่วยเป็นโรคนั้นๆอีกจะมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคไม่ให้เกิดกับตนเองอีก

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) เป็นการประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรค ปัญหาสุขภาพหรือผลกระทบจากการเกิดโรคซึ่งก่อให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิต การประเมินความรุนแรงนั้นอาศัยระดับต่างๆของการกระตุ้นเร้าของบุคคลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยนั้น ซึ่งอาจจะมองความรุนแรงของการเจ็บป่วยนั้นทำให้เกิดความพิการหรือตายได้หรือไม่หรืออาจมีผลกระ ทบต่อหน้าที่การงาน เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือการเจ็บป่วยแล้วจะมีผลทำ ให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันโรค ซึ่ง จากผลการวิจัยจำนวนมากพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรค เช่น การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ

3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived Benefits) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรคโดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้นๆ ดังนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ

ก็ขึ้นอยู่กับการเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้นโดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย

4. การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived Barriers) การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติหมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ซึ่งอาจได้แก่ ค่าใช้จ่าย หรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจเลือดหรือการตรวจพิเศษทำให้เกิดความไม่สุขสบาย การมารับบริการหรือพฤติกรรมอนามัยนั้นขัดกับอาชีพหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค และพฤติกรรมของผู้ป่วยนี้สามารถใช้ทำนายพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการรักษาโรคได้

5. สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to Action)สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเป็นเหตุการณ์หรือสิ่งที่มากระตุ้นบุคคลให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการออกมา ซึ่ง Becker, Maiman (1975) ได้กล่าวว่า เพื่อให้แบบแผนความเชื่อมีความสมบูรณ์นั้นจะต้องพิจารณาถึงสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติซึ่งมี 2 ด้าน คือ สิ่งชักนำภายในหรือสิ่งกระตุ้นภายใน (Internal Cues)ได้แก่ การรับรู้สภาวะของร่างกายตนเอง เช่น อาการของโรคหรือ การเจ็บป่วย ส่วนสิ่งชักนำภายนอกหรือสิ่งกระตุ้นภายนอก (External Cues) ได้แก่ การให้ข่าวสารผ่านทางสื่อมวลชนหรือการเตือนจากบุคคลที่เป็นที่รักหรือนับถือ เช่น สามี ภรรยา บิดา มารดา เป็นต้น

6. ปัจจัยร่วม (Modifying Factors) ปัจจัยร่วมเป็นปัจจัยที่ไม่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพแต่เป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะส่งผลไปถึงการรับรู้และการปฏิบัติ ได้แก่

6.1 ปัจจัย ด้านประชากร เช่น อายุ ระดับการศึกษา เป็นต้น

6.2 ปัจจัยทางด้านสังคมจิตวิทยา เช่น บุคลิกภาพ สถานภาพทางสังคม กลุ่มเพื่อน กลุ่มอ้างอิง มีความเกี่ยวข้องกับบรรทัดฐานทางสังคม ค่านิยมทางวัฒนธรรมซึ่งเป็นพื้นฐานทำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคที่แตกต่างกัน

6.3 ปัจจัยโครงสร้างพื้นฐาน เช่น ความรู้เรื่องโรค ประสบการณ์เกี่ยวกับโรค เป็นต้น

7. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation) แรงจูงใจด้านสุขภาพ หมายถึง สภาพอารมณ์ที่เกิดขึ้นจากการถูกกระตุ้นด้วยเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ได้แก่ ระดับความสนใจ ความใส่ใจ ทัศนคติและค่านิยมทางด้านสุขภาพ เป็นต้น

ข้อจำกัด

แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพพยายามทำนายพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพโดยคิดเป็นความแตกต่างของความเชื่อและทัศนคติ อย่างไรก็ตามมันไม่ได้คำนึงถึงปัจจัยอื่น ๆ ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ตัวอย่างเช่นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเป็นนิสัย ได้แก่

การสูบบุหรี่การคาดเข็มขัดนิรภัย เป็นต้น ค่อนข้างอิสระต่อกระบวนการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ นอกจากนี้บุคคลที่มีส่วนร่วมในพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพด้วยเหตุผลที่ไม่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่อยู่นอกเหนือการควบคุมของแต่ละบุคคลอาจป้องกันการมีส่วนร่วมในพฤติกรรมที่ต้องการตัวอย่าง เช่น บุคคลที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ใกล้เคียงที่เป็นอันตรายอาจไม่สามารถไปวิ่งเหยาะๆนอกบ้านได้เนื่องจากความกังวลด้านความปลอดภัย นอกจากนี้โมเดลความเชื่อด้านสุขภาพไม่ได้พิจารณาถึงผลกระทบของอารมณ์ต่อพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ หลักฐานบ่งชี้ว่าความกลัวอาจเป็นปัจจัยสำคัญในการทำนายพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพนำมาประยุกต์ใช้ในการวิจัยนี้ โดยใช้เป็นพื้นบานในการปรับเปลี่ยนความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการใช้ยาของผู้ป่วยไตเรื้อรัง

4. การใช้ยาถูกต้องตามหลัก 5 R (Five rights)

หลักการประกันความถูกต้องด้านการบริหารยาที่มีมานานและยังคงเป็นหลักการไม่เปลี่ยนแปลงคือ หลักการประกันความถูกต้อง 5 ด้าน หรือ “Five Rights” โดย Michael R Cohen (อ้างถึงใน พวงผกา คงวัฒนานนท์ ,2546) เขียนในหนังสือ Medication errors ว่า เพื่อสร้างความมั่นใจว่า กระบวนการใช้ยานั้นมีความปลอดภัย บุคลากรการแพทย์ทุกสาขาวิชาชีพต้องตระหนักเรื่อง ความถูกต้อง 5 ด้าน ของการบริหารยา ประกอบด้วย

- ถูกคน (Right patient/client)
- ถูกยา (Right drug)
- ถูกขนาด (Right dose)
- ถูกเวลา (Right time)
- ถูกวิถีทาง (Right route)

จากหลักการดังกล่าวผู้จัดการความเสี่ยง จึงจัดกลุ่มความคลาดเคลื่อนทางยา 5 กลุ่ม (categories) เช่น ผิดคน (wrong patient) ผิดยา (wrong drug) เป็นต้น และมีการจำแนกชนิดความคลาดเคลื่อน (type of errors) ที่เกิดขึ้นหลายชนิด เช่น ลืมให้ยา (omission error) การให้ยาผิดช่องทาง (wrong route) การให้ยาที่แพทย์สั่งให้หยุด เป็นต้น

1. หลักการประกันความถูกต้องด้านผู้ป่วย (Right patient/client) จุดมุ่งหมายของหลักการนี้คือการประกันเรื่องการระบุตัวผู้ป่วย โดยพิจารณาร่วมกับความครบถ้วนของข้อมูลสำคัญอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เวชระเบียน ใบสั่งยา บันทึกการบริหารยา บัตรให้ยา ความครบถ้วนของฉลากยา

ซึ่งกำหนดว่าต้องประกอบด้วยข้อมูล ชื่อผู้ป่วย ชื่อยา ความแรง ขนาด วิธีการบริหารยา โดยในเงื่อนไขการใช้ยาสมเหตุผลของกระทรวงสาธารณสุข 2562 ต้องมีข้อมูลชื่อยาภาษาไทย ฉลากยาช่วยและมีคำเตือนที่เป็นสาระสำคัญของยา โดยอาจเพิ่ม QR CODE ให้ผู้ป่วยสามารถตรวจสอบข้อมูลยาได้ตลอดโดยใช้โทรศัพท์มือถือ เป็นต้น ซึ่งการจัดการแบบนี้จะช่วยลดความเสี่ยงในการใช้ยาได้

2. หลักการประกันความถูกต้องด้านยา (Right drug) ความมุ่งหมายของหลักการเพื่อประกันว่ายาที่ผู้ป่วยได้รับนั้นสอดคล้องกับโรค หรืออาการป่วย เป็นยาที่แพทย์มีการสั่งใช้จริง ยายังมีคุณภาพในการออกฤทธิ์ การประกันในในข้อนี้มุ่งเน้นที่การสื่อสารระหว่างวิชาชีพ โดยเฉพาะการสั่งใช้ยา เนื่องจากเป็นสาเหตุของความคลาดเคลื่อนทางยาสูงสุดในหลายการศึกษา การดำเนินการเชิงระบบที่เกี่ยวข้องกับการบริหารเวชภัณฑ์และการดำเนินการเชิงระบบเพื่อสร้างเงื่อนไขในการตรวจพบความคลาดเคลื่อน เช่น การมีข้อมูลการวินิจฉัยโรค การสร้างระบบการตรวจสอบซ้ำอิสระ ระบบการจัดการยาที่ผู้ป่วยนำติดตัวมา(Medication reconciliation) เป็นต้น ซึ่งชนิดของความคลาดเคลื่อนได้แก่ การใช้ยาผิดชนิด การใช้ยาที่แพทย์ไม่ได้สั่ง การให้ยาที่ผู้ป่วยแพ้ การให้ยาหมดอายุ เป็นต้น

3. หลักการประกันความถูกต้องด้านขนาดยา (Right dose) ความมุ่งหมายของหลักการนี้มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้รับขนาดยาโดยรวมเป็นไปตามที่แพทย์สั่ง รวมทั้งขนาดยาที่ผู้ป่วยได้รับมีความสอดคล้องหรือเหมาะสมต่อโรคหรืออาการของผู้ป่วย ชนิดความคลาดเคลื่อน เช่น การบริหารยาผิดขนาด จาก 1 เม็ด เป็น 2 เม็ด การบริหารยาผิดความแรง การให้ยาซ้ำ การให้ยาที่แพทย์สั่งหยุด เป็นต้น

4. หลักการประกันความถูกต้องด้านเวลา (Right time) หลักการนี้มุ่งเน้นการให้ความสำคัญเรื่องเวลาในการบริหารยา ทั้งในลักษณะวงรอบเวลาที่ให้และระยะเวลาที่ให้ซึ่งมักเป็นสารละลายปริมาณมากปราศจากเชื้อ ความคลาดเคลื่อนเรื่องเวลาการบริหารนี้เกี่ยวข้องกับยาที่บริหารโดย IV pump ในอัตราที่สูง การประกันมุ่งเน้นที่การสื่อสารเรื่องระยะเวลาโดยเฉพาะคำสั่งที่เกี่ยวข้องกับการหยดให้เข้าหลอดเลือดดำ (infusion) เรื่องเวลาของการบริหาร IV push และสอดคล้องกับสิทธิเรื่องการบันทึกเอกสาร (Right to document) โดยเฉพาะการบันทึกที่เป็นปัจจุบันหรือเวลาจริงลงในบันทึกการบริหารยา (Medication Administration Record) รวมทั้งการประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยที่มีต่อการบริหารยา โดยเฉพาะการหยดให้เป็นเวลานาน สอดคล้องกับสิทธิเรื่องการประเมินทั่วไป และการประเมินผลของการบริการ (right to assessment and right to evaluation) ชนิดของความคลาดเคลื่อน เช่น การให้ยาผิดจากเวลาที่กำหนด การลืมให้ยา การหยดยาเร็วกว่ากำหนด การให้ยาก่อนหรือหลังอาหาร เป็นต้น

5. **หลักการประกันความถูกต้องด้านวิธีทางของการบริหารยา (Right route)** หลักการนี้มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการบริหารยาสอดคล้องกับวิธีการบริหาร กลุ่มยาที่มักพบว่ามีปัญหาบ่อยมักเป็นยาฉีด โดยเฉพาะยาฉีดกลุ่มเสี่ยงสูง เช่น ยาเคมีบำบัดเนื่องจากมีรายงานอุบัติการณ์ที่ผู้ป่วยได้รับ

การบาดเจ็บรุนแรงหรือถึงแก่ชีวิตจากการบริหารยา และที่พบบ่อยคือยาพ่นขยายหลอดลม ซึ่งบางรายนำแคปซูลยาพ่นยากิน เป็นต้น ชนิดความคลาดเคลื่อน เช่น การให้ยาฉีดผิดช่องทาง IV IM IT เป็นต้น การใช้ยาหยอดตา ยาหยอดหูสลับกัน เป็นต้น

ความรู้ในเรื่องการใช้ยาถูกต้องตามหลัก 5 R ใช้เป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรมการบริหารจัดการยาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และใช้เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย

5. ความร่วมมือในการใช้ยา

การบริบาลทางเภสัชกรรม

การบริบาลทางเภสัชกรรมเป็นมาตรการเกี่ยวข้องกับการรักษาด้วยยา (อภิฤดี เหมะจุฑา และปรีชา มนทกานติกุล,2547) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อรักษาให้ได้ตามเป้าหมายและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งเป้าหมายของการรักษา ได้แก่1) รักษาโรคให้หายขาด 2) การกำจัด หรือลดอาการการเจ็บป่วย 3) หยุดหรือชะลอการดำเนินของโรค และ 4) ป้องกันโรคหรืออาการเจ็บป่วย การบริบาลทางเภสัชกรรมรวมถึงกระบวนการที่เภสัชกรกระทำร่วมกับผู้ป่วยและบุคลากรอื่นๆ ในการออกแบบแผนการรักษา ดำเนินการ และติดตามผลการรักษา โดยเภสัชกรมีบทบาทในการระบุปัญหาที่เกิดขึ้นแล้ว และที่อาจจะเกิดจากการใช้ยาแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นและป้องกันปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้น ปัญหาเกี่ยวกับ ยา (drug-related problems; DRPs) เป็นเหตุการณ์ไม่คาดคิดที่เกิดกับผู้ป่วย ซึ่งเกี่ยวข้องกับหรือคาดว่าจะเกี่ยวข้องกับยาที่ใช้ในการรักษาและมีผลกระทบต่อผลลัพธ์ของการรักษาที่คาดหวังไว้

การแบ่งประเภทของปัญหาเกี่ยวกับยา ของ Strand et al (อ้างถึงใน อภิฤดี เหมะจุฑา และปรีชา มนทกานติกุล,2547) มีทั้งหมด 8 ประเภท ดังนี้

1. ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่ควรได้รับ หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีปัญหาจากแพทย์ไม่ได้สั่งจ่ายยาที่ควรจะได้รับ หรือ อาจเรียกว่า ผู้ป่วยต้องการยาเพิ่มในการรักษา ซึ่งเหตุผลในการเพิ่มยา เช่น ไม่ได้รักษาอาการหรือภาวะที่เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ไม่ได้รักษาอาการหรือสภาวะที่เกิดขึ้นใหม่ภายหลังจากที่ได้รับการรักษาไประยะหนึ่งหยุดสั่งใช้ยาในขณะที่ผู้ป่วยต้องใช้เพื่อควบคุมหรือรักษาอาการหรือโรคที่เป็นแพทย์ไม่ได้สั่งยาที่เสริมฤทธิ์กันและผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่ใช้สาหรับป้องกันอาการหรือโรค

2. ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่เหมาะสม เป็นการเลือกใช้ยาไม่ถูกต้อง ได้แก่กรณีดังต่อไปนี้ การใช้ยาที่ไม่มีประสิทธิผล การใช้ยาที่เลิกใช้ไปนานแล้ว การใช้ยาแล้วทำให้ผู้ใช้เกิดการแพ้ยา

หรือได้รับยาที่ผู้ป่วยแพ้ การใช้ยาที่ห้ามใช้ในผู้ป่วยบางราย การใช้ยาที่มีประสิทธิผลเท่ากันแต่ราคาแพงกว่าการให้ยาผู้ป่วยหลายชนิดโดยไม่จำเป็น

3. ผู้ป่วยได้รับยาถูกต้องแต่ขนาดน้อยเกินไป อาจมีสาเหตุได้หลายปัจจัย ดังต่อไปนี้ ขนาดยาน้อยเกินไป ความถี่ของการให้ยาห่างเกินไป ระยะเวลาการใช้ยาสั้นเกินไป การเก็บยาไม่ถูกต้องวิธีการให้ยาไม่ถูกต้อง อาจมีปฏิกิริยาระหว่างยาทำให้ยาที่ต้องการมีปริมาณลดลงย่อมทำให้ไม่ได้ผลการรักษาเท่าที่ควร

4. ผู้ป่วยได้รับยาถูกต้องแต่ขนาดมากเกินไป มีผลเสียมากกว่าได้รับยาขนาดน้อยเกินไป นั่นคือ อาจเกิดความเป็นพิษจากยาได้ สามารถสรุปสาเหตุได้ดังนี้ ขนาดยามากเกินไป ความถี่ในการให้ยามากเกินไประยะเวลาของการให้ยามากเกินไป

5. การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา สามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภท ดังนี้

5.1 เป็นอาการข้างเคียงที่เกิดจากฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา

5.2 เป็นอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นโดยไม่ขึ้นกับฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาแต่จะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลและไม่สามารถทำนายได้ โดยอาการไม่พึงประสงค์นี้จะมีความสำคัญอย่างมากต่อผู้ป่วยและผู้ให้การรักษา

6. การเกิดอันตรกิริยาระหว่างยากับยา ยากับอาหารและยาอาจรบกวนผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยาได้

7. การใช้ยาโดยไม่มีข้อบ่งใช้ หรือยังไม่มีข้อมูลทางวิชาการรับรองของข้อบ่งใช้นั้น

8. ผู้ป่วยไม่ได้รับยาตามแพทย์สั่ง เนื่องจากความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย ได้แก่การไม่ได้รับประทานยาตามแพทย์สั่งหรือรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ การรับประทานยาไม่เป็นเวลาที่แน่นอน รับประทานยาในเวลาที่ไม่เหมาะสม การลืมรับประทานยาแล้วปฏิบัติไม่ถูกต้อง รวมถึงการไม่เข้าใจวิธีการใช้ยา การไม่มีพบแพทย์ตามนัดทำให้ขาดยาหรือได้รับยาไม่ต่อเนื่อง

ความร่วมมือในการใช้ยา

นันทลักษณ์ สถาพรนานนท์ (2555) ได้ให้ความหมายความร่วมมือในการใช้ยา ไว้ว่า

ความร่วมมือในการใช้ยา (medication adherence) เป็นคำที่มีความหมายในทางบวกหรือความหมายที่ดีมากกว่าเมื่อเทียบกับคำว่าการใช้ยาตามสั่ง

การใช้ยาตามสั่ง (medication compliance) หมายถึง ผู้ป่วยเชื่อฟังแพทย์และปฏิบัติตามแพทย์สั่ง สำหรับความร่วมมือในการใช้ยา มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ผู้ป่วยเข้าใจยอมรับและตัดสินใจว่า จะปฏิบัติตนและรับประทานยาให้ถูกต้องตามที่แพทย์แนะนำเพื่อให้ได้ผลการรักษาที่ดีที่สุด อีกคำหนึ่งที่มีใช้กัน คือ การตกลงร่วมกันระหว่างผู้ทำการรักษาและผู้ป่วย (medication concordance) ซึ่งเป็นคำที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยและแพทย์มีการตกลงร่วมกันถึงแผนการรักษา โดยผู้ป่วยจะเป็นผู้ตัดสินใจ

เลือกแผนการรักษาด้วยตัวเองความร่วมมือในการใช้ยาจะเป็นการเปิดบทบาทของผู้ป่วยให้มีส่วนร่วมในการรักษาตัวเองมากขึ้น ผู้ป่วยจะไม่ใช่เป็นฝ่ายที่ต้องรอรับคาสั่งของแพทย์แล้วปฏิบัติตามเหมือนคำว่าการใช้ยาตามสั่ง ในการวางแผนการรักษาบุคลากรทางการแพทย์ต้องการให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาให้มากที่สุด ซึ่งแสดงว่าจะต้องลดความไม่ร่วมมือในการใช้ยาให้มีน้อยที่สุด โดยทั่วไปในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน เป็นต้น จะยอมรับกันว่าผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยา เมื่อยานั้นถูกใช้ไปมากกว่าร้อยละ 80 ของจำนวนยาที่แพทย์สั่งใช้หรือจ่ายให้ [ในช่วง 2 ทศวรรษที่ผ่านมามีผู้ทำการศึกษาถึงปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย โรคเรื้อรัง พบว่าผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาแตกต่างกันตั้งแต่ร้อยละ 43 ถึงร้อยละ 78 โดยสาเหตุที่อัตราความร่วมมือในการใช้ยาแตกต่างกันมาก เนื่องจากในแต่ละการศึกษาใช้กลุ่มผู้ป่วยแตกต่างกัน มีเกณฑ์การวัด หรือเครื่องมือที่ใช้ที่แตกต่างกัน ผลที่เกิดขึ้นจากความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาหรือไม่ให้ความร่วมมือที่จะปฏิบัติตัวตามที่แพทย์แนะนำนั้น จะมีผลเสียเกิดขึ้นมากมาย ซึ่งหากแบ่งตามผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในกระบวนการรักษาผู้ป่วย (outcomes of drug therapy) ตาม Economic, Clinical, and Humanistic Outcomes (ECHO) model จะแบ่งผลลัพธ์ออกเป็น 3 ส่วน คือ ผลลัพธ์ด้านคลินิก ผลลัพธ์ด้านเศรษฐศาสตร์ และผลลัพธ์ด้านมานุษยวิทยา ดังนี้

1. ผลลัพธ์ด้านคลินิก (clinical outcomes) ได้แก่ อาการของโรคไม่ทุเลา ผลการรักษาล้มเหลวหรือกรณีหยุดยาปฏิชีวนะก่อนกำหนดอาจทาให้เชื้อดื้อยาได้ ทำให้ต้องมีการปรับเปลี่ยนแบบแผนการรักษา เปลี่ยนยาที่ใช้ ซึ่งอาจเป็นยาที่ก่อให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ได้มาก

2. ผลลัพธ์ด้านเศรษฐศาสตร์ (economic outcomes) ได้แก่ การใช้ทรัพยากรทางการแพทย์เพิ่มขึ้น ทั้งค่าใช้จ่ายทางตรงและทางอ้อม ค่าใช้จ่ายทางตรงเกิดจากการที่ผู้ป่วยต้องปรับเปลี่ยนการรักษา เปลี่ยนยาที่ใช้ อาจมีการสั่งใช้ยาที่มีราคาแพงขึ้น ส่วนค่าใช้จ่ายทางอ้อมเกิดจากการเสียเวลาของทั้งบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย แทนที่จะใช้เวลาของตนไปปฏิบัติงานอื่นอย่างเต็มความสามารถกลับต้องใช้เวลาเพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากความไม่ร่วมมือในการใช้ยา

3. ผลลัพธ์ด้านมานุษยวิทยา (humanistic outcomes) เป็นผลที่ตามมาของโรคหรือการรักษาต่อสภาวะของผู้ป่วย เช่น ความพึงพอใจ คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ (health-related quality of life) เป็นต้น

ในด้านความพึงพอใจ หากผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาจะทำให้การวิเคราะห์แผนการรักษาผิด แพทย์ผู้ดูแลอาจเข้าใจว่ายาที่ผู้ป่วยใช้อยู่ไม่ได้ผล ทำให้บุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยและตัวผู้ป่วยเองเกิดความไม่พึงพอใจต่อผลการรักษา

ในด้านคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งหมายถึงคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพโดยรวมทั้งสุขภาพด้านกายภาพ (physical health) สุขภาพด้านจิตใจ (mental health) สุขภาพด้าน

สังคม(social health) และภาวะสุขภาพโดยทั่วไป (general health) ซึ่งการประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพจะทำให้บุคลากรทางการแพทย์เข้าใจผลกระทบจากโรคและการรักษาต่อชีวิตของผู้ป่วยจากมุมมองของผู้ป่วยเอง (patient perspective)ความร่วมมือในการใช้ยามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต โดยหากผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการใช้ยาที่ดี ทำให้มีแนวโน้มที่จะสามารถควบคุมอาการของโรคได้ ดังนั้น คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยน่าจะดีด้วย

การสืบหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยา

การสืบหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยา สามารถทำได้หลายวิธี ซึ่งแต่ละวิธีมีข้อดีและข้อจำกัดแตกต่างกันไป ดังนี้

วิธีสืบหาโดยตรง ได้แก่

1. การเฝ้าสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วย เป็นการสังเกตการใช้ยาของผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งค่อนข้างแม่นยำ แต่มีข้อเสียที่ไม่สามารถปฏิบัติได้เป็นประจำตลอดเวลา และผู้ป่วยเองอาจสามารถซ่อนยาไว้ในปากแทนที่จะกลืนตามปกติ

2. การตรวจวัดปริมาณยาในร่างกาย โดยการเจาะเลือด เก็บปัสสาวะหรือน้ำลายแล้วนำส่งวิเคราะห์หาปริมาณยา หรือการตรวจวัดตัวชี้วัดทางชีวภาพ (biological marker) ต่างๆ ลักษณะการวิเคราะห์เช่นนี้ขึ้นกับความไวของการทดสอบ และยังขึ้นอยู่กับตัวแปรหลายชนิด เช่น สูตรตำรับยาระบบการดูดซึม การย่อย ระบบเมตาบอลิซึม การขับถ่าย การทำงานของไตของผู้ป่วยเป็นต้น

