

## บทที่ 4

### ผลการวิจัยและอภิปรายผล

ผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 6 ขั้นตอน คือ

- ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย
- ตอนที่ 2 ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา
- ตอนที่ 3 ระดับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย
- ตอนที่ 4 คะแนนจากการทดสอบความรู้ความเข้าใจเรื่องยาและการปฏิบัติตน
- ตอนที่ 5 ระดับผลการรักษาของผู้ป่วย
- ตอนที่ 6 อาการที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## 1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

จากการดำเนินงานให้คำปรึกษาโดยเภสัชกรในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ที่ทำการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในช่วงเวลาดังแต่เดือนกรกฎาคม 2542 ถึงเดือน กุมภาพันธ์ 2543 ณ กองอายุรกรรมและกึ่งกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และหน่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลราชวิถี โดยมีผู้ป่วยที่ทำการรักษาทั้งหมด 63 คน เป็นเพศชาย 34 คน และเพศหญิง 29 คน คิดเป็นสัดส่วน ของเพศชายต่อเพศหญิงเท่ากับ 1.17 : 1 หรือร้อยละ 53.97 และ 46.03 ตามลำดับ อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยกลุ่มนี้คือ 47.76 ปี โดยมีผู้ป่วยที่อายุน้อยที่สุดคือ 15 ปี และอายุมากที่สุดคือ 82 ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่จบการศึกษาชั้นสูงสุดในระดับมัธยมปลาย และปริญญาตรี เป็นลำดับรองลงมา (ร้อยละ 38.10 และ 28.57 ) โดยพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงานหรือประกอบอาชีพใด ๆ ( ร้อยละ 42.86 ) เนื่องจากเป็นผู้สูงอายุที่เกษียณอายุแล้ว และร้อยละ 28.57 ประกอบอาชีพรับราชการ ซึ่งสามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ ดังตารางที่ 6 และภาพที่ 2 ถึง 5

ในส่วนของกรการรักษา นั้น ผู้ป่วยในกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ ได้รับการรักษาด้วยวิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมนี้ มาเป็นเวลาน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 ปี ( ร้อยละ 53.97) รองลงมาคือ ในช่วง 3 ถึง 5 ปี ( ร้อยละ 22.22 ) หรือโดยเฉลี่ยแล้วทำการรักษาโดยวิธีนี้มาเป็นเวลา 3.31 ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคแทรกซ้อนจำนวน 1 โรค ( ร้อยละ 39.68 ) โดยมีจำนวนผู้ป่วยที่ไม่มีโรคแทรกซ้อน และมีโรคแทรกซ้อนจำนวน 2 โรคในลำดับรองลงมา (ร้อยละ 28.57 และ 17.46 ตามลำดับ ) โดยโรคที่พบได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคทางระบบหลอดเลือดและหัวใจ และอื่น ๆ เช่น โรคเกาท์ ตับอักเสบ โรคลมชัก โลหิตจาง วัณโรค ภาวะ hyperparathyroid เป็นต้น จากการที่ผู้ป่วยภาวะไตวายระยะสุดท้าย มักมีภาวะโรคอื่นที่เป็นร่วมด้วย ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ ได้รับยาเฉลี่ยรายละ 8.65 ชนิด โดยพบว่าส่วนใหญ่ได้รับยาในระหว่าง 9 ถึง 12 ชนิด (ร้อยละ 49.21 ) และ 5 ถึง 8 ชนิด (ร้อยละ 42.86 ) ตามลำดับ ดังตารางที่ 6 และภาพที่ 6 โดยจะแสดงรายละเอียดของยาที่ได้รับต่อไป

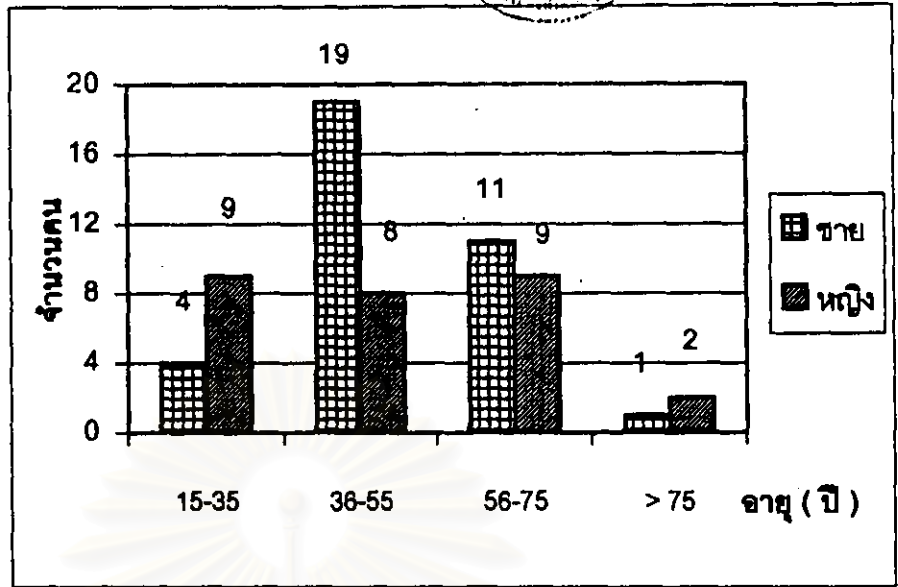
ตารางที่ 6 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ข้อมูลผู้ป่วย	จำนวนผู้ป่วย ( n = 63 )	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	34	53.97
หญิง	29	46.03
อายุ ( ปี )		
15 – 35	13	20.63
36 – 55	27	42.86
56 – 75	20	31.75
มากกว่า 75 ปี	3	4.76
- อายุเฉลี่ย $\pm$ SD ( ปี )	47.76 $\pm$ 16.70	
การศึกษา		
ประถมศึกษา	8	12.70
มัธยมศึกษาตอนต้น	5	7.94
มัธยมศึกษาตอนปลาย	24	38.10
อนุปริญญา	6	9.52
ปริญญาตรี	18	28.57
สูงกว่าปริญญาตรี	2	3.17
อาชีพ		
รับราชการ	18	28.57
รัฐวิสาหกิจ	8	12.70
บริษัทเอกชน	3	4.76
นักเรียน – นักศึกษา	5	7.94
ค้าขาย / กิจการส่วนตัว	2	3.17
ไม่ได้ทำงาน	27	42.86

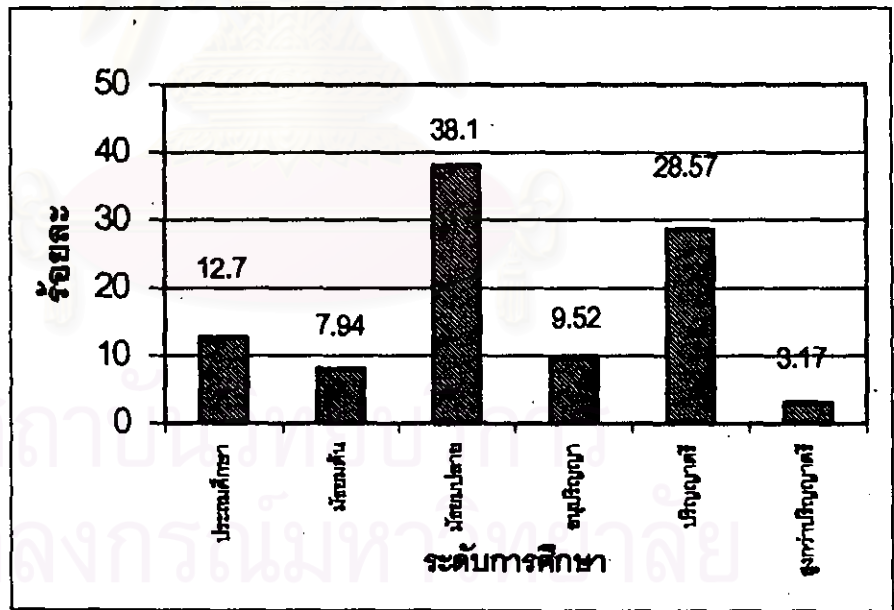
ตารางที่ 6 (ต่อ) ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ข้อมูลผู้ป่วย	จำนวนผู้ป่วย (n = 63)	ร้อยละ
<b>ระยะเวลาที่ฟอกเลือด (ปี)</b>		
< 2	34	53.97
3-5	14	22.22
6-10	12	19.05
> 10	3	4.76
ระยะเวลาเฉลี่ย $\pm$ SD (ปี)	3.31 $\pm$ 3.24	
<b>จำนวนยาที่ได้รับ (ชนิด)</b>		
< 5	2	3.17
5-8	27	42.86
9-12	31	49.21
13-15	3	4.76
จำนวนยาที่ได้รับเฉลี่ย $\pm$ SD	8.65 $\pm$ 2.23	
<b>จำนวนโรคแทรกซ้อน (โรค)</b>		
0	18	28.57
1	25	39.68
2	11	17.46
3	8	12.70
6	1	1.59
จำนวนโรคแทรกซ้อนเฉลี่ย $\pm$ SD	1.21 $\pm$ 1.09	

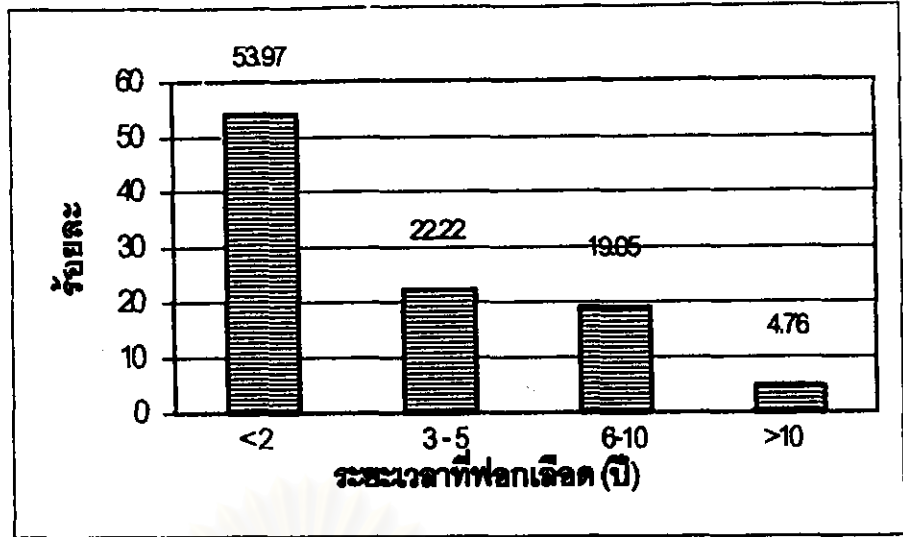
สถาบันนวัตกรรมการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



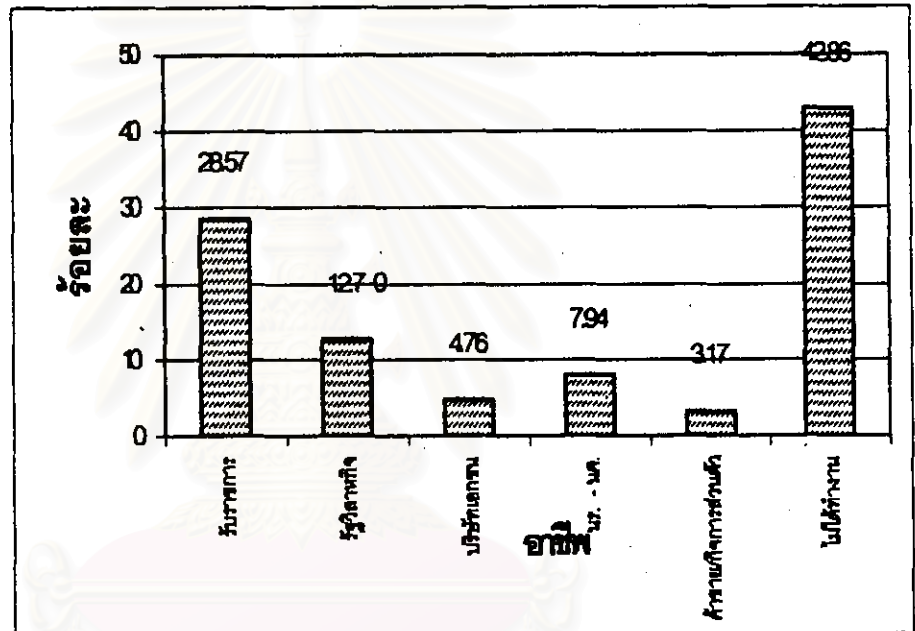
ภาพที่ 2 จำนวนผู้ป่วยจำแนกตามเพศและอายุ



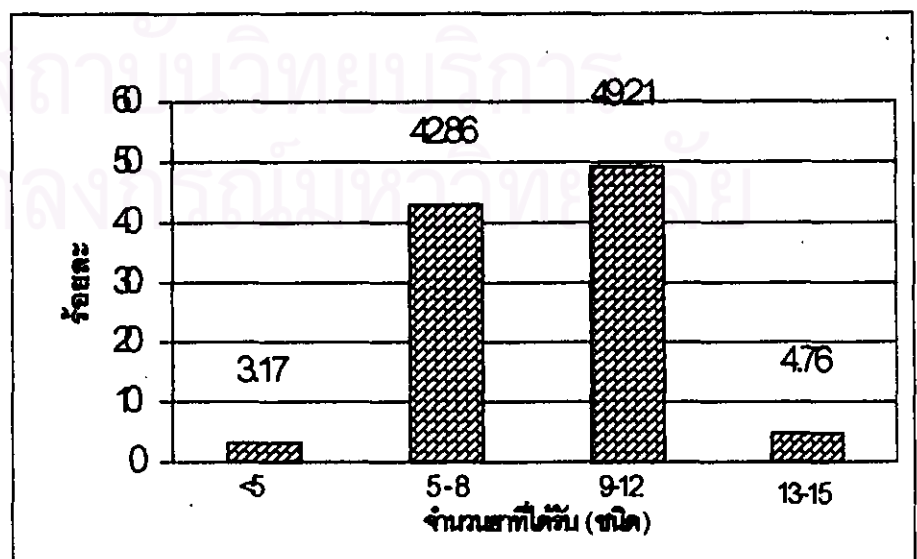
ภาพที่ 3 ร้อยละของผู้ป่วยจำแนกตามระดับการศึกษา



ภาพที่ 4 ร้อยละของผู้ป่วยจำแนกตามระยะเวลาที่ฟอกเลือด



ภาพที่ 5 ร้อยละของผู้ป่วยจำแนกตามอาชีพ



ภาพที่ 6 ร้อยละของผู้ป่วยจำแนกตามจำนวนยาที่ได้รับ

สาเหตุของการเกิดไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายของผู้ป่วยกลุ่มนี้ พบว่า เกิดจากภาวะความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 34.92) เป็นลำดับแรก และ chronic glomerulonephritis (ร้อยละ 33.33) ในลำดับรองลงมา (ตารางที่ 7) โดยผู้ป่วยที่มีอายุมากมักจะมีสาเหตุมาจากภาวะความดันโลหิตสูง ในขณะที่ผู้ป่วยเกิดไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในขณะที่มีอายุน้อย มักจะเกิดจาก chronic glomerulonephritis ส่วนผู้ป่วยรายที่ไม่ทราบสาเหตุ นั้น มักเป็นผู้ที่ถูกส่งตัวมาจากโรงพยาบาลอื่นและไม่ได้มีการบันทึกสาเหตุไว้

ตารางที่ 7 สาเหตุของภาวะไตวายระยะสุดท้าย

ข้อมูลผู้ป่วย	จำนวนผู้ป่วย ( n = 63 )	ร้อยละ
Chronic glomerulonephritis	21	33.33
Hypertensive nephropathy	22	34.92
Unknown	7	11.11
Diabetic nephropathy	4	6.35
Chronic tubular interstitial nephritis	3	4.76
Hereditary nephropathy	3	4.76
SLE	1	1.59
Hypoplastic kidney	1	1.59
Gout	1	1.59