วิธีสืบหาทางอ้อมเป็นวิธีที่ปฏิบัติจริงได้มากกว่าวิธีสืบหาทางตรง ได้แก่

1. การให้ผู้ป่วยบันทึกวันและเวลาที่ใช้ยาเอง วิธีนี้ยังไม่น่าเชื่อถือมากนัก เพราะขึ้นกับผู้ป่วยเป็นหลักซึ่งผู้ป่วยอาจไม่ลงบันทึกหรือบันทึกไม่ตรงกับความเป็นจริง

2. การดูปริมาณยาที่ใช้หรือยาที่เหลือ อาจทำโดยการวัดปริมาณยาที่เหลือโดยการนับการตวง โดยให้ผู้ป่วยนำยาที่เหลือมาแสดง หรือติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน ข้อเสีย จากวิธีนี้คือยาที่ผู้ป่วยนำมาให้นับอาจไม่ใช่ยาที่เหลือทั้งหมดจริงๆ

3. การใช้เครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ต่างๆเพื่อบันทึกรายการยาที่ใช้

4. การวัดจากพฤติกรรมของผู้ป่วย เช่น การมารับยา หรือมาตรวจตามนัดซึ่งทำได้ง่าย แต่ยังไม่สามารถยืนยันว่าผู้ป่วยที่มาตามนัดทุกครั้งจะให้ความร่วมมือในการใช้ยา หรือผู้ที่ไม่มาตามนัดจะไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา

5. การวัดผลการรักษาหรือผลของยาที่เกิดขึ้น เช่น ระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต เป็นต้น วิธีนี้ทำได้ง่ายแต่ค่าพารามิเตอร์เหล่านี้มีความสัมพันธ์ที่ซับซ้อน ผลของยาที่เกิดขึ้นเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงยา และภาวะของร่างกายในขณะนั้น ๆ จึงไม่อาจนำผลมาสรุปทันทีว่าผลการรักษาหรือผลที่เกิดขึ้นนั้น เกิดจากความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย

6. การสัมภาษณ์โดยตรงหรือการใช้แบบสอบถาม (interview หรือ questionnaires) สามารถวัดได้โดยตรงกับตัวผู้ป่วยหรือผู้เกี่ยวข้อง เช่น ญาติ ผู้ปกครองซึ่งเป็นวิธีที่สะดวกใช้เวลาไม่มากและค่าใช้จ่ายน้อย ยกตัวอย่างแบบสอบถาม ได้แก่

แบบประเมินการให้ความร่วมมือในการใช้ยา modified Morisky Medication Adherence Scale (modified MMAS) ฉบับแปลเป็นภาษาไทย (Donald E.Morisky อ้างถึงใน พุทธชาติ มากชุมนุม, 2558) ประกอบด้วย ข้อคำถาม 8 ข้อ

Morisky D. และคณะ ได้สร้างแบบประเมิน MMAS โดยพัฒนามาจาก MMAS 4 คำถามเดิม โดยมีคำถามที่ใช้วัดความร่วมมือในการใช้ยา ตอบว่า ใช่ และข้อคำถามชนิด 5 ตัวเลือกจำนวน 1 ข้อ เพื่อลดอคติในการตอบปฏิเสธทุกข้อคำถาม

ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา มีข้อคำถาม 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา มีข้อคำถาม 1 ข้อ

ส่วนที่ 1 แบบประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา มีจำนวนคำถาม 7 ข้อ

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ในช่องว่างหลังข้อความที่ตรงกับ การปฏิบัติของท่านมากที่สุด

ตารางที่ 2.4 แบบประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

ข้อคำถาม	ไม่ใช่	ใช่
1. บางครั้งท่านลืมรับประทานยารักษาโรคไตเรื้อรังหรือไม่		
2. ให้นึกทบทวนว่าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีบางวันหรือไม่ที่ท่านไม่ได้รับประทานยาโรคไตเรื้อรัง		
3. ท่านเคยหยุดรับประทานยาโดยไม่บอกแพทย์ เนื่องจากรู้สึกแย่ลงเมื่อรับประทานยารักษาโรคไตเรื้อรังหรือไม่		
4. เมื่อท่านเดินทางหรือออกจากบ้าน บางครั้งท่านเคยลืมนำยาไปด้วยหรือไม่		
5. เมื่อวานนี้ท่านรับประทานยารักษาโรคไตเรื้อรังหรือไม่		
6. เมื่อท่านสามารถควบคุมโรคไตเรื้อรังได้ปกติ บางครั้งท่านหยุดรับประทานยารักษาหรือไม่		
7. ท่านรู้สึกยุ่งยากรบกวนหรือไม่ ในการรับประทานยารักษาโรคไตเรื้อรังตามแผนการรักษาของแพทย์		

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา มีจำนวนข้อคำถาม 1 ข้อ

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างหลังข้อความที่ตรงกับการปฏิบัติของท่านมากที่สุด

ท่านมีความยุ่งยากที่จะจำเกี่ยวกับยารักษาโรคไตเรื้อรังทั้งหมดของท่านบ่อยแค่ไหน

☐ ไม่เคย
☐ นานๆ ครั้ง
☐ บางครั้ง
☐ เกือบทุกครั้ง
☐ ประจำทุกครั้ง

มีการแปลผล ดังนี้

8 คะแนน แสดงว่า ผู้ป่วย มีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในระดับมาก
6-7 คะแนน แสดงว่า ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในระดับปานกลาง
<6 คะแนน แสดงว่า ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในระดับต่ำ

การนำมาใช้ในงานวิจัยนี้ เพื่อสืบหาความร่วมมือในการใช้ยา เป็นการวัดผลจากการทดลองว่าหลังใส่โปรแกรมการทดลองแล้วผลความร่วมมือดีขึ้น ลดลง หรือเท่าเดิม ซึ่งการวัดความร่วมมือในการใช้ยาควรมีการใช้หลากหลายวิธีร่วมกัน เพื่อให้เกิดความแม่นยำในการประเมิน ซึ่งขึ้นกับบริบทว่าแต่ละสถานพยาบาลจะสะดวกใช้อะไรในการสืบหาความร่วมมือในการใช้ยา

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้รวบรวม ค้นคว้างานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับยาเหลือใช้ และโรคไตเรื้อรัง ดังต่อไปนี้

6.1 งานวิจัยในประเทศไทย

ปราณิศา นิ่มอนงค์ (2557) ศึกษาเชิงสำรวจเพื่อหาสาเหตุของยาเหลือใช้และพฤติกรรมในการจัดการยาเหลือใช้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลพานทอง พบว่ามียาเหลือใช้ ร้อยละ 80.3 สาเหตุที่มียาเหลือใช้ 3 อันดับแรก ได้แก่ ได้รับยาไปจำนวนมากเกินจากวันที่แพทย์นัด ร้อยละ 50.6 ไม่ได้รับประทานยาอย่างต่อเนื่องตามแพทย์สั่งร้อยละ 41.1 และหยุดรับประทานยาเนื่องจากแพทย์ให้หยุดรับประทานยาหรือปรับเปลี่ยนการรักษา ร้อยละ 5.7 จากการศึกษาสาเหตุที่ไม่ได้รับประทานยาอย่างต่อเนื่องตามแพทย์สั่ง ได้แก่ ลืมรับประทานยาบางมื้อ ร้อยละ 68.8) ปรับขนาดยาหรือหยุดรับประทานยาเอง ร้อยละ 24.8 และรับประทานยาไม่ถูกต้อง

ร้อยละ 6.4 จากการศึกษาพฤติกรรมในการจัดการยาเหลือใช้ 3 อันดับแรก ได้แก่ รับประทานยาเก่าก่อนยาใหม่ ร้อยละ 53.6 เก็บไว้ที่บ้านเฉยๆ ร้อยละ 29 นำยามาคืนที่โรงพยาบาล ร้อยละ 10.9 และพบว่าผู้ป่วยที่นำยาเหลือใช้ไปทิ้ง มีการกำจัดยาอย่างไม่เหมาะสม ร้อยละ 80 และกำจัดยาอย่างเหมาะสม ร้อยละ 20 จากการศึกษาความรู้เกี่ยวกับยาเสื่อมสภาพและยาหมดอายุของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้สังเกตลักษณะภายนอกของยา ร้อยละ 84.2 และไม่ทราบวิธีการสังเกตยาเสื่อมสภาพ ร้อยละ 82.7 และพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ดูวันหมดอายุของยาก่อนรับประทานยา ร้อยละ 90.9และไม่ทราบวิธีดูวันหมดอายุของยา ร้อยละ 89.1

บุญถม ปาปะแพ และคณะ (2556) การศึกษาเรื่อง สาเหตุของปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยในการเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกร ในเขตอำเภอวาปีปทุมหาสารคาม พบว่า สาเหตุในกลุ่มการใช้ยาหรือบริหารยา (drug use/ administration process) บ่อยที่สุด คือ 29 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 35.80 พบว่าเป็นสาเหตุไม่ใช้ยาหรือไม่ได้รับการบริหารยาบ่อยที่สุด คือ 8 ครั้ง ตามด้วยไม่ใช้ยาหรือไม่ได้รับการบริหารยาตามช่วงเวลาที่กำหนดไว้ 6 ครั้ง สำหรับสาเหตุกลุ่มที่รองลงมา คือ สาเหตุจากตัวผู้ป่วยเอง พบ 19 ครั้ง โดยสาเหตุที่พบบ่อยที่สุด คือ รับประทานอาหารที่มีผลต่อยา 11 ครั้ง กลุ่มสาเหตุกลุ่มที่พบบ่อยเป็นลำดับ ต่อมา คือการเลือกใช้ยา พบ 14 ครั้ง โดยสาเหตุที่พบบ่อยที่สุด คือ ใช้ยาไม่เหมาะสม/มีข้อห้ามใช้ 6 ครั้ง ตามด้วยการไม่ได้ใช้ยาทั้งที่มีข้อบ่งใช้ว่าต้องทำการรักษาด้วยยา 5 ครั้ง

วรรณพร เจริญโชคทวี และคณะ(2556) ศึกษาเรื่อง การวิเคราะห์ และจัดการปัญหายาเหลือใช้ในเขตชุมชนเมือง พบว่าคณะแพทยศาสตรวชิรพยาบาล รับยาคืน 3,430,358.85 บาท จำนวนรายการยาเฉลี่ย 4.23 รายการ ต่อราย เฉลี่ย 3,141.35 บาท ต่อราย สิทธิจ่ายตรงนำยามาคืนมากสุดร้อยละ 44 รายการยาเหลือใช้ที่ถูกนำมาคืนบ่อยที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ simvastatin, omeprazole, enalapril, metformin และ amlodipine สาเหตุนำมาคืนร้อยละ 67 คือ ผู้ป่วยตาย เปลี่ยนแปลงการรักษา ไม่กินยาตามสั่ง ได้รับมากเกินวันนัด และเกิดผลข้างเคียงจากยา

นีลนาถ เจ้ะยอ (2554) ศึกษา ความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อความล้มเหลวในการบริหารยาเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยไม่สามารถบริหารยาได้ถูกต้องร้อยละ 64.8 แต่การศึกษาอื่นฝรั่งเศสพบร้อยละ 12 ศาสนา การกินยาเอง ใช้ยาเม็ดร่วมกับฉีด ความถี่ จำนวนเม็ดยา เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความล้มเหลวในการบริหารยา

พักตร์วิภา สุวรรณพรหม และคณะ (2555) การศึกษาปริมาณและมูลค่ายาเหลือใช้โรคเรื้อรังในครัวเรือน ตำบลสันทรายหลวง อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า 253 ครัวเรือน (ร้อยละ 90.0) มียาเหลือใช้ และ 103 ครัวเรือน(ร้อยละ 36.7) มียาบางรายการที่ไม่เพียงพอ สำหรับการใช้จนถึงการนัด มูลค่ายาเหลือใช้เป็น 51,391.69 บาท หรือ เฉลี่ย 182.87 บาท/ครัวเรือน

ชนิดของยาเหลือใช้ HCTZ 50 mg เหลือ 96 ครัวเรือน (ร้อยละ 27.4) รองลงมาคือ Glibenclamide 5 mg 60 ครัวเรือน (ร้อยละ 17.1) และ Enalapril 5 mg 45 ครัวเรือน (ร้อยละ 12.6) สาเหตุของยาเหลือใช้เกิดจากหลายปัจจัย แพทย์จ่ายยาเกิน ผู้ป่วยลืมกินยา และจากการเปลี่ยนแผนการรักษา หรือเปลี่ยนสถานพยาบาล

จิราภรณ์ ชูวงศ์และ เจียมจิต โสภณสุขสถิต (2554) ศึกษาวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดสองครั้งก่อนและหลังการทดลอง เพื่อเปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมก่อนและหลังการให้ความรู้ด้านสุขภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองได้แก่ แผนการให้ความรู้ด้านสุขภาพ สื่อวีดีทัศน์ และคู่มือการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พบว่า การให้ความรู้ร่วมกับการใช้สื่อวิดีทัศน์กับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้และมีพฤติกรรมที่ที่เหมาะสมยิ่งขึ้น โดยแบ่งเป็น ความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ก่อนและหลังการให้ความรู้ทางด้านสุขภาพ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ทางด้านสุขภาพเรื่องโรค ไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ ภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ส่วนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ก่อนและหลังการให้ความรู้ทางด้านสุขภาพ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รับการฟอกเลือดด้วยเครื่อง ไตเทียมก่อนและหลังการให้ความรู้ทางด้านสุขภาพ ผลการวิจัย พบว่า ความรู้ทางด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

เบญจมาส เรืองดิษฐ์, เสาวลักษณ์ อุไรรัตน์, และ ชูลินดา สะมะแอ (2559) ศึกษาการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในเครือข่ายบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ โรงพยาบาลสงขลา เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 จำนวน 40 คน โดยใช้กระบวนการพัฒนาพฤติกรรมของตนเอง 6 เดือน ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยง ของการเกิดภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้าย และการบำบัดทดแทนไต พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้ายและการบำบัด

ทดแทนไต ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ทั้งด้านสุขภาพกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม รวมทั้งค่าใช้จ่ายที่สูงมากจนตลอดชีวิต

ปิยพร สุวรรณโชติ (2543) ศึกษากลวิธีช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุผู้ป่วยนอกโรคเบาหวานที่ รพ จุฬาลงกรณ์ พบว่ารายการยาเฉลี่ย 3 - 5 รายการ ผู้ป่วยใช้ยาน้อยกว่าแพทย์สั่งร้อยละ 71.9 สาเหตุความไม่ร่วมมือ มากกว่าร้อยละ 60 คือลืมกินยา อุบัติการณ์ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุ 2 อย่าง คือ ตั้งใจไม่ร่วมมือ(intention non-compliance) และ ไม่ตั้งใจในการไม่ร่วมมือ (unintention non-compliance)หรือแยกเป็นสาเหตุ 4 อย่าง 1. ใช้ยาน้อยกว่าแพทย์สั่ง 2. ใช้ยามากกว่าสั่ง 3.ใช้ยาใน เวลาไม่เหมาะสม 4. กินยาอื่นนอกเหนือจากแพทย์สั่ง

ชไมพร กาญจนกิจสกุล (2557) ศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการเกื้อหนุนด้านการใช้ยาในสูงอายุ ที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง พบว่าครอบครัวมีส่วนร่วมของครอบครัวในการเกื้อหนุนด้านการใช้ยาของสูงอายุในโรคเรื้อรังได้ 9 อย่าง คือการพาไปพบแพทย์ตามนัดเพื่อตรวจและติดตามอาการ การรับยาแทน การช่วยจำวันนัด การเอาใจใส่และให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีใช้ยาการคอยดูแลและควบคุมการกินยา การช่วยเตือนการกินยาถูกเวลา การช่วยจัดเตรียมยาแต่ละมื้อการถามไถ่และตามอาการข้างเคียงจากยาและการสร้างคุณค่าต่อผู้ป่วยและบุคคลรอบข้างซึ่งปัญหาอุปสรรคในการเกื้อหนุน ได้แก่ สมาชิกต้องไปทำงานนอกบ้าน ความเข้าใจว่าสูงอายุช่วยตัวเองได้ดีการขาดความรู้ของสมาชิกครอบครัวในโรคของผู้สูงอายุ และสัมพันธภาพในครอบครัวตกต่ำ

สรุปโดยรวมจากข้อมูลการศึกษาในประเทศไทย จะเห็นได้ว่างานวิจัยเรื่องยาเหลือใช้ในประเทศไทยส่วนใหญ่จะทำการศึกษาในคนไข้โรคเรื้อรัง เช่นเบาหวาน ความดันโลหิตสูงเป็นต้น เนื่องจากมีรายการยาและปริมาณยามากกว่ากลุ่มอื่น จากผลการศึกษาสามารถสรุปผลได้ดังนี้

1. ความชุกของยาเหลือใช้ พบร้อยละ 80 – 90

2. ยาเหลือใช้ที่พบบ่อยและมีปริมาณสูงจะเป็นยากลุ่มโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน เช่น metformin ,glipizide เป็นต้น

3. สาเหตุนำมาคืนส่วนมาก คือ ผู้ป่วยตาย เปลี่ยนแปลงการรักษา ไม่กินยาตามสั่ง ได้รับยามากเกินวันนัด และเกิดผลข้างเคียงจากยา และการวิจัยที่เป็นกึ่งทดลองที่มีการใส่โปรแกรมต่างๆในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง พบว่า สามารถเพิ่มความรู้ และการปฏิบัติตนได้ดีมากขึ้นได้

6.2 งานวิจัยในต่างประเทศ

การศึกษาในประเทศนิวซีแลนด์ของบรอนด์,จีเอ็นและแมทธิว (Braund,Gn,and Matthews,2009) โดยรณรงค์ให้ประชาชนนำยาที่ไม่ใช้แล้วมาคืนโดยการแจกถุงเก็บยาคืนพร้อมทั้งให้ตอบแบบสอบถามในเรื่องอายุ สาเหตุในการคืนยา ค่าใช้จ่ายด้านยา มูลค่ายาเหลือใช้ รวมถึงสถานที่ในการเก็บยา ผลการศึกษาพบว่าประชาชนในกลุ่มอายุ 61 – 80 ปี มีการนำยามาคืนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40 ยาที่มีการคืนมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ diclofenac ,ibuprofen และ levodopa หากพิจารณาในแง่มูลค่าพบว่ายาที่มีมูลค่าการคืนมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ omeprazole, budesonide/eformoterol และ simvastatin ส่วนสาเหตุการคืนยา คือ ยาหมดอายุ ร้อยละ 26 แพทย์ปรับเปลี่ยนการรักษา ร้อยละ 24 และหายป่วย ร้อยละ 15

การศึกษาของแลนกิรี่,มาริออต,แมคไกรด์และแดนิสซิวสกี (Langery,Marriott, Mackridge, and Daniszewski,2005) เป็นการศึกษาแบบ pilot study ใน East Birmingham ผลการศึกษาพบว่ามีการคืนยาทั้งสิ้น 114 ครั้ง คิดเป็น 340 รายการ โดยส่วนใหญ่นำยาไปคืนที่ร้านยา ร้อยละ 78.9 โดยกลุ่มยาที่คืนมากที่สุดคือกลุ่มยาโรคหลอดเลือดหัวใจ พบร้อยละ 28.5 ผู้ป่วยอายุมากกว่า 60 ปี นำยามาคืนมากที่สุด สาเหตุที่นำยามาคืน ร้อยละ 50 มาจากแพทย์ปรับเปลี่ยนการรักษาหรือสั่งให้หยุดยา ร้อยละ 13.2 แพทย์จ่ายยาเกิน ร้อยละ 10.5 ผู้ป่วยเสียชีวิต

การศึกษาของ ลอว์และคณะ (Law, et al,2015) เป็นการศึกษาแบบ cross – section study ในแคลิฟอร์เนียตอนใต้ โดยแบ่งการศึกษาออกเป็น 2 ช่วง โดยช่วงแรกใช้วิธี web-base survey ช่วงที่ 2 ใช้วิธี paper-based survey ผลการศึกษาพบว่า สาเหตุที่มียาเหลือใช้มาจากหายป่วยแล้วหรืออาการดีขึ้น ร้อยละ 42.4 ลืมกินยา ร้อยละ 5.8 เกิดอาการข้างเคียง ร้อยละ 6.5 การกำจัดยาทำโดยการทิ้งขยะ ร้อยละ 63 ส่วนยาเหลือใช้ที่พบมากที่สุด ในช่วงที่ 1 คือ ยาแก้ปวด ร้อยละ 23.3 และยาปฏิชีวนะ ร้อยละ 18 ในช่วงที่ 2 พบมากที่สุดคือยากลุ่มโรคเรื้อรัง ร้อยละ 17 รองลงมาคือยาจิตเวช ร้อยละ 8.3

Angela Frances Yap, BSc (Pharm) (Hons),Thiru Thirumoorthy, MBBS, FRCP (London), FAMS, Yu Heng Kwan, BSc (Pharm) (Hons) ความสำคัญ ของ adherence คือ สูงอายุมีหลายโรค ยาหลายรายการเสี่ยงต่อการเกิดความไม่ร่วมมือในการใช้ยามากกว่าคนหนุ่มสาว มีผลทำให้ผลการรักษาไม่เป็นไปตามคาดหวัง ต้องไปพบแพทย์บ่อยขึ้น การใช้ยาเกินจำเป็น เช่นยาเบาหวานเมื่อ ผู้ป่วยขาดยาทำให้ น้ำตาลในเลือดสูงขึ้น แพทย์จึงปรับยาเพิ่มขึ้น เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยมากขึ้น สาเหตุของความไม่ร่วมมือในการใช้ยามีหลายปัจจัย

1. ปัจจัยด้านผู้ป่วย
2. ปัจจัยด้านยา (Medication Factors)

3. ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ

4. ระบบบริการสาธารณสุข

5. ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ-สังคม(Socio-economic)

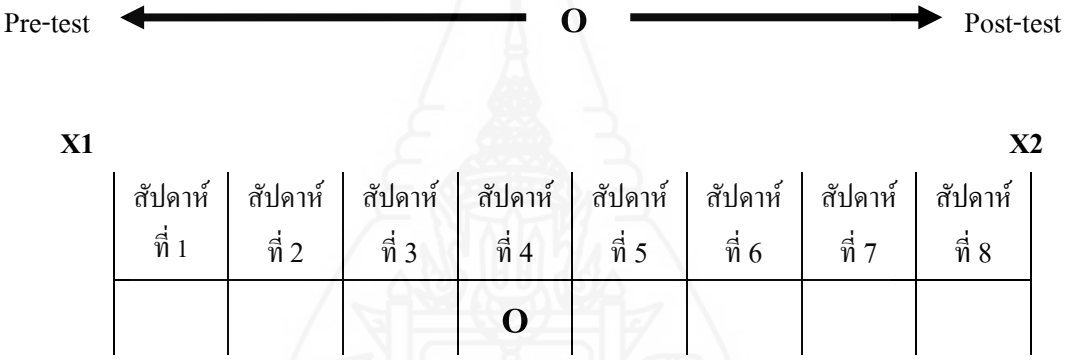
โดยจากการศึกษาพบว่าปัจจัยเฉพาะบุคคลของผู้ป่วยมีส่วนต่อความร่วมมือมากที่สุด

สรุปโดยรวมจากการศึกษาในต่างประเทศ จะเห็นได้ว่า ยาเหลือใช้จะพบในกลุ่มผู้สูงอายุ ยาเหลือใช้ที่พบบ่อยและมีปริมาณสูงเป็นกลุ่มยาแก้ปวด NSAIDs สาเหตุที่นำยามาคืน คือ ยาหมดอายุ แพทย์ปรับเปลี่ยนการรักษา อาการดีขึ้นเป็นต้น

บทที่ 3
วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้ คือการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) แบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (one group pre-test – post-test design) ดังแสดงในแผนภูมิ



ภาพที่ 3.1 แสดงช่วงเวลาในการทดลอง

โดยกำหนดให้

X1 คือ การเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง (pre-test)

X2 คือ การเก็บข้อมูลหลังการทดลอง (post-test)

O คือ โปรแกรมการบริหารจัดการยาในผู้ป่วยไตเรื้อรัง

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ประชากรที่ศึกษา ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยไตเรื้อรัง ระยะ 3b ถึง 5 ที่มารับบริการที่คลินิกไตเรื้อรัง โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในทุกวันพุธ**ผู้ป่วยไตเรื้อรัง** หมายถึง ผู้ป่วยไตเรื้อรัง ระยะ 3b ถึง ระยะ 5 ที่มารับบริการที่คลินิกไตเรื้อรัง ของโรงพยาบาลกุดจับ ทุกเช้าวันพุธ