ในส่วนของกรรรวมประเภทของยาที่ผู้ป่วยได้รับนั้น พบว่าผู้ป่วยทุกรายได้รับยาลดความดันโลหิต โดยอาจได้รับเพียงชนิดเดียว แต่บางรายอาจได้รับยาตั้งแต่ 2 จนถึง 5 ชนิด มีผู้ป่วยร้อยละ 93.65 ที่ได้ยาจับฟอสเฟต ( phosphate binder ) โดยส่วนใหญ่มักจะได้รับแคลเซียมคาร์บอเนต (ร้อยละ 79.37) รองลงมาคือ อลูมิเนียมไฮดรอกไซด์ (ร้อยละ 11.11) และที่เหลือคือ แคลเซียมอะซิเตท ยาที่ผู้ป่วยโดยมากได้รับรองลงมาคือยาฉีด Epoetin (ร้อยละ 88.89) ซึ่งผู้ป่วยเกือบทุกรายได้รับชนิด แอลฟา มีเพียง 1 รายเท่านั้น ที่ใช้ยาชนิด เบต้า ส่วนยาประเภทอื่น ๆ ที่ผู้ป่วยได้รับรองลงมาคือ กรดโฟลิก (ร้อยละ 77.78) และ เหล็ก (ร้อยละ 71.43) ซึ่งมีทั้งที่อยู่ในรูปเกลือพุ่มาเรต ร่วมกับ วิตามินบี 6 หรืออยู่ในรูปเกลือซัลเฟต ผสมกับ วิตามิน ซี นอกจากนี้แล้ว ผู้ป่วยยังได้รับยาชนิดอื่น ๆ อีก เช่น โซเดียมไบคาร์บอเนต วิตามินอื่น ๆ และวิตามินดี ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ยาที่ผู้ป่วยได้รับ

ยา	จำนวนผู้ป่วย ( n = 63 )	ร้อยละ
Antihypertensive drugs	63	100.00
Phosphate binder	59	93.65
Epoetin	56	88.89
Folic acid	49	77.78
Ferrous	45	71.43
Sodium bicarbonate	34	53.97
Vitamin*	26	41.27
Vitamin D	23	36.51
Antianginal drugs	16	25.40
GI regulator	14	22.22
Antiplatelet drugs	8	12.70
Hypnotic agents	7	11.11
Other**	23	36.51

\* คือวิตามินอื่น ที่นอกเหนือจาก วิตามิน ดี

\*\* ได้แก่ ยาลดไขมันในเลือด ยาต้านการชัก อินซูลิน ฮอร์โมน วัคซีนตัวอีกเสบ และกรดอะมิโน

เนื่องจาก โรคที่พบว่าเป็นร่วมกันมากที่สุดของผู้ป่วยกลุ่มที่ทำการศึกษา ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นได้ทั้งสาเหตุและผลของไตวายระยะสุดท้ายนี้ และยังเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่มีผลต่ออัตราการเจ็บป่วยและอัตราการตายของผู้ป่วยด้วย

หลักทั่วไปของการเลือกยาลดความดันโลหิตนั้น ในบางรายอาจให้ยาขับปัสสาวะเพื่อกำจัดน้ำและเกลือแร่ซึ่งมีอยู่ในร่างกาย และลดอาการบวมก่อน หากไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ยาลดความดันโลหิตที่เลือกใช้อาจเป็นยาในกลุ่ม calcium channel blocker , Angiotensin II converting enzyme inhibitor (ACEI) ซึ่งทั้งสองตัวจะช่วยชะลอความเสื่อมของไตได้ หรืออาจใช้  $\beta$  - blocker หรือยาลดความดันกลุ่มอื่น เช่น  $\alpha$ - blocker หรือ central adrenergic blocker ถ้าการใช้ยาดังกล่าวมาแล้วไม่ได้ผล อาจพิจารณาขยายหลอดเลือด เช่น hydralazine, minoxidil ซึ่งการใช้ยาในกลุ่มนี้ ก็ต้องคำนึงถึงอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นด้วย



สำหรับยาลดความดันโลหิตที่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับนั้น มีหลายประเภท ดังแสดงในตารางที่ 9 โดยผู้ป่วยรายหนึ่ง ๆ อาจได้รับยาลดความดันโลหิตมากกว่า 1 กลุ่ม แต่จะได้รับยาเพียง 1 รายการของในแต่ละกลุ่มเท่านั้น

ตารางที่ 9 ประเภทของยาลดความดันโลหิตที่ผู้ป่วยได้รับ

กลุ่มยา	จำนวนผู้ป่วย ( n = 63 )	ร้อยละ
Calcium channel blocker	45	71.43
$\alpha$ - blocker	30	47.62
$\beta$ - blocker	21	33.33
ACEI	12	19.05
Vasodilator	15	23.81
Central adrenergic blocker	9	14.29
Angiotensin II receptor blocker	1	1.59
Diuretics	23	36.51

เมื่อสิ้นสุดระยะที่ 2 มีผู้ป่วยที่ได้รับการปรึกษาครบ 4 ครั้งจำนวน 63 ราย แต่ในช่วงระยะที่ 3 มีผู้ป่วยจำนวน 3 รายเข้าทำการผ่าตัดปลูกถ่ายไต 2 รายย้ายสถานพยาบาล และ 1 รายเสียชีวิต เมื่อสิ้นสุดระยะที่ 3 จึงเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยทั้งสิ้น 57 ราย

## 2. ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา

ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา ประกอบด้วย ปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยา ปัญหาอันตรกิริยาของยา และปัญหาอาการไม่พึงประสงค์จากยา ดังมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

### 2.1 ปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยา

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยทุกราย ในระยะที่ 1 พบว่า สามารถรวบรวมปัญหาต่าง ๆ ได้จำนวน 129 ปัญหา เมื่อเข้าสู่ระยะที่สอง มีการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยเพื่อแก้ไขปัญหาในแต่ละราย เป็นระยะเวลา 4 เดือน พบปัญหาเพิ่มขึ้นอีก 20 ปัญหา และหลังให้คำปรึกษาดังกล่าวครบกำหนดเวลา พบว่า ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาลดลงเหลือเพียง 30 ปัญหา คิดเป็นปัญหาที่ได้รับการ

แก้ไขทั้งหมด 119 ปัญหา หรือร้อยละ 79.87 ของปัญหาทั้งหมดที่เกิดขึ้น ดังจะจำแนกประเภทของแต่ละปัญหาได้ในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 ปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยา

ชนิดของปัญหา	จำนวนปัญหาที่เกิดขึ้น		จำนวนปัญหาที่เหลือ (หลังให้คำปรึกษา)	จำนวนปัญหาที่แก้ไขได้	ร้อยละของปัญหาที่ได้รับการแก้ไข
	ก่อนให้คำปรึกษา	ระหว่างให้คำปรึกษา			
ลืมกินยา	42	6	23	25	52.08
กินยามืดเวลา	47	1	1	47	97.92
งดยาก่อนมาฟอกเลือด	19	1	5	15	75.00
งดยาเพราะทนอาการข้างเคียงไม่ได้	2	1	—	3	100.00
ขาดยา	16	9	1	24	96.30
ปรับขนาดยาเอง	3	2	—	5	100.00
รวม	129	20	30	119	79.87

#### ปัญหาลืมกินยา

เมื่อสอบถามรายละเอียด พบว่า ผู้ป่วยมักจะลืมกินยาในมือเที่ยง ซึ่งสาเหตุมักจะเกิดจากเมื่อออกนอกบ้านแล้วไม่ได้นำยาไปด้วย รวมถึงมีผู้ป่วยบางรายที่มักจะลืมกินยา เนื่องจากต้องออกจากบ้านมาฟอกเลือด จึงแนะนำให้ผู้ป่วยแบ่งยาใส่กล่องเตรียมไว้ก่อนหรือแบ่งยาใส่กล่องไว้ในที่ทำงาน และเน้นย้ำถึงความสำคัญของการกินยา รวมถึงข้อบ่งใช้หรือประโยชน์ของยาแต่ละตัว และผลเสียถ้าไม่รับประทานยาแต่ละประเภท พร้อมทั้งพยายามแก้ปัญหาคารลิมของผู้ป่วยแต่ละราย เช่น ผู้ป่วยมักลิมยามือก่อนนอน ก็อาจให้เลื่อนมากินตอนหลังอาหารเย็นได้ ถ้ายานั้นไม่มีปฏิกริยากับยาอื่นในมือเย็นหรือต้องการฤทธิ์ของยาในช่วงก่อนนอนจริง ๆ ในกรณีนี้ผู้ป่วยลิมกินยา แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานทันทีที่นึกได้ แต่หากเป็นเวลาใกล้เวลาของยามือถัดไป ให้นำยามือที่ลิมและข้ามไปรับประทานยามือถัดไปเลย

พบว่า เมื่อสิ้นสุดระยะที่สอง หรือหลังให้คำปรึกษาแล้วนั้น ผู้ป่วยมีปัญหาลืมกินยาเหลือเพียง 23 ปัญหา หรือปัญหาถูกแก้ไขไปได้ถึง 25 ปัญหา (ร้อยละ 52.08)

### ปัญหากินยาผิดเวลา

ส่วนใหญ่จะมีปัญหาในเรื่องของยาจับฟอสเฟต ซึ่งควรจะรับประทานพร้อมอาหาร เพื่อการออกฤทธิ์ที่ดีที่สุด ผู้ป่วยมักไม่ทราบและไม่ได้กินยานี้พร้อมอาหาร ในระยะที่ 1 พบปัญหา กินยาผิดเวลาจำนวนถึง 47 ปัญหา และหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำแล้ว พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติตามและเข้าใจในการออกฤทธิ์ของยาได้เป็นอย่างดี โดยมีผู้ป่วย 1 รายเท่านั้นที่ไม่สามารถปฏิบัติตามได้ จึงสามารถแก้ไขปัญหาไปได้ถึง 47 ปัญหา (ร้อยละ 97.92)

### ปัญหาผู้ป่วยงดยาก่อนมาฟอกเลือด

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยในระยะที่ 1 พบว่าผู้ป่วยจำนวนมาก (19 ราย ในผู้ป่วยที่ทำการฟอกเลือด 63 ราย) ยังเข้าใจว่า ควรงดยาทุกชนิดก่อนฟอกเลือด เพราะคิดว่าถึงกินไปอย่างไร ก็ถูกขับออกหมด ซึ่งเป็นความคิดที่ไม่ถูกต้อง เพราะผู้ป่วยไม่ควรงดยาชนิดอื่นเลย ส่วนขาดความดันโลหิตนั้น จะลดหรือไม่ขึ้นกับความดันโลหิตของผู้ป่วยขณะฟอกเลือด ซึ่งแพทย์จะเป็นผู้พิจารณาแต่ละกรณีไป ในการให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วย จึงได้สร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยในแต่ละราย และพบว่า เมื่อสิ้นสุดระยะที่ 2 หรือหลังจากได้รับคำแนะนำแล้ว ผู้ป่วยยังมีปัญหานี้จำนวน 5 ราย ซึ่งเกิดจากการที่ผู้ป่วย 1 ราย รู้สึกว่าถ้ากินยาก่อนมาฟอกเลือด จะมีอาการคล้ายจะเป็นลม จึงไม่ยอมรับประทาน ผู้ป่วยจำนวน 3 ราย ไม่ได้รับประทานอาหารเช้ามา จึงไม่ยอมรับประทานยาจับฟอสเฟต ผู้ป่วย 1 ราย ไม่ยอมแก้ไขปัญหาดังกล่าว สรุปแล้วจึงมีการแก้ไขปัญหาดีก่อนมาฟอกเลือดนี้ไปได้ในจำนวน 15 ปัญหา (ร้อยละ 75.00)

### ปัญหางดยาเพราะทนอาการข้างเคียงไม่ได้

มีผู้ป่วยจำนวน 2 ราย ที่งดยาดังต่อไปนี้ เพราะทนอาการข้างเคียงไม่ได้ ได้แก่ ผู้ป่วยมีอาการมีศีรษะ หลังรับประทาน minoxidil จึงหยุดยาเอง และไม่ยอมรับประทานต่อ และผู้ป่วยไม่ยอมรับประทาน doxazosin เพราะรู้สึกว่ถ้ารับประทานยานี้แล้ว จะทำให้ความดันต่ำมากเกินไป ซึ่งจะทำให้เกิดอาการเวียนศีรษะ อ่อนเพลีย จึงแนะนำให้ผู้ป่วยปรึกษาแพทย์ถึงอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น เพื่อปรับขนาดยาหรือเปลี่ยนยาให้เหมาะสมต่อไป ซึ่งปรากฏว่าแพทย์สั่งลดขนาดยา minoxidil และหยุดยา doxazosin ของผู้ป่วยทั้งสอง ตามลำดับ

ในระหว่างการให้คำปรึกษานั้น มีผู้ป่วยที่เปลี่ยนไปกินยา ferrous fumarate ในตอนก่อนอาหารตามคำแนะนำ ปรากฏว่าผู้ป่วยมีอาการไม่สบายเหมือนจะเป็นลม และอีก 1 รายมีอาการปวดท้อง จึงได้แนะนำให้เปลี่ยนเวลาไปกินยานี้หลังอาหารประมาณ 1-2 ชั่วโมงแทน ซึ่งผู้ป่วยสามารถรับประทานยาได้ไม่มีอาการข้างเคียงดังกล่าวอีก จึงคิดเป็นปัญหาที่ได้รับการแก้ไขจำนวน 3 ปัญหา หรือร้อยละ 100.00

### ปัญหาขาดยา

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยพบว่า ยังมีการขาดยา โดยไม่สามารถกินยาได้อย่างต่อเนื่องซึ่งสาเหตุของการขาดยามีหลายอย่าง เช่น ไม่เห็นความสำคัญของการขาดยาเพียง 1-2 วัน หรือ 1-2 มื้อ ไม่เห็นความสำคัญของยาบางตัว เช่น ธาตุเหล็ก กรดโฟลิก โขเดียมไบคาร์บอเนต วิตามินดี แคลเซียมคาร์บอเนต เพราะคิดว่าเป็นวิตามินเสริมธรรมดา คงให้ความสำคัญแต่ยาลดความดันโลหิตเท่านั้น ไม่มาซื้อยาก่อนที่ยาจะหมด หรือซื้อเกินหรือซื้อเพื่อที่จะกินยา เข้าใจผิดว่ามื้อเพียงไม่ได้กินข้าว จึงกินยาไม่ได้ จึงแนะนำให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของยาแต่ละประเภท และคอยตรวจตราดูยาเมื่อใกล้จะหมด และควรมาซื้อยาก่อนที่ยาจะหมด 2-3 วัน เพื่อจะได้มียากินอย่างต่อเนื่อง และควรกินยาให้ตรงเวลาแม้จะไม่ได้รับประทานอาหารก็ตาม อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยบางรายมีปัญหาด้านการเงินหรือการเบิกจ่าย ดังนั้น จึงทำให้มีผลต่อการขาดยาบางชนิดหรือทั้งหมดไป

หลังจากการให้คำแนะนำปรึกษาแล้ว จากการสัมภาษณ์เพื่อเก็บข้อมูล พบว่า มีผู้ป่วยเพียง 1 รายเท่านั้นที่ยังมีปัญหาการขาดยาอยู่ คิดเป็นปัญหาที่ได้รับการแก้ไข 26 ปัญหา (ร้อยละ 96.30) อย่างไรก็ตาม วิธีสัมภาษณ์เพื่อตรวจสอบว่ามีปัญหาอยู่หรือไม่นั้น อาจไม่ได้ความจริงเสมอไป จึงควรตรวจสอบจากข้อมูลการมารับยาของห้องยาประกอบด้วย อย่างไรก็ตาม ข้อมูลการมารับยาจากห้องยาที่คลาดเคลื่อนไปนั้น อาจซ้ำซ้อนหรือเป็นสาเหตุมาจากปัญหาอื่น ๆ เช่น ลืมกินยา ดยาก่อนมาพอกเลือด จึงทำให้ขาดยาได้ ในกรณีนี้เพื่อให้การนับจำนวนปัญหาการขาดยาโดยไม่ได้มีสาเหตุซ้ำกับสาเหตุดังที่กล่าวมาแล้ว จึงใช้วิธีสัมภาษณ์อย่างเดียว ส่วนการตรวจสอบข้อมูลจากห้องยานั้น จะนำไปใช้ในการประเมินระดับความร่วมมือในการใช้ยาต่อไปในตอนที่ 3

### ปัญหาการปรับขนาดยาเอง

ผู้ป่วยบางรายมีการปรับขนาดยาด้วยตนเอง นอกเหนือไปจากคำสั่งของแพทย์ โดยเป็นการเปลี่ยนขนาดยาตามระดับความดันโลหิตที่ขึ้น-ลงของตัวเอง ได้แก่การที่ผู้ป่วยมีการปรับลดการกินยา minoxidil, metoprolol เมื่อรู้สึกดีขึ้น หรือบางรายมีการเพิ่มขนาดยาด้วยตนเองเพราะกลัวว่าได้ยาน้อยไป ไม่เพียงพอ ในกรณีเหล่านี้ เกสซกรได้ให้คำแนะนำกับผู้ป่วยว่าไม่ควรปรับขนาดยาด้วยตัวเอง ควรปรึกษาแพทย์หากรู้สึกว่าการไม่ดีขึ้นหรือเกิดอาการไม่พึงประสงค์ใด ๆ คิดเป็นปัญหาที่ได้รับการแก้ไขจำนวน 5 ปัญหา หรือร้อยละ 100

## 2.2 ปัญหาการเกิดอันตรกิริยา

จากการอ้างอิงตามเกณฑ์ของ Tatro (ภาคผนวก จ) พบปัญหาอันตรกิริยาจำนวน 97 ปัญหา หรือเฉลี่ยรายละ 1.54 ปัญหา ตลอดระยะเวลาที่ทำการศึกษา 5 เดือน ( เริ่มต้นตั้งแต่ ระยะที่ 1 จนถึงระยะที่ 2 ) อันตรกิริยาที่พบมาก ได้แก่ iron - cation ( ใน antacid ) ต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็น  $\text{NaHCO}_3$  ,  $\text{CaCO}_3$  ,  $\text{Al}(\text{OH})_3$  โดยพบว่า cation เหล่านี้ จะลดการดูดซึมของ iron ที่ระดับนัยสำคัญ ( significant ) เท่ากับ 3 ( onset = delayed, severity = minor, documented = suspected ) โดยมีกลไกคือ ทำให้การละลายของธาตุเหล็กลดลง เนื่องมาจากการเพิ่มขึ้นของ pH ในกระเพาะอาหาร หรือมีการสร้างเกลือที่ไม่สามารถละลายน้ำได้ขึ้นมา ( โดยพบว่าการลดลงของ iron เมื่อให้ร่วมกับ  $\text{CaCO}_3$  หรือ  $\text{NaHCO}_3$  จะมีผลมากกว่าการให้ร่วมกับ  $\text{Al}(\text{OH})_3$  )

ส่วนอันตรกิริยาอื่น ๆ ที่พบได้บ้าง เช่น อันตรกิริยาของ  $\beta$  - blocker กับ calcium channel blocker บางตัว เช่น metoprolol กับ felodipine ( ระดับนัยสำคัญ= 5 ) ,  $\beta$  - blocker กับ nifedipine ( ระดับนัยสำคัญ= 4 ) หรืออันตรกิริยาของ  $\beta$  - blocker กับยาอื่น ๆ กับยาอื่น ๆ คือ atenolol กับ prazosin , metoprolol กับ hydralazine ( ระดับนัยสำคัญ= 2 ) , clonidine -  $\beta$  - blocker ( ระดับนัยสำคัญ= 1 ) และ atenolol กับ  $\text{CaCO}_3$  ( ระดับนัยสำคัญ= 3 ) นอกจากนี้ยังพบอันตรกิริยาของยาขับปัสสาวะ, folic acid และ aspirin กับยาอื่น ๆ ด้วย ดังแสดงคู่ยา-ยา และคู่ยา-อาหาร ที่อาจจะเกิดอันตรกิริยาได้ ซึ่งอันตรกิริยาแต่ละคู่ก็มีวิธีจัดการที่แตกต่างกันไป ดังตารางที่ 11

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 11 อันตรกิริยาของยาที่เกิดขึ้นและการจัดการ

ยาที่เกิดอันตรกิริยา	ระดับ นัย สำคัญ**	ผลของอันตรกิริยา	จำนวนการ เกิดก่อน/หลัง ให้คำปรึกษา		การจัดการ
			ก่อน	หลัง	
Iron - antacid	3	Cation ใน antacid อาจลดการดูดซึมของธาตุเหล็ก	47	5	ให้คำปรึกษา
Hydralazine - metoprolol	2	ระดับยาในเลือดและฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของยาทั้งสองอาจส่งเสริมกัน	1	1	เฝ้าระวัง
Prazosin - $\beta$ - blocker	2	Postural hypotension อาจเกิดขึ้น	3	3	ให้คำปรึกษา
Calcium carbonate-atenolol	4	Ca salt อาจเปลี่ยนแปลงค่าทางเภสัชจลนศาสตร์และฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของ atenolol	13	12*	เฝ้าระวัง
Aluminium hydroxide - atenolol	5	Al (OH) <sub>3</sub> อาจเปลี่ยนแปลงค่าทางเภสัชจลนศาสตร์และฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของ $\beta$ - blocker	1	0*	—
Clonidine - $\beta$ - blocker	1	อาจมีการเพิ่มความดันโลหิตอย่างรุนแรงหลังจากเริ่มหยุดยา	2	1	แจ้งแพทย์
Felodipine - metoprolol	5	อาจมีการเพิ่มระดับยา metoprolol ในเลือด (อย่างไร้ นัยสำคัญ)	2	1*	—
Nifedipine - $\beta$ - blocker	4	ฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของยาทั้งสองอาจส่งเสริมกัน	2	2	—
Folic acid - phenytoin	2	ระดับยา phenytoin ในเลือดอาจลดลง	1	1	เฝ้าระวัง
Felodipine - phenytoin	2	ฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของ felodipine อาจลดลง	1	1	เฝ้าระวัง
Captopril - food	2	ประสิทธิภาพในการลดความดันโลหิตของ captopril อาจลดลงได้โดยอาหาร	1	0	ให้คำปรึกษา
ACEIs - furosemide	3	ฤทธิ์ของ furosemide อาจลดลง	3	3	เฝ้าระวัง

ตารางที่ 11 (ต่อ) อันตรกิริยาของยาที่เกิดขึ้นและการจัดการ

ยาที่เกิดอันตรกิริยา	ระดับ นัย สำคัญ**	ผลของอันตรกิริยา	จำนวนการ เกิดก่อน/หลัง ให้คำปรึกษา		การจัดการ
			ก่อน	หลัง	
Captopril – antacid	5	ประสิทธิภาพการลดความดัน โลหิตอาจลดลง	1	1	เฝ้าระวัง
Furosemide – aspirin	5	ฤทธิ์ของ furosemide อาจลดลง แต่จะมีผลมากในผู้ป่วยดื่มน้ำแข็ง และมีน้ำในช่องท้อง	4	4	—
Furosemide- barbiturates	5	ฤทธิ์ของ furosemide อาจลดลง ได้ เมื่อให้ร่วมกับphenobarbital แต่ไม่มีผลยืนยันที่แน่ชัด	1	1	—
Sodium bicarbonate- aspirin	3	Sodium bicarbonate จะลด ระดับ aspirin ในเลือด	5	5	—
Nitrates- aspirin	5	Aspirin อาจเพิ่มฤทธิ์ของ nitrate	3	3	—
Insulin – aspirin	2	ระดับกลูโคสในเลือดอาจลดลง เนื่องจากการส่งเสริมฤทธิ์ของ อินซูลิน	1	1	เฝ้าระวัง
Nifedipine – food	5	อาหารอาจทำให้การดูดซึมของ nifedipine ช้าลง แต่ไม่ลด ปริมาณการดูดซึมของยา	5	5	—

\* แพทย์หยุดยาไปเอง

\*\* ระดับนัยสำคัญ ของอันตรกิริยา อธิบายรายละเอียดในภาคผนวก จ.

อย่างไรก็ตาม จะเห็นได้ว่า อันตรกิริยาส่วนใหญ่ที่เกิดขึ้น มักจะมีระดับความมีนัยสำคัญ  
ที่ไม่สำคัญมากนัก บางอันตรกิริยาไม่มีนัยสำคัญทางคลินิก หรือไม่มีการยืนยันอย่างแน่ชัด  
อาจเป็นเพียงอันตรกิริยาที่อาจเกิดขึ้น (potential drug interaction) หรือมีความรุนแรงน้อย  
(severity = minor) หรืออาจมีผลต่อผู้ป่วยเพียงเล็กน้อย เช่นระดับยาชนิดใดชนิดหนึ่งเพิ่มขึ้น  
โดยไม่ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ทางคลินิก ยกเว้นในผู้ป่วยบางรายเท่านั้นที่มี  
ความไวต่อระดับยาที่สูงขึ้นหรือผู้ป่วยในรายที่มีปัจจัยเสี่ยงสูง ดังเช่น ตัวอย่างของอันตรกิริยา  
ระหว่าง  $\beta$  - blocker กับ calcium channel blocker บางตัวหรือกับ  $\text{CaCO}_3$  ที่อาจทำให้ฤทธิ์

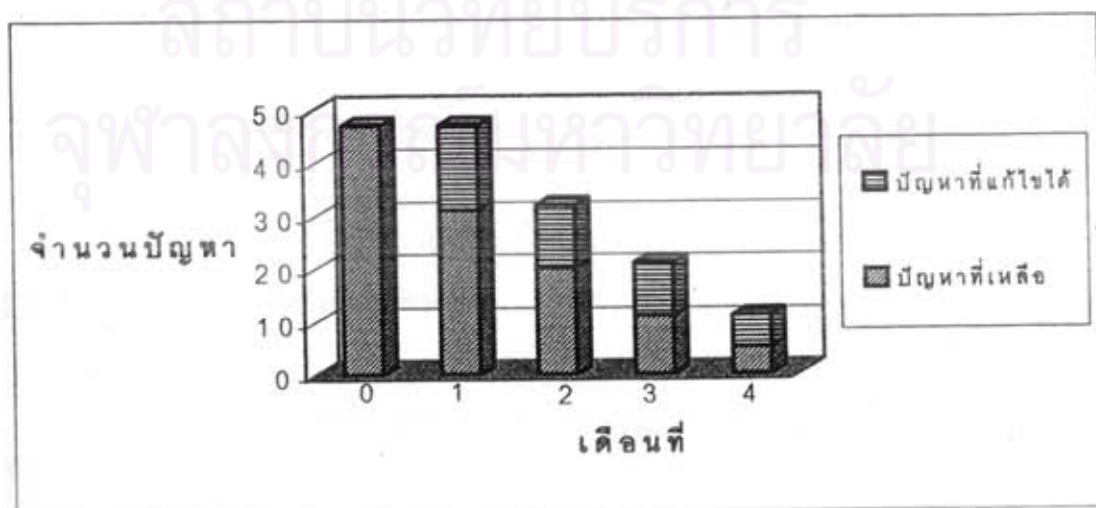
ของยาลดความดันโลหิตเปลี่ยนแปลง หรืออันตรกิริยาในกลุ่ม salicylate กับยาอื่น ๆ ที่ในการรักษา มักจะใช้ยาในขนาดต่ำ ๆ เพื่อการออกฤทธิ์เป็น antiplatelet เท่านั้น โอกาสการเกิดอันตรกิริยาจึงมีน้อยตามไปด้วย จึงอาจเป็นอันตรกิริยาที่ไม่จำเป็นต้องมีการจัดการหรือเปลี่ยนแปลงการรักษาใด ๆ หรือเพียงแคติดตามผลการรักษาและอาการของผู้ป่วยในรายที่ต้องระวังเป็นพิเศษ ก็เพียงพอแล้ว

ในขณะเดียวกัน อันตรกิริยาบางอย่าง อาจเกิดขึ้น โดยอาจส่งผลที่รุนแรงได้ เช่น การใช้ Clonidine ร่วมกับ  $\beta$  - blocker (ระดับนัยสำคัญ = 1) ซึ่งอาจทำให้มีการเพิ่มความดันโลหิตสูงขึ้นได้หลังหยุดยา จึงได้แจ้งแพทย์เพื่อติดตามอาการของผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดอันตรกิริยาที่อาจเกิดขึ้นได้ต่อไป รวมทั้งแนะนำผู้ป่วยให้สังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นได้ต่อไป

ส่วนอันตรกิริยาบางอย่างนั้น สามารถหลีกเลี่ยงหรือทำให้ลดลงโดยให้คำแนะนำกับผู้ป่วยได้ คือ

ก. อันตรกิริยาของ iron กับ cation ต่าง ๆ โดยการแนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการกินยาทั้งสองชนิดนี้ร่วมกัน โดยแยกเวลาในการกินให้ห่างกัน ด้วยวิธีการกินยา ที่มีส่วนประกอบของธาตุเหล็กก่อน หรือหลังอาหาร 1-2 ชั่วโมง และกินยา  $\text{CaCO}_3$ ,  $\text{Al}(\text{OH})_3$  พร้อมอาหาร ซึ่งพบว่าผู้ป่วยจำนวนมากที่ได้ยาทั้งสองตัวนี้ และยังรับประทานไม่ถูกต้อง จึงได้ให้คำแนะนำและชี้แจงเหตุผลของการเว้นช่วงการกินยา เพื่อหลีกเลี่ยงอันตรกิริยาดังกล่าว จากการให้คำปรึกษาทั้งหมด 4 ครั้ง สามารถลดปัญหาดังกล่าวลงได้ จากปัญหาที่พบครั้งแรก 47 ปัญหา และเกิดขึ้นเพิ่มระหว่างการให้คำแนะนำ 2 ปัญหา พบว่าหลังจากให้คำแนะนำ เมื่อสิ้นสุดระยะที่ 2 แล้วเหลือปัญหาการเกิดอันตรกิริยาของยาคู่นี้เพียง 5 ปัญหาเท่านั้น หรือสามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวไปได้ถึง 44 ปัญหา ดังภาพที่ 7

ภาพที่ 7 ปัญหาอันตรกิริยาของ iron กับ cation ในยาลดกรด

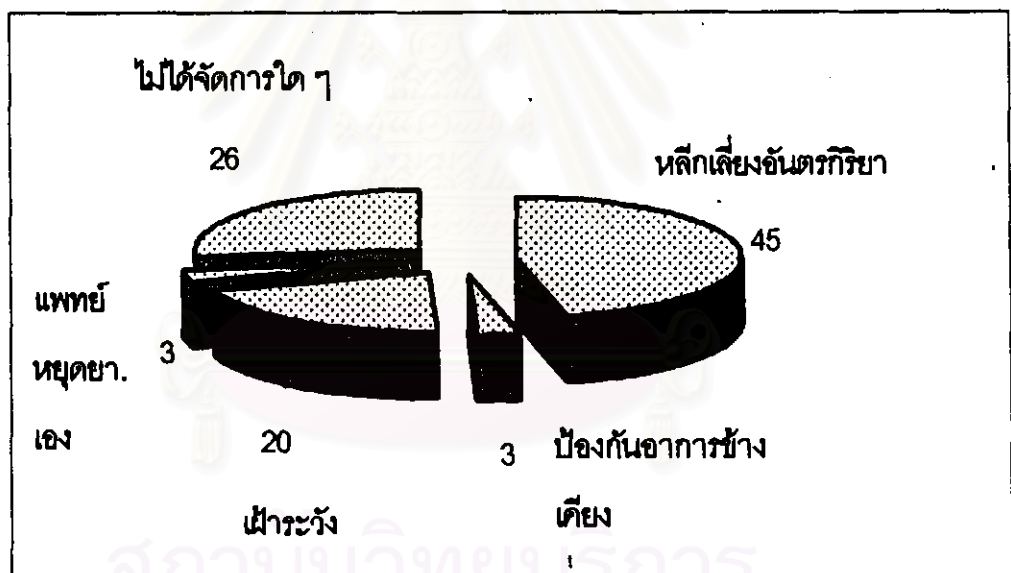




ข. อันตรกิริยาของ atenolol กับ prazosin เป็นผลให้อาการ postural hypotension อาจเพิ่มขึ้นได้ ดังนั้น จึงแนะนำให้ผู้ป่วยระมัดระวังในการเปลี่ยนอิริยาบถ ไม่เปลี่ยนท่า นั่ง นอน ยืน อย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะในช่วงแรกของการใช้ยารักษาาร่วมกันนี้