2.2 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา เป็นผู้ป่วยไตเรื้อรังที่มารับบริการที่คลินิกไตเรื้อรังการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดำเนินตามขั้นตอน ดังนี้

2.2.1 ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ได้มาจากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ประชากรจากลุ่ม ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3b – 5 ที่มารับบริการที่คลินิกไตเรื้อรัง จำนวน 468 คน

- ผู้ป่วยไตเรื้อรัง จำนวน 100 คน

ยาคงเหลือของผู้ป่วย หมายถึง ยาผู้ป่วยไตเรื้อรังที่เหลือจากผู้ป่วยทั้งหมดหลังจากหักออกจากวันนัด โดยจะจ่ายยาเผื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิน 1 สัปดาห์นับจากวันนัด

มูลค่ายาคงเหลือ หมายถึง ราคายาที่อ้างอิงจากราคาจำหน่ายของโรงพยาบาลกุดจับ ซึ่งอ้างอิงการคำนวณราคายามาจากกรมบัญชีกลาง

ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย หมายถึง การที่ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการใช้ยาที่แพทย์ให้คำแนะนำโดยที่ผู้ป่วยได้รับทราบและเข้าใจแผนการรักษา ในการศึกษานี้หมายถึง ความร่วมมือในการใช้ยาได้จากการวัดทางอ้อม 2 วิธี

1. ด้วยแบบประเมินการให้ความร่วมมือในการใช้ยา modified Morisky MedicationAdherence Scale (modified MMAS) ฉบับแปลเป็นภาษาไทย (Donald E.Morisky อ้างถึงใน พุทธชาติ มากชุมนุม 2558) ประกอบด้วย ข้อคำถาม 8 ข้อ มีการแปลผล ดังนี้

ผลคะแนน ดังนี้

8 คะแนน แสดงว่า ผู้ป่วย มีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในระดับมาก

6-7 คะแนน แสดงว่าผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในระดับปานกลาง

<6 คะแนน แสดงว่า ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในระดับต่ำ

2. ร้อยละความร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งคำนวณจากการนับเม็ดยาที่เหลือ ที่ได้จากยาคงเหลือของผู้ป่วยก่อนและหลังการทดลอง

ร้อยละความร่วมมือในการใช้ยา = [(จำนวนยาที่ใช้จริง)/จำนวนยาที่ควรใช้ยา] x 100

โดยกำหนดเกณฑ์ (พุทธชาติ มากชุมนุม, 2558) ดังนี้ **ร้อยละความร่วมมือในการใช้ยา**

มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80 ถือว่า ไม่มีปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาร้อยละ ความร่วมมือในการใช้ยา

น้อยกว่า ร้อยละ 80 ถือว่า มีปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา

การกำหนดขนาดตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้อ้างอิงจากงานวิจัยของกัลปังหา โชสิวสกุล ,นพวรรรณ เปียซื่อและสุรวิทย์ ศักดิ์ดานุภาพ กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนของการทดสอบแบบสองทางที่ 0.05 กำหนด power ที่ 0.80 คำนวณค่า effect size ได้ระดับปานกลาง 0.5 คำนวณขนาดตัวอย่างจากโปรแกรมสำเร็จรูป G * power ได้ขนาดตัวอย่าง 26 คน ซึ่งกำหนดสัดส่วนการสูญหายของตัวอย่างไว้ร้อยละ 25 แต่เนื่องการวิจัยครั้งนี้มีระยะเวลานาน 8 สัปดาห์ ประกอบกับตัวอย่างได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมแบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ จำนวน 1 ครั้ง แล้วติดตามประเมินผล วัดความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติ และความร่วมมือในการใช้ยา โดยใช้แบบสอบถามและการนับยาคงเหลือในวันนัดถัดไป ดังนั้น เพื่อคำนึงถึงการสูญหายของตัวอย่างและเพิ่มอำนาจการทดสอบทางสถิติ ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนตัวอย่างได้ขนาดตัวอย่างรวม 100 คน

2.2.2การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกโดยวิธีแบบเจาะจง จากจำนวนผู้ป่วยไตเรื้อรัง ระยะ 3b – 5 จากทะเบียนผู้ป่วย จำนวน 468 คน ของโรงพยาบาลกุดจับ โดยแยกเป็นผู้ป่วยราย รพ.สต. โดยเลือกเฉพาะ รพ.สต.ที่มีจำนวนผู้ป่วยไตเรื้อรังที่มารับการรักษาพยาบาลที่คลินิกไตเรื้อรังโรงพยาบาลกุดจับ จำนวนมากกว่า 50 คนขึ้นไป และได้เลือกจากผู้ป่วยในเขตตำบลกุดจับและตำบลปะโค และให้เครือข่าย รพ.สต.ที่ได้รับการเลือก คัดเลือกผู้ป่วยจากหมู่บ้านต่างๆในเขตตำบลนั้นๆ หมู่บ้านละ 5 คน รวม ได้กลุ่มตัวอย่าง แห่งละ 50 คน รวมกลุ่มตัวอย่าง 100 คน

เกณฑ์การคัดอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

ผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกไตเรื้อรังที่โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งทุกวันพุธ จำนวน 100 คน โดยกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 3b – 5 ที่มารับบริการที่คลินิกไตเรื้อรัง
2. ให้ความร่วมมือในการวิจัย ช่วยเหลือตนเองได้ดีและสมัครใจเข้าร่วม
3. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ อ่านออกเขียนได้
4. ไม่มีปัญหาด้านการได้ยินเสียง หูไม่หนวกหรือตึงจนเป็นอุปสรรคในการสื่อสาร

เกณฑ์คัดอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion Criteria)

1. ผู้ป่วยเสียชีวิต
2. ไม่สามารถเข้าร่วมในการวิจัยได้ต่อเนื่อง
3. อายุมากกว่า 80 ปี

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 2 ประเภท คือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถามจะเก็บข้อมูลจากผู้ป่วย จำนวน 100 คน โดยเก็บข้อมูล 2 ครั้ง คือก่อน และหลังการใส่โปรแกรมการบริหารจัดการยาในผู้ป่วยไตเรื้อรังที่มารับยาโรงพยาบาล โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมแบบ AIC

แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย การศึกษา สถานภาพการสมรส อาชีพ โรคร่วม ระยะเวลาเจ็บป่วย การเดินทางมาโรงพยาบาล และผู้ดูแล จำนวน 12 ข้อ โดยใส่เครื่องหมาย √ ในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติในการบริหารจัดการยาของผู้ป่วย โดยประยุกต์มาจากทฤษฎี 5 R รวมทั้งหมด จำนวน 30 ข้อประกอบด้วย

1. ความรู้เรื่องโรค ยา	จำนวน	9	ข้อ
2. ทัศนคติเรื่องโรค ยา	จำนวน	12	ข้อ
3. การปฏิบัติเรื่องโรค ยา	จำนวน	9	ข้อ

ความรู้เรื่องโรคและยา เป็นคำถามแบบสองตัวเลือก คือ ใช่ และไม่ใช่ ส่วนทัศนคติ และการปฏิบัติในการกินยา เป็นข้อคำถามประมาณค่ามาตราส่วน (Rating Scale) ตามแบบ Likert โดยกำหนดการวัดสำหรับข้อคำถามเชิงบวกเป็น 5 ระดับ คือ สูงที่สุด 5 คะแนน, สูง 4 คะแนน ,ปานกลาง 3 คะแนน ,ต่ำ 2 คะแนน ,ต่ำที่สุด 1 คะแนน และ 5 ระดับสำหรับข้อคำถามเชิงลบ คือ ต่ำที่สุด 5 คะแนน ,ต่ำมาก 4 คะแนน ,ปานกลาง 3 คะแนน ,สูง 2 คะแนน ,สูงมาก 1 คะแนน

การแปลผลคะแนนรวมความรู้ในการกินยาของผู้ป่วยไตเรื้อรัง ตามแนวคิดของบลูม (Bloom 1968) ดังนี้

ระดับความรู้

คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 - 100	หมายถึง มีความรู้ในระดับดี
คะแนนระหว่างร้อยละ 60-79	หมายถึง มีความรู้ในระดับปานกลาง
คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60	หมายถึง มีความรู้ในระดับน้อย

การแปลผลคะแนนทัศนคติ และการปฏิบัติในการจัดการยาของผู้ป่วย ใช้เกณฑ์การแบ่งคะแนนเป็นกลุ่มตามแนวคิดของเบสท์ (Best 1977:174 อ้างถึงใน สมคิด เผือกวิสุทธิ์ 2550:47) ซึ่งแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด= 5 – 1 = 0.8 ต่อระดับ
จำนวนระดับ 5

คะแนนเฉลี่ย 4.21 – 5.00	หมายถึง ผลการปฏิบัติได้สูงที่สุด
คะแนนเฉลี่ย 3.41 – 4.20	หมายถึง ผลการปฏิบัติสูง
คะแนนเฉลี่ย 2.61 – 3.40	หมายถึง ผลการปฏิบัติปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 1.81 – 2.60	หมายถึง ผลการปฏิบัติต่ำ
คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.80	หมายถึง ผลการปฏิบัติได้ต่ำสุด

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา

1. แบบประเมินการให้ความร่วมมือในการใช้ยา modified Morisky Medication Adherence Scale (modified MMAS) ฉบับแปลเป็นภาษาไทย (Donald E.Morisky อ้างถึงใน พุทธชาติ มากชุมนุม,2558)ประกอบด้วย ข้อคำถาม 8 ข้อ มีการแปลผล ดังนี้

8 คะแนน แสดงว่า ผู้ป่วย มีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในระดับมาก
6-7 คะแนน แสดงว่า ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในระดับปานกลาง
<6 คะแนน แสดงว่า ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในระดับต่ำ

2. ร้อยละความร่วมมือในการใช้ยา จากแบบบันทึกรายการยาคงเหลือของผู้ป่วยไตเรื้อรังเพื่อหาความร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งพัฒนาดัดแปลงมาจากงานวิจัยของ พุทธชาติ มากชุมนุม (2558) ซึ่งคำนวณจากการนับเม็ดยาที่เหลือที่ได้จากยาคงเหลือของผู้ป่วยก่อนและหลังการทดลอง

ร้อยละความร่วมมือในการใช้ยา = [(จำนวนยาที่ใช้จริง)/จำนวนยาที่ควรใช้ยา] x 100

โดยกำหนดเกณฑ์ (พุทธชาติ มากชุมนุม, 2558) ดังนี้

ร้อยละความร่วมมือในการใช้ยา

มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80 ถือว่า ไม่มีปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา

ร้อยละความร่วมมือในการใช้ยา

น้อยกว่า ร้อยละ 80 ถือว่า มีปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

1.1 เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง เป็นคู่มือการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการตามกระบวนการ AIC สำหรับพัฒนาการบริหารจัดการยาคงเหลือในผู้ป่วยไตเรื้อรังที่มารับยาโรงพยาบาลชุมชน ผู้วิจัยนำคู่มือที่สร้างขึ้นนำเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อปรับปรุงแก้ไขในขั้นต้น และนำให้ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งมีประสบการณ์ในเรื่องการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการโดยใช้กระบวนการ AIC ตรวจสอบแก้ไข

1.2 เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่แบบสอบถามความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติในการบริหารจัดการยาของผู้ป่วย ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อปรับปรุงแก้ไขในขั้นต้น และนำให้ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งมีประสบการณ์ในด้านการแพทย์และสาธารณสุข ด้านเภสัชกรรม จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงและความสมบูรณ์ของเนื้อหาแบบสอบถามการวิจัย และ ค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม หรือค่าสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์หรือเนื้อหา (Index of item objective congruence : IOC) โดยมีเกณฑ์ในการตรวจพิจารณาข้อคำถาม ดังนี้

ให้คะแนน +1 ถ้าแน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์

ให้คะแนน 0 ถ้าไม่แน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์

ให้คะแนน -1 ถ้าแน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ไม่ตรงตามวัตถุประสงค์

แล้วนำผลคะแนนที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญมาคำนวณหาค่า IOC ตามสูตร

$$IOC = \frac{\Sigma X}{N}$$

เมื่อ IOC แทน ดัชนีความสอดคล้องของแบบสอบถามกับวัตถุประสงค์ ตัวแปรและสมมติฐานการวิจัย

ΣX แทน ผลรวมของคะแนน

N แทน จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

<u>เกณฑ์ความเที่ยงตรง</u>คะแนนเต็ม 1

1. ข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.50-1.00 มีค่าความเที่ยงตรง ใช้ได้

2. ข้อคำถามที่มีค่า IOC ต่ำกว่า 0.50 ต้องปรับปรุง ยังใช้ไม่ได้

แล้วนำมาปรับปรุงและแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

ผลคะแนนรวม IOC เท่ากับ 0.97 แปลผลว่า มีค่าความเที่ยงตรงใช้ได้ (อารยา องค์เอี่ยม, พงศ์ธารา วิจิตเวชไพศาล,2561)

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยที่ไม่ใช่กลุ่มเป้าหมาย จำนวน 30 คน เครื่องมือที่เป็นแบบ Likert Scale ใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคช (Chronbach 's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของข้อคำถามเกี่ยวกับทัศนคติเท่ากับ 0.82 ส่วนความเที่ยงข้อคำถามการปฏิบัติตน เท่ากับ 0.75 และเครื่องมือที่เป็นแบบdichotomous ใช้ Kuder-Richardson 20 (KR-20) - 21 (KR-21) ข้อคำถามด้านความรู้ ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.82 และได้ค่าความเที่ยงของข้อคำถามเกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยาของ Morisky MMAS เท่ากับ 0.64 ผลการตรวจสอบอาจเกี่ยวเนื่องกับการใช้ภาษาในสภาพท้องถิ่น จึงมีการปรับภาษาให้เข้าใจง่ายมากยิ่งขึ้นแล้วนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลต่อไป ซึ่งถือว่าเครื่องมือมีความเที่ยง (อารยา องค์เอี่ยม, พงศ์ธารา วิจิตเวชไพศาล, 2561)

3. ทดสอบความยากง่ายของคำถาม (Difficulty)

โดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย (อัตราส่วนของข้อที่ตอบถูกต่อจำนวนผู้ตอบทั้งหมด) โดยข้อคำถามที่เหมาะสมควรมีความยากง่ายอยู่ในช่วง 0.2-0.8 (อารยา องค์เอี่ยม, พงศ์ธารา วิจิตเวชไพศาล, 2561) ผลการทดสอบพบว่า ข้อคำถามด้านความรู้มีค่าความยากง่าย เท่ากับ 0.50 และด้านความร่วมมือ มีค่าเท่ากับ 0.59

4. อำนาจจำแนก (Discrimination)

โดยใช้สถิติ Independent t-test เป็นสถิติทดสอบ เนื่องจาก ต้องการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มคะแนนสูงกับกลุ่มคะแนนต่ำ โดยข้อคำถามที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยทางสถิติ และมีความแตกต่างไปในทิศทางเดียวกับข้ออื่น ๆ จึงจะถือว่าเป็นข้อคำถามที่มีอำนาจจำแนก ผลการทดสอบเท่ากับ 0.4 ซึ่งถือว่ามีอำนาจในการจำแนกดีมาก (อารยา องค์เอี่ยม, พงศ์ธารา วิจิตเวชไพศาล,2561)

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

คือ โปรแกรมการพัฒนารูปแบบบริหารจัดการยาในผู้ป่วยไตเรื้อรัง ที่มารับยาโรงพยาบาลชุมชน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมแบบ AIC จากหลัก 5 R ประกอบด้วย

ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมแบบ AIC เพื่อใช้ออกแบบการบริหารจัดการยาคงเหลือในผู้ป่วยไตเรื้อรัง

วิธีการสร้างเครื่องมือ

1. กำหนดวัตถุประสงค์การประชุมเชิงปฏิบัติการ

2. กำหนดขอบเขต เนื้อหา สาระของแผนการประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาระบบการบริหารจัดการยาคงเหลือในผู้ป่วยไตเรื้อรัง

3. กำหนดเนื้อหากิจกรรม นำเข้าสู่ขั้นตอนกระบวนการ AIC โดยสร้างเครื่องมือการประชุมเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่

3.1 ขั้นตอนการสร้างความรู้ซาบซึ้งคุณค่า (Appreciation : A) จำนวน 1 ชั่วโมง

3.2 ขั้นตอนการสร้างแนวทางการพัฒนาร่วมกัน (Influence : I) จำนวน 1 ชั่วโมง

3.3 ขั้นตอนการควบคุมไปสู่การปฏิบัติ (Control : C) จำนวน 1 ชั่วโมง

ประกอบด้วยกิจกรรม 5 กิจกรรม ดังนี้ (รายละเอียดกิจกรรมอยู่ในภาคผนวก)

กิจกรรมที่ 1 ละลายพฤติกรรม จำนวน 15 นาที

กิจกรรมที่ 2 ประชุมกลุ่มใหญ่ เรื่อง กินยาถูกต้องสำคัญอย่างไร (A1) จำนวน 30 นาที

กิจกรรมที่ 3 ประชุมกลุ่มย่อย เรื่อง ภาพฝันเรื่องกินยาอย่างไรให้มีความสุข (A2)จำนวน 30 นาที

กิจกรรมที่ 4 กำหนดเป้าหมายทำอย่างไรจึงจะไม่กินยาผิด (I 1) จำนวน 1 ชั่วโมง

กิจกรรมที่ 5 ประชุมกลุ่มใหญ่ แนวทางการกินยาให้ถูกต้อง พร้อมแบบบันทึกการกินยา (C1) จำนวน 30 นาที

กิจกรรมที่ 6 สรุปการประชุมและสร้างข้อตกลงร่วมกัน (C2) จำนวน 30 นาที

4. กำหนดหน้าที่วิทยากรกลุ่ม AIC

5. จัดเตรียมวัสดุ อุปกรณ์ สื่อต่างๆ และสถานที่ สำหรับจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยครั้งนี้หลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี โดยผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. เสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ได้รับเอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ **รหัสโครงการ UDREC 2162 ลงวันที่ 27 พฤษภาคม 2562**

2. ผู้วิจัยคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยเริ่มจากการแนะนำตนเองผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลระยะเวลาที่ศึกษาและชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการเข้าร่วมวิจัยโดยอธิบายให้ทราบประโยชน์ที่ได้รับจากกการเข้าร่วมการวิจัยการตอบรับหรือปฏิเสธจะไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาล

3. ข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับการรายงานผลการศึกษาจะนำข้อมูลไปอภิปรายหรือเผยแพร่จะเป็นข้อมูลในภาพรวมและนำข้อมูลมาใช้เฉพาะการศึกษาครั้งนี้เท่านั้น

4. ในระหว่างการเก็บข้อมูลถ้ากลุ่มตัวอย่างไม่พอใจหรือไม่ต้องการตอบคำถามสามารถยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยโดยการกระทำดังกล่าวจะไม่ส่งผลกระทบต่อการดูแลรักษาพยาบาลหรือเสียสิทธิใดๆทั้งสิ้น

5. ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมวิจัยให้เซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

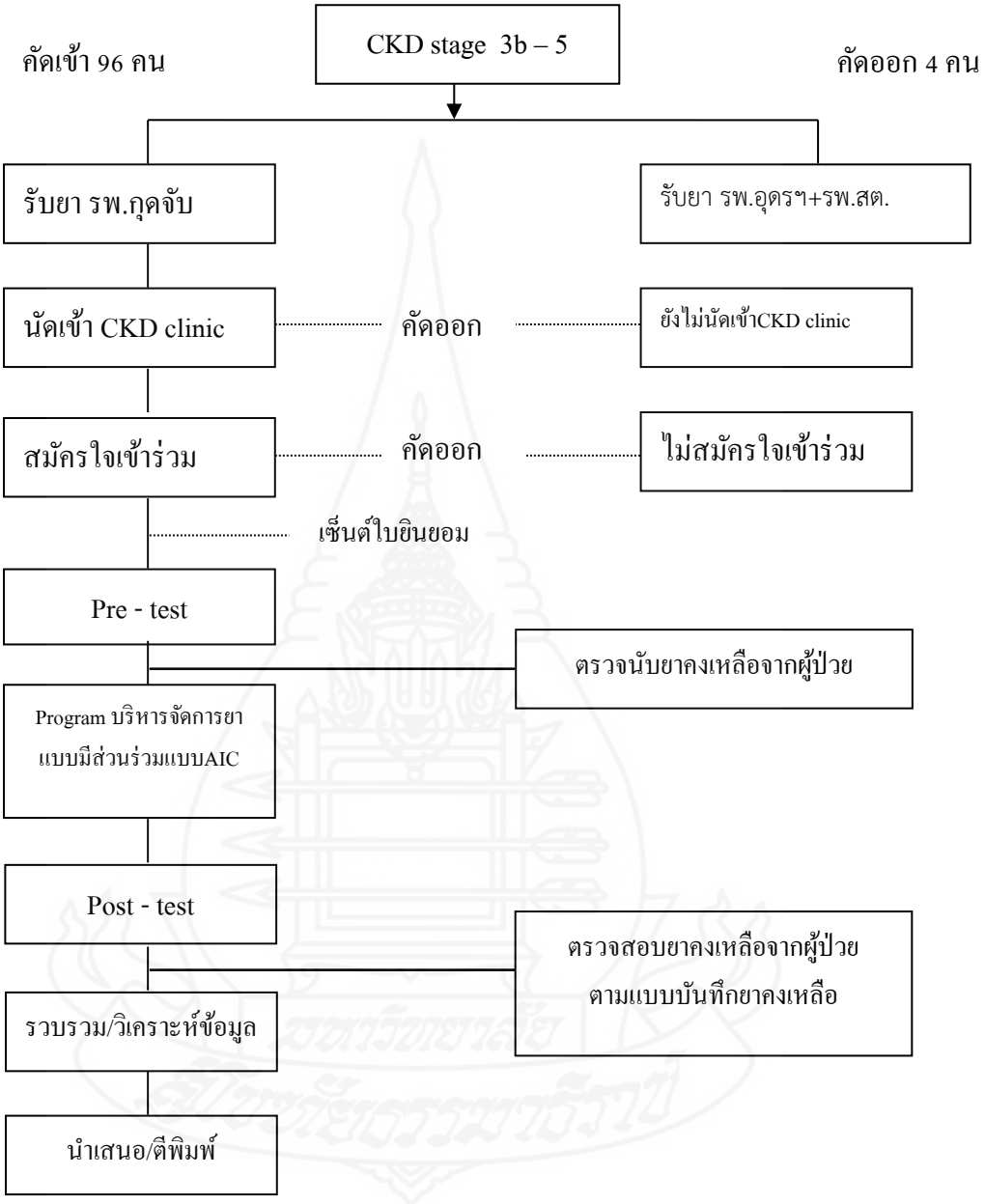
4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

4.1 เตรียมความพร้อมบุคลการประจำคลินิกไตเรื้อรัง และ รพ.สต.ที่ได้รับการสุ่มตัวอย่างโดยอธิบายถึงวัตถุประสงค์การดำเนินการวิจัย การปฏิบัติในขั้นตอนต่างๆ

4.2 เลือก อสม.ที่รับผิดชอบหลังคาเรือนผู้ป่วยที่ถูกสุ่มเลือก นัดเข้าประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อช่วยเป็นพี่เลี้ยงในการทวนสอบการนับยาคงเหลือของผู้ป่วย

4.3 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง โดยข้อมูลส่วนบุคคลได้จากการให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถาม ส่วนข้อมูลเกี่ยวกับโรคและยา ดูเพิ่มเติมจากโปรแกรม HOSXP

ขั้นตอนการดำเนินการศึกษาวิจัย



ภาพที่ 3.2 ขั้นตอนการดำเนินการศึกษาวิจัย

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้ตอบเรียบร้อยแล้วมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล และประมวลผลเบื้องต้นด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยแบ่งการวิเคราะห์ดังนี้

1. สถิติพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงมาตรฐาน สำหรับอธิบายข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

2. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงอนุมานด้วยสถิติ Paired t-test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการ

บทที่ 4
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

รูปแบบการวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) แบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (one group pre-test – post-test design) มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อศึกษารูปแบบการบริหารจัดการยาคงเหลือในผู้ป่วยไตเรื้อรังที่มารับยาโรงพยาบาลชุมชน 2) เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการยาคงเหลือในผู้ป่วยไตเรื้อรังที่มารับยาโรงพยาบาลชุมชน โดยใช้โปรแกรมการบริหารจัดการยาคงเหลือในผู้ป่วยไตเรื้อรัง 3) เปรียบเทียบผลการบริหารจัดการยาของผู้ป่วยก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการพัฒนารูปแบบบริหารจัดการยาในผู้ป่วยไตเรื้อรัง โดยได้ทำการวิจัยกึ่งทดลองในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 3b – 5 ที่นัดเข้าคลินิกไตเรื้อรัง โรงพยาบาลกุดจับ จังหวัดอุดรธานี และมารับยาโรคไตเรื้อรังที่โรงพยาบาล จำนวน 100 คน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมแบบ AIC ในการพัฒนารูปแบบการจัดการยาของผู้ป่วย และใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการประยุกต์และทบทวนวรรณกรรม แนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องในการวิจัยในครั้งนี้ ได้มีการเก็บรวบรวมข้อมูล ในช่วง 1 มิถุนายน 2562 – 31 กรกฎาคม 2562 และข้อมูลที่ได้นั้นผู้วิจัยได้นำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ซึ่งนำเสนอข้อมูลผลการศึกษาวิจัย ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยไตเรื้อรัง

ตอนที่ 2 ศึกษารูปแบบการบริหารจัดการยาคงเหลือในผู้ป่วยไตเรื้อรังที่มารับยาโรงพยาบาลชุมชน

ตอนที่ 3 ผลการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการยาคงเหลือในผู้ป่วยไตเรื้อรังที่มารับยาโรงพยาบาลชุมชน

ตอนที่ 4 ผลของโปรแกรมการบริหารจัดการยาผู้ป่วยไตเรื้อรัง ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมแบบ AIC ด้านความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตัว

ตอนที่ 5 ผลของโปรแกรมการบริหารจัดการยาผู้ป่วยไตเรื้อรัง ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมแบบ AIC ด้านการให้ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย

ตอนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยไตเรื้อรัง

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของผู้เข้าร่วมการศึกษาจำแนกตามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยก่อน – หลังการทดลอง

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (96 คน)	ร้อยละ (100.00)
1. เพศ		
ชาย	35	36.5
หญิง	61	63.5
2. อายุ		
50 – 60 ปี	13	13.5
61 – 70 ปี	40	41.7
71 - 80 ปี	43	44.8
Mean = 69.14 S.D.± 6.84 Min. = 53 Max = 80		
3. สถานภาพสมรส		
โสด	3	3.1
สมรส	62	64.6
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	31	32.3
4. ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	5	5.2
ประถมศึกษา	86	89.6
มัธยมศึกษา	2	2.1
ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา	3	3.1
5. อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	20	20.8
เกษตรกรรม	72	75
รับจ้าง	4	4.2

จากตารางที่ 4.1 พบว่าผู้ป่วยก่อนและหลังการทดลอง มีจำนวนเท่ากัน ไม่มีผู้ป่วยออกจากการทดลอง มีจำนวน 96 คน จากเป้าหมาย 100 คน ตัดออกจากการทดลอง 4 ราย เนื่องจากอายุเกิน 80 ปี มีข้อมูลส่วนบุคคล ดังนี้ ส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.50 กลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ร้อยละ 86.5 ส่วนใหญ่ สถานภาพสมรส ร้อยละ 64.60 ส่วนมากจบการศึกษาระดับประถมศึกษา และประกอบอาชีพเกษตรกรรม

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามจำแนกตามข้อมูลด้านการเจ็บป่วย การมีผู้ดูแล การเดินทางมารับบริการ การใช้ยาสมุนไพร และจำนวนรายการยาที่ได้รับ

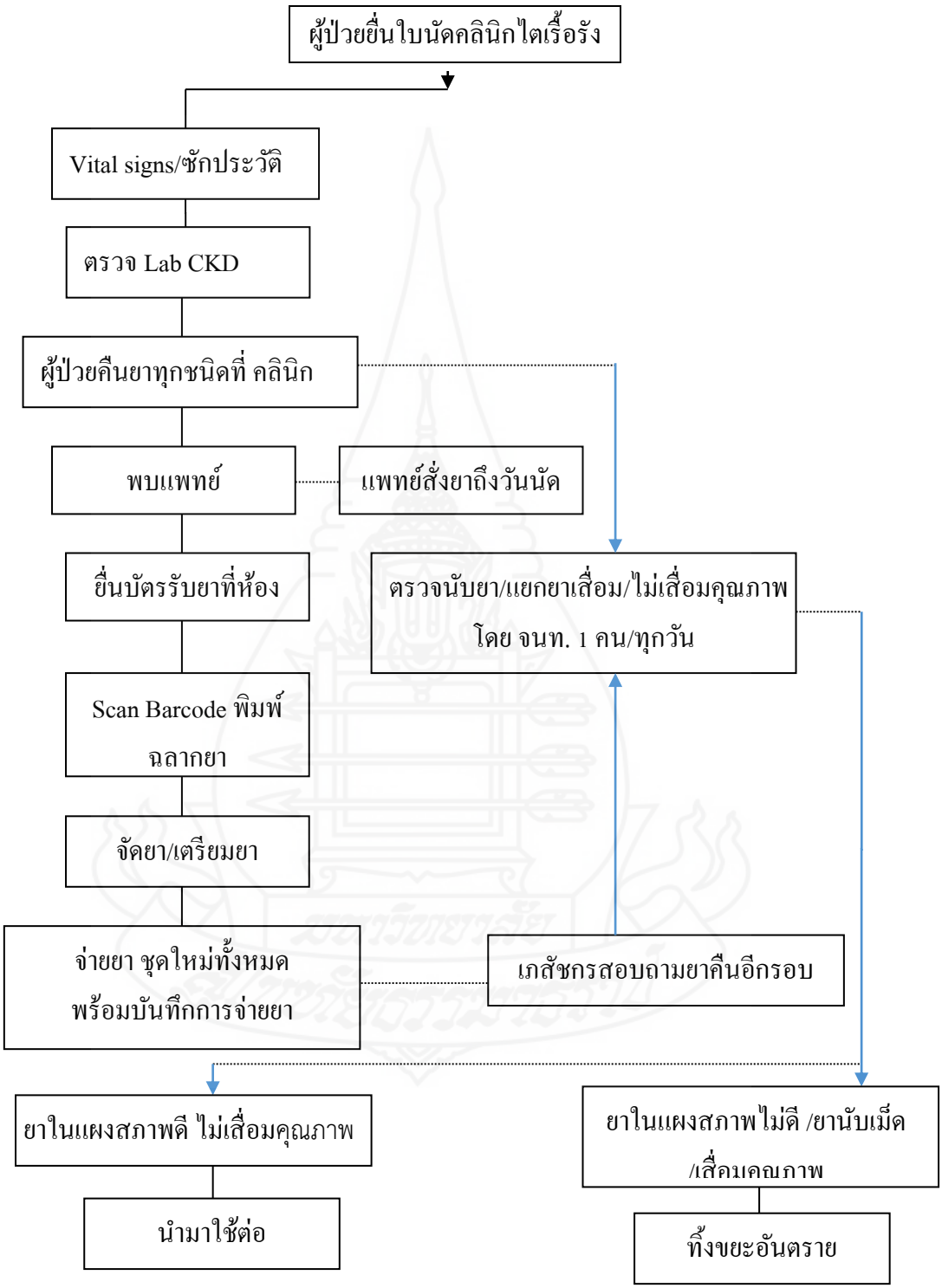
ด้านการเจ็บป่วย และการมีผู้ดูแล	จำนวน (96 คน)	ร้อยละ (100.00)
1. **ระยะเวลาที่ท่านป่วยเป็นไตเรื้อรัง**		
1 – 5 ปี	52	54.2
6 – 10 ปี	34	35.4
มากกว่า 10 ปี	10	10.4
Mean = 6.22 ปี S.D. ± 4.62 Min. = 1 ปี Max. = 30 ปี		
2. โรคร่วม		
- เบาหวาน	52	28.9
- ความดันโลหิตสูง	74	41.1
- โรคหัวใจ	13	7.2
- โรคเก๊าซ์	23	12.8
- โรคอื่นๆ **ไขมัน 14 ราย หอบหืด 4 ราย**	18	10
3. จำนวนโรคร่วม		
- ไม่มีโรคร่วม	-	-
- 1 โรค	35	36.50
- 2 โรค	44	45.80
- 3 โรค	11	11.50
- 4 โรค	6	6.30
Mode = 2 โรค S.D. ± 0.85 Min. = 1 โรค Max. = 4 โรค		

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

ด้านการเจ็บป่วย และการมีผู้ดูแล	จำนวน (96 คน)	ร้อยละ (100.00)
4. การมีผู้ดูแลในเรื่องการกินยา		
ผู้ป่วยกินยาด้วยตนเอง	53	41.4
มีผู้ดูแลเรื่องการกินยา		
- สามี/ภรรยา	24	18.8
- บุคคลในครอบครัว	44	34.4
- ญาติบ้านใกล้กัน	2	1.60
- อสม.	4	3.10
- ผู้นำชุมชน	1	0.80
5. สถานที่รับยาโรคไตเรื้อรังและยาเรื้อรังอื่นๆ		
รับยาโรงพยาบาลกุดจับแห่งเดียว	59	61.46
รับยา รพ.สต.ร่วมด้วย	35	36.46
รับยาจาก รพ.อุดรธานี/คลินิกเอกชนร่วมด้วย	2	2.08
6. การใช้ยาสมุนไพร		
ไม่ใช้ยาสมุนไพร	91	94.8
ใช้ยาสมุนไพร	5	5.2
- **เห็ดหลินจือ กระเจี๊ยบ**		
7. การนำยาคงเหลือมาโรงพยาบาล		
- ไม่ได้นำยามาด้วย	32	33.3
- นำยามาด้วยบางชนิด	25	26.0
- นำยามาด้วยทุกชนิด	39	40.7
8. จำนวนรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับ		
- 1 – 4 รายการ	37	38.5
- 5 – 8 รายการ	44	45.8
- 9 รายการขึ้นไป	15	15.6
Mode = 6 รายการ S.D. ± 2.60 Min. = 1 รายการ Max. = 13 รายการ		

จากตารางที่ 4.2 พบว่าผู้ป่วยเริ่มรับยาไตเรื้อรัง เฉลี่ย 1 – 5 ปี ร้อยละ 54.20 ระยะเวลาป่วยนานที่สุด 30 ปี ผู้ป่วยมีโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานรวมกันมากที่สุดถึงร้อยละ 80 โดยมีโรคร่วมเฉลี่ย 2 โรค ส่วนใหญ่ผู้ป่วยกินยาด้วยตนเอง ร้อยละ 41.40 สถานพยาบาลที่มารับยาโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลกุดจับ ร้อยละ 61.46 ผู้ป่วยส่วนมากไม่มีการใช้ยาสมุนไพร ร้อยละ 94.80 โดยสมุนไพรที่ใช้ คือ เห็ดหลินจือ และ น้ำกระเจี๊ยบ จำนวนรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับเฉลี่ย 5 – 8 รายการที่ร้อยละ 45.80 ผู้ป่วยส่วนใหญ่นำยาเหลือใช้มาคืนโรงพยาบาล

ตอนที่ 2 ผลการศึกษารูปแบบการบริหารจัดการยาคงเหลือในผู้ป่วยไตเรื้อรังที่มารับยาโรงพยาบาลชุมชน



ภาพที่ 4.1 การบริหารจัดการยาผู้ป่วยไตเรื้อรังแบบเดิม

ภาพที่ 4.2 การบริหารจัดการยาผู้ป่วยไตเรื้อรังแบบใหม่

ตอนที่ 3 ผลการพัฒนารูปแบบการการบริหารจัดการยาคงเหลือในผู้ป่วยไตเรื้อรังที่มารับยาโรงพยาบาลชุมชน

ตารางที่ 4.3 ผลการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการยาผู้ป่วยไตเรื้อรัง

การพัฒนารูปแบบการจัดการยา	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
1. ผู้ให้บริการ		
- มีบุคลากรคัดแยกยาคืนจากผู้ป่วยไตเรื้อรัง	- คัดแยกยาคืนเฉพาะจากผู้ป่วยไตเรื้อรังทุกวันพุธ	- คัดแยกยาคืนจากผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ที่ไม่ใช่กลุ่มผู้ป่วยไตเรื้อรัง
- เภสัชกร	- รับยาคืนจากผู้ป่วย CKD แล้วจัดยาให้ผู้ป่วยใหม่ทั้งหมด - ประเมินความร่วมมือในการใช้ยาโดยนับจากยาคงเหลือของผู้ป่วย	- รับใบนับยาคงเหลือจากผู้ป่วย จัดยาเพิ่มให้ผู้ป่วยจนถึงวันนัด - ประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจากแบบบันทึกยาคงเหลือ
2. ผู้รับบริการ		
- ผู้ป่วย CKD	- นำยาคงเหลือทุกชนิดมาคืนห้องยาทุกครั้งที่มารับบริการ	- นับยาคงเหลือเองที่บ้านแล้วนำแบบบันทึกยาคงเหลือมายื่นให้เภสัชกร โดยไม่ต้องนำยาคงเหลือมาด้วย
3. นวัตกรรมที่ได้จากกระบวนการ AIC	-	- แบบบันทึกการนับยาคงเหลือที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการออกแบบและพัฒนาเพื่อให้ง่ายต่อการบันทึกข้อมูล

จากตารางที่ 4.3 ก่อนการพัฒนารูปแบบการจัดการยาผู้ป่วยไตเรื้อรัง จะให้ผู้ป่วยนำยาคงเหลือมาคืนโรงพยาบาลทั้งหมด ป้องกันการสับสนในการใช้ยา หลังการพัฒนาผู้ป่วยไม่ต้องนำยาคงเหลือมา โดยนับเม็ดยาคงเหลือใส่แบบบันทึกมายื่นให้เภสัชกร

ตอนที่ 4 ข้อมูลเปรียบเทียบผลการบริหารจัดการยาของผู้ป่วยก่อนและหลังการวิจัย เปรียบเทียบผลของความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตนในการกินยาของผู้ป่วย

4.1 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้ด้านการใช้ยา กลุ่มทดลองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม แสดงดังตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้ด้านการใช้ยา กลุ่มทดลองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ความรู้	ก่อนการทดลอง(n = 96)			หลังการทดลอง(n = 96)			t	p
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ		
ถูกคน (Right patient)	1.92	0.28	ดี	1.92	0.28	ดี	0.00	1
ถูกยา (Right drugs)	3.33	0.79	ดี	3.58	0.79	ดี	2.19	0.030
ถูกขนาด (Right dose)	0.52	0.50	น้อย	0.79	0.41	ปานกลาง	4.37	0.000
ถูกทาง (Right route)	1	0.00	ดี	1	0.00	ดี	***	***
ถูกเวลา (Right time)	1	0.00	ดี	1	0.00	ดี	***	***
รวมความรู้การใช้ยา	7.77	1.10	ดี	8.29	1.18	ดี	3.37	0.001

*** กลุ่มตัวอย่างตอบถูกทุกคน ทั้งก่อนและหลังการทดลอง

ข้อมูลจากตารางที่ 4.4 พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องการใช้ยา 7.77 คะแนน ระดับความรู้อยู่ในเกณฑ์ ดี ($\bar{x}$ = 7.77, S.D. ± 1.10) หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องการใช้ยาเพิ่มขึ้นเป็น 8.29 คะแนน ระดับความรู้อยู่ในเกณฑ์ดี ($\bar{x}$ = 8.29, S.D. ± 1.18) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องการใช้ยากลุ่มทดลองก่อน – หลัง ด้วยสถิติที พบว่า ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องการใช้ยาหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$

แต่เมื่อแยกเปรียบเทียบความรู้เรื่องการใช้ยาตามหลัก 5 R ด้วยสถิติที พบว่า ความรู้ด้านการใช้ยาถูกชนิดยา และถูกขนาดยา หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$

ส่วนความรู้ด้านถูกคน ถูกทาง และถูกเวลามีคะแนนก่อนและหลังการทดลองเท่ากัน ไม่สามารถเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยได้ ซึ่งจากคะแนนพบว่าผู้ป่วยมีระดับความรู้อยู่ในเกณฑ์ดี

ตารางที่ 4.5 เปรียบเทียบระดับความรู้ก่อนและหลังการทดลองของผู้ป่วยไตเรื้อรัง

ระดับความรู้	ก่อน (n = 96)		หลัง (n = 96)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
น้อย	2	2.1	5	5.20
ปานกลาง	31	32.32	10	10.40
ดี	63	65.60	81	84.40
รวม	96	100	96	100
$\bar{X}$ = 86.34 S.D. ±12.22			$\bar{X}$ = 92.13 S.D.±13.09	

จากตารางที่ 4.5 กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยไตเรื้อรัง ก่อนการทดลองส่วนมากมีความรู้ระดับดี ร้อยละ 65.60 เมื่อได้รับโปรแกรมการทดลองแล้วผู้ป่วยกลุ่มที่มีความรู้ระดับปานกลางมีระดับความรู้เป็นระดับดี เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 84.40 และมีกลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่งที่ระดับความรู้ลดลงเป็นระดับน้อย ที่ร้อยละ 5.20

โดยข้อความรู้ในการใช้ยาที่มีคะแนนต่ำสุด 3 อันดับแรก คือ

- ถ้าลืมกินยา สามารถกินได้ทันที-หรือกินในครั้งต่อไปในขนาดเท่าเดิม ร้อยละ 52.08
- ยาทุกตัวที่ท่านได้รับจากโรงพยาบาลท่านรู้ว่าว่าใช้รักษาโรคอะไรและจะมีอาการข้างเคียงอย่างไร ร้อยละ 73.96
- การกินยาแก้ปวดมากๆ ทำให้ไตเสื่อมได้ ร้อยละ 76.04

ซึ่งหลังจากการได้รับโปรแกรมพบว่ามีความรู้เพิ่มขึ้น เป็น ร้อยละ 79.17 87.50 และ 81.25 ตามลำดับ

4.2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยทัศนคติด้านการใช้ยา กลุ่มทดลองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม แสดงดังตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยทัศนคติด้านการใช้ยา กลุ่มทดลองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ทัศนคติในการใช้ยา	ก่อนการทดลอง(n = 96)			หลังการทดลอง(n = 96)			t	p
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ		
ถูกคน (Right patient)	11.48	2.31	สูง	12.69	2.46	สูงสุด	3.60	0.001
ถูกยา (Right drugs)	16.67	3.50	ปานกลาง	19.58	4.27	สูง	5.25	0.000
ถูกขนาด (Right dose)	3.53	1.58	สูง	3.89	1.50	สูง	1.97	0.052
ถูกทาง (Right route)	3.80	1.60	สูง	4.15	1.40	สูง	1.84	0.069
ถูกเวลา (Right time)	6.39	1.71	ปานกลาง	6.85	1.99	สูง	1.82	0.072
รวมทัศนคติการใช้ยา	**41.88**	**6.58**	**สูง**	**47.17**	**8.78**	**สูง**	**5.91**	**0.000**

ข้อมูลจากตารางที่ 4.6 พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติเรื่องการใช้ยา 41.88 คะแนน ($\bar{X}$ = 41.88, S.D. ± 6.58) หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติเรื่องการใช้ยาเพิ่มขึ้นเป็น 47.17 คะแนน ($\bar{X}$ = 47.17, S.D. ± 8.78) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยทัศนคติเรื่องการใช้ยากลุ่มทดลองก่อน – หลัง ด้วยสถิติที พบว่า ผู้ป่วยมีทัศนคติเรื่องการใช้ยาหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$

แต่เมื่อแยกวิเคราะห์ข้อมูลรายกลุ่มความถูกต้องในการใช้ยา พบว่า ทัศนคติในการใช้ยาถูกคนและถูกยา หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$

4.3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการปฏิบัติตัวด้านการใช้ยา กลุ่มทดลองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม แสดงดังตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการปฏิบัติตัวด้านการใช้ยา กลุ่มทดลองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

การปฏิบัติในการใช้ยา	ก่อนการทดลอง(n = 96)			หลังการทดลอง(n = 96)			t	p
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ		
ถูกคน (Right patient)	7.41	2.03	สูง	8.02	2.02	สูง	2.04	0.045
ถูกยา (Right drugs)	11.02	2.79	สูง	12.28	2.55	สูง	3.47	0.001
ถูกขนาด (Right dose)	3.81	1.42	สูง	4.24	1.42	สูงสุด	2.49	0.015
ถูกทาง (Right route)	4.04	1.41	สูง	4.59	0.90	สูงสุด	3.29	0.001
ถูกเวลา (Right time)	6.39	1.71	ปานกลาง	7.47	2.17	สูง	3.75	0.000
รวมการปฏิบัติ	**32.99**	**5.54**	**สูง**	**36.60**	**6.83**	**สูง**	**4.12**	**0.000**

ข้อมูลจากตารางที่ 4.7 พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนรวมการปฏิบัติตัวเรื่องการใช้ยา 32.99 คะแนน ($\bar{x}$ = 32.99, S.D. ± 5.54) หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติเรื่องการใช้ยาเพิ่มขึ้นเป็น 36.60 คะแนน ($\bar{x}$ = 36.60, S.D. ± 6.83) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตัวเรื่องการใช้ยากลุ่มทดลองก่อน – หลัง ด้วยสถิติที พบว่า ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวเรื่องการใช้ยาหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$ และแม้จะแยกการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยในการปฏิบัติการใช้ยาก่อนและหลังหารทดลองพบว่าทั้ง 5 R ผู้ป่วยมีคะแนนการปฏิบัติตัวเรื่องการใช้ยาสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$

โดยค่าคะแนนการปฏิบัติตัวในการใช้ยาที่มีค่าคะแนน ต่ำสุด 3 อันดับแรก ได้แก่

- หากท่านลืมกินยา ท่านจะกินยาทันทีที่นึกได้ในขนาดยาปกติ โดยไม่เพิ่มหรือลดจำนวนยา ร้อยละ 57.71

- ท่านนับเม็ดยาคงเหลือก่อนมาโรงพยาบาล และนำยาเดิมทั้งหมดที่เหลือมาโรงพยาบาลด้วยทุกครั้ง เพื่อคืนยาแก่แพทย์ ร้อยละ 68.75

- เมื่อท่านปวดเมื่อย/หรือมีไข้ ท่านจะปรึกษาแพทย์ก่อนเสมอ จะไม่ซื้อยากินเองเพราะยาแก้ปวดเป็นพิษต่อไตรุนแรง ร้อยละ 72.71

ซึ่งหลังจากกลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรม มีค่าคะแนนการปฏิบัติตัวในการใช้ยาเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 61.25 75.00 และ 77.50 ตามลำดับ

ตอนที่ 5 ข้อมูลเปรียบเทียบผลการให้ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยก่อนและหลังการวิจัย

ความร่วมมือในการใช้ยาวัดโดยวิธีทางอ้อม 2 แบบใช้ประเมินควบคู่กัน คือ แบบประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยไตเรื้อรัง modified Morisky Medication Adherence Scale (MMAS) และประเมินความร่วมมือจากแบบบันทึกการนับเม็ดยาคงเหลือของผู้ป่วย

5.1 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความร่วมมือในการใช้ยาตามแบบประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยไตเรื้อรัง modified Morisky Medication Adherence Scale (MMAS) กลุ่มทดลองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ดังแสดงในตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.8 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความร่วมมือในการใช้ยาของ MMAS กลุ่มทดลองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

MMAS	**กลุ่มทดลอง** (n = 96)		**Paired t-test**	***p-value***
	$\bar{x}$	**S.D.**		
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	6.16	1.64	- 4.23	0.000
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	7.00	1.32		

ข้อมูลจากตารางที่ 4.8 พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการให้ความร่วมมือในการใช้ยาตามแบบประเมินของ modified Morisky Medication Adherence Scale (MMAS) 6.16 คะแนน ($\bar{x}$ = 6.16, S.D. ± 1.64) หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นเป็น 7.00 คะแนน ($\bar{x}$ = 7.00, S.D. ± 1.32) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนตามแบบประเมิน MMAS กลุ่มทดลองก่อน – หลัง ด้วยสถิติที พบว่า ผู้ป่วยมีการความร่วมมือในการใช้ยาหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$

ซึ่งข้อมูลคะแนนความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยไตเรื้อรัง ตามแบบ MMAS เมื่อนำมาจัดกลุ่มระดับความร่วมมือ ตามเกณฑ์คะแนน จำแนกได้ ดังนี้

8 คะแนน แสดงว่า ผู้ป่วย มีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในระดับมาก

6-7 คะแนน แสดงว่า ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในระดับปานกลาง

<6 คะแนน แสดงว่า ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในระดับต่ำ

ดังแสดงในตารางที่ 4.9

ตารางที่ 4.9 ระดับความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ตามแบบประเมิน MMAS

ระดับความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ตามแบบ MMAS	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน (n=96)	ร้อยละ	จำนวน (n=96)	ร้อยละ
ระดับต่ำ	25	26.00	19	19.80
ระดับปานกลาง	51	53.10	27	28.10
ระดับมาก	20	20.80	50	52.10
รวม	96	100	96	100

จากตารางที่ 4.9 พบว่าความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเมื่อประเมินด้วยแบบประเมิน MMAS ส่วนมากอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.10 เมื่อเทียบกับหลังการทดลองพบว่าผู้ป่วยมีความร่วมมือในระดับมากเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 52.10

โดยข้อคะแนนข้อที่ 8 ท่านมีความยุ่งยากที่จะจำเกี่ยวกับยารักษาโรคไตเรื้อรังทั้งหมดของท่านบ่อยแค่ไหน พบว่า กลุ่มตัวอย่างก่อนการใส่โปรแกรมมีค่าคะแนน ดังนี้

- ไม่เคย จำนวน 72 คน ร้อยละ 75.00
- นานๆ ครั้ง จำนวน 5 คน ร้อยละ 5.21
- บางครั้ง จำนวน 12 คน ร้อยละ 12.50
- เกือบทุกครั้ง จำนวน 2 คน ร้อยละ 2.08
- ประจำทุกครั้ง จำนวน 5 คน ร้อยละ 5.21

หลังการได้รับโปรแกรม พบว่ากลุ่มตัวอย่างตอบ ไม่เคย มากขึ้นเป็น 91 คน คิดเป็นร้อยละ 94.79 และบางครั้ง จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 5.21

5.2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความร่วมมือในการใช้ยา ประเมินจากแบบบันทึกการนับเม็ดยาคงเหลือของผู้ป่วย กลุ่มทดลองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ดังแสดงในตารางที่ 4.10

ตารางที่ 4.10 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยร้อยละความร่วมมือในการใช้ยา ประเมินจากแบบบันทึกการนับเม็ดยาคงเหลือของผู้ป่วย กลุ่มทดลองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ร้อยละความร่วมมือ	กลุ่มทดลอง (n = 94)		Paired t-test	*p-value*
	$\bar{X}$	S.D.		
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	89.30	6.16	- 15.13	0.000
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	96.87	2.97		

ข้อมูลจากตารางที่ 4.10 พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยร้อยละการให้ความร่วมมือในการใช้ยาตามแบบบันทึกการนับเม็ดยาคงเหลือ 89.30 คะแนน ($\bar{X}$ = 89.30, S.D. ± 6.16) หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยร้อยละความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นเป็น 96.87 คะแนน ($\bar{X}$ = 96.87, S.D. ± 2.97) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนตามแบบการนับเม็ดยาคงเหลือ กลุ่มทดลองก่อน – หลัง ด้วยสถิติที พบว่า ผู้ป่วยมีการปฏิบัติความร่วมมือในการใช้ยาหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$

เมื่อจัดระดับความร่วมมือในการใช้ยาจากการนับเม็ดยา ตามเกณฑ์ ได้ข้อมูลตามตารางที่ 4.11 ดังนี้

ร้อยละความร่วมมือในการใช้ยา = [(จำนวนยาที่ใช้จริง)/จำนวนยาที่ควรใช้ยา] x 100

โดยกำหนดเกณฑ์ ดังนี้(อ้างอิงใน พุทธชาติ มากชุมนุม, 2558)

ร้อยละความร่วมมือในการใช้ยา

มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80 ถือว่า ไม่มีปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา

น้อยกว่า ร้อยละ 80 ถือว่า มีปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา

ตารางที่ 4.11 ระดับความร่วมมือในการใช้ยา วัดโดยวิธีการนับเม็ดยาคงเหลือ

ระดับความร่วมมือในการใช้ยา จากการนับเม็ดยา	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน n=94	ร้อยละ	จำนวน n=96	ร้อยละ
มีปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา	8	8.50	0	0
ไม่มีปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา	86	91.50	96	100
รวม	94	100	96	100

จากตารางที่ 4.11 ประเมินความร่วมมือในการใช้ยาจากแบบบันทึกการนับเม็ดยาคงเหลือ พบว่าผู้ป่วยก่อนการทดลองมีปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาร้อยละ 8.50 หลังการทดลองพบว่าผู้ป่วยไม่มีปัญหาความร่วมมือจากการใช้ยา (ใช้ยามากกว่าร้อยละ 80)

ตารางที่ 4.12 แสดงรายการยาที่มีจำนวนคงเหลือมากที่สุด 10 อันดับแรก

ลำดับ	รายการยา	ก่อนการทดลอง (n = 94)		หลังการทดลอง (n = 96)	
		ยาคงเหลือ (เม็ด)	ร้อยละ	ยาคงเหลือ (เม็ด)	ร้อยละ
1	กลุ่มยาป้องกันภาวะแทรกซ้อน	2663	35.98	523	38.91
2	กลุ่มยาความดันโลหิต	2209	29.84	489	36.38
3	กลุ่มวิตามิน	1441	19.47	184	13.69
4	กลุ่มยาลดไขมัน	744	10.05	93	6.92
5	กลุ่มยาเบาหวาน	363	4.90	55	4.09
รวม		**7402**	**100**	**1344**	**100**

จากตารางที่ 4.12 จะพบว่า แม้ว่าผู้ป่วยจะมีความร่วมมือในการใช้ยาก่อนการทดลองจะอยู่ในเกณฑ์ไม่มีปัญหาในการใช้ยา คือมากกว่าร้อยละ 80 แต่มียาบางรายการที่มีจำนวนเม็ดยาคงเหลือมาก เช่น sodamint ,hydralazine ซึ่งยาสองรายการนี้เป็นยาที่ใช้ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากภาวะไตเรื้อรัง และยาความดันโลหิตสูงตามลำดับ ซึ่งต้องกินยาครั้งละหลายเม็ดและวันละหลายครั้ง จึงมียาเหลือมาก แต่หลังจากผู้ป่วยได้รับโปรแกรมแล้วพบว่าจำนวนเม็ดยาคงเหลือลดลง

บทที่ 5
สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเป็นการวิจัยแบบ กึ่งทดลอง (quasi experimental research) แบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (one group pre-test – post-test design) การพัฒนาการบริหารจัดการยาผู้ป่วยไตเรื้อรัง โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดอุดรธานี สามารถสรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. สรุปผลการวิจัย

1.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการบริหารจัดการยาคงเหลือในผู้ป่วยไตเรื้อรังที่มารับยาโรงพยาบาลชุมชน พัฒนารูปแบบการบริหารจัดการยาคงเหลือในผู้ป่วยไตเรื้อรังที่มารับยาโรงพยาบาลชุมชนโดยใช้โปรแกรมการบริหารจัดการยาคงเหลือในผู้ป่วยไตเรื้อรัง และเปรียบเทียบผลการบริหารจัดการยาของผู้ป่วยก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการพัฒนารูปแบบบริหารจัดการยาในผู้ป่วยไตเรื้อรัง

1.2 วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi experimental research) แบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (one group pre-test – post-test design) ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 3b – 5 ที่มารับบริการที่คลินิกไตเรื้อรัง โรงพยาบาลกุดจับ จังหวัดอุดรธานี จำนวน 468 คน กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนของการทดสอบแบบสองทางที่ 0.05 กำหนด power ที่ 0.80 คำนวณค่า effect size ได้ระดับปานกลาง 0.5 คำนวณขนาดตัวอย่างจากโปรแกรมสำเร็จรูป G * power ได้ขนาดตัวอย่าง 26 คน เพื่อคำนึงถึงการสูญหายของตัวอย่างและเพิ่มอำนาจการทดสอบทางสถิติ ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนตัวอย่างเป็น 100 คน คัดเลือก โดยวิธีแบบเจาะจงจากจำนวนผู้ป่วยไตเรื้อรัง ระยะ 3b – 5 จากทะเบียนผู้ป่วย จำนวน 468 คน ของโรงพยาบาลกุดจับ โดยแยกเป็นผู้ป่วยราย รพ.สต. โดยเลือกเฉพาะ รพ.สต.ที่มีจำนวนผู้ป่วยไตเรื้อรังที่มารับการรักษาพยาบาลที่คลินิกไตเรื้อรังโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จำนวนมากกว่า 50 คนขึ้นไป

โดยเลือกจากผู้ป่วยในเขตตำบลกุดจับ และตำบลปะโค และเลือกจากหมู่บ้านต่างๆ ในเขตตำบลนั้นๆ หมู่บ้านละ 5 คน รวม ได้กลุ่มตัวอย่าง แห่งละ 50 คน รวมกลุ่มตัวอย่าง 100 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 อย่าง ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการบริหารจัดการยาคงเหลือในผู้ป่วยไตเรื้อรังที่มารับยาโรงพยาบาลชุมชน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมแบบ AIC และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติในการบริหารจัดการยาของผู้ป่วย ส่วนที่ 3 แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา วัด 2 แบบประกอบกัน คือ แบบประเมินการให้ความร่วมมือในการใช้ยา modified Morisky Medication Adherence Scale (modified MMAS) และแบบบันทึกรายการยาคงเหลือของผู้ป่วยไตเรื้อรังเพื่อหาความร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งผ่านการตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ สาธารณสุขอำเภอซึ่งมีความชำนาญในกระบวนการ AIC การสร้างเครื่องมือและการวัดผล พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลคลินิกไตเรื้อรัง และเภสัชกรผู้เชี่ยวชาญด้านยา จากการคำนวณคะแนนคะแนนของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน พบว่าแบบสอบถามและแบบประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยามีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Index of item objective congruence : IOC) รายข้ออยู่ระหว่าง 0.67 – 1 จากนั้นนำไปปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือตามข้อเสนอแนะ และหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) เครื่องมือที่เป็นแบบ dichotomous ใช้ Kuder - Richardson 20 (KR-20) - 21 (KR-21) ซึ่งข้อคำถามด้านความรู้ ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.82 เครื่องมือที่เป็นแบบ Likert Scale ใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคช (Chronbach ‘s Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของข้อคำถามเกี่ยวกับทัศนคติ เท่ากับ 0.82 ส่วนความเที่ยงข้อคำถามการปฏิบัติตน เท่ากับ 0.75 และได้ค่าความเที่ยงของข้อคำถามเกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยาของ Morisky MMAS เท่ากับ 0.64 ซึ่งแม้จะมีค่าความเที่ยงต่ำกว่า 0.7 ก็ใช้ในการประเมินความร่วมมือในการใช้ยา เนื่องจากเป็นแบบประเมินสำเร็จรูปที่ใช้กันแพร่หลาย และมีการทดสอบความยากง่ายของคำถาม (Difficulty) โดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย (อัตราส่วนของข้อที่ตอบถูกต่อจำนวนผู้ตอบทั้งหมด) ผลการทดสอบพบว่า ข้อคำถามด้านความรู้มีค่าความยากง่าย เท่ากับ 0.50 และด้านความร่วมมือในการใช้ยา มีค่าเท่ากับ 0.59 และอำนาจจำแนก (Discrimination) ผลการทดสอบได้เท่ากับ 4.0 ซึ่งถือว่ามีอำนาจในการจำแนก

เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนทำการทดลองและหลังการทดลองโดยใช้โปรแกรมการบริหารจัดการยาผู้ป่วยไตเรื้อรัง ด้วยกระบวนการ AIC และใช้แบบสอบถามในการบันทึกข้อมูลควบคู่กับแบบบันทึกข้อมูลยาคงเหลือ ในช่วง 1 มิถุนายน 2562 – 31 กรกฎาคม 2562 จากนั้น

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงมาตรฐาน สำหรับอธิบายข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงอนุมานด้วยสถิติ Paired t-test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

1.3 ผลการวิจัย

จากการศึกษาสรุปผลการวิจัยได้ ดังนี้

1.3.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.50 เพศชาย ร้อยละ 36.50 ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ อายุ 61 – 80 ปี รวมกันถึงร้อยละ 86.50 สถานภาพสมรส สถานภาพคู่ ร้อยละ 64.60 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 89.60 และประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นส่วนมาก ร้อยละ 75.00

ข้อมูลการเจ็บป่วย พบว่าส่วนมากระยะเวลาการเจ็บป่วยไตเรื้อรัง 1 – 5 ปี ร้อยละ 54.20 โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานเป็นโรคร่วมที่พบมากที่สุด ร้อยละ 41.10 และ 28.90 ตามลำดับ และส่วนมากมีโรคร่วม 2 โรคขึ้นไป รวมกันร้อยละ 61.00 ส่วนใหญ่ผู้ป่วยกินยาด้วยตนเอง ร้อยละ 41.40 และมีคนช่วยจัดยาให้กิน โดยเป็นสามี/ภรรยา ร้อยละ 18.80 และบุคคลในครอบครัวร้อยละ 34.40 สถานพยาบาลที่มารับยาโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลกุดจับ ร้อยละ 61.46 และรับที่ รพ.สต.ร่วมด้วย ร้อยละ 36.46 การเดินทางมารับบริการส่วนใหญ่เดินทางโดยรถจักรยานยนต์ ร้อยละ 45.40 ผู้ป่วยส่วนมากไม่มีการใช้ยาสมุนไพร ร้อยละ 94.80 และมีการใช้ยาสมุนไพร ร้อยละ 5.20 โดยสมุนไพรที่ใช้ คือ เห็ดหลินจือ และ น้ำกระเจี๊ยบ จำนวนรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับเฉลี่ย 5 – 8 รายการที่ร้อยละ 45.80 ผู้ป่วยส่วนใหญ่นำยาเหลือใช้มาคืนโรงพยาบาล พบว่านำยามาคืนทุกชนิด ร้อยละ 40.70

1.3.2 ผลการศึกษาและพัฒนารูปแบบการการบริหารจัดการยาคงเหลือในผู้ป่วยไตเรื้อรังที่มารับยาโรงพยาบาลชุมชน โดยใช้กระบวนการ AIC

ตารางที่ 5.1 ผลการศึกษาและพัฒนารูปแบบการการบริหารจัดการยาคงเหลือในผู้ป่วยไตเรื้อรังที่มารับยาโรงพยาบาลชุมชน โดยใช้กระบวนการ AIC

การพัฒนารูปแบบการจัดการยา	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
1. ผู้ให้บริการ		
- มีบุคลากรคัดแยกยาคืนจากผู้ป่วยไตเรื้อรัง	- คัดแยกยาคืนเฉพาะจากผู้ป่วยไตเรื้อรังทุกวันพุธ	- คัดแยกยาคืนจากผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ที่ไม่ใช่กลุ่มผู้ป่วยไตเรื้อรัง
- เภสัชกร	- รับยาคืนจากผู้ป่วย CKD แล้วจัดยาให้ผู้ป่วยใหม่ทั้งหมด - ประเมินความร่วมมือในการใช้ยาโดยนับจากยาคงเหลือของผู้ป่วย	- รับใบนับยาคงเหลือจากผู้ป่วย จัดยาเพิ่มให้ผู้ป่วยจนถึงวันนัด - ประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจากแบบบันทึกยาคงเหลือ
2. ผู้รับบริการ		
- ผู้ป่วย CKD	- นำยาคงเหลือทุกชนิดมาคืนห้องยาทุกครั้งที่มารับบริการ	- นับยาคงเหลือเองที่บ้านแล้วนำแบบบันทึกยาคงเหลือมายื่นให้เภสัชกร โดยไม่ต้องนำยาคงเหลือมาด้วย
3. นวัตกรรมที่ได้จากกระบวนการ AIC		- แบบบันทึกการนับยาคงเหลือที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการออกแบบและพัฒนาเพื่อให้ง่ายต่อการบันทึกข้อมูล

1.3.3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้ด้านการใช้ยา กลุ่มทดลองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องการใช้ยาหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$ ซึ่งเมื่อจัดระดับความรู้ เป็นน้อย ปานกลาง ดี ตามเกณฑ์ของบลูม พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยไตเรื้อรัง ก่อนการทดลองส่วนมากมีความรู้ระดับดี ร้อยละ 65.60 เมื่อได้รับโปรแกรมการทดลองแล้วผู้ป่วยกลุ่มที่มีความรู้ระดับปานกลางเปลี่ยนแปลงเป็นมีระดับความรู้เป็นระดับดี เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 84.40 และมีกลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่งที่ระดับความรู้ระดับปานกลางลดลงเป็นระดับน้อย ที่ร้อยละ 5.20

1.3.4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยทัศนคติด้านการใช้ยา กลุ่มทดลองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ผู้ป่วยมีทัศนคติเรื่องการใช้ยาหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$

1.3.5 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการปฏิบัติตัวด้านการใช้ยา กลุ่มทดลองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวเรื่องการใช้ยาหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$

***1.3.6* การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความร่วมมือในการใช้ยาตามแบบประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยไตเรื้อรัง modified Morisky Medication Adherence Scale (MMAS)** กลุ่มทดลองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ผู้ป่วยมีการความร่วมมือในการใช้ยาตามแบบประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยไตเรื้อรัง (modified MMAS) หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$

เมื่อนำมาจัดกลุ่มระดับความร่วมมือ ตามเกณฑ์คะแนนในการใช้ยาระดับต่ำ ปานกลางและมาก พบว่า ก่อนการทดลองผู้ป่วยส่วนมากจะมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.10 เมื่อเทียบกับหลังการทดลองพบว่าผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในระดับมาก เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 52.10

***1.3.7* เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความร่วมมือในการใช้ยา ประเมินจากแบบบันทึกการนับเม็ดยาคงเหลือของผู้ป่วย กลุ่มทดลองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม**

ผู้ป่วยมีการปฏิบัติความร่วมมือในการใช้ยาหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$

เมื่อจัดระดับความร่วมมือในการใช้ยาจากการนับเม็ดยา ตามเกณฑ์ร้อยละความร่วมมือมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80 ถือว่า ไม่มีปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา น้อยกว่าร้อยละ 80 ถือว่า มีปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา พบว่า ผู้ป่วยก่อนการทดลองมีปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาร้อยละ 8.50 หลังการทดลองพบว่าผู้ป่วยทุกคนไม่มีปัญหาความร่วมมือจากการใช้ยา (ใช้ยามากกว่าร้อยละ 80) แม้ว่าผู้ป่วยจะมีความร่วมมือในการใช้ยาก่อนการทดลองจะอยู่ในเกณฑ์ไม่มีปัญหาในการใช้ยา คือมากกว่าร้อยละ 80 แต่มียาบางรายการที่ยังคงมียาเหลือมาก 5 อันดับแรก ได้แก่ sodamint ,hydralazine, simvastatin ,omeprazole และ calcium ที่จำนวน 1638, 1507, 691 ,633 และ 600 เม็ด ตามลำดับ เมื่อผู้ป่วยมาตามนัดในครั้งถัดไป

2. อภิปรายผล

2.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.50 ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ อายุระหว่าง 61 – 80 ปี รวมกันถึงร้อยละ 86.50 ซึ่งสอดคล้องกับรายงาน ประเสริฐ ธนกิจจารุ (2558) พบว่าความชุกของโรคไตเรื้อรัง พบมากในสูงอายุ โดยอายุ 60 – 69 ปี มีความชุกโรคไตเรื้อรัง ระดับ 3 ร้อยละ 31.7 อายุมากกว่า 70 ปีมีความชุกร้อยละ 47.1 และมีความชุกโรคไตเรื้อรังระดับ 4 ในอายุ 60 – 69 ร้อยละ 2.6 และอายุมากกว่า 70 ปี มีความชุก ร้อยละ 1.2 สถานภาพสมรสสถานภาพคู่ ร้อยละ 64.60 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 89.60 และประกอบอาชีพเกษตรกรรม เป็นส่วนมาก ร้อยละ 75.00 ส่วนมากระยะเวลาการเจ็บป่วยไตเรื้อรัง 1 – 5 ปี ร้อยละ 54.20 โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานเป็นโรคร่วมที่พบมากที่สุด ร้อยละ 41.10 และ 28.90 ตามลำดับ และส่วนมากมีโรคร่วม 2 โรคขึ้นไป รวมกันร้อยละ 61.00 ส่วนใหญ่ผู้ป่วยกินยาด้วยตนเอง ร้อยละ 41.40 และมีคนช่วยจัดยาให้กิน โดยเป็นสามี/ภรรยา ร้อยละ 18.80 และบุคคลในครอบครัวร้อยละ 34.40 สถานพยาบาลที่มารับยาโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลกุดจับ ร้อยละ 61.46 และรับที่ รพ.สต.ร่วมด้วย ร้อยละ 36.46 การเดินทางมารับบริการส่วนใหญ่เดินทางโดยรถจักรยานยนต์ ร้อยละ 45.40 ผู้ป่วยส่วนมากไม่มีการใช้ยาสมุนไพร ร้อยละ 94.80 และมีการใช้ยาสมุนไพร ร้อยละ 5.20 โดยสมุนไพรที่ใช้ คือ เห็ดหลินจือ และ น้ำกระเจี๊ยบ จำนวนรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับเฉลี่ย 5 – 8 รายการที่ร้อยละ 45.80 ผู้ป่วยส่วนใหญ่นำยาเหลือใช้มาคืนโรงพยาบาล พบว่านำยามาคืนทุกชนิด ร้อยละ 40.70

2.2 ผลการพัฒนารูปแบบการการบริหารจัดการยาคงเหลือในผู้ป่วยไตเรื้อรังที่มารับยาโรงพยาบาลชุมชน โดยใช้กระบวนการ AIC

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ต้องการให้เกิดการพัฒนารูปแบบการจัดการยาของผู้ป่วยไตเรื้อรังที่มารับบริการในคลินิกไตเรื้อรังของโรงพยาบาลกุดจับ ในทุกวันพุธ โดยในด้านผู้ให้บริการมุ่งเน้นการปรับรูปแบบการจัดการยาคืนของผู้ป่วยในงานเภสัชกรรมเป็นหลัก โดยยังไม่ร่วมทำงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ พบว่า ก่อนการทดลองเภสัชกรจะเรียกรับยาคงเหลือของ ผู้ป่วยทั้งหมดคืนแล้วจัดและจ่ายยาให้ผู้ป่วยใหม่ทั้งหมดจนถึงวันนัดหมายครั้งถัดไป โดยจะจ่ายยาเกินให้ผู้ป่วยไว้ไม่เกิน 1 สัปดาห์ หลังการทดลองให้กลุ่มตัวอย่างนับยาคงเหลือแล้วลงในแบบบันทึกยาคงเหลือแล้วให้ผู้ดูแล หรือ อสม. เป็นพี่เลี้ยงหรือให้คำแนะนำในการนับยาและช่วยตรวจสอบความถูกต้องก่อนมารับบริการในวันนัดถัดไป ซึ่งเภสัชกรจะรับแบบบันทึกยาคงเหลือจากผู้ป่วยโดยจะจ่ายยาให้เท่ากับจำนวนยาคงเหลือของผู้ป่วยรวมกันกับยาจัดให้ใหม่ ถึงวันนัดเท่านั้น ซึ่งในส่วนการจัดยาให้ผู้ป่วยจะมีความยุ่งยากเพิ่มขึ้นจากการที่จำนวนยาจะไม่ลงตัวเท่ากันทุกรายการ จะขึ้นกับจำนวนยาคงเหลือของผู้ป่วยเป็นหลักว่าเหลือมากน้อยเพียงใด และทำให้เพิ่มระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 5 นาทีต่อคน ซึ่งจะต้องมีการปรับรูปแบบการให้บริการให้รวดเร็วมากยิ่งขึ้น และสามารถลดภาระในการคัดแยกยาคืนของผู้ป่วยไตเรื้อรังได้ แม้จะยังมียาคงเหลือของผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังอื่นๆอยู่ แต่ในผู้ป่วยกลุ่มทดลองนี้จะไม่มียาคงเหลือที่ต้องมาคัดแยกหลังการทดลอง และสามารถลดขยะอันตรายได้ และในส่วนแบบบันทึกการนับยาคงเหลือนั้นเป็นการออกแบบและปรับปรุงโดยผู้วิจัยและให้กลุ่มตัวอย่างช่วยในการเสนอเพื่อปรับปรุงแบบบันทึกให้ง่ายต่อการลงข้อมูลของผู้ป่วยเป็นหลัก

2.3 ผลของโปรแกรมการบริหารจัดการยาผู้ป่วยไตเรื้อรัง ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมแบบ AIC ด้านความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตัว

จากการศึกษาพบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่าง มีความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตัวในการใช้ยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

1. ความรู้ในการใช้ยาที่เพิ่มขึ้นของผู้ป่วย เกิดจากการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการคิด ในการเสนอแนะ และเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนไม่มากและไม่เร่งรีบในการรับบริการ ประกอบกับผู้ป่วยส่วนมากเป็นโรคอื่นมาก่อน ก่อนที่จะมีภาวะแทรกซ้อนทางไตจึงมีความรู้เรื่องโรคและการใช้ยาเป็นทุนเดิมอยู่แล้ว เมื่อได้รับการกระตุ้นหรือการทบทวนความรู้จึงทำให้ผู้ป่วยมีคะแนนความรู้มากขึ้น และมีความคงทนของความรู้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา

ของจิราภรณ์ ชูวงศ์และเจียมจิต โสภณสุขสถิต (2554) การให้ความรู้ผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องฟอกไตเทียมทำให้ผู้ป่วยมีความรู้และพฤติกรรมการที่เหมาะสมมากยิ่งขึ้น

2. ทัศนคติในการใช้ยาและการปฏิบัติตนในการใช้ยาสูงขึ้น เกิดจากที่ผู้ป่วยมีความรู้มากขึ้น ซึ่งเมื่อมีความรู้ จะทำให้เกิดความคิด ทัศนคติในการใช้ยาที่ถูกต้อง จนนำไปสู่พฤติกรรมหรือการปฏิบัติตนในการใช้ยาที่ถูกต้องมากยิ่งขึ้น ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Believe Model) ของ Marshall H. Becker อ้างถึงใน ทศพล ดวงแก้วและพัชรินทร์ สิรสุนทร สำหรับอธิบายพฤติกรรมสุขภาพตามปัจจัยต่างๆ 6 ด้าน ประกอบด้วย การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การ รับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ เพื่อป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกัน โรค แรงจูงใจด้านสุขภาพ และปัจจัยร่วมอื่นๆ แม้ว่าทัศนคติและพฤติกรรมการใช้ยาจะเพิ่มมากขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีความรู้มากขึ้น ก็ยังมีปัจจัยอย่างอื่นที่อาจทำให้ทัศนคติและพฤติกรรมการใช้ยาเพิ่มขึ้นหรือลดลงได้เช่นเดียวกัน

2.4 ผลของโปรแกรมการบริหารจัดการยาผู้ป่วยไตเรื้อรัง ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมแบบ AIC ด้านการให้ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย

จากการศึกษา พบว่าความร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่ประเมินด้วยแบบประเมิน modified Morisky Medication Adherence Scale (MMAS) และแบบบันทึกการนับเม็ดยาคงเหลือ พบว่าหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

การประเมินความร่วมมือในครั้งนี้ มีการวัดผลความร่วมมือในการใช้ยาโดยทางอ้อม 2 แบบ คือ ใช้แบบประเมินของ modified Morisky Medication Adherence Scale (MMAS) และแบบบันทึกการนับยาคงเหลือที่พัฒนาและปรับปรุงร่วมกันกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเมื่อผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการคิดอาจเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดความร่วมมือในการลงบันทึกข้อมูลและใช้ยามากขึ้น และการวัดผล โดยการใช้แบบ MMAS และนับเม็ดยาคงเหลือ มีการวัดผลหลังการให้โปรแกรมทดลองประมาณ 1 เดือนเท่านั้น จึงทำให้ผู้ป่วยยังจำได้ดี และให้ความร่วมมือในการใช้ยา แต่ถ้ามีการทิ้งระยะการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาออกไปนานมากกว่านี้ หรือมีการใช้แบบบันทึกนานมากกว่านี้อาจทำให้ความร่วมมือในการใช้ยาลดลงได้ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ส่วนมากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุแม้จะมีความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการใช้ยามากขึ้นและความร่วมมือในการใช้ยามากขึ้นก็ตามแต่ก็จำเป็นต้องปรับปรุงหรือต้องมีปัจจัยร่วมอื่นๆในการเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ดี จากการศึกษาของ Angela Frances Yap และคณะ (2558) พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาโดยเฉพาะในผู้สูงอายุมีหลายด้าน โดยจัดกลุ่มได้ ดังนี้

1. ปัจจัยด้านผู้ป่วย (Patient factors) เช่น ภาวะทางจิต ภาวะทางกาย โรคที่เป็น พฤติกรรม ทัศนคติ การปฏิบัติตน ความเชื่อ รวมทั้งลักษณะจำเพาะทางประชากร เป็นต้น

2. ปัจจัยทางด้านยา (Medication factors) เช่น รูปแบบยา ภาชนะบรรจุ อุปกรณ์ช่วยแบ่งเม็ดยา สูตรตำรับยา จำนวนรายการยา การมีผู้ดูแลในการกินยา เป็นต้น

3. ผู้ให้บริการ (Healthcare provider factors) เช่น การสื่อสารที่ขาดประสิทธิภาพ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ เป็นต้น

4. ระบบบริการ (Healthcare system factors) มีการสนับสนุนผู้ป่วยมากเพียงใด

5. สภาวะทางเศรษฐกิจและสังคม (Socio-economic) เช่น ขาดคนดูแล ภาวะยากจน เป็นต้น

ซึ่งปัจจัยส่วนบุคคลจะมีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยามากที่สุด เพราะแต่ละบุคคลจะมีปัจจัยส่วนบุคคลแตกต่างกัน

สอดคล้องกับการศึกษาของชไมพร กาญจนกิจสกุล (2557) พบว่าครอบครัวมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการเกื้อหนุนด้านการใช้ยาของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

3. ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาพัฒนาการบริหารจัดการยาผู้ป่วยไตเรื้อรัง โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดอุดรธานี ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

3.1 ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการศึกษาไปใช้

ผู้วิจัยขอเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้ ดังนี้

3.1.1 จากผลการศึกษานั้นแสดงให้เห็นว่า หลังการใส่โปรแกรมการทดลองในกลุ่มตัวอย่างแล้วพบว่า มีความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติตัวในการใช้ยา และความร่วมมือในการใช้ยาที่เพิ่มมากขึ้น ซึ่งแสดงให้เห็นว่าถ้ามีการให้ความรู้ การให้โอกาสในการแสดงความคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะแก่ผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาของตนเอง จะสามารถเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาได้เป็นอย่างดี แต่ก็ทำให้ระยะเวลารอคอยในการรับยาเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 5 นาทีต่อคน ซึ่งต้องมีการปรับปรุงขั้นตอนเพื่อลดระยะเวลารอคอยต่อไป

3.1.2 แม้ว่าความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติตัวในการใช้ยา และ ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยสูงมากขึ้นเมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง แต่ก็ยังมีบางข้อคำถามที่ผู้ป่วยยังมีความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตนที่อยู่ในระดับต่ำอยู่ ดังนั้นต้องมีการพิจารณารายละเอียดรายข้อเพื่อนำมาปรับปรุงเพื่อเพิ่มเติมความรู้ให้ผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นในโอกาสต่อไป

3.1.3 รูปแบบในการจัดการเพื่อลดปัญหายาคงเหลือของผู้ป่วย แม้จะได้แนวทางที่น่าดี แต่จำเป็นต้องมีการพัฒนาและปรับปรุงเป็นระยะเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดเมื่อมีการนำไปใช้ในการขยายกลุ่มในผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มอื่นๆ

3.2 ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาในครั้งถัดไป

3.2.1 ควรมีศึกษาร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ดังนั้น เพื่อ เพื่อประโยชน์ในงานบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ

3.2.2 ควรมี การศึกษายาคงเหลือในกลุ่มผู้ป่วยโรคอื่นๆ เพื่อจะได้แก้ไขปัญหายาคงเหลือที่มีจำนวนมากเหมือนกัน และจะได้เกิดประโยชน์ทั้งต่อผู้ป่วยและสถานพยาบาลอย่างสูงสุด

3.2.3 ในการศึกษาที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุจำเป็นต้องคำนึงถึงข้อจำกัดด้านความเสื่อมของร่างกาย การรับรู้ ความสนใจ และความจำ เพื่อให้เกิดการเสริมพลังและทักษะในการจัดการยาให้เหมาะสมแก่ผู้ป่วยกลุ่มนี้

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

กระทรวงสาธารณสุข. (2555). *โครงการไข่แลกยาเก่า.* สืบค้นจาก https://www.hfocus.org/content/2012/07/877.

กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *คู่มือปฏิบัติการเพื่อดำเนินงานลดโรคไตเรื้อรัง CKD ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง.* (พิมพ์ครั้งที่ 1 มกราคม 2559). สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์กรสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.

กันนิษฐา มาเห็ม และ พัฒนี ศรีโอษฐ์. (2555). *ประสิทธิผลของการประยุกต์ใช้ กระบวนการสร้างความรู้ สร้างแนวทางการพัฒนาและสร้างแนวทางปฏิบัติ (AIC) ต่อ ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ.* วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา, 18(2), 5-19.

จิราภรณ์ ชูวงศ์ และเจียมจิต โสภณสุขสถิตย์. (2554). *ผลของการให้ความรู้ทางด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วย เครื่องไตเทียม.* JOURNAL OF HEALTH SCIENCE RESEARCH, *5*(2), 41-50.

ชไมพร กาญจนกิจสกุล. (2557). *กระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการเกื้อหนุนด้านการใช้ยาของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง.* สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

ชื่นจิตร กองแก้ว. (2557). *การเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลเนื่องจากปัญหาการใช้ยาในผู้ สูงอายุ.* สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

ณธร ชัยญาคุณาพฤกษ์, ปิยะรัตน์ นิ่มพิทักษ์พงศ์, นภวรรณ เจียรพีรพงษ์ และ ปิยะเมธ ดิลกธรสกุล. (2555). *การศึกษาขนาดและผลกระทบทางการคลังของการครอบครองยาเกินจำเป็นและการแก้ปัญหาเชิงนโยบาย.* สถาบันวิจัย ระบบ สาธารณสุข.

ทศพล ดวงแก้ว และพัชรินทร์ สิรสุนทร. (2560). *การประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้าน สุขภาพของ Marshall H. Becker ในการศึกษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนเมืองจังหวัด พิษณุโลก.* Journal of Community Development Research (Humanities and Social Sciences*)*, *10*(3).

ธนพงศ์ ภูผาลี, ชิดชนก คูณสวัสดิ์, ธนิตา ภูราชพล และ ธารินี ศรีศักดิ์นอก. (2562). *คำอธิบายถึงการมียาเหลือใช้และพฤติกรรมในการจัดการยาเหลือใช้ของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความ ดันโลหิตสูง: กรณีศึกษาในชุมชนแห่งหนึ่งของจังหวัดอุบลราชธานี* วารสารเภสัชกรรมไทย, 10(1), 3-13.

นันทลักษณ์ สถาพรนานนท์.(ออนไลน์). *ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา (Medication non adherence).* วารสาร ไทยไภษัชยนิพนธ์ (ฉบับการศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์) มศก. ปีที่ 7 ฉบับเดือนมกราคม – เดือนธันวาคม 2555. wisdom.pharm.su.ac.th.

นีลนาถ เจ๊ะยอ. (2554). *การใช้ยาตามวิถีชีวิตมุสลิมในเดือนรอมฎอนของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อม.*

บุญถม ปาปะแพ, สาริณี สง่าศรี, ต้องตา ต้นจารย์, อัจฉรีย์ ภูวศิษฐ์เบญจภา, พัชรีย์ สังขเภท, รัตนพร ชนาวิรัตน์ และ อรวรรณ ประเมทโถ (2556). *สาเหตุของปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา ของผู้ป่วยในการเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกรในเขตอำเภอวาปีปทุม มหาสารคาม Causes of Patient's Medication Problems in Home Care Visits by Pharmacists in Wapipathum Disctrict, Maha Sarakham Province.* Thai Pharmaceutical and Health Science Journal-วารสาร ไทย เภสัชศาสตร์ และ วิทยาการ สุขภาพ, *8*(4), 148-154.

เบญจมาส เรืองดิษฐ์, เสาวลักษณ์ อุไรรัตน์ และชูลินดา สะมะแอ. (2559). *การพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในเครือข่ายบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิโรงพยาบาลสงขลา.* The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health, 3(3), 194-207.

ปิยพร สุวรรณโชติ. (2543). *กลวิธีที่ช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยนอกสูงอายุโรคเบาหวานที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์* (Doctoral dissertation, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).

แผนงานวิจัยพัฒนาขีดความสามารถสำหรับการเข้าถึงยาของประเทศไทย. (2558). *การพัฒนาขีดความสามารถสำหรับการเข้าถึงยาของประเทศไทย.* สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

พวงผกา คงวัฒนานนท์. (2546). *การใช้ยาและแนวทางการักษาในเอกสารประกอบการสอนรายวิชาการพยาบาลพื้นฐาน.*ปทุมธานี: คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

พุทธชาติ ฉันทภัทรางกูร, ศิระพร ทองโปร่ง และมนูญ ทองมี. (2561). *ผลการสำรวจยาเหลือใช้ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังโรงพยาบาลบางสะพาน ประจวบคีรีขันธ์.* วารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล,3(1), 119-125.

พุทธชาติ มากชุมนุม, นลินี พูลทรัพย์ และทิพาพร พงษ์เมษา. (2559). *ผลของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดย ทีมสหสาขาวิชาชีพ.* Veridian E-journal Science and Technology Silpakorn University, 3(1), 13-33.

โรงพยาบาลกุดจับ. (2561).*สรุปผลการดำเนินงานประจำปี 2561.* ฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน โรงพยาบาลกุดจับ จังหวัดอุดรธานี.

วรรณพร เจริญโชคทวี. (2557). *สาเหตุของการไม่ใช้ยาตา คำแนะนำในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจและ หลอดเลือด ณ วิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล* (Doctoral dissertation, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).

สุปรียา ตันสกุล. (2550). *ทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์: แนวทางการดำเนินงานในงานสุขศึกษาและส่งเสริมสุขภาพ.* Journal of Health Education, January - April 2007 Vol. 30 No. 105.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. (2562). *แนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ประจำปี 2562.*สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี.

อภิฤดี เหมะจุฑา ปรีชา มนทกานติกุล *ความคลาดเคลื่อนในการให้ยา*ใน: ธิดา นิงสานนท์สุวัฒนา จุฬาวัฒนทูล และ ปรีชา มนทกานติกุล บรรณาธิการ *การป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วย* สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย). 2547.

อัจฉรา พุ่มพวง และคณะ. (2549). *การพยาบาลพื้นฐาน: ปฏิบัติการพยาบาล.* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: วิทยาลัยสภากาชาดไทย.

อัญชลี ชูติธร. (2556). *พฤติกรรมการเกาะติดยาของกลุ่มผู้ใช้บริการโรคเรื้อรัง.* Thai Red Cross Nursing Journal, 6(2), 25-34.

อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์ และนิรนาท วิทยโชคกิติคุณ. (2557). *พฤติกรรมการใช้ยาในผู้ สูงอายุไทย.* สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

Braund, R., Gn, G., and Matthews, R. (2009). *Investigating unused medications in New Zealand.* Pharmacy world & science, 31(6), 664.

Chuemongkon, W. (2014). *The effects of medication counseling on peritoneal dialysis patient's compliance at peritoneal dialysis clinic in Nopparat Rajathanee Hospital, Bangkok*. Isan Journal of Pharmaceutical Sciences, 10(3), 339-339.

Langley, C., Marriott, J., Mackridge, A.and Daniszewski, R. (2005). *An analysis of returned medicines in primary care.* Pharmacy world and science, 27(4), 296-299.

Law, A. V., Sakharkar, P., Zargarzadeh, A., Tai, B. W. B., Hess, K., Hata, M., ... and Park, T. J. (2015). *Taking stock of medication wastage: unused medications in US households*. Research in Social and Administrative Pharmacy, 11(4), 571-578.

MacLaughlin, E. J., Raehl, C. L., Treadway, A. K., Sterling, T. L., Zoller, D. P., & Bond, C. A. (2005). Assessing medication adherence in the elderly. *Drugs & aging*, *22*(3), 231-255.

Ongiem, A. (2018). *Validation of the Tests*. The Thai Journal of Anesthesiology, 44(1), 36-42.

Suwannaprom, P., Niamhun, N., Champoonot, P., Phosuya, C., Chowwanapoonpohn, H., Supakul, S. (2012). *Items and Value of Household Leftover Medicines for Chronic Conditions at Sansai-Luang Sub-district, Sansai District, Chiang Mai Province*- Thai Pharmaceutical and Health Science Journal-วารสาร ไทย เภสัชศาสตร์ และ วิทยาการสุขภาพ, *7*(1), 22-28.

Yap, A. F., Thirumoorthy, T., & Kwan, Y. H. (2016). *Medication adherence in the elderly*. Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics, 7(2), 64-67.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

1. นายสุพัฒน์ กองศรีมา ตำแหน่ง สาธารณสุขอำเภอหนองแสง
อำเภอหนองแสง จังหวัดอุดรธานี
คุณวุฒิ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
สาขา บริหารงานสาธารณสุข
มหาวิทยาลัยขอนแก่น
2. นางพิสมัย วรรณขาม ตำแหน่ง หัวหน้าฝ่ายบริการผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลกุดจับ จังหวัดอุดรธานี
คุณวุฒิ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขา การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมช
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
3. นายประยงค์ อนุสุวรรณ์ ตำแหน่ง หัวหน้าฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน
โรงพยาบาลกุดจับ จังหวัดอุดรธานี
คุณวุฒิ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
สาขา บริหารงานสาธารณสุข
มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น

ภาคผนวก ข

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

MRNHSP-2018 No.286

Certificate of Attendance

Wanchai Phansri

has successfully completed

Ethical principles for research involving humans
(Human subject protection)

The course included the following topics

Module 1	History, principles, laws & regulations & international guidelines
Module 2	Informed consent process
Module 3	Privacy & confidentiality
Module 4	Risk& benefit assessment and risk minimization
Module 5	The ethics of research participant recruitment
Module 6	Research in vulnerable subjects/populations
Module 7	Institutional review board/ Ethics committee
Module 8	Responsible conduct for research and research misconduct

During 8 – 9 February 2018 At Udon Thani Hospital

Prof.Sitirurg Songsivilai, M.D., Ph.D.
Secretary General
Of the National Research Council of Thailand

Pravich Tanyasittisuntorn, M.D.
Director, Medical Research Network,
Medical Research Foundation

Prof.Tada Sueblinvong, M.D.
Chairperson
Forum for Ethical Review Committees in Thailand

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

โครงการวิจัยเรื่อง : การพัฒนาการบริหารจัดการยาคืนผู้ป่วยไตเรื้อรังโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดอุดรธานี

ผู้วิจัยหลัก : นายวันชัย พันศรี

สังกัดหน่วยงาน : โรงพยาบาลกุดจับ อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี

รหัสโครงการ : UDREC 2162

เอกสารรับรอง : 1. แบบเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี
2. เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับอาสาสมัคร
3. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย
4. แบบสอบถาม

ลงนาม.....

(นายสันติ ศรีนิล)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

วันที่รับรอง : 27 พฤษภาคม 2562 วันหมดอายุ : 27 พฤษภาคม 2563

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี
เลขที่ 4 ถนนอธิบดี อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี 41000
โทร. (042) 222356 ต่อ 136

ภาคผนวก ค

หนังสือเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย

หนังสือขออนุญาตให้นักศึกษาใช้เครื่องมือการวิจัย

และหนังสือขออนุมัติเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

ที่ ศธ 0522.20(บ)/ว 637

สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

27 มีนาคม 2562

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

เรียน อาจารย์สุพัฒน์ กองศรีมา

สิ่งที่ส่งมาด้วย เค้าโครงย่อวิทยานิพนธ์และแบบสอบถาม จำนวน 1 ชุด

ด้วยนายวันชัย พันศรี นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกบริหารโรงพยาบาล สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการยาผู้ป่วยไตเรื้อรังโรงพยาบาลชุมชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือประเทศไทย" อยู่ในความควบคุมดูแลของรองศาสตราจารย์ ดร.พาณี สีตกะลิน อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และขณะนี้นักศึกษาอยู่ในขั้นตอนการสร้างเครื่องมือการวิจัย

ในการนี้สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพได้พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความเชี่ยวชาญในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอความอนุเคราะห์ท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัยของนักศึกษารายนี้ด้วย ทั้งนี้นักศึกษาจะเป็นผู้ติดต่อประสานกับท่านด้วยตนเอง

สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคงจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านเป็นอย่างดี และขอขอบคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์สราวุธ สุธรรมาสา)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

โทร.(02) 503-3610, 504-8020
โทรสาร. (02) 503-3570

ที่ ศธ 0522.20(บ)/ว 637

สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

27 มีนาคม 2562

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

เรียน อาจารย์พิสมัย วรรณขาม

สิ่งที่ส่งมาด้วย เค้าโครงย่อวิทยานิพนธ์และแบบสอบถาม จำนวน 1 ชุด

ด้วยนายวันชัย พันศรี นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกบริหารโรงพยาบาล สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการยาผู้ป่วยไตเรื้อรังโรงพยาบาลชุมชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือประเทศไทย" อยู่ในความควบคุมดูแลของรองศาสตราจารย์ ดร.พาณี สีตกะลิน อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และขณะนี้นักศึกษาอยู่ในขั้นตอนการสร้างเครื่องมือการวิจัย

ในการนี้สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพได้พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความเชี่ยวชาญในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอความอนุเคราะห์ท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัยของนักศึกษารายนี้ด้วย ทั้งนี้นักศึกษาจะเป็นผู้ติดต่อประสานกับท่านด้วยตนเอง

สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคงจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านเป็นอย่างดี และขอขอบคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์สราวุธ สุธรรมาสา)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

โทร.(02) 503-3610, 504-8020
โทรสาร. (02) 503-3570

ที่ ศธ 0522.20(บ)/ว 687

สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

27 มีนาคม 2562

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

เรียน อาจารย์ประยงค์ อนุสุวรรณ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย เค้าโครงย่อวิทยานิพนธ์และแบบสอบถาม จำนวน 1 ชุด

ด้วยนายวันชัย พันศรี นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกบริหารโรงพยาบาล สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการยาผู้ป่วยไตเรื้อรังโรงพยาบาลชุมชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือประเทศไทย" อยู่ในความควบคุมดูแลของรองศาสตราจารย์ ดร.พาณี สีตกะลิน อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และขณะนี้นักศึกษาอยู่ในขั้นตอนการสร้างเครื่องมือการวิจัย

ในการนี้สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพได้พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความเชี่ยวชาญในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอความอนุเคราะห์ท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัยของนักศึกษารายนี้ด้วย ทั้งนี้นักศึกษาจะเป็นผู้ติดต่อประสานกับท่านด้วยตนเอง

สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคงจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านเป็นอย่างดี และขอขอบคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์สราวุธ สุธรรมาสา)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

โทร.(02) 503-3610, 504-8020
โทรสาร. (02) 503-3570

ที่ ศธ 0522.20(บ)/688

สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

27 มีนาคม 2562

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาทดลองเครื่องมือ เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกุดจับ

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม จำนวน 1 ชุด

ด้วยนายวันชัย พันศรี นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกบริหารโรงพยาบาล สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการยาผู้ป่วยไตเรื้อรังโรงพยาบาลชุมชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือประเทศไทย" อยู่ในความควบคุมดูแลของรองศาสตราจารย์ ดร.พาณี สีตกะลิน อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ในการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ นักศึกษามีความประสงค์จะทดลองเครื่องมือ เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ โดยการเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานวันพฤหัสบดี โรงพยาบาลกุดจับ ซึ่งอยู่ในพื้นที่ความรับผิดชอบของท่านโดยใช้วิธีการ ให้ตอบแบบสอบถาม **ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2562 ถึง วันที่ 30 เมษายน 2562**

สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่าน โปรดพิจารณาอนุมัติให้นักศึกษาได้ทดลองเครื่องมือ เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ตามที่เห็นสมควรด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์สราวุธ สุธรรมมาสา)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

โทร.(02) 503-3610, 504-8020
โทรสาร. (02) 503-3570

ที่ ศธ 0522.20(บ)/ 568

สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

27 มีนาคม 2562

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูล เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกุดจับ

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม จำนวน 1 ชุด

ด้วยนายวันชัย พันศรี นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกบริหารโรงพยาบาล สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการยาผู้ป่วยไตเรื้อรังโรงพยาบาลชุมชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือประเทศไทย" อยู่ในความควบคุมดูแลของรองศาสตราจารย์ ดร.พาณี สีตกะลิน อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ในการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ นักศึกษามีความประสงค์จะขอเก็บข้อมูล เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ โดยการเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานวันพฤหัสบดี โรงพยาบาลกุดจับ ซึ่งอยู่ในพื้นที่ความรับผิดชอบของท่านโดยใช้วิธีการ ให้ตอบแบบสอบถาม **ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2562 ถึง วันที่ 30 เมษายน 2562**

สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่าน โปรดพิจารณาอนุมัติให้นักศึกษาได้ทดลองเครื่องมือ เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ตามที่เห็นสมควรด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์สราวุธ สุธรรมมาสา)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

โทร.(02) 503-3610, 504-8020
โทรสาร. (02) 503-3570

ที่ อด ๐๐๓๒๓๐๑/..๕๓๒

โรงพยาบาลกุดจับ
ต.เมืองเพีย อ.กุดจับ
จ.อุดรธานี ๔๑๒๕๐

วันที่ ๒๙ พฤษภาคม ๒๕๖๒

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูล เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์

เรียน สาธารณสุขอำเภอกุดจับ

สิ่งที่ส่งมาด้วย ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูล เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ ชุด

ด้วย **นายวันชัย พันศรี** นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาสาธารณสุขศาสตร์ วิชาเอก **การบริหารโรงพยาบาล** สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง **การพัฒนาการบริหารจัดการยาผู้ป่วยไตเรื้อรังด้วยกระบวนการ Appreciation Influence Control : AIC โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดอุดรธานี** ในการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ นักศึกษามีความประสงค์จะเก็บข้อมูล เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ โดยเก็บข้อมูลจากจาก **ผู้ป่วยไตเรื้อรังระดับ ๓b – ๕** ซึ่งอยู่ในพื้นที่ความรับผิดชอบของท่าน โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย ได้ผู้ป่วยในเขต รพ.สต.บ้านโพธิ์ ,รพ.สต.ดงหวาย และ รพ.สต.ดงบัง โดยใช้วิธีการกระบวนมีส่วนร่วมแบบ AIC และให้ตอบแบบสอบถาม ระหว่าง**วันที่ ๖ – ๗ มิถุนายน ๒๕๖๒ เวลา ๐๙.๐๐ น. – ๑๒.๐๐ น.**

โรงพยาบาลกุดจับ ในฐานะผู้บังคับบัญชาของนักศึกษาดังกล่าวจึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่าน โปรดพิจารณาอนุมัติให้นักศึกษาได้เก็บข้อมูล เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ตามที่เห็นสมควรด้วย จักขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(นายประยงค์ อนุสุวรรณ์)
หัวหน้าฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน
ปฏิบัติหน้าที่แทน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกุดจับ

ฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน
โทร. ๐๔๒-๒๙๑๓๒๐ – ๓ ต่อ ๑๐๘

ที่ อด ๐๐๗๒.๓๐๑/...๕๓๓...