ค. อันตรกิริยาของ captopril กับอาหารพบว่า ประสิทธิภาพการลดความดันโลหิตของ captopril อาจลดลงโดยอาหาร โดยอาหารจะมีผลลดการดูดซึมของยาลง 30-40 % จึงแนะนำให้ควรระงับยา captopril ก่อนอาหาร 1 ชั่วโมง เพื่อหลีกเลี่ยงอันตรกิริยาระหว่างอาหารและยา ดังกล่าว

เมื่อสรุปรวม พบว่า เกสซ์กรสามารถให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย เพื่อหลีกเลี่ยง ป้องกัน และ ฝ้าระวังอันตรกิริยาที่อาจจะเกิดขึ้นได้ โดยสามารถให้คำปรึกษาเพื่อหลีกเลี่ยงอันตรกิริยาได้ จำนวนถึง 45 ปัญหา ป้องกันอาการข้างเคียงที่อาจจะเกิดจากอันตรกิริยา 3 ปัญหา และฝ้าระวังอันตรกิริยาที่อาจจะเกิดขึ้น 20 ปัญหา คิดเป็นปัญหาที่ได้รับการจัดการจำนวน 68 ปัญหา หรือร้อยละ 70.10 ของปัญหาอันตรกิริยาที่อาจเกิดขึ้น ดังภาพที่ 8



ภาพที่ 8 วิธีจัดการกับอันตรกิริยาที่เกิดขึ้น

### 2.3 ปัญหาอาการไม่พึงประสงค์จากยา

จากการรวบรวมอาการไม่พึงประสงค์ที่รายงานโดยผู้ป่วย และรวบรวมจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย ซึ่งได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์นั้น พบว่า ผู้ป่วยมีอาการไม่พึงประสงค์ดังแสดงในตารางที่ 12

ตารางที่ 12 อาการไม่พึงประสงค์จากยาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

ยาที่คาดว่าจะเกิดสาเหตุ - อาการ	จำนวน (คน)	การจัดการ
Minoxidil - ขนขึ้น	2	แนะนำให้กินต่อ
Ferrous fumarate - ท้องผูก	1	แนะนำให้กินต่อ โดยใช้ยาระบายช่วย
Calcium carbonate - ท้องผูก	1	แนะนำให้กินต่อ โดยใช้ยาระบายช่วย
Enalapril - ไอ	2	แนะนำให้กินต่อ เนื่องจากมีอาการไม่มาก
Hydralazine / nifedipine - ใจสั่น	1	แพทย์สั่งหยุดยา
Salicylate - กระเพาะอาหารอักเสบ (gastritis)	1	แพทย์สั่งหยุดยา
Metoprolol - อ่อนเพลีย มึนงง	1	แจ้งแพทย์ เพื่อปรับขนาดยา (ต่อมาแพทย์ลดขนาดยา)
Sodium bicarbonate - ไม่สบายคอ	1	แนะนำให้กินต่อ
Z-bec® - คลื่นไส้ อาเจียน	2	แนะนำให้กินต่อ โดยให้รับประทานของ หวาน เพื่อกลบรสยา
Salicylate ก่อนฟอกเลือด- เลือดหยุดยาก	1	แพทย์สั่งหยุดยาก่อนมาฟอกเลือด
Minoxidil - มีน็ศีรษะมาก	1	แจ้งแพทย์ เพื่อปรับขนาดยา (ต่อมาแพทย์ลดขนาดยา)
Sodium bicarbonate - เวทท้องอืด	1	แนะนำให้กินต่อ
Doxazosin- เวียนศีรษะมาก เป็นลม	1	แจ้งแพทย์ เพื่อปรับขนาดยา (ต่อมาแพทย์งดยา)
Prazosin / doxazosin - เวียนศีรษะ	1	แนะนำให้เปลี่ยนอริยาบถช้า ๆ
Amlodipine - ชาบวม	2	ให้ผู้ป่วยสังเกตอาการต่อไป เนื่องจากผู้ ป่วยยังไม่แน่ใจว่าเกิดจากยา
Quinapril - ไอ	1	แพทย์เปลี่ยนยาเป็น valsartan
Ferrous fumarate - ปวดท้อง	1	แนะนำให้กินหลังอาหาร 1 ชม.
รวม	21	

การให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับปัญหาอาการไม่พึงประสงค์จากยา เป็นการแนะนำที่ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์มากขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยทราบและปฏิบัติตามได้ถูกต้อง เมื่อต้องเผชิญกับอาการไม่พึงประสงค์เหล่านี้ เช่น ทราบว่าเป็นอาการไม่พึง

ประสงค์จากยา จึงไม่ตกใจ และใช้ยาต่อไปได้โดยไม่จำเป็นต้องหยุดยา หรือทำการแจ้งแพทย์เมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์อย่างรุนแรง

อาการไม่พึงประสงค์ที่เภสัชกรช่วยแก้ไขโดยทำให้ผลของอาการที่เกิดขึ้นลดลง ได้แก่ การเกิด postural hypotension โดยแนะนำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนอิริยาบถอย่างช้า ๆ เพื่อป้องกันไม่ให้หน้ามืด เมาศีรษะ ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยล้มลง เป็นอันตรายได้ หรืออาการท้องท้อที่เกิดจาก ferrous fumarate โดยแนะนำให้กินยาดังกล่าวหลังอาหาร 1 -2 ชั่วโมง อาการท้องผูกที่เกิดจาก ferrous fumarate และ calcium carbonate ซึ่งเป็นยาที่จำเป็นต้องใช้นั้น อาจบรรเทาได้ด้วยยาระบาย และ อาการคลื่นไส้ อาเจียนที่เกิดจาก Z-bec® แนะนำให้รับประทานนมหรือของหวานร่วมด้วยเพื่อกลบรสยา

ส่วนอาการไอ อย่างไม่รุนแรง จาก enalapril ในผู้ป่วยที่เกิดขึ้นนั้น ผู้ป่วยสามารถทนได้ เภสัชกรได้แจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่าเป็นอาการไม่พึงประสงค์จากยา enalapril ซึ่งผู้ป่วยต้องใช้เพื่อรักษาความดันโลหิตสูง หากพอทนได้ควรจะใช้ยาต่อไป แต่หากผู้ป่วยไอบ่อย จนทนไม่ได้ให้กลับมาพบแพทย์ ดังเช่นผู้ป่วยรายหนึ่ง ได้ยา quinapril แล้วเกิดอาการไอบ่อย จนทนไม่ได้ เมื่อแจ้งแพทย์ แพทย์เปลี่ยนยาให้เป็น valsartan เพื่อลดอาการไม่พึงประสงค์ ปรากฏว่าผู้ป่วยมีอาการไอน้อยลง

นอกจากนี้พบว่า แพทย์สั่งหยุดยา เนื่องจากอาการไม่พึงประสงค์ 3 ราย คือ กระเพาะอาหารอักเสบ ( gastritis ) จาก aspirin ใจสั่น จาก hydralazine/ nifedipine และสั่งหยุดยา aspirin ก่อนฟอกเลือด

ส่วนอาการอื่น ๆ ที่ไม่รุนแรง เช่น ขนขึ้นจาก minoxidil เรอ จาก sodium bicarbonate นี้แนะนำให้ผู้ป่วยกินยาต่อไป และชี้แจงว่าเป็นอาการไม่พึงประสงค์จากยาตัวใด

สรุปปัญหาอาการไม่พึงประสงค์ที่เภสัชกรช่วยแก้ไขได้ 4 รายจากผู้ป่วย 21 ราย ( ร้อยละ 19.05 ) และป้องกันไม่ให้อาการไม่พึงประสงค์จากยาตัวใด 10 รายจากผู้ป่วย 21 ราย ( ร้อยละ 47.62 )

### 3. ระดับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย

จากปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยดังแสดงรายละเอียด ในตอนที่ 2.1 นั้น จะเห็นได้ว่าพบความร่วมมือหลายประเภท และเมื่อให้คำปรึกษาแนะนำเรื่องยาเพื่อแก้ไข ปัญหาในผู้ป่วยแต่ละรายอย่างน้อย 1 ครั้ง/เดือน พบว่าปัญหาดังกล่าวลดลง

เมื่อนำมาประเมินระดับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย ซึ่งใช้เกณฑ์ประเมิน (ในภาคผนวก จ.) โดยตรวจสอบความร่วมมือในทุกรูปแบบและสรุปออกมาเป็นระดับความร่วมมือของผู้ป่วยในแต่ละราย พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับความร่วมมือในการใช้ยาที่ดีขึ้น ดังตารางที่ 13

ตารางที่ 13 ระดับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย

ระดับความร่วมมือ	จำนวนผู้ป่วย ( ร้อยละของผู้ป่วย )					
	เดือนที่ 0	เดือนที่ 1	เดือนที่ 2	เดือนที่ 3	เดือนที่ 4	เดือนที่ 8
ไม่ดี	37 (58.7)	29 (46.0)	26 (41.3)	17(27.0)	12 (19.0)	23 (40.4)
พอใช้	22 (34.9)	14 (22.2)	14 (22.2)	15 (23.8)	15 (23.8)	17 (29.8)
ดี	2 ( 3.2 )	12 (19.0)	11 (17.5)	11 (17.5)	18 (28.6)	7 (12.3)
สมบูรณ์	2 ( 3.2 )	8 (12.7)	12 (19.0)	20 (31.7)	18 (28.6)	10 (17.5)
รวม	63(100.0)	63(100.0)	63(100.0)	63(100.0)	63(100.0)	57(100.0)
Mean rank	2.42	3.17	3.57	4.16	4.32	3.36
Significant	0.000 ( Friedman Test )					

ตารางที่ 14 ความแตกต่างทางสถิติของระดับความร่วมมือในการใช้ยา ในแต่ละเดือน

ความแตกต่างระหว่างเดือน	Wilcoxon Signed Rank Test		
	ค่า P	ระดับความเชื่อมั่น	ความมีนัยสำคัญทางสถิติ
0 และ 4	0.000	95%	มีนัยสำคัญทางสถิติ
4 และ 8	0.001	95%	มีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อนำมาทดสอบระดับความแตกต่างของข้อมูลด้วย Friedman Test ดังตารางที่ 13 ได้ค่า mean rank ซึ่งเพิ่มขึ้นในทุก ๆ เดือน ตั้งแต่เดือนที่ 0 จนถึงเดือนที่ 4 และกลับลดลงในเดือนที่ 8 หรือหลังจากเว้นการให้คำปรึกษา 4 เดือน และมีความแตกต่างกันของระดับความไม่ร่วมมือในแต่ละเดือนอย่างน้อย 1 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.000 ( $P < 0.05$ ) และเมื่อทำการทดสอบด้วยวิธี Wilcoxon Signed Rank เพื่อหาความแตกต่างระหว่างเดือน ดังในตารางที่ 14 พบว่า มีความแตกต่างของระยะก่อนให้คำปรึกษา (เดือนที่ 0) และหลังให้คำปรึกษา (เดือนที่ 4) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงสรุปได้ว่า ผู้ป่วยมีระดับความร่วมมือในการใช้ยาได้ดีขึ้น หลังได้รับคำปรึกษาจากเภสัชกรในระยะที่ 2 เช่นเดียวกับการให้คำปรึกษาโดยเภสัชกรในผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่น ๆ ที่ได้ทำการศึกษาไว้ในประเทศไทย เช่น ความดันโลหิตสูง<sup>58,59</sup> โรคหัวใจและหลอดเลือด<sup>60</sup> หอบหืด<sup>61</sup> เบาหวาน<sup>62</sup> ซึ่งสามารถลดปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาลงได้เช่นกัน และเมื่อทำการศึกษาต่อไปในงานวิจัยครั้งนี้ หลังหยุดให้คำปรึกษาเป็นเวลา 4 เดือน พบว่าระดับความร่วมมือดังกล่าว ของผู้ป่วยกลับลดลงอีกในเดือนที่ 8 โดยพบความแตกต่างอย่างมี

นัยสำคัญระหว่างหลังจากการให้คำปรึกษา (เดือนที่ 4) และหลังหยุดให้คำปรึกษา (เดือนที่ 8) เช่นกัน

สำหรับบทบาทของเภสัชกรในผู้ป่วยที่ทำการรักษาโดยวิธีนี้นั้น จากการศึกษาของ Stoutakis และคณะพบว่า สามารถลดปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาได้ และปัญหาดังกล่าวกลับเพิ่มขึ้นอีก ภายหลังจากหยุดให้บริการและคำปรึกษา<sup>17</sup> ซึ่งตรงกับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ดังนั้นการให้คำปรึกษาและแนะนำโดยเภสัชกรนี้ จึงควรกระทำอย่างต่อเนื่องหรือเป็นระยะเวลานาน

จากการศึกษาของ Cleary และคณะ พบว่า ผู้ป่วยที่ทำการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาจับฟอสเฟตมากที่สุด<sup>23</sup> ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยนี้เช่นกัน โดยมีผู้ป่วยจำนวนมากที่ยังมีการใช้ยาประเภทนี้ไม่ถูกต้อง

ส่วน Weed ศึกษาพบว่า ความสามารถในการจำชื่อยาได้ และการไม่ลืมเอายาออกจากบ้านนั้น เป็นสิ่งที่ทำนวยถึงความร่วมมือในการใช้ยาได้<sup>23</sup> การให้คำปรึกษานี้จึงมีการให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับยาแต่ละตัว และในรายที่มีปัญหาการลืมเอายาออกจากบ้าน การแนะนำการใช้กล่องใส่ยาแก่ผู้ป่วย แยกยาไว้ในที่ทำงานหรือสะดวกในการพกพาไปนอกบ้าน ก็เป็นการลดปัญหาการลืมเอายาออกจากบ้านได้ ร่วมกับการเน้นย้ำถึงความสำคัญของการรับประทานยา และการกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างถูกต้องในทุก ๆ เดือน ซึ่งคาดว่าอาจมีส่วนทำให้ปัญหาดังกล่าวลดลง และเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยได้

อย่างไรก็ตาม ปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยานี้ ยังมีข้อจำกัด คืออาจเก็บข้อมูลได้ไม่ตรงตามความเป็นจริงทั้งหมด เนื่องจากทำเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์และตรวจสอบข้อมูลจากห้องจ่ายยาเท่านั้น การนำข้อมูลทาง objective อื่น ๆ มาประกอบ จะช่วยให้ทำนายผลได้แม่นยำยิ่งขึ้น มีรายงานว่า ระดับฟอสฟอรัสในกระแสเลือดสามารถแสดงถึง ความร่วมมือในการใช้ยาได้<sup>21,24</sup> แต่อย่างไรก็ดี ระดับฟอสฟอรัสนั้นอาจเป็นเพียงเกณฑ์ที่แสดงถึงความร่วมมือในการใช้ยาจับฟอสเฟตและวิตามินดีได้เท่านั้น รวมทั้งอาจมีปัจจัยอื่น ๆ มาเกี่ยวข้องอีกมากมาย ซึ่งจะได้อภิปรายผลไว้ในส่วนของผลการรักษา (ตอนที่ 5) ต่อไป