โรงพยาบาลกุดจับ
ต.เมืองเพีย อ.กุดจับ
จ.อุดรธานี ๔๑๒๕๐

วันที่ ๒๙ พฤษภาคม ๒๕๖๒

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูล เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์

เรียน **ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโพธิ์**

สิ่งที่ส่งมาด้วย ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูล เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ ชุด

ด้วย **นายวันชัย พันศรี** นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาสาธารณสุขศาสตร์ วิชาเอก **การบริหารโรงพยาบาล** สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง **การพัฒนาการบริหารจัดการยาผู้ป่วยไตเรื้อรังด้วยกระบวนการ** Appreciation Influence Control : AIC **โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดอุดรธานี** ในการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ นักศึกษามีความประสงค์จะเก็บข้อมูล เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ โดยเก็บข้อมูลจากจาก **ผู้ป่วยไตเรื้อรังระดับ ๓b – ๕** ซึ่งอยู่ในพื้นที่ความรับผิดชอบของท่าน โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย ได้ผู้ป่วยในเขต รพ.สต.บ้านโพธิ์ ,รพ.สต.ดงหวาย และ รพ.สต.ดงบัง โดยใช้วิธีการกระบวนมีส่วนร่วมแบบ AIC และให้ตอบแบบสอบถาม ระหว่าง**วันที่ ๖ – ๗ มิถุนายน ๒๕๖๒ เวลา ๐๙.๐๐ น. – ๑๒.๐๐ น.**

โรงพยาบาลกุดจับ ในฐานะผู้บังคับบัญชาของนักศึกษาดังกล่าวจึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่าน โปรดพิจารณาอนุมัติให้นักศึกษาได้เก็บข้อมูล เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ตามที่เห็นสมควรด้วย จักขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(นายประยงค์ อนุสุวรรณ์)
หัวหน้าฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน
ปฏิบัติหน้าที่แทน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกุดจับ

ฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน
โทร. ๐๔๒-๒๙๑๓๒๐ – ๓ ต่อ ๑๐๘

ที่ อด ๐๐๓๒.๓๐๑/.๕๙๓

โรงพยาบาลกุดจับ
ต.เมืองเพีย อ.กุดจับ
จ.อุดรธานี ๔๑๒๕๐

วันที่ ๒๙ พฤษภาคม ๒๕๖๒

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูล เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์

เรียน **ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงหวาย**

สิ่งที่ส่งมาด้วย ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูล เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ ชุด

ด้วย **นายวันชัย พันศรี** นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาสาธารณสุขศาสตร์ วิชาเอก **การบริหารโรงพยาบาล** สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง **การพัฒนาการบริหารจัดการยาผู้ป่วยไตเรื้อรังด้วยกระบวนการ** Appreciation Influence Control : AIC **โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดอุดรธานี** ในการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ นักศึกษามีความประสงค์จะเก็บข้อมูล เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ โดยเก็บข้อมูลจากจาก **ผู้ป่วยไตเรื้อรังระดับ ๓b – ๕** ซึ่งอยู่ในพื้นที่ความรับผิดชอบของท่าน โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย ได้ผู้ป่วยในเขต รพ.สต.บ้านโพธิ์ ,รพ.สต.ดงหวาย และ รพ.สต.ดงบัง โดยใช้วิธีการกระบวนมีส่วนร่วมแบบ AIC และให้ตอบแบบสอบถาม ระหว่าง**วันที่ ๖ – ๗ มิถุนายน ๒๕๖๒ เวลา ๐๙.๐๐ น. – ๑๒.๐๐ น.**

โรงพยาบาลกุดจับ ในฐานะผู้บังคับบัญชาของนักศึกษาดังกล่าวจึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่าน โปรดพิจารณาอนุมัติให้นักศึกษาได้เก็บข้อมูล เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ตามที่เห็นสมควรด้วย จักขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(นายประยงค์ อนุสุวรรณ์)
หัวหน้าฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน
ปฏิบัติหน้าที่แทน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกุดจับ

ฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน
โทร. ๐๔๒-๒๙๑๓๒๐ – ๓ ต่อ ๑๐๘

ที่ อด ๐๐๑๒.๓๐๑/๕๓๓

โรงพยาบาลกุดจับ
ต.เมืองเพีย อ.กุดจับ
จ.อุดรธานี ๔๑๒๕๐

วันที่ ๒๙ พฤษภาคม ๒๕๖๒

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูล เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์

เรียน **ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงบัง**

สิ่งที่ส่งมาด้วย ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูล เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ ชุด

ด้วย **นายวันชัย พันศรี** นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาสาธารณสุขศาสตร์ วิชาเอก **การบริหารโรงพยาบาล** สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง **การพัฒนาการบริหารจัดการยาผู้ป่วยไตเรื้อรังด้วยกระบวนการ Appreciation Influence Control : AIC โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดอุดรธานี** ในการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ นักศึกษามีความประสงค์จะเก็บข้อมูล เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ โดยเก็บข้อมูลจากจาก **ผู้ป่วยไตเรื้อรังระดับ ๓b – ๕** ซึ่งอยู่ในพื้นที่ความรับผิดชอบของท่าน โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย ได้ผู้ป่วยในเขต รพ.สต.บ้านโพธิ์ ,รพ.สต.ดงหวาย และ รพ.สต.ดงบัง โดยใช้วิธีการกระบวนมีส่วนร่วมแบบ AIC และให้ตอบแบบสอบถาม ระหว่าง**วันที่ ๖ – ๗ มิถุนายน ๒๕๖๒ เวลา ๐๙.๐๐ น. – ๑๒.๐๐ น.**

โรงพยาบาลกุดจับ ในฐานะผู้บังคับบัญชาของนักศึกษาดังกล่าวจึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านโปรดพิจารณาอนุมัติให้นักศึกษาได้เก็บข้อมูล เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ตามที่เห็นสมควรด้วย จักขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(นายประยงค์ อนุสุวรรณ์)
หัวหน้าฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน
ปฏิบัติหน้าที่แทน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกุดจับ

ฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน
โทร. ๐๔๒-๒๙๑๓๒๐ – ๓ ต่อ ๑๐๘

ภาคผนวก ง

แบบสอบถามงานวิจัย

เอกสารคำชี้แจงเพื่ออธิบายรายละเอียดการวิจัย

สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

วันที่ .....

เรื่อง ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย

เรียน กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย

เนื่องด้วย**นายวันชัย พันศรี** นักศึกษาหลักสูตร แขนงวิชา**การบริหารโรงพยาบาล** สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช มีความประสงค์จะทำวิจัยเรื่อง **"การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการยาของผู้ป่วยไตเรื้อรังในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดอุดรธานี"** ซึ่งเป็นวิทยานิพนธ์ในหลักสูตรที่ศึกษา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและพัฒนาระบบการบริหารจัดการยาผู้ป่วยไตเรื้อรัง โรงพยาบาลกุดจับ อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี โดยอยู่ในความดูแลของ **รองศาสตราจารย์ ดร.พาณี สีตกะลิน**

ในการนี้ ผู้วิจัยเห็นว่าท่านเป็นบุคคลหนึ่งซึ่งมีคุณสมบัติในการให้ข้อมูลสำหรับการศึกษาวิจัย โดยความสมัครใจและสามารถถอนตัวออกจากวิจัยได้ทุกเวลาโดยไม่มีการบังคับหรือเกิดผลกระทบต่อท่านและครอบครัวใด ๆ ทั้งสิ้น

ข้อมูลของท่านจะถือว่าเป็นความลับโดยจะไม่เปิดเผยข้อมูลของท่านให้ผู้ใดทราบด้วยการเก็บแบบเอกสารชั้นลับที่สุดของผู้วิจัย และผู้วิจัยจะใช้ข้อมูลนี้เฉพาะการศึกษาวิจัยครั้งนี้เท่านั้น หากจะใช้ข้อมูลนี้ในการศึกษาอื่นจะทำการขออนุญาตจากเจ้าของข้อมูลทุกครั้งภาพรวม

ถ้าหากท่านมีข้อสงสัยประการใด สามารถติดต่อสอบถามได้ที่ **นายวันชัย พันศรี หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารโรงพยาบาล สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช หมายเลขโทรศัพท์ 081-064-3330** หรือ **รองศาสตราจารย์ ดร.พาณี สีตกะลิน หมายเลขโทรศัพท์ 081-869-1475**

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณในความร่วมมือและความอนุเคราะห์จากท่านที่สละเวลาอันมีค่าในการให้ข้อมูล

ขอแสดงความนับถือ

(นายวันชัย พันศรี)

นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาตรมหาบัณฑิต

แขนงวิชาการบริหารโรงพยาบาล

สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

แบบฟอร์มการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบลกุดจับ อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี ได้รับฟังคำอธิบายจากนายวันชัย พันศรี เกี่ยวกับการเข้าร่วม ในงานวิจัยเรื่อง "**การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการยาของผู้ป่วยไตเรื้อรังในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดอุดรธานี**" แล้ว โดยคำอธิบายมีเนื้อหาและรายละเอียดครอบคลุมหัวข้อดังนี้ (1) วัตถุประสงค์ กิจกรรมของโปรแกรมฯ และระยะเวลาที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ (2) ขั้นตอนและวิธีการตอบแบบสอบถามและทำแบบทดสอบ และ (3) ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ในการเข้าร่วมวิจัยและตอบแบบสอบถามในงานวิจัยนี้ ข้าพเจ้าสามารถเข้าร่วม / ปฏิเสธ/ หรือถอนตัวออกจากวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยไม่เกิดผลกระทบและความเสียหายใดแก่ตัวข้าพเจ้าและครอบครัว ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้ยินยอมให้บันทึกภาพและเสียงขณะทำกิจกรรม เพื่อประโยชน์ในการวิจัย โดยข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าจะต้องถูกเก็บรักษาเป็นความลับ และไม่มีการเปิดเผยชื่อ ภาพหรือเสียงในการรายงานผลการวิจัยหรือเอกสารตีพิมพ์เพื่อเผยแพร่

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจตามคำอธิบายข้างต้นแล้ว และยินยอมเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยเรื่อง "**การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการยาของผู้ป่วยไตเรื้อรังในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดอุดรธานี**" ด้วยความสมัครใจของข้าพเจ้าเอง

ลงลายมือชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย.....

(.....)

ลงลายมือชื่อผู้วิจัยหรือผู้ที่ชี้แจง.....

(นายวันชัย พันศรี)

ลงลายมือชื่อพยาน.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เลขที่แบบสอบถาม

เอกสารคำชี้แจงเพื่ออธิบายรายละเอียดในการตอบแบบสอบถาม

เรื่อง "**การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการยาของผู้ป่วยไตเรื้อรังในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดอุดรธานี**"

เนื่องด้วยนายวันชัย พันศรี หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารโรงพยาบาล สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช มีความประสงค์จะทำวิจัยเรื่อง "**การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการยาของผู้ป่วยไตเรื้อรังในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดอุดรธานี**" ซึ่งเป็นวิทยานิพนธ์ในหลักสูตรที่ศึกษาโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการยาคงเหลือในผู้ป่วยไตเรื้อรังที่มารับยาโรงพยาบาลชุมชน โดยใช้กระบวนการ AIC ในเขตอำเภอกุดจับ โรงพยาบาลกุดจับ อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี

ในการนี้ ผู้วิจัยเห็นว่าท่านเป็นบุคคลหนึ่งซึ่งมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ของการเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือเป็นผู้ป่วยไตเรื้อรัง เขตอำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี ผู้วิจัยจึงขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามและทำแบบทดสอบที่แนบมานี้ ซึ่งการตอบแบบสอบถามและทำแบบทดสอบจะกระทำ 2 ครั้ง คือก่อนการดำเนินการตามโปรแกรมฯ และหลังจากสิ้นสุดการดำเนินการของโปรแกรมฯ ซึ่งการให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและทำแบบทดสอบนี้เป็นไปตามความสมัครใจของท่าน และท่านสามารถถอนตัวออกจากการตอบแบบสอบถามและทำแบบทดสอบเมื่อใดก็ได้ไม่มีการบังคับให้โทษ โดยแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไป	จำนวน	12	ข้อ
ส่วนที่ 2 ความรู้ ความคิดเห็น การปฏิบัติในการบริหารจัดการยาของผู้ป่วย			
1. ความรู้เรื่องโรค ยา	จำนวน	9	ข้อ
2. ทัศนคติเรื่องโรค ยา	จำนวน	12	ข้อ
3. การปฏิบัติเรื่องโรค ยา	จำนวน	9	ข้อ
ส่วนที่ 3 แบบประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยไตเรื้อรัง(MMAS)			
	จำนวน	8	ข้อ
รวมทั้งหมด	**จำนวน**	**50**	**ข้อ**

คำตอบของท่านจะเป็นประโยชน์อย่างมากต่อการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรัง ซึ่งข้อมูลที่ได้ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

ถ้าหากท่านมีข้อสงสัยประการใดเกี่ยวกับงานวิจัยนี้ สามารถติดต่อสอบถามได้ที่ นายวันชัย พันศรี หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารโรงพยาบาล สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช หมายเลขโทรศัพท์ 081-0643330

หรือหากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับสิทธิ์ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย โปรดสอบถามได้ที่ **รองศาสตราจารย์ ดร. พาณี สีตกะลิน** สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช หมายเลขโทรศัพท์ **02-5048036-37**

ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านเป็นอย่างดีและขอขอบคุณที่กรุณาสละเวลาในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้

เลขที่แบบสอบถาม.....

ชุดที่ 1 แบบสอบถามในงานวิจัยเรื่อง
การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการยาของผู้ป่วยไตเรื้อรัง ในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง
จังหวัดอุดรธานี

.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไป ของผู้ตอบแบบสอบถาม
คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องสี่เหลี่ยม (❐) หรือเติมข้อความให้สมบูรณ์

1. เพศ ❐ 1. ชาย ❐ 2. หญิง

2. ปัจจุบันท่านอายุ .....ปี

3. สถานภาพสมรส
❐ 1. โสด ❐ 2. คู่
❐ 3. หม้าย ❐ 4. หย่าร้าง
❐ 5. แยกกันอยู่

4. ระดับการศึกษาสูงสุด
❐ 1. ไม่ได้เรียนหนังสือแต่อ่านออกเขียนได้ ❐ 2. ประถมศึกษา
❐ 3. มัธยมศึกษา ❐ 4. ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา
❐ 5. ปริญญาตรี ❐ 6. สูงกว่าปริญญาตรี

5. อาชีพปัจจุบัน
❐ 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ ❐ 2. เกษตรกรรม
❐ 3. ค้าขาย ❐ 4. รับจ้าง โปรดระบุ.....
❐ 5. รับราชการ ❐ 6. รัฐวิสาหกิจ
❐ 7. อื่น ๆ โปรดระบุ.....

6. ระยะเวลาที่ท่านป่วย**เป็นไตเรื้อรัง** ..... ปี

7. นอกจากโรคไตเรื้อรังท่านมีโรคร่วมหรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

❒ 1. ไม่มีโรคร่วม ❒ 2. เบาหวาน

❒ 3. ความดันโลหิตสูง ❒ 4. โรคหัวใจ

❒ 5. โรคเก๊าซ์ ❒ 6. โรคอื่นๆ.....

8. ผู้ดูแลท่านในการกินยา คือ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

❒ 1. ไม่มีผู้ดูแล/**ดูแลตนเอง** ❒ 2. สามี/ภรรยา

❒ 3. บุคคลในครอบครัว ❒ 4. ญาติบ้านติดกัน

❒ 5. อสม. ❒ 6. ผู้นำชุมชน

9. ท่านรับยาโรคไตเรื้อรังและโรคเรื้อรัง อื่นๆ จากที่ใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

❒ 1. โรงพยาบาลกุดจับ ❒ 2. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

❒ 3. โรงพยาบาลอุดรธานี ❒ 4. คลินิกแพทย์เอกชน

❒ 5. ร้านขายยา ❒ 6. ร้านขายของชำ

❒ 7. รถเร่ขายยา ❒ 8. แหล่งอื่นๆ.....

10. ผู้ป่วยเดินทางมาโรงพยาบาลด้วยพาหนะใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

❒ 1. รถยนต์ส่วนตัว ❒ 2. รถจักรยานยนต์ส่วนตัว

❒ 3. รถโดยสารประจำทาง ❒ 4. รถยนต์/สามล้อรับจ้าง

❒ 5. มากับเพื่อนบ้านที่ป่วยเหมือนกัน ❒ 6. อื่นๆ.....

11. การใช้ยาสมุนไพรในการรักษาโรคไตเรื้อรัง

❒ 1. ไม่ใช้ยาสมุนไพร

❒ 2. ใช้ยาสมุนไพร ระบุชื่อยาสมุนไพร.....

12. ในครั้งนี้ท่านนำยาคงเหลือมาคืนโรงพยาบาลด้วยหรือไม่

❒ 1. ไม่ได้นำมา ❒ 2. นำมาคืนบางส่วน

❒ 3. นำมาคืนทุกตัวยา

ส่วนที่ 2 ความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติในการบริหารจัดการยาของผู้ป่วย(K)

1. แบบสอบถามความรู้เรื่องโรค และยา ของผู้ป่วยไตเรื้อรัง จำนวน 9 ข้อ ลักษณะข้อคำถามมี 2 ตัวเลือก คือ ไม่ใช่ และ ใช่

ข้อที่	คำถาม	ความคิดเห็น		สำหรับผู้วิจัย
		ไม่ใช่	ใช่	
1	สามารถขอยืมยาของเพื่อนบ้านมากินได้ เพราะเป็นยารักษาโรคเดียวกัน(K1) (R1)			K1R1
2	การกินยาที่ได้รับจากหมอจำเป็นต้องอ่านชื่อ/ชื่อยา/ขนาดและวิธีตามที่หมอสั่ง(K2) (R1)			K2R1
3	การกินยาแก้ปวด มากๆทำให้ไตเสื่อมได้(K3) (R2)			K3R2
4	การกินยาสมุนไพรสามารถรักษาโรคไตเรื้อรังได้(K4) (R2)			K4R2
5	การเก็บยาที่ได้รับจากโรงพยาบาลที่**ถูกต้อง**คือ เก็บยาไว้ในซองยาเดิม โดยไม่นำยาออกมาปนกัน(K5) (R2)			K5R2
6	**ยาทุกตัว**ที่ท่านได้รับจากโรงพยาบาลท่านรู้ว่าว่าใช้รักษาโรคอะไรและจะมีอาการข้างเคียงอย่างไร(K6) (R2)			K6R2
7	ถ้าลืมกินยา สามารถกินได้ทันที-หรือกินในครั้งต่อไปในขนาดเท่าเดิม(K7) (R3)			K7R3
8	ยากิน สามารถนำมาใช้ในการทา หรือสอดทวารหนักได้(K8) (R4)			K8R4
9	ยากินก่อนอาหาร และยากินหลังอาหาร นำมากินพร้อมกันเลยจะได้ไม่ต้องเสียเวลาหลายครั้ง(K9) (R5)			K9R5

2. ทัศนคติเรื่องโรคไตเรื้อรัง และ ยา เป็นแบบสอบถาม จำนวน 12 ข้อ ลักษณะข้อคำถามมี 5 ตัวเลือก คือ

ระดับความคิดเห็น

1 หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด

2 หมายถึง เห็นด้วยน้อย

3 หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง

4 หมายถึง เห็นด้วยมาก

5 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด

ข้อที่	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น					สำหรับผู้วิจัย
		1	2	3	4	5	
1	ท่านคิดว่าการกินยาที่ได้รับจากแพทย์สั่ง**จำเป็น**ต้องตรวจสอบชื่อ/ชื่อยาวิธีกินยาก่อนเสมอ (A1) (R1)						
2	ท่านคิดว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้รับยาเหมือนกัน**สามารถขอยืมยา**กันกินได้เพราะเป็นยารักษาโรคเดียวกัน (A2) (R1)						
3	ถ้าไปรับการรักษาที่คลินิก หรือโรงพยาบาลเอกชน**จำเป็น**ต้องแจ้งว่าเป็นโรคไตเรื้อรังเพื่อป้องกันแพทย์สั่งยาที่เป็นพิษต่อไต(A3) (R1)						
4	ท่านคิดว่ายาสมุนไพรสามารถรักษาโรคได้เหมือนยาที่โรงพยาบาล (A4) (R2)						
5	ยาที่กินแต่ละชนิดที่แพทย์สั่ง**ไม่จำเป็น**ต้องรู้ชื่อหรือสรรพคุณของยาเพราะเชื่อใจหมอ (A5) (R2)						

ข้อที่	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น					สำหรับผู้วิจัย
		1	2	3	4	5	
6	การนำยาที่เหลือมาคืนเภสัชกรทุกครั้งที่มารับยาจะทำให้สามารถกินยาได้อย่างถูกต้อง (A6) (R2)						
7	ท่านคิดว่า**ไม่ควร**เก็บยาไว้ในรถยนต์เพราะยาจะเสื่อมคุณภาพเนื่องจากมีความร้อนสูง (A7) (R2)						
8	ท่านคิดว่ายาที่เหลือกิน**ห้าม**นำไปทิ้งปนกับขยะทั่วไปเพราะเป็นขยะอันตราย (A8) (R2)						
9	ท่านเชื่อว่า**สามารถปรับเพิ่ม หรือลดยา**ได้เองโดยไม่ต้องปรึกษาแพทย์ หรือเภสัชกรเมื่อมีการดีขึ้นหรือไม่ดีกว่าเดิม (A9) (R3)						
10	ท่านคิดว่ายากินสามารถใช้ทาที่ผิวหนังได้ (A10) (R4)						
11	ท่านเชื่อว่าเมื่อลืมกินยา สามารถกินยาได้เลยที่นึกได้ในขนาดปกติหรือโดยไม่กินชดเชยขนาดที่ลืม (A11) (R5)						
12	ท่านคิดว่ายากินก่อนอาหาร และหลังอาหารสามารถนำมากินพร้อมกันได้เลยป้องกันลืม (A12) (R5)						

3. การปฏิบัติตัวในการกินยาที่ใช้รักษาไตเรื้อรัง เป็นแบบสอบถาม จำนวน 9 ข้อ ลักษณะข้อคำถามมี 5 ตัวเลือก

ระดับความคิดเห็น
1 หมายถึง ปฏิบัติน้อยที่สุด
2 หมายถึง ปฏิบัติน้อย
3 หมายถึง ปฏิบัติปานกลาง
4 หมายถึง ปฏิบัติมาก
5 หมายถึง ปฏิบัติมากที่สุด