#### 4. ความรู้ความเข้าใจเรื่องยาและการปฏิบัติตน

ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ถึง ความรู้ความเข้าใจเรื่องยาและการปฏิบัติตน ก่อนได้รับคำปรึกษา โดยเภสัชกร หลังได้รับคำปรึกษาครั้งที่ 2 (เดือนที่ 2) หลังได้รับคำปรึกษาครั้งที่ 4 (เดือนที่ 4) และหลังจากหยุดให้คำปรึกษาเป็นเวลา 4 เดือน (เดือนที่ 8) ในเรื่องของชื่อยา ชอ่บ่งใช้ อาการ

ข้างเคียง และวิธีใช้ของยาแต่ละตัว โดยมีการให้คะแนนในหัวข้อเหล่านี้หัวข้อละ 1 คะแนนของยาแต่ละตัว ทั้งนี้อยู่บนพื้นฐานที่ว่าผู้ป่วยควรทราบในทุกหัวข้อของยาทุกตัว รวมทั้งสอบถามถึงชนิด สาเหตุ ของการควบคุมอาหารและปริมาณน้ำที่สมควรได้รับ โดยใช้แบบสัมภาษณ์และเก็บข้อมูลในภาคผนวก ง โดยแสดงผลการทดสอบความรู้ความเข้าใจในเรื่องยาของผู้ป่วยจำแนกตามชนิดของยาแต่ละประเภทดังตารางที่ 15 รวมทั้งแสดงผลการทดสอบความรู้ความเข้าใจเรื่องการปฏิบัติตนของผู้ป่วยจำแนกตามแต่ละคำถาม ในตารางที่ 16

จากตารางที่ 15 จะเห็นได้ว่าในระยะก่อนการให้คำปรึกษา (เดือนที่ 0) นั้น ยาที่ผู้ป่วยทราบชื่อมากที่สุดคือ epoetin alfa ซึ่งผู้ป่วยทุกรายทราบในชื่อของ Eprex® และเกือบทุกรายทราบข้อบ่งใช้ของยานี้ เนื่องจากเป็นยาฉีดที่มีราคาแพง และมีผลต่อระดับฮีมาโตคริตในเลือด รองลงมาคือ ยาลดความดันโลหิต ซึ่งอาจเป็นเพราะเป็นยาที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญ เห็นผลของยาได้เร็ว และบางรายต้องงดยานี้ก่อนมาฟอกเลือด จึงทำให้ผู้ป่วยรู้จักข้อบ่งใช้ของยาตัวนี้มากกว่ายาอื่น ส่วนอาการข้างเคียงนั้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ทราบเลย มีเพียงไม่กี่รายเท่านั้นที่สามารถบอกได้ เนื่องจากเคยเกิดอาการเหล่านี้มาก่อน แต่อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยสามารถอธิบายวิธีใช้ยาได้ถูกต้อง เว้นแต่ยาจับฟอสเฟตเท่านั้น ที่ผู้ป่วยบางรายไม่ทราบว่าต้องรับประทานพร้อมอาหาร และ ferrous fumarate นั้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้รับประทานยาในภาวะที่ท้องว่าง แต่ยังคงกินยาพร้อม ๆ กับยาอื่นหลังอาหาร ซึ่งนอกจากจะทำให้การดูดซึมไม่ดีแล้ว ยังอาจเกิดอันตรกิริยาดังที่กล่าวมาก่อนหน้านี้ได้อีกด้วย

หลังให้คำปรึกษา (เดือนที่ 4) พบว่ามีผู้ป่วยจำนวนมากขึ้นที่ทราบรายละเอียดต่าง ๆ ของยา โดยเฉพาะข้อบ่งใช้ และวิธีใช้ยา ผู้ป่วยร้อยละ 80 ขึ้นไปจะทราบถึงข้อบ่งใช้ของยาและสามารถบอกวิธีใช้ที่ถูกต้องของยาได้ แม้แต่ยาจับฟอสเฟต และ ferrous fumarate ที่เคยทราบกันเป็นจำนวนน้อยในขั้นตอนก่อนให้คำปรึกษาก็ตาม ส่วนความรู้เกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยานั้น ผู้ป่วยยังทราบน้อยกว่าหัวข้ออื่น ๆ ซึ่งอาจเป็นเพราะยังเห็นความสำคัญน้อย เนื่องจากคิดว่าเป็นเรื่องที่ไม่น่าจะเกิดขึ้นกับตนเองและจดจำได้ยากกว่าหัวข้ออื่น เนื่องจากมีรายละเอียดมาก และเป็นเรื่องใหม่ที่ไม่เคยทราบมาก่อน เกสซ์กรจึงควรเสริมความรู้เรื่องอาการข้างเคียงให้กับผู้ป่วยมากขึ้น หลังจากผู้ป่วยสามารถบอกถึงชื่อยา ข้อบ่งใช้ และวิธีใช้ ได้ถูกต้องแล้ว

ส่วนในระยะของการหยุดให้คำปรึกษาเป็นเวลา 4 เดือน ในเดือนที่ 8 พบว่า ผู้ป่วยจะบอกถึงรายละเอียดของยาได้น้อยลงกว่าเดิม ซึ่งอาจเป็นเพราะผู้ป่วยลืม เนื่องจากขาดการบอกเล่าจากเกสซ์กรอย่างต่อเนื่อง

ตารางที่ 15 ผลการทดสอบความรู้ความเข้าใจเรื่องยา ในแต่ละเดือน

ประเภทของ ยา	เดือนที่	จำนวน ผู้ป่วยที่ ใช้ยา	จำนวนผู้ป่วยที่ทราบ (ร้อยละ)			
			ชื่อยา	ข้อบ่งใช้	อาการ ข้างเคียง	วิธีใช้
Antihypertensive	0	63	41 (65.08)	57(90.48)	2 ( 3.17)	63(100.00)
	4	51	44 (82.35)	50 (98.04)	14 (27.45)	51 (100.00)
	8	46	30 (65.22)	45 (97.83)	7 (15.22)	46 (100.00)
Phosphate binder	0	59	25(42.37)	12(20.34)	4 (6.78)	11 (18.64)
	4	56	50 (89.29)	53 (94.64)	18 (32.14)	56 (100.00)
	8	54	38 (70.37)	30 (55.56)	8 (14.81)	51 (94.44)
Epoetin	0	56	56(100.00)	53(94.64)	2 (3.57)	—
	4	48	48(100.00)	47(97.92)	6 (12.50)	—
	8	48	48(100.00)	47(97.92)	4 ( 8.33)	—
Folic acid	0	49	18 (36.73)	8 (16.33)	—	49 (100.00)
	4	48	35 (72.92)	46 (95.83)	—	48 (100.00)
	8	49	29 (59.18)	32 (65.31)	—	49 (100.00)
Ferrous	0	45	20 (44.44)	32 (71.11)	3 (6.67)	7 (15.56)
	4	45	33 (73.33)	44 (97.78)	18 (40.00)	44 (97.79)
	8	44	21 (47.72)	39 (88.64)	7 (15.91)	31 (70.45)
Sodium Bicarbonate	0	34	22 (64.71)	14 (41.18)	1 ( 2.94)	33 (97.06)
	4	37	34 (91.89)	33 (89.19)	9 (24.32)	37 (100.00)
Vitamin อื่น ๆ	8	39	33 (84.62)	31 (79.49)	4 (10.26)	39 (100.00)
	0	26	16 (61.54)	17 (65.38)	—	26 (100.00)
	4	19	15 (78.95)	19(100.00)	—	19 (100.00)
Vitamin D	8	20	13 (65.00)	20(100.00)	—	20 (100.00)
	0	23	8 (34.78)	4 (17.39)	—	23 (100.00)
	4	17	10 (58.82)	17(100.00)	—	17 (100.00)
	8	19	10 (52.63)	10 (52.63)	—	19 (100.00)

ตารางที่ 15 ผลการทดสอบความรู้ความเข้าใจเรื่องยา ในแต่ละเดือน (ต่อ)

ประเภทของ ยา	เดือนที่	จำนวน ผู้ป่วยที่ ให้ยา	จำนวนผู้ป่วยที่ทราบ (ร้อยละ)			
			ชื่อยา	ข้อบ่งใช้	อาการ ข้างเคียง	วิธีใช้
Antianginal	0	16	6 (37.50)	6 (37.50)	0 (0.00)	12 (75.00)
	4	12	8 (66.67)	12(100.00)	1 (8.00)	12 (100.00)
	8	11	7 (63.64)	11(100.00)	0 (0.00)	11 (100.00)
GI regulator	0	14	2 (14.29)	4 (28.57)	6 (42.86)	14 (100.00)
	4	5	2 (40.00)	6 (100.00)	5 (100.00)	5 (100.00)
	8	6	1 (16.67)	5 (100.00)	6 (100.00)	6 (100.00)
Antiplatelet	0	8	5 (62.50)	4 (50.00)	0 (0.00)	6 (75.00)
	4	9	6 (66.67)	9 (100.00)	4 (44.44)	9 (100.00)
	8	8	5 (62.5)	6 (75.00)	1 (12.50)	8 (100.00)
Hypnotic	0	7	2 (28.57)	5 (71.43)	—	7 (100.00)
	4	3	1 (33.33)	3 (100.00)		3 (100.00)
	8	3	1 (33.33)	3 (100.00)		3 (100.00)

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ตารางที่ 16 ความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยเรื่องการปฏิบัติตัว ในแต่ละเดือน

ความรู้ความเข้าใจ	จำนวนคน (ร้อยละ)		
	เดือนที่0	เดือนที่4	เดือนที่8
<b>-ถ้าไม่จำกัดอาหาร</b>			
ของเสี้ยคั่ง สะสม รับออกไม่ได้	16 (25.39)	35 (55.56)	30 (52.63)
โพแทสเซียมสูง	10 (15.87)	3 (4.76)	2 (3.51)
โพแทสเซียมสูง มีผลต่อหัวใจ	6 (9.52)	3 (4.76)	3 (5.26)
แน่น อึดอัด	6 (9.52)	3 (4.76)	4 (7.02)
บวม	3 (4.76)	2 (3.51)	3 (5.26)
ฟอสเฟตสูง	2 (3.51)	0 (0.00)	0 (0.00)
ฟอสเฟตสูง มีผลต่อกระดูก	1 (1.59)	0 (0.00)	1 (1.75)
ฟอสเฟตสูง มีผลต่อกระดูก , โพแทสเซียมสูงมีผลต่อหัวใจ, โซเดียมทำให้บวม	0 (0.00)	8 (12.70)	5 (8.77)
อื่น ๆ เช่น อ่อนเพลีย ใจสั่น ช้างโนไม่ดี	4 (6.35)	0 (0.00)	1 (1.75)
ไม่ทราบ	15 (23.81)	9 (14.29)	8 (14.04)
<b>---ถ้าไม่จำกัดน้ำ</b>			
บวม	24 (38.10)	30 (47.62)	20 (35.09)
น้ำท่วมปอด	24 (38.10)	15 (23.81)	14 (24.56)
บวม น้ำท่วมปอด	3 (4.76)	10 (15.87)	10 (17.54)
ปัสสาวะไม่ออก	1 (1.59)	0 (0.00)	0 (0.00)
แน่น	3 (4.76)	0 (0.00)	3 (5.26)
อื่น ๆ เช่น ความดันสูง ไอ เหนื่อย	3 (4.76)	3 (4.76)	3 (5.26)
ไม่ทราบ	4 (6.35)	5 (7.94)	6 (10.53)
<b>---สารอาหารที่ต้องจำกัด**</b>			
โพแทสเซียม	20 (31.75)	45 (71.43)	31 (54.30)
โซเดียม	5 (7.94)	15 (23.81)	7 (12.28)
โปรตีน	11 (17.46)	1 (1.59)	4 (7.02)
ฟอสเฟต	7 (11.11)	35 (55.56)	18 (31.58)
โซเดียม	0 (0.00)	9 (14.29)	8 (14.04)
ไม่ทราบ	28 (44.44)	7 (11.11)	10 (15.87)

ตารางที่ 16 ความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยเรื่องการปฏิบัติตัว ในแต่ละเดือน (ต่อ)

ความรู้ความเข้าใจ	จำนวนคน (ร้อยละ)		
	เดือนที่0	เดือนที่4	เดือนที่8
อาหารประเภทที่ต้องจำกัด**			
ผัก	17 (26.98)	40 (63.49)	28 (49.12)
ผลไม้	39 (61.90)	52 (82.54)	48 (84.21)
เนื้อสัตว์	15 (23.81)	15 (23.81)	9 (15.79)
อาหารเค็ม	12 (19.05)	24 (38.10)	18 (31.58)
ถั่ว / เมล็ดพืช	8 (12.70)	35 (55.56)	22 (38.60)
อาหารรสจัด	5 (7.94)	0 (0.00)	0 (0.00)
นม	4 (6.35)	22 (34.92)	14 (24.56)
กล้วย	2 (3.17)	0 (0.00)	0 (0.00)
ไข่แดง	2 (3.17)	23 (36.51)	13 (22.81)
แป้ง	1 (1.59)	0 (0.00)	0 (0.00)
มัน	1 (1.59)	0 (0.00)	0 (0.00)
เครื่องในสัตว์	1 (1.59)	2 (3.17)	1 (1.75)
หน่อไม้	1 (1.59)	0 (0.00)	0 (0.00)
ทุกอย่าง	1 (1.59)	0 (0.00)	0 (0.00)
เนย	0 (0.00)	10 (15.87)	6 (10.53)
อาหารมันต่าง ๆ	0 (0.00)	2 (3.17)	5 (8.77)
ปริมาณน้ำที่ควรบริโภคใน 1 วัน			
ตอบได้ถูกต้อง	12 (19.05)	25 (39.68)	21 (36.84)

\* ในคำถามเหล่านี้ มีผู้ป่วยบางรายตอบมากกว่า 1 คำตอบ แต่การคิดร้อยละจะคิดจากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด (63 ราย ในเดือนที่ 0, 4 และ 57 รายในเดือนที่ 8)

ในส่วนของกาประเมินความรู้ความเข้าใจเรื่องการปฏิบัติตนดังในตารางที่ 16 ก่อนได้รับคำปรึกษานั้น ผู้ป่วยมีความเข้าใจว่า ต้องจำกัดอาหารบางประเภท เพราะจะมีของเสียดังหรือสะสม เนื่องจากไตของตนนั้นไม่สามารถทำงานได้อย่างคนปกติ เป็นจำนวนมากที่สุด รวมถึง ถ้าไม่จำกัดน้ำ จะทำให้บวม หรือน้ำท่วมปอด ซึ่งส่วนใหญ่แล้ว ผู้ป่วยเคยประสบภาวะเหล่านี้มาก

แล้ว ทำให้เกิดอาการของโรคอย่างรุนแรง จนถึงกับต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงทราบผลของการไม่จำกัดน้ำเป็นอย่างดี

อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยร้อยละ 80.95 ไม่สามารถบอกถึงปริมาณน้ำที่ควรบริโภคใน 1 วันได้อย่างถูกต้อง ซึ่งอาจเป็นสาเหตุหนึ่งของน้ำหนักกระหว่างการฟอกเลือด(interdialytic weight gain) ที่มากขึ้นในแต่ละราย ซึ่งจะกล่าวถึงต่อไปในตอนที 5

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ทราบถึงชนิดของสารอาหารที่ต้องจำกัด ในบรรดาผู้ที่ทราบ สารอาหารที่ผู้ป่วยตอบได้มากที่สุดคือ โปแทสเซียม (ร้อยละ 31.75 ) เนื่องจากเคยได้รับคำเตือนจากแพทย์หรือพยาบาลในการจำกัดอาหารที่มีโพแทสเซียมสูง หรือเคยมีภาวะโพแทสเซียมสูงมาแล้ว จึงตอบในข้อนี้ ผู้ป่วยร้อยละ 17.46 ตอบว่า ต้องจำกัดโปรตีน ประเภทเนื้อสัตว์ ซึ่งการจำกัดโปรตีนนั้น เป็นหลักปฏิบัติตัวก่อนการล้างไตเท่านั้น ( จำกัดการรับประทานโปรตีนเพียงแค่ 36-40 กรัมโปรตีน ในผู้ป่วยที่หนัก 50-60 กิโลกรัม )<sup>65</sup> เนื่องจากผู้ป่วยที่ทำการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมสามารถบริโภคโปรตีนได้ถึง 60-70 กรัมโปรตีน /วัน<sup>42</sup> ซึ่งเมื่อนำมาคำนวณแล้ว ปรากฏว่าสามารถที่จะรับประทานโปรตีนได้ตามปกติ นอกจากนี้แล้ว มีการศึกษาพบว่า มีผู้ป่วยที่ทำการฟอกเลือดเป็นจำนวนมากที่เกิดภาวะทุพโภชนาการ เนื่องจากการขาดโปรตีน ดังตัวอย่างการศึกษาในโรงพยาบาลราชวิถี ในพ.ศ. 2536-2537 พบภาวะทุพโภชนาการอย่างรุนแรงถึงร้อยละ 60 ของผู้ป่วยที่ทำการฟอกเลือด<sup>46</sup> ดังนั้นจึงควรทำความเข้าใจกับผู้ป่วยว่าไม่จำเป็นต้องจำกัดโปรตีน ยังคงสามารถรับประทานเนื้อสัตว์ทุกชนิดรวมถึงไข่ได้ตามปกติ ยกเว้นโปรตีนบางอย่างที่มีฟอสเฟตสูงเท่านั้น เช่น เนย นม ไข่แดง ให้ลดปริมาณลง

นอกจากนี้ ผู้ป่วยร้อยละ 88.89 ไม่ทราบว่าต้องจำกัดอาหารประเภทฟอสเฟต ซึ่งจริง ๆ แล้ว เป็นเรื่องที่สำคัญมาก เพราะแม้จะได้รับยาจับฟอสเฟตช่วยลดการดูดซึมของฟอสเฟตแล้ว แต่ในบางราย ก็ยังไม่เพียงพอ

ในหัวข้อที่เกี่ยวกับอาหารที่ต้องจำกัดนั้น พบว่า ประเภทของอาหารที่ผู้ป่วยทราบว่า ต้องจำกัดมากที่สุด คือ ผลไม้ (ร้อยละ 61.90 ) รองลงมาคือ ผัก (ร้อยละ 26.98 ) เนื่องจากแพทย์เน้นในส่วนนี้ และสามารถเห็นผลได้จากค่าโพแทสเซียมในเลือดที่ตรวจวัดอยู่เป็นประจำ และมีผู้ป่วยอีกจำนวนหนึ่ง ที่สามารถตอบได้ว่า ควรจะลดอาหารเค็มและตัว แม้ส่วนใหญ่จะไม่สามารถตอบได้ว่ามีโซเดียมและฟอสเฟตสูงก็ตาม ส่วนผู้ป่วยที่มีความเข้าใจไม่ถูกต้องคือผู้ป่วยที่ตอบว่า ต้องจำกัดอาหารประเภทเนื้อสัตว์ดังที่กล่าวไปแล้ว และอาหารประเภทแป้ง ซึ่งในความเป็นจริงแล้ว อาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตนั้น ไม่จำเป็นต้องจำกัดเลย ตรงกันข้าม ผู้ป่วยควรรับประทานอาหารประเภทนี้เนื่องจากเป็นแหล่งให้พลังงานอย่างดีโดยไม่มีของเสียที่ต้องขับถ่ายทางไต<sup>46</sup> และมีผู้ป่วยบางรายที่เข้าใจว่าต้องจำกัดอาหารทุกอย่าง ซึ่งนับเป็นความเข้าใจที่ผิดอย่างมาก และเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการด้วย

ดังนั้น จะเห็นได้ว่า ยังมีผู้ป่วยอีกจำนวนมาก ที่ยังไม่ทราบสาเหตุและชนิดของอาหารและปริมาณน้ำที่ต้องจำกัด การให้คำปรึกษาแนะนำจึงเป็นการเพิ่มความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วย หลังให้คำปรึกษาเป็นระยะเวลา 4 เดือน จะเห็นได้ว่ามีผู้ป่วยจำนวนมากขึ้นที่สามารถทราบถึงรายละเอียดในการปฏิบัติตนได้ดีขึ้น แต่กลับลดลงหลังหยุดให้คำปรึกษา แม้ว่ายังมีจำนวนที่มากกว่าในระยะก่อนให้คำปรึกษาก็ตาม

เมื่อทำการรวมคะแนนความรู้ของผู้ป่วยจากการทดสอบดังกล่าว ซึ่งรวมทั้งหัวข้อของการใช้ยาและการปฏิบัติตน ในแต่ละระยะคือ ก่อนได้รับคำปรึกษา (เดือนที่0) หลังได้รับคำปรึกษาเป็นเวลา 2 และ 4 เดือน (เดือนที่ 2 และ 4) และหลังหยุดได้รับคำปรึกษาเป็นเวลา 4 เดือน (เดือนที่ 8) ได้ผลคะแนนของผู้ป่วยแต่ละราย ดังในตารางที่ 17 และสรุปผลคะแนนเฉลี่ยของผู้ป่วยทั้งหมด ดังในตารางที่ 18



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 17 ผลคะแนนความรู้ความเข้าใจเรื่องยาและการปฏิบัติตนของผู้ป่วยแต่ละราย

รายที่	ร้อยละของคะแนนความรู้ความเข้าใจเรื่องยา				รายที่	ร้อยละของคะแนนความรู้ความเข้าใจเรื่องยา			
	เดือนที่0	เดือนที่2	เดือนที่4	เดือนที่8		เดือนที่0	เดือนที่2	เดือนที่4	เดือนที่8
1	40.00	57.14	71.43	59.52	33	57.14	69.05	76.19	57.14
2	36.36	61.82	70.91	66.67	34	38.71	58.06	70.97	61.29
3	34.55	55.56	59.18	44.44	35	66.67	71.43	70.27	71.43
4	57.58	69.70	78.79	78.79	36	54.17	67.74	90.32	82.35
5	46.34	55.00	78.26	62.50	37	54.35	66.60	72.73	69.05
6	22.22	32.26	48.39	48.72	38	66.67	80.95	97.5	85.71
7	36.84	50.00	55.26	51.28	39	41.46	62.22	75.56	62.22
8	47.62	73.33	80.43	59.18	40	61.76	75.53	82.35	—
9	53.85	58.97	64.10	61.54	41	59.46	67.57	78.05	67.57
10	30.19	33.96	45.28	40.94	42	64.29	76.19	82.61	83.33
11	48.98	55.10	69.39	51.11	43	48.48	60.00	73.33	64.71
12	41.18	62.50	75.00	—	44	58.82	71.93	79.25	—
13	30.23	47.06	50.98	44.90	45	57.14	66.67	78.38	77.55
14	33.33	50.00	58.33	48.98	46	60.53	68.42	84.21	85.71
15	22.45	54.35	67.39	54.76	47	56.86	66.67	72.73	72.73
16	22.86	34.55	52.17	42.11	48	64.44	77.78	88.89	86.79
17	39.47	54.84	68.57	54.29	49	47.50	55.56	68.57	61.11
18	16.13	45.16	57.14	50.00	50	54.35	67.44	76.6	64.86
19	22.73	45.95	62.16	51.22	51	47.37	68.18	66.67	63.64
20	47.92	62.50	70.83	60.42	52	58.00	70.00	74.00	68.00
21	38.46	53.85	74.36	58.97	53	50.00	75.61	84.21	78.26
22	37.50	57.63	75.00	55.10	54	40.54	64.71	78.79	79.41
23	44.90	61.22	75.61	63.41	55	48.48	66.67	77.78	78.05
24	34.21	50.00	56.76	—	56	40.63	75.00	85.71	58.62
25	32.65	46.69	53.06	37.70	57	59.02	55.44	82.46	75.41
26	51.28	69.23	71.79	65.71	58	41.94	64.10	69.23	60.00
27	31.43	65.63	78.13	—	59	28.26	47.83	82.61	67.50
28	25.00	65.63	72.34	53.49	60	27.03	52.94	61.76	50.00
29	48.98	57.63	80.00	60.98	61	33.33	56.67	65.38	60.87
30	51.11	66.67	79.59	—	62	50.98	72.09	79.07	80.00
31	45.45	59.38	67.65	61.76	63	18.18	54.76	56.76	46.15
32	45.24	69.05	73.91	61.90					

ตารางที่ 18 คะแนนเฉลี่ยจากการทดสอบความรู้ความเข้าใจเรื่องยาและการปฏิบัติตน

เดือนที่	ร้อยละของคะแนนเฉลี่ย	Standard Deviation	ร้อยละของคะแนนต่ำสุด	ร้อยละของคะแนนสูงสุด
0	44.22	13.19	16.13	69.70
2	61.02	10.71	32.26	80.95
4	71.83	10.8	45.28	97.50
8	62.63	12.26	37.70	86.79

จะเห็นได้ว่า หลังการให้คำแนะนำดังกล่าว ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ความเข้าใจที่เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ในแต่ละเดือนของการให้คำปรึกษา และกลับลดลงหลังหยุดการให้คำปรึกษา เมื่อนำข้อมูลคะแนนดังกล่าวมาหาความแตกต่างของคะแนนในแต่ละเดือน โดยใช้การทดสอบแบบ ANOVA with repeated measurement พบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ความเข้าใจในแต่ละเดือน ดังตารางที่ 19

ตารางที่ 19 ความแตกต่างทางสถิติของคะแนนเฉลี่ยของความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยในแต่ละเดือน

เดือนที่	ค่า P	ANOVA with repeated measurement	
		ระดับความเชื่อมั่น	ความมีนัยสำคัญทางสถิติ
0 และ 2	<0.05	95%	มีนัยสำคัญทางสถิติ
2 และ 4	<0.05	95%	มีนัยสำคัญทางสถิติ
4 และ 8	<0.05	95%	มีนัยสำคัญทางสถิติ

จึงสรุปได้ว่า ในแต่ละเดือน ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการให้ยาและการปฏิบัติตนเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกลับลดลงหลังการหยุดให้คำปรึกษา ซึ่งให้ผลเป็นไปในแนวทางเดียวกับงานวิจัยของ Stoutakis<sup>17</sup> เช่นกัน ดังนั้น จึงควรมีการให้คำแนะนำอย่างต่อเนื่อง เพื่อย้ำถึงความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องของผู้ป่วยให้มีอยู่ตลอด

Clearly ทำการศึกษาเกี่ยวกับความรู้ของผู้ป่วยที่ทำการฟอกเลือดและพบว่า ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับยาในกลุ่มลดความดันโลหิตมากที่สุด รองลงมาคือยาในกลุ่มวิตามินดี และยาจับ

ฟอสเฟต และพบว่ามีความร่วมมือในการใช้ยาของยาลดความดันโลหิต วิตามินดี และยาจับ ฟอสเฟต จากมากไปน้อยเช่นกัน<sup>23</sup> อย่างไรก็ตาม มีงานวิจัยที่ให้ผลขัดแย้งกัน ระหว่างความรู้ ความเข้าใจกับความร่วมมือของผู้ป่วย เช่น Katz พบว่า ผู้ที่มีความร่วมมือที่ดีในการจำกัดอาหาร ไม่ได้มีคะแนนที่สูงในส่วนของความรู้เลย<sup>66</sup> แสดงให้เห็นว่า ผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเพียง อย่างเดียว อาจไม่ได้เพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาและการปฏิบัติตน หรือทำให้ผลการรักษาดีขึ้น เสมอไป ยังคงต้องอาศัยปัจจัยอื่นมาประกอบด้วยเช่นกัน

## 5. ระดับผลการรักษาของผู้ป่วย

### 5.1 โภชนาการ

ผลของระดับโภชนาการในเลือด ก่อน (เดือนที่ 0) และหลังให้คำปรึกษา (เดือนที่ 2 และ 4) ตลอดจนหลังหยุดให้คำปรึกษา (เดือนที่ 8) ของผู้ป่วยแต่ละรายแสดงในตารางที่ 20 และเมื่อนำ มาจัดตามระดับผลการรักษา (ดังเกณฑ์ในภาคผนวก จ) แสดงผลในตารางที่ 21



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 20 ระดับโพแทสเซียมในเลือดในเดือนต่างๆ ของผู้ป่วยแต่ละราย

ราย ที่	ระดับโพแทสเซียมในเลือด(mEq/l)				ราย ที่	ระดับโพแทสเซียมในเลือด(mEq/l)			
	เดือนที่0	เดือนที่2	เดือนที่4	เดือนที่8		เดือนที่0	เดือนที่2	เดือนที่4	เดือนที่8
1	5.2	4.5	5.1	5.5	33	4.4	4.5	4.8	4.8
2	5.2	4.8	5.2	5.8	34	3.7	4.5	4.9	5.1
3	4.2	3.6	3.8	4.4	35	5.4	5.7	5.6	5.5
4	3.3	4.8	4.7	5.5	36	5.2	5.3	5.2	6.6
5	5.3	5.3	4.1	4.1	37	5.4	5.0	4.7	4.8
6	4.8	4.2	4.7	4.2	38	3.9	4.1	5.4	4.3
7	5.8	4.7	4.7	4.3	39	4.3	4.5	5.7	5.8
8	4.7	4.7	4.7	5.8	40	4.5	5.2	4.7	--
9	5.3	4.9	4.1	3.8	41	6.3	5.0	5.2	5.8
10	4.4	4.6	4.7	4.7	42	6.1	6.0	5.7	6.8
11	4.2	4.8	5.1	4.7	43	5.0	4.7	4.3	4.5
12	5.2	4.7	5.5	--	44	5.0	5.2	5.3	--
13	6.5	5.7	6.2	5.9	45	5.9	4.1	5.1	6.2
14	5.3	3.7	3.9	5.4	46	5.5	4.9	5.4	5.4
15	4.7	4.8	4.4	5.9	47	4.8	4.7	5.1	5.1
16	4.8	5.0	6.0	5.3	48	4.9	4.5	5.5	6.3
17	7.0	5.4	6.1	5.8	49	4.8	5.5	5.6	6.2
18	5.6	6.1	5.6	5.2	50	4.8	4.3	5.5	5.2
19	5.9	5.1	5.3	5.8	51	6.9	6.1	8.0	6.3
20	5.7	4.4	4.4	5.3	52	7.3	4.5	5.0	5.3
21	5.4	5.5	5.5	5.8	53	4.3	4.9	4.7	5.1
22	5.8	6.8	4.9	4.9	54	4.2	4.3	4.4	5.8
23	5.1	4.6	4.2	4.2	55	4.2	3.6	4.1	4.1
24	5.0	5.1	5.1	--	56	6.6	6.7	6.3	6.1
25	2.8	3.2	3.7	4.2	57	3.8	4.0	4.1	4.4
26	4.5	4.8	4.9	4.2	58	4.6	4.7	4.5	5.0
27	3.5	3.4	4.6	--	59	6.0	5.1	4.5	5.3
28	4.6	4.3	4.3	5.2	60	6.4	5.4	4.9	5.0
29	4.9	4.2	4.9	3.1	61	6.4	4.6	4.8	5.0
30	7.2	6.8	5.4	--	62	4.1	4.7	4.8	5.1
31	4.2	4.7	5.0	6.0	63	6.2	5.7	5.0	6.5
32	5.0	5.6	4.7	4.6					