ข้อที่	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น					สำหรับผู้วิจัย
		1	2	3	4	5	
1	ท่านอ่านชื่อผู้ป่วย/ชื่อยา/วิธีกิน ทุกครั้งก่อนกินยา เพราะแพทย์อาจมีการปรับการรักษา(P1) (R1)						+
2	ถ้ายาหมดก่อนนัด หรือลืมเอายามาด้วย สามารถยืมจากเพื่อนบ้านมากินก่อนได้ (P2) (R1)						-
3	ท่านซื้อสมุนไพรมากินเองร่วมกับยาที่ได้รับจากแพทย์เพื่อรักษาไตเรื้อรัง (P3) (R2)						-
4	เมื่อท่านปวดเมื่อย/หรือมีไข้ ท่านจะปรึกษาแพทย์ก่อนเสมอ จะไม่ซื้อยากินเองเพราะยาแก้ปวดเป็นพิษต่อไตรุนแรง (P4) (R2)						+
5	ท่านนับเม็ดยาคงเหลือก่อนมาโรงพยาบาล และนำยาเดิมทั้งหมดที่เหลือมาโรงพยาบาลด้วยทุกครั้ง เพื่อคืนยาแก่แพทย์(P5) (R2)						+

ข้อที่	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น					สำหรับผู้วิจัย
		1	2	3	4	5	
6	ยากินครึ่งเม็ด ท่านกินเต็มเม็ดเลย เนื่องจากไม่เกิดอันตราย และจะได้ออกฤทธิ์ดีๆ(P6) (R3)						-
7	ท่านนำยากินมาใส่แผลหรือเหน็บทวารบ่อยๆ(P7)(R4)						-
8	ท่านกินยาก่อนอาหารและหลังอาหารเช้าพร้อมกันเลย/หรือกินยาก่อนนอนพร้อมยาหลังอาหารเย็น(P8) (R5)						-
9	หากท่านลืมกินยา ท่านจะกินยาทันทีที่นึกได้ในขนาดยาปกติ โดยไม่เพิ่มหรือลดจำนวนยา(P9) (R5)						+

ส่วนที่ 3แบบประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยไตเรื้อรัง

modified Morisky Medication Adherence Scale (MMAS)

คำชี้แจง แบบประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา มีข้อคำถาม 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา มีข้อคำถาม 1 ข้อ

ส่วนที่ 1 แบบประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา มีจำนวนคำถาม 7 ข้อ
โปรดทำเครื่องหมาย ✓ในช่องว่างหลังข้อความที่ตรงกับ การปฏิบัติของท่านมากที่สุด

ข้อคำถาม	ไม่ใช่	ใช่
1. บางครั้งท่านลืมรับประทานยารักษาโรคไตเรื้อรังหรือไม่		
2. ให้นึกทบทวนว่าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีบางวันหรือไม่ที่ท่านไม่ได้รับประทานยาโรคไตเรื้อรัง		
3. ท่านเคยหยุดรับประทานยาโดยไม่บอกแพทย์ เนื่องจากรู้สึกแย่ลงเมื่อรับประทานยารักษาโรคไตเรื้อรังหรือไม่		
4. เมื่อท่านเดินทางหรือออกจากบ้าน บางครั้งท่านเคยลืมนำยาไปด้วยหรือไม่		
5. เมื่อวานนี้ท่านรับประทานยารักษาโรคไตเรื้อรังหรือไม่		
6. เมื่อท่านสามารถควบคุมโรคไตเรื้อรังได้ปกติ บางครั้งท่านหยุดรับประทานยารักษาหรือไม่		
7. ท่านรู้สึกยุ่งยากรบกวนหรือไม่ ในการรับประทานยารักษาโรคไตเรื้อรังตามแผนการรักษาของแพทย์		

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา มีจำนวนข้อคำถาม 1 ข้อ
โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างหลังข้อความที่ตรงกับการปฏิบัติของท่านมากที่สุด

ท่านมีความยุ่งยากที่จะจำเกี่ยวกับยารักษาโรคไตเรื้อรังทั้งหมดของท่านบ่อยแค่ไหน

☐ ไม่เคย
☐ นานๆ ครั้ง
☐ บางครั้ง
☐ เกือบทุกครั้ง
☐ ประจำทุกครั้ง

ภาคผนวก จ

แบบบันทึกการนับเม็ดยาเพื่อประเมินความร่วมมือในการใช้ยา

เลขที่แบบสอบถาม.....

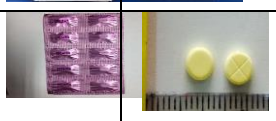
แบบบันทึกการนับเม็ดยาเพื่อประเมินความร่วมมือในการใช้ยา

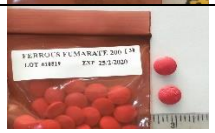
ลำดับ	ชื่อยา	จำนวนเม็ดยาที่ได้รับ	จำนวนเม็ดยาที่เหลือ	Compliance Rate
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

เลขที่แบบสอบถาม.....

แบบบันทึกรายการยาคงเหลือผู้ป่วยไตเรื้อรัง

ชื่อผู้ป่วย..... โรงพยาบาลกุดจับ จังหวัดอุดรธานี

ลำดับ	ชื่อยา	ภาพยา	จำนวนยาที่ได้รับ	ยาคงเหลือ (เม็ด) วันที่.....	จำนวนยาที่ได้รับ	ยาคงเหลือ (เม็ด) วันที่.....
1	**Aspirin 81 mg แอสไพริน 81 มก.**					
2	**ASPIRIN 300 mg แอสไพริน 300 มก.**					
3	**Amlodipine 5 mg แอมโลดิปีน 5 มก.**					
4	**AMLODIPINE 10 mg แอมโลดิปีน 10 มก.**					
5	**Atenolol 50 mg อะทีโนลอล 50 มก.**					
6	**Enalapril 5 mg อีนาลาพริล 5 มก.**					
7	**ENALAPRIL 20 mg อีนาลาพริล 20 มก.**					
8	**Gemfibrozil 300 mg เกมไฟโบรซิล 300 มก.**					
9	**Hydralasine 25 mg ไฮดราลาซีน 25 มก.**					
10	**HCTZ 25 mg ไฮโดรคลอโรไธอะไซด์ 25 มก.**					

ลำดับ	ชื่อยา	ภาพยา	จำนวนยาที่ได้รับ	ยาคงเหลือ (เม็ด) วันที่.....	จำนวนยาที่ได้รับ	ยาคงเหลือ (เม็ด) วันที่.....
11	**Losartan 50 mg** **โลซาทาน 50 มก**					
12	**Metoprolol 100 mg** **เมโทโพรลอล 100 มก**					
13	**Propranolol 10 mg** **โพรพราโนลอล 10 มก**					
14	**PROPRANOLOL40 mg** **โพรพราโนลอล 40 มก**					
15	**Spironolactone 25 mg** **สไปโรโนแลคโตน 25 มก**					
16	**Simvastatin 20 mg** **ซิมวาสะแตติน 20 มก**					
17	**Sodamint 300 mg** **โซดามิ้น 300 มก.**					
18	**Folic 5 mg** **โฟลิก 5 มก**					
19	**Ferrous fu. 200 mg** **เฟอรัสฟูมาเรต 200 มก**					
20	**B. complex** **วิตามินบี รวม**					

ลำดับ	ชื่อยา	ภาพยา		จำนวนยาที่ได้รับ	ยาคงเหลือ (เม็ด) วันที่.....	จำนวนยาที่ได้รับ	ยาคงเหลือ (เม็ด) วันที่.....
21	**Omeprazole 20 mg** **โอมีพราโซล 20 มก**						
22	**Calcium car. 1 กรัม** **แคลเซี่ยม 1 กรัม**						
23							
24							
25							
26							
27							

ผู้บันทึก ( ) ผู้ป่วย ( ) ผู้ดูแลผู้ป่วย ( ) อสม.

ภาคผนวก ฉ

โปรแกรมการพัฒนาการบริหารจัดการยาผู้ป่วยไตเรื้อรังด้วยกระบวนการ Appreciation Influence Control : AIC โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดอุดรธานี

ขั้นตอนกระบวนการ AIC โดยสร้างเครื่องมือการประชุมเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่

1) ขั้นตอนการสร้างความรู้ซาบซึ้งคุณค่า (Appreciation : A) จำนวน 1 ชั่วโมง
2) ขั้นตอนการสร้างแนวทางการพัฒนาร่วมกัน (Influence : I) จำนวน 1 ชั่วโมง
3) ขั้นตอนการควบคุมไปสู่การปฏิบัติ (Control : C) จำนวน 1 ชั่วโมง

ประกอบด้วยกิจกรรม 5 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 ละลายพฤติกรรม จำนวน 15 นาที

กิจกรรมที่ 2 ประชุมกลุ่มใหญ่ เรื่อง กินยาถูกต้องสำคัญอย่างไร (A1) จำนวน 30 นาที

กิจกรรมที่ 3 ประชุมกลุ่มย่อย เรื่อง ภาพฝันเรื่องกินยาอย่างไรให้มีความสุข (A2)จำนวน 30 นาที

กิจกรรมที่ 4 กำหนดเป้าหมายทำอย่างไรจึงจะไม่กินยาผิด (I 1) จำนวน 1 ชั่วโมง

กิจกรรมที่ 5 ประชุมกลุ่มใหญ่ แนวทางการกินยาให้ถูกต้อง พร้อมแบบบันทึกการกินยา (C1) จำนวน 30 นาที

กิจกรรมที่ 6 สรุปการประชุมและสร้างข้อตกลงร่วมกัน (C2) จำนวน 30 นาที

กิจกรรมที่ 1 ละลายพฤติกรรม

ระยะเวลา 15 นาที

วัตถุประสงค์	เนื้อหา/กิจกรรม	สื่อและอุปกรณ์	การประเมินผล
1. ผู้เข้าร่วมประชุมผ่อนคลายและเป็นกันเองกับวิทยากร 2. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุมกล้าในการแสดงความคิดเห็นและกล้าแสดงออก	1. การแนะนำตนเองของวิทยากร 2. การแนะนำตนเองของผู้เข้าร่วมประชุม 3. กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ “นิทานก้อม เพื่อผ่อนคลาย” โดยให้ผู้ป่วยผลัดกันมาเล่า 1 – 2 คน ในเรื่องที่ตนเองอยากเล่า หรือเปิดนิทานก้อมจาก youtube	- คอมพิวเตอร์โน๊ตบุ้ค - เครื่องฉาย projector	- การสังเกตผู้เข้าร่วมประชุม

กิจกรรมที่ 2 ประชุมกลุ่มใหญ่ เรื่อง กินยาถูกต้องสำคัญอย่างไร (A1)

ระยะเวลา 30 นาที

วัตถุประสงค์	เนื้อหา/กิจกรรม	สื่อและอุปกรณ์	การประเมินผล
1. เพื่อให้ทราบถึงความสำคัญของการกินยาอย่างถูกต้อง 2. ทราบถึงการกินยาถูกต้องตามหลัก 5 R	1. ทำไมต้องกินยา กินยานั้นสำคัญอย่างไร โดยเภสัชกรบรรยายให้ผู้เข้าร่วมประชุมรับฟัง 2. ให้ผู้เข้าร่วมประชุมร่วมแสดงความคิดเห็นว่าทำไมต้องกินยา 3. เภสัชกรบรรยายเรื่องการกินยาถูกต้องตามหลัก 5 R	- Projector - เอกสารประกอบ	- การซักถามการตอบคำถาม

กิจกรรมที่ 3 ประชุมกลุ่มย่อย เรื่อง ภาพฝันเรื่องกินยาอย่างไรให้มีความสุข (A2)

ระยะเวลา 30 นาที

วัตถุประสงค์	เนื้อหา/กิจกรรม	สื่อและอุปกรณ์	การประเมินผล
1. เพื่อสร้างภาพฝันที่อยากได้ในการกินยาให้ถูกต้อง 2. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุมมีส่วนร่วมในการคิดเสนอแนะการจัดการยาร่วมกัน	1.แบ่งกลุ่มผู้เข้าประชุมออกเป็นกลุ่มย่อย 3 กลุ่ม ให้พิจารณาและสร้างภาพฝันที่อยากได้เกี่ยวกับยา โดย กลุ่มที่ 1 ให้ดูตัวอย่างยา ซองยา ฉลากยา เพื่อพิจารณาว่ามีความถูกต้องเหมาะสมหรือไม่ กลุ่มที่ 2 ให้พิจารณาว่ายาที่เหลือในบ้านทั้งยาเม็ด ยาน้ำ จะจัดการได้อย่างไรบ้าง กลุ่มที่ 3 ให้พิจารณาว่าเก็บยาที่บ้านได้อย่างไรบ้าง 2.ให้ตัวแทนแต่ละกลุ่มนำเสนอ ข้อคิดเห็นที่ได้มาในแต่ละกลุ่ม	- Projector - เอกสารประกอบ - กระดาษเขียนภาพฝัน	- การซักถาม การตอบคำถาม

กิจกรรมที่ 4 กำหนดเป้าหมายทำอย่างไรจึงจะไม่กินยาผิด (I 1)

จำนวน 1 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์	เนื้อหา/กิจกรรม	สื่อและอุปกรณ์	การประเมินผล
1. เพื่อกำหนดเป้าหมายร่วมกันในการป้องกันการกินยาผิด 2. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุมมีส่วนร่วมในการคิดเสนอแนะ และวางเป้าหมายการป้องกันการกินยาผิดร่วมกัน	1.ประชุมกลุ่มใหญ่ เพื่อร่วมกันกำหนดเป้าหมายว่าทำอย่างไรจึงจะไม่กินยาผิด 2. คนทำได้ดี ควบคุมอาการของโรคได้ดี และไม่ลืมกินยา มาร่วมแสดงความคิดเห็น เพื่อแบ่งปันประสบการณ์ 3. เป้าหมายมีอะไรบ้าง ให้ทุกคนร่วมแสดงความคิดเห็นและทำอย่างไรจึงจะไปให้ถึง 4. ฉลากยา รายการยาที่ได้รับมีปัญหาอะไรบ้าง นำฉลากยาจริง ซองยาจริงที่ได้รับจากโรงพยาบาลมาให้ดู เพื่อหาจุดอ่อน จุดแข็งและแนวทางการพัฒนา ว่าทำอย่างไรจึงจะตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้ดีที่สุด 5. การแกะยากินอย่างไรเพื่อการนับได้สะดวก	- Projector - เอกสารประกอบ - กระดาษเขียนพร้อมปากกาเคมี	- การซักถามการตอบคำถาม - การมีส่วนร่วม - ได้เป้าหมายที่ชัดเจน

กิจกรรมที่ 5 ประชุมกลุ่มใหญ่ แนวทางการกินยาให้ถูกต้อง พร้อมแบบบันทึกการกินยา (C1)
จำนวน 30 นาที

วัตถุประสงค์	เนื้อหา/กิจกรรม	สื่อและอุปกรณ์	การประเมินผล
1. เพื่อให้ทุกคนทราบเป้าหมายและแนวทางการกินยาให้ถูกต้อง 2. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุมมีส่วนร่วมในการคิดเสนอแนะ และทดลองลงบันทึกการกินยาได้อย่างถูกต้อง	1.ประชุมกลุ่มใหญ่ เพื่อรับทราบทบทวนเป้าหมายว่าทำอย่างไรจึงจะไม่กินยาผิด 2. ทุกคนได้เรียนรู้แบบบันทึกการกินยา/การนับเม็ดยาคงเหลือ ก่อนมารับยาที่โรงพยาบาล และจะทำอย่างไรจึงจะบันทึกการกินยา/จำนวนยาคงเหลือได้ถูกต้อง 3. การนำเสนอแอพพลิเคชั่นช่วยการกินยา เรียนรู้ร่วมกัน 4. ซักซ้อมความเข้าใจการลงบันทึก การนำใบบันทึกยาคงเหลือมาส่งเภสัชกรในวันนัด 5. เภสัชกรทดลองการลงจำนวนยาคงเหลือเพื่อตัดยอดยาให้ถึงวันนัดผู้ป่วยโดยเผื่อไว้ 7 วัน ป้องกันกรณียาตกหล่นหรือลืมวันนัด	- Projector - แบบบันทึกการกินยา/จำนวนยาคงเหลือผู้ป่วยไตเรื้อรัง - กระดาษเขียนพร้อมปากกาเคมี	- การซักถามการตอบคำถาม - การมีส่วนร่วม - ลงแบบบันทึกได้อย่างถูกต้อง

วัตถุประสงค์	เนื้อหา/กิจกรรม	สื่อและอุปกรณ์	การประเมินผล
	6. ซักซ้อมขั้นตอนการมารับบริการในคลินิกไตเรื้อรัง สิ่งที่ต้องเตรียมมาในวันนัด 7. ให้ผู้เข้าร่วมประชุมทบทวนร่วมกัน	-	

กิจกรรมที่ 6 สรุปการประชุมและสร้างข้อตกลงร่วมกัน (C2)

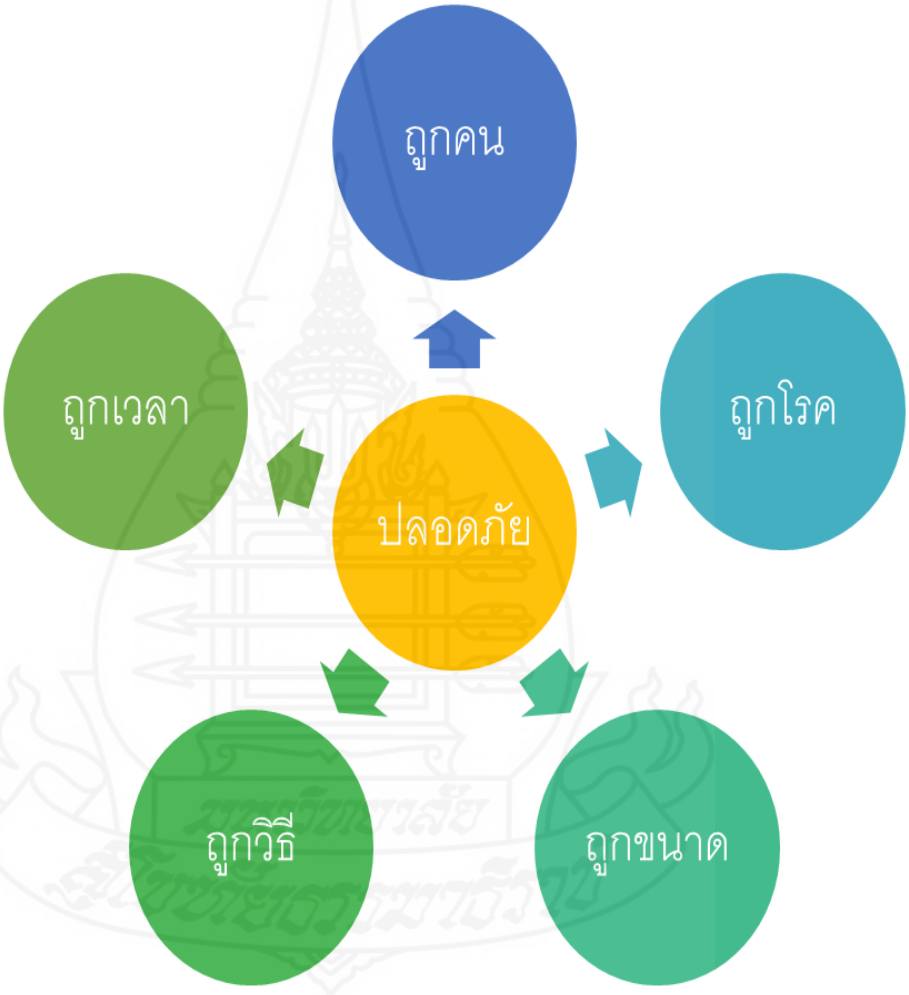
จำนวน 30 นาที

วัตถุประสงค์	เนื้อหา/กิจกรรม	สื่อและอุปกรณ์	การประเมินผล
1. เพื่อทบทวนความเข้าใจอีกครั้ง 2. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุมซักถามตอบข้อสงสัยต่างๆ	1.ให้ผู้เข้าร่วมประชุม 3 คน มาลองทบทวนสิ่งที่ได้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการในครั้งนี้ 2. วิทยากรทบทวนแนวทางที่ถูกต้องให้ผู้เข้าร่วมประชุม 3. ตอบข้อซักถามจากผู้เข้าร่วมประชุม	- Projector	- การซักถาม การตอบคำถาม

ภาคผนวก ช

เอกสารสำหรับเสริมความรู้กลุ่มทดลองการพัฒนาการบริหารจัดการยาผู้ป่วยไตเรื้อรัง ด้วยกระบวนการ Appreciation Influence Control : AIC โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดอุดรธานี

แผนภูมิ การใช้ยาถูกต้องตามหลัก 5 R



การพัฒนาการบริหารจัดการยาผู้ป่วยไตเรื้อรัง
ด้วยกระบวนการ Appreciation Influence Control : AIC
โรงพยาบาลชุมชนกุดจับ จังหวัดอุดรธานี

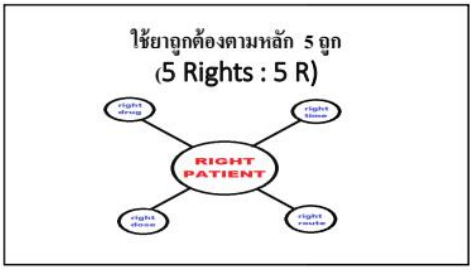
ทำไมต้องกินยา ?

ความสำคัญของการกินยา

- .....
- .....
- .....
- .....

อยากหายจากโรค หรือไม่

ใช้ยาถูกต้อง
ป้องกันโรคไต


ใช้ยาถูกต้องตามหลัก 5 ถูก
(5 Rights : 5 R)
RIGHT PATIENT

1. ใช้ยาถูกคน

1. ใช้ยาถูกคน
ถูกโรค
ถูกขนาด
ถูกคน
ถูกวิธี
ถูกเวลา

2. ใช้ยาถูกโรค

3. ใช้ยาถูกขนาด

4. ใช้ยาถูกวิธี

5. ใช้ยาถูกเวลา

ทำอย่างไรถึงจะไม่ลืมกินยา

- มีผู้ดูแลคอยจัดยา
- มีกล่องใส่ยา
- นาฬิกาปลุก
- แอพพลิเคชันในโทรศัพท์
- ไม่แนะนำให้เตรียมยาล่วงหน้าครั้งละมากๆ

สามารถปรับขนาดการใช้ยาเองได้หรือไม่

- ไม่ควรปรับขนาดยาหรือหยุดยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์
- การปรับเพิ่มขนาดยาเองอาจทำให้เสี่ยงต่อการเกิดอาการข้างเคียงจากยา ส่วนการปรับลดขนาดยาเองอาจลดประสิทธิภาพของยาจนไม่ได้ผลการรักษา เช่น ยาลดความดันโลหิตที่รับประทานต่อเนื่องจนสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ หากหยุดยาเองทันทีอาจทำให้ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้นมากจนเกิดอันตรายได้

การที่ต้องรับประทานยาเป็นระยะเวลานานส่งผลต่อการทำงานของตับและไตหรือไม่

- ตับและไตเป็นอวัยวะที่สำคัญในการขจัดยาออกจากร่างกาย ในผู้สูงอายุประสิทธิภาพของการขจัดยาจะลดลงอย่างมากเมื่อเทียบกับวัยหนุ่มสาว ขนาดยาที่เท่ากันอาจมีฤทธิ์ตกค้างในร่างกายผู้สูงอายุได้ โดยเฉพาะถ้ายานั้นมีพิษต่อตับหรือไตก็จะยิ่งทำให้การทำงานของตับหรือไตเสื่อมสภาพลง
- การใช้ยาในผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องอยู่ในความดูแลของแพทย์ ซึ่งแพทย์จะเป็นผู้ประเมินติดตามค่าการทำงานของตับและไต และคอยปรับขนาดยาที่เหมาะสมให้

สรุป ข้อควรปฏิบัติที่สำคัญเกี่ยวกับการใช้ยาในผู้ป่วยไตเสื่อม

- นำรายการยาหรือยาที่รับประทานทุกชนิดมาทุกครั้งที่พบแพทย์ เพื่อให้แพทย์ทบทวนความเหมาะสมของการใช้ยา
- ควรสอบถามถึงอาการข้างเคียงในการใช้ยาและข้อควรระวังทุกครั้งเมื่อเริ่มยาใหม่

ภาคผนวก ซ

แผนผังขั้นตอนการจัดบริการการพัฒนาการบริหารจัดการยาผู้ป่วยไตเรื้อรัง
โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดอุดรธานี

การบริหารจัดการยาผู้ป่วยไตเรื้อรังแบบเดิม

การบริหารจัดการยาผู้ป่วยไตเรื้อรังแบบใหม่

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นายวันชัย พันศรี
วัน เดือน ปี เกิด	22 กันยายน 2518
สถานที่เกิด	อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี
ประวัติการศึกษา	สบ. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช พ.ศ. 2543
	ภบ. มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี พ.ศ. 2551
สถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลกุดจับ อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี
ตำแหน่ง	เภสัชกร ระดับ ชำนาญการ