ตารางที่ 21 จำนวนผู้ป่วยจำแนกตามระดับค่าโพแทสเซียมในเลือดในแต่ละเดือน

ระดับผลการรักษา*	จำนวนผู้ป่วย ( ร้อยละของผู้ป่วย )			
	เดือนที่ 0	เดือนที่ 2	เดือนที่ 4	เดือนที่ 8
ไม่ดี (>6.5 mEq/l)	5 (7.9)	3 (4.8)	1 (1.6)	2 ( 3.5)
พอใช้ (≤ 6.5 mEq/l)	6 (9.5)	2 (3.2)	3 (4.8)	6 (10.5)
ดี (≤ 6.0 mEq/l)	8 (12.7)	5 (7.9)	6 (9.5)	10 (17.5)
ดีมาก ( ≤ 5.5 mEq/l)	44(69.8)	53(84.1)	53(84.1)	39 ( 68.4)
รวม	63 (100.00)	63 (100.00)	63 (100.00)	57(100.00)
Mean rank	2.31	2.68	2.64	2.37
ระดับความมีนัยสำคัญ	0.019 ( Friedman Test )			

\* ระดับผลการรักษา ดูรายละเอียดจากเกณฑ์ในภาคผนวก จ. (หน้า 155)

ผู้ป่วยที่มีระดับผลของค่าโพแทสเซียมอยู่ในเกณฑ์ที่ดีขึ้น มีจำนวนเพิ่มขึ้น ในแต่ละเดือนของการให้คำปรึกษา และมีความแตกต่างของระดับการรักษาในแต่ละเดือนอย่างน้อย 1 คู่อย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อทำการทดสอบด้วยวิธีของ Friedman

ตารางที่ 22 ความแตกต่างทางสถิติของระดับโพแทสเซียมของผู้ป่วย ในแต่ละเดือน

ความแตกต่างระหว่างเดือน	Wilcoxon Signed Rank Test		
	ค่า P	ระดับความเชื่อมั่น	ความมีนัยสำคัญทางสถิติ
0 และ 4	0.003	95%	มีนัยสำคัญทางสถิติ
4 และ 8	0.035	95%	มีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อนำมาหาความแตกต่างทางสถิติ โดยใช้การทดสอบวิธีของ Wilcoxon Signed Rank พบความแตกต่างของระดับโพแทสเซียมของผู้ป่วย ระหว่างระยะก่อนการได้รับคำปรึกษา (เดือนที่ 0) และหลังการได้รับคำปรึกษา (เดือนที่ 4) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และหลังจากหยุดการได้รับคำปรึกษาแล้ว (เดือนที่ 8) ผู้ป่วยก็มีค่าระดับโพแทสเซียมแตกต่างจากหลังจากได้รับคำปรึกษา (เดือนที่ 4) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกัน

มีงานวิจัยที่ได้ศึกษาถึงความร่วมมือในการบริโภคอาหาร ( dietary compliance ) ของผู้ป่วยและระบุว่าสามารถให้ค่าระดับโพแทสเซียมในเลือด เป็นตัวชี้วัดถึงระดับความร่วมมือ

ประเภทนี้ได้<sup>21,84</sup> อย่างไรก็ตาม ปัจจัยจากอาการข้างเคียงของยาบางประเภท เช่นยาในกลุ่ม NSAID, trimethoprim,  $\beta$ -blocker และ ACEI อาจมีผลให้ไตขับโพแทสเซียมได้น้อย และคั่งในร่างกายได้เช่นกัน จึงควรพิจารณาปัจจัยด้านนี้ประกอบด้วย เภสัชกรได้ทำการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการรับประทานยาที่ถูกต้อง หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีโพแทสเซียมสูง เช่น อาหารประเภทผลไม้ ผักสด เมื่อก มัน ฯลฯ เพิ่มความรู้ความเข้าใจในการเลือกชนิดของอาหารที่รับประทาน ทั้งด้านเวลาและเอกสารที่แจ้งถึงปริมาณโพแทสเซียมในอาหารมาประกอบ และพบว่าหลังได้รับคำปรึกษาแล้ว ผู้ป่วยมีระดับของค่าโพแทสเซียมอยู่ในเกณฑ์ดีขึ้น โดยเมื่อหยุดให้คำปรึกษา (เดือนที่ 8) แล้วนั้น พบว่าผู้ป่วยมีระดับของค่าโพแทสเซียมอยู่ในเกณฑ์ที่เลวลง จึงแสดงว่า การให้คำปรึกษาดังกล่าว อาจจะเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีระดับค่าของโพแทสเซียมที่ดีขึ้นได้

ผู้วิจัยได้ทำการหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยกับระดับโพแทสเซียมในเลือดก่อนได้รับคำปรึกษา พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.05$ ) ระหว่างระดับโพแทสเซียมในเลือด กับความรู้ความเข้าใจที่จำต้องจำกัดสารโพแทสเซียม แต่กลับไม่พบความสัมพันธ์ของระดับโพแทสเซียม กับผู้ที่ทราบถึงชนิดของอาหารที่มีโพแทสเซียมสูง แต่หลังการให้คำปรึกษาได้พบว่า ผู้ที่ทราบว่าสารโพแทสเซียมมีผลกับหัวใจนั้น มีค่าระดับโพแทสเซียมอยู่ในเกณฑ์ดี ถึง ดีมากทั้งหมด ดังนั้นในการให้คำปรึกษา จึงควรได้อธิบายถึงรายละเอียดของสารโพแทสเซียมและผลเสียของการมีโพแทสเซียมสูง ประกอบไปกับชนิดของอาหารที่สารโพแทสเซียมสูงด้วย ซึ่งน่าจะทำให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญและมีความร่วมมือในการจำกัดอาหารประเภทนี้ได้ดีกว่าการที่บอกให้ผู้ป่วยจำกัดอาหารชนิดนั้น ๆ เพียงอย่างเดียว

## 5.2 ฟอสฟอรัส

ค่าระดับฟอสฟอรัสในเลือดของผู้ป่วย ก่อนได้รับคำปรึกษาโดยเภสัชกร หลังจากได้รับคำปรึกษาโดยเภสัชกร 2 และ 4 เดือน และหลังจากหยุดได้รับคำปรึกษา ของผู้ป่วยแต่ละรายแสดงในตารางที่ 23 และเมื่อนำมาจัดตามระดับผลการรักษา (ดังเกณฑ์ในภาคผนวก จ) แสดงผลในตารางที่ 24

ตารางที่ 23 ระดับฟอสฟอรัสในเลือดในเดือนต่างๆ ของผู้ป่วยแต่ละราย

ราย ที่	ระดับฟอสฟอรัสในเลือด (mEq/l)				ราย ที่	ระดับฟอสฟอรัสในเลือด(mEq/l)			
	เดือนที่0	เดือนที่2	เดือนที่4	เดือนที่8		เดือนที่0	เดือนที่2	เดือนที่4	เดือนที่8
1	6.1	9.5	6.4	5.9	33	5.4	4.5	5.0	3.3
2	5.5	5.1	7.2	7.5	34	7.2	6.3	6.7	7.7
3	6.5	5.9	5.9	4.5	35	8.1	8.6	6.4	7.5
4	6.4	6.1	6.1	8.1	36	6.5	7.1	4.5	2.5
5	3.1	3.3	3.6	4.9	37	5.5	4.4	5.9	4.1
6	6.6	4.4	5.5	3.9	38	3.6	4.5	4.4	4.7
7	8.6	5.6	5.8	3.5	39	6.9	6.7	6.6	6.4
8	3.7	3.3	2.6	3.3	40	7.9	8.5	7.0	--
9	5.7	6.0	3.6	2.8	41	4.7	3.7	5.3	4.7
10	3.7	3.2	3.9	4.0	42	5.3	7.9	3.3	4.0
11	4.6	5.6	7.3	5.0	43	7.2	7.9	5.3	4.6
12	4.4	3.3	7.8	--	44	5.0	5.6	4.3	--
13	4.4	4.2	3.9	5.2	45	5.2	7.2	5.3	5.5
14	7.9	4.1	5.3	5.6	46	3.7	2.8	3.4	6.0
15	2.3	4.1	5.0	4.6	47	5.2	6.5	5.6	6.2
16	8.5	8.0	8.1	7.2	48	5.9	6.5	5.2	5.7
17	7.1	7.0	6.7	7.2	49	3.6	2.3	2.3	6.7
18	5.8	6.6	8.2	3.1	50	1.5	2.6	3.0	3.4
19	4.1	3.3	3.3	4.0	51	5.0	6.6	4.3	5.2
20	5.7	4.4	4.4	4.8	52	6.2	4.9	6.0	6.8
21	6.9	5.7	6.6	8.1	53	6.9	8.2	8.9	9.2
22	4.5	5.9	3.3	3.3	54	2.7	2.1	4.3	6.7
23	5.5	4.2	4.2	1.6	55	5.8	5.1	4.5	4.9
24	6.8	7.9	6.1	--	56	4.4	6.2	5.8	6.2
25	5.0	5.1	2.4	3.7	57	5.0	3.5	3.7	2.1
26	7.1	7.1	7.4	6.1	58	8.3	4.8	4.7	7.4
27	3.1	3.5	2.5	--	59	5.0	5.1	5.7	6.4
28	9.2	6.0	7.7	7.1	60	6.5	4.2	4.8	5.0
29	5.4	5.3	2.4	5.0	61	7.0	6.1	6.0	5.5
30	7.9	7.6	4.7	--	62	7.0	6.1	6.6	9.0
31	3.7	2.3	3.0	3.0	63	5.0	5.1	5.4	2.5
32	6.7	5.2	5.5	2.9					

ตารางที่ 24 จำนวนผู้ป่วยจำแนกตามระดับค่าฟอสฟอรัสในเลือดในแต่ละเดือน

ระดับผลการรักษา*	จำนวนผู้ป่วย ( ร้อยละของผู้ป่วย )			
	เดือนที่ 0	เดือนที่ 2	เดือนที่ 4	เดือนที่ 8
ไม่ดี (>6.5 mg/dl)	20 (31.7)	16 (25.4)	14 (22.2)	14 (24.6)
พอใช้ (≤ 6.5 mg/dl)	5 ( 7.9 )	7 (11.1)	4 ( 7.9 )	5 ( 8.8 )
ดี ( ≤ 6.0 mg/dl)	6 ( 9.5 )	8 (12.7)	8 (12.7)	4 ( 7.0 )
ดีมาก ( ≤ 5.5 mg/dl)	32 (50.8 )	32 (50.8 )	37 (58.7)	34 (59.6)
รวม	63 (100.00)	63 (100.00)	63 (100.00)	57(100.00)
Mean rank	2.33	2.47	2.63	2.56
ระดับความมีนัยสำคัญ	0.321 ( Friedman Test )			

\* ระดับผลการรักษา ดูรายละเอียดจากเกณฑ์ในภาคผนวก จ. (หน้า 155)

หลังการให้คำปรึกษาโดยเภสัชกร โดยรวมแล้ว ผู้ป่วยที่มีระดับค่าฟอสฟอรัสในเลือดอยู่ในเกณฑ์ที่ดีขึ้น มีจำนวนมากขึ้นในเดือนที่ 2 และ 4 และกลับลดลงในเดือนที่ 8 หรือหลังหยุดการให้คำปรึกษาไปแล้ว แสดงว่าการให้คำปรึกษาโดยเภสัชกรอาจมีส่วนทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวดีขึ้น นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของระดับค่าฟอสฟอรัสที่ดีขึ้น แม้เมื่อหยุดให้คำปรึกษาไป จะมีเกณฑ์ของค่าฟอสฟอรัสที่ลดลง แต่ก็ยังอยู่ในเกณฑ์ดีกว่าในเดือนที่ 0 และ 2

อย่างไรก็ตาม เมื่อนำมาหาความแตกต่าง โดยใช้ Friedman test พบว่า ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P > 0.05$ ) ระหว่างเดือนใดเลย

ผู้วิจัยหลายคนรายงานไว้ว่า สามารถใช้ระดับฟอสฟอรัสบ่งบอกถึงความร่วมมือในการกินยาของผู้ป่วย ( medication compliance ) ได้<sup>21,24</sup> แต่หากใช้เกณฑ์ดังกล่าวมาพิจารณาในการศึกษาครั้งนี้นั้น จะพบว่า ถึงแม้ผลความร่วมมือในการใช้ยาหลังจากให้คำปรึกษา ที่ประเมินออกมา (ตอนที่ 2.3) ได้อยู่ในระดับที่ดีนั้น ( แตกต่างกับก่อนการให้คำปรึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ) แต่ค่าฟอสฟอรัสในเลือดกลับไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ และเมื่อนำระดับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยมาหาความสัมพันธ์กับระดับฟอสฟอรัสในเลือด โดยใช้สถิติ Fisher's Exact Test ก็ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน ( $P > 0.05$ ) ซึ่งอาจเป็นเพราะระดับฟอสฟอรัสนั้น สามารถเป็นผลมาจากหลายปัจจัยด้วยกันนอกจากความร่วมมือในการรับประทานยาจับฟอสเฟตและวิตามินดีของผู้ป่วยแล้ว ยังเป็นผลมาจากการรับประทานอาหาร ความถี่ ระยะเวลา และประสิทธิภาพของกระบวนการทำ dialysis การเพิ่ม bone resorption ในภาวะ hyperparathyroidism ตลอดจนการปรับขนาดของยาจับฟอสเฟตของ

แพทย์<sup>38</sup> หรืออาจเป็นเพราะวิธีประเมินความร่วมมือในการกินยานี้ส่วนใหญ่แล้วเป็นการเก็บข้อมูลด้าน subjective เพียงอย่างเดียวจึงอาจได้ผลที่ยังไม่น่าเชื่อถือพอก็เป็นได้

แม้ว่าการให้คำปรึกษาโดยเภสัชกรในครั้งนี้ จะไม่อาจแสดงผลการเปลี่ยนแปลงของค่าฟอสฟอรัสที่ดีขึ้นอย่างชัดเจนทางสถิติได้ ซึ่งอาจเป็นเพราะการเปลี่ยนแปลงของค่าฟอสฟอรัสจะต้องอาศัยปัจจัยต่าง ๆ หลายอย่างดังกล่าวไปแล้วนอกเหนือจากการรับประทานยาและอาหารที่ถูกต้องของผู้ป่วย แต่ก็ควรมีการให้คำแนะนำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อศึกษาผลต่อไปว่า การให้คำปรึกษาในระยะยาว จะสามารถพบความแตกต่างในการลดระดับฟอสฟอรัสลงได้หรือไม่

### 5.3 Interdialytic weight gain ( IDWG)

ค่า IDWG เฉลี่ยในระยะ 1 เดือนก่อนให้คำปรึกษา ( เดือนที่ 0) หลังให้คำปรึกษาในเดือนที่ 2 และเดือนที่ 4 และ หลังหยุดให้คำปรึกษา 4 เดือน ( เดือนที่ 8) ของผู้ป่วยแต่ละรายแสดงในตารางที่ 25 และเมื่อนำมาจัดตามระดับผลการรักษา (ดังเกณฑ์ในภาคผนวก ๑) แสดงผลในตารางที่

26

ตารางที่ 25 ค่า Interdialytic weight gain (เฉลี่ย/เดือน) ในเดือนต่างๆของผู้ป่วยแต่ละราย

ราย ที่	ค่า Interdialytic weight gain (กก.)				ราย ที่	ค่า Interdialytic weight gain(กก.)			
	เดือนที่0	เดือนที่2	เดือนที่4	เดือนที่8		เดือนที่0	เดือนที่2	เดือนที่4	เดือนที่8
1	3.6	2.9	2.8	3.3	33	4.7	4.7	5.4	5.1
2	2.6	2.7	3.0	3.6	34	3.0	3.2	3.4	2.9
3	1.8	1.6	2.5	2.3	35	3.1	3.4	3.0	3.0
4	3.2	3.5	3.5	3.3	36	3.1	3.1	3.3	4.2
5	3.0	2.7	2.4	2.6	37	3.2	2.9	3.0	2.7
6	2.5	2.2	2.2	1.9	38	2.4	2.5	2.9	3.1
7	2.9	2.6	2.5	2.1	39	3.7	4.3	4.0	4.0
8	3.9	3.7	3.8	3.6	40	3.2	4.2	3.5	--
9	3.9	4.1	2.9	2.2	41	4.4	3.9	3.4	3.6
10	1.9	1.4	1.5	2.0	42	2.4	3.0	2.9	2.9
11	1.8	2.4	3.1	2.7	43	2.9	3.1	3.3	3.0
12	2.1	2.2	2.4	--	44	4.9	4.4	3.5	--
13	2.7	2.6	3.0	2.5	45	3.4	3.3	3.2	3.8
14	1.6	0.8	2.0	1.7	46	3.9	3.6	3.4	4.1
15	2.9	2.6	2.9	3.4	47	2.8	3.2	2.9	3.1
16	3.8	3.3	3.9	2.8	48	3.6	2.9	2.8	2.8
17	3.0	2.7	2.9	3.6	49	4.4	3.7	4.3	4.8
18	1.8	1.8	1.6	1.2	50	4.9	4.3	4.3	4.2
19	1.7	2.6	2.0	2.8	51	3.9	3.9	3.8	4.4
20	2.7	1.9	1.7	1.9	52	3.1	3.2	3.2	3.6
21	3.9	3.8	4.3	4.7	53	2.6	2.9	3.0	3.6
22	0.7	1.0	1.0	1.3	54	2.6	3.0	3.0	2.9
23	3.9	3.1	3.0	2.6	55	2.6	2.3	2.4	2.9
24	4.7	4.8	4.3	--	56	3.3	2.8	2.6	2.5
25	1.4	1.4	1.8	3.7	57	2.6	2.1	2.2	2.4
26	2.0	3.7	2.0	2.8	58	1.9	1.9	2.2	1.9
27	2.4	1.7	1.5	--	59	3.3	2.0	2.1	2.9
28	3.4	3.6	3.5	4.4	60	2.5	2.5	2.0	2.5
29	1.8	1.5	1.0	0.9	61	3.7	4.8	4.0	4.4
30	3.8	3.6	3.4	--	62	6.1	6.1	6.6	5.4
31	3.2	2.4	4.2	3.8	63	1.6	1.8	1.9	2.5
32	3.6	3.3	3.0	2.7					

ตารางที่ 26 จำนวนผู้ป่วยจำแนกตามระดับของ interdialytic weight gain ในแต่ละเดือน

ระดับผลการรักษา*	จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละของผู้ป่วย)			
	เดือนที่ 0	เดือนที่ 2	เดือนที่ 4	เดือนที่ 8
ไม่ดี (>3.0 kg)	33 (52.4)	28 (44.4)	26 (41.3)	25 (43.9)
พอใช้ (2.6-3.0 kg)	12 (19.0)	15 (23.8)	16 (25.4)	17 (29.8)
ดี (2.1-2.5 kg)	6 (9.5)	7 (11.1)	10 (15.9)	7 (12.3)
ดีมาก (< 2.0 kg)	12 (19.0)	13 (20.6)	11(17.5)	8 (14.0)
รวม	63 (100.00)	63 (100.00)	63 (100.00)	57(100.00)
Mean rank	2.37	2.56	2.61	2.46
ระดับความมีนัยสำคัญ	0.428 (Friedman Test)			

\* ระดับผลการรักษา ดูรายละเอียดจากเกณฑ์ในภาคผนวก จ. (หน้า 155)

จากการทำการศึกษา ผู้ป่วยมีค่า mean rank ของ IDWG ที่ดีขึ้นในระหว่างการให้คำปรึกษา และกลับลดลงหลังหยุดให้คำปรึกษา แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อใช้สถิติวิธีของ Friedman ในการทดสอบ

IDWG เป็นค่าน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นที่วัดได้ก่อนการฟอกเลือดหรือระหว่างการทำ dialysis แต่ละครั้ง ซึ่งค่าที่ได้เป็นค่าเฉลี่ยของน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นในระยะเวลา 1 เดือน ซึ่งเป็นเครื่องแสดงถึงปริมาณน้ำที่ผู้ป่วยได้รับหรือการควบคุมการบริโภคของเหลวของผู้ป่วย (fluid compliance)<sup>21,64</sup> แต่มีผู้พบว่า IDWG ของผู้ป่วยส่วนมากจะสูงกว่าระดับที่งานวิจัยต่างๆ ได้ตั้งเกณฑ์ไว้ ทั้งๆ ที่ไม่ได้มีปัญหาของความไม่ร่วมมือในการควบคุมน้ำ (fluid- noncompliance) เสมอไป<sup>67</sup> อย่างไรก็ตาม เกณฑ์ IDWG ที่ตั้งไว้ในงานวิจัยครั้งนี้ ก็เป็นเกณฑ์ที่นำมาดัดแปลงให้เหมาะกับผู้ป่วยคนไทยแล้ว ประกอบกับการควบคุมปริมาณของเหลวเป็นเรื่องที่ทำได้ยาก และมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ค่อนข้างช้าและลำบาก ผู้ป่วยบางราย เมื่อเริ่มต้นการฟอกเลือด IDWG ยังมีค่าน้อย ๆ แต่เมื่อเวลาผ่านไป IDWG นี้จะเพิ่มขึ้น ๆ เนื่องจากผู้ป่วยเลิกควบคุม หรือเบื่อกฎหมายที่จะระวังการจำกัดการบริโภคน้ำ แม้ว่าในบางราย หลังจากได้รับคำแนะนำแล้วและผู้ป่วยได้ทราบถึงปริมาณน้ำที่ควรได้รับใน 1 วันก็ตาม แต่ส่วนใหญ่ยอมรับว่ากระทำตามได้ยาก ในงานวิจัยครั้งนี้ การให้คำแนะนำปรึกษา จึงไม่สามารถแสดงผลการเปลี่ยนแปลงในด้านของการควบคุมปริมาณของเหลว (fluid compliance) โดยค่า IDWG ได้ ซึ่งอาจเป็นเพราะประสิทธิภาพของการให้คำปรึกษาหรือเวลาที่ใช้นั้นไม่เพียงพอที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยได้ เกสซกรจึงควรให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง

เนื่องต่อไปอีก เพื่อเน้นย้ำความเข้าใจและกระตุ้นเตือนผู้ป่วย Hoover แนะนำว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่สำคัญ ๆ เหล่านี้ ควรจะเน้นเป็นไปทีละอย่างๆ และเพิ่ม objective ขึ้นทีละอย่างในครั้งต่อไป หลังจากที่ผู้ป่วยได้รับความรู้มาเพียงพอแล้ว<sup>๑๑</sup>

#### 5.4 ซีรัมแอลบูมิน (serum albumin)

ค่าซีรัมแอลบูมิน ก่อนให้คำปรึกษา (เดือนที่ 0) หลังให้คำปรึกษาในเดือนที่ 2 เดือนที่ 4 และหลังหยุดให้คำปรึกษา 4 เดือน (เดือนที่ 8) ของผู้ป่วยแต่ละรายแสดงในตารางที่ 27 โดยเมื่อนำมาจัดตามระดับผลการรักษา (ดังเกณฑ์ในภาคผนวก ๑) แสดงผลในตารางที่ 28



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ตารางที่ 27 ระดับซีรัมแอลบูมินในเดือนต่างๆ ของผู้ป่วยแต่ละราย

ราย ที่	ระดับซีรัมแอลบูมิน(กรัม/เดซิลิตร)				ราย ที่	ระดับซีรัมแอลบูมิน (กรัม/เดซิลิตร)			
	เดือนที่0	เดือนที่2	เดือนที่4	เดือนที่8		เดือนที่0	เดือนที่2	เดือนที่4	เดือนที่8
1	4.0	3.8	4.0	4.3	33	4.0	4.1	4.1	4.0
2	4.2	4.3	4.8	4.2	34	4.1	4.0	3.8	4.0
3	3.6	3.6	3.5	3.4	35	4.5	4.3	4.5	4.2
4	4.4	4.0	4.0	4.1	36	3.9	3.9	3.7	3.9
5	4.7	4.0	4.1	4.2	37	3.9	3.7	4.1	4.1
6	3.8	4.1	4.1	3.7	38	4.1	4.2	4.2	4.0
7	4.3	4.3	4.3	3.9	39	4.3	4.2	4.0	3.4
8	4.4	4.1	4.0	4.5	40	4.5	4.4	4.2	--
9	4.0	4.4	4.0	3.7	41	4.4	4.7	4.4	4.1
10	3.8	3.7	3.7	3.7	42	4.2	4.4	4.3	4.2
11	4.2	3.7	4.1	3.9	43	4.2	4.1	3.8	4.5
12	3.7	4.0	4.0	--	44	4.2	4.6	4.3	--
13	4.1	4.2	4.4	3.9	45	4.1	4.1	4.0	3.6
14	4.1	4.2	4.4	4.4	46	4.4	4.4	3.9	4.1
15	4.6	4.4	4.3	4.3	47	4.0	4.0	4.0	3.7
16	4.0	4.2	4.9	4.2	48	4.7	4.7	4.4	4.5
17	3.9	4.3	4.3	4.3	49	4.1	4.0	4.0	3.7
18	4.3	4.4	4.3	4.3	50	4.2	4.3	3.7	3.7
19	4.6	4.4	4.3	4.3	51	4.1	4.1	4.1	3.9
20	4.7	4.6	4.3	3.7	52	4.2	4.1	4.0	4.0
21	4.3	4.5	4.3	4.2	53	4.2	4.3	4.0	3.7
22	3.9	4.6	4.0	4.3	54	4.0	4.3	4.0	3.9
23	4.1	4.4	4.2	4.6	55	4.0	4.2	4.0	4.1
24	4.3	4.3	4.1	--	56	3.6	4.3	4.0	4.1
25	3.7	4.8	4.0	4.0	57	4.0	4.4	4.0	4.1
26	4.6	4.3	4.9	4.7	58	4.7	4.3	4.2	4.2
27	2.4	2.8	2.4	--	59	4.0	4.1	4.2	4.1
28	3.9	4.2	4.0	4.1	60	4.3	4.4	4.4	4.2
29	4.2	4.2	4.0	4.0	61	4.5	4.6	4.5	4.8
30	4.5	4.7	4.5	--	62	4.4	4.5	4.3	4.3
31	4.0	3.7	4.2	3.7	63	4.0	4.2	4.3	4.0
32	3.8	4.3	4.4	4.5					

ตารางที่ 28 จำนวนผู้ป่วยจำแนกตามระดับซีรัมแอลบูมินในแต่ละเดือน

ระดับผลการรักษา*	จำนวนผู้ป่วย ( ร้อยละของผู้ป่วย )			
	เดือนที่ 0	เดือนที่ 2	เดือนที่ 4	เดือนที่ 8
ไม่ดี (< 3.5g/dl)	1 (1.6)	1 (1.6)	1 (1.6)	2 (3.5)
พอใช้ (≥ 3.5g/dl)	2 (3.2)	1 (1.6)	1 (1.6)	1 (1.8)
ดี (≥ 3.7g/dl)	11 (17.5)	7 (11.1)	7 (11.1)	14 (24.6)
ดีมาก (≥ 4.0g/dl)	49 (77.8)	54 (85.7)	54 (85.7)	40 (70.2)
รวม	63 (100.00)	63 (100.00)	63 (100.00)	57(100.00)
Mean rank	2.47	2.62	2.62	2.27
ระดับความมีนัยสำคัญ	0.018 ( Friedman Test )			

\* ระดับผลการรักษา ดูรายละเอียดจากเกณฑ์ในภาคผนวก จ. (หน้า 155)

ตารางที่ 29 ความแตกต่างทางสถิติของซีรัมแอลบูมินของผู้ป่วย ในแต่ละเดือน

ความแตกต่าง ระหว่างเดือน	Wilcoxon Signed Rank Test		
	ค่า P	ระดับความเชื่อมั่น	ความมีนัยสำคัญทางสถิติ
0 และ 4	0.134	95%	ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ
4 และ 8	0.011	95%	มีนัยสำคัญทางสถิติ

ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงของค่าซีรัมแอลบูมินระหว่างก่อนและหลังการให้คำปรึกษา (เดือนที่ 0 และเดือนที่ 4) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจเป็นเพราะว่าผู้ป่วยมีค่าของซีรัมแอลบูมิน ในกระแสเลือดที่อยู่ในเกณฑ์ที่อยู่แล้ว ดังนั้นจึงไม่พบการเปลี่ยนแปลงมากนัก เกณฑ์กรเพียงแต่ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยในการรับประทานอาหารโปรตีนในปริมาณที่เหมาะสม รับประทานอาหารที่มีอัลบูมินสูง เช่น ไข่ขาว เพื่อเพิ่มระดับอัลบูมินในเลือด

อย่างไรก็ดี เมื่อนำมาทดสอบด้วยวิธี Wilcoxon Signed Rank นั้นพบว่าค่าซีรัมแอลบูมิน หลังจากหยุดให้คำปรึกษานั้นลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งคาดว่า การลดลงของซีรัมแอลบูมินนั้นอาจจะมีสาเหตุมาจากผู้ป่วยบางรายรับประทานอาหารได้น้อยลง มีอาการเบื่ออาหาร เนื่องจากมีโรคหรือปัญหาต่าง ๆแทรกซ้อนมาในขณะนี้ แต่ในขณะเดียวกัน ก็มีผู้ป่วยบางรายที่ยืนยันว่ารับประทานอาหารปริมาณที่เหมาะสมแล้ว แต่ยังคงหาสาเหตุไม่ได้ถึงการลดลงของค่าซีรัม

แอลบูมิน ซึ่งคาดว่าอาจจะมีสาเหตุมาจากปัจจัยอื่นที่มาเกี่ยวข้องได้ เช่น สภาวะร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้มีการสังเคราะห์อัลบูมินที่น้อยลง สร้างสารที่ทำให้เกิดการสลายโปรตีนมากขึ้น หรือมีปริมาณของเสียที่เพิ่มมากขึ้น หรือในผู้ป่วยบางรายมีการใช้อุปกรณ์การฟอกเลือดที่เปลี่ยนแปลงไป

ในต่างประเทศ มีงานศึกษาวิจัยที่แสดงถึงปัจจัยที่เป็นผลที่ทำให้ผู้ป่วยมีการบริโภคโปรตีนที่น้อยเกินไป ได้แก่ปัจจัยทางการแพทย์ ซึ่งประกอบด้วย ภาวะความไม่สบายอาหาร การฟอกเลือดที่ไม่เพียงพอ อาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น และปัจจัยทางด้านพฤติกรรม ซึ่งประกอบด้วย การขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาหารที่มีโปรตีน และค่า interdialytic weight gain ที่ต่ำ รวมถึงปัจจัยทางด้านสังคม-เศรษฐกิจ อันได้แก่การต้องการความช่วยเหลือในการซื้อหรือประกอบอาหาร<sup>69</sup>

Lowrie และคณะ<sup>70</sup> พบว่า ระดับซีรัมแอลบูมินที่ต่ำเป็นตัวทำนายอัตราการเสียชีวิต ที่น่าเชื่อถือได้มากที่สุดตัวหนึ่ง แม้ว่าจะมีระดับต่ำลงเพียงเล็กน้อยก็ตาม กล่าวคือ กลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับซีรัมแอลบูมินในช่วง 3.5 – 4 กรัม/เดซิลิตร และ 3.0 – 3.4 กรัม / เดซิลิตร จะมีอัตราเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงเป็น 2 และ 5 เท่าตามลำดับ เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีระดับในช่วง 4.0 – 4.5 กรัม/เดซิลิตร และกลุ่มที่มีระดับซีรัมแอลบูมินน้อยกว่า 3.0 กรัม/เดซิลิตร จะมีอัตราการเสี่ยงต่อการเสียชีวิตต่อปีสูงเป็น 7 เท่าของกลุ่มที่มีระดับมากกว่า 4.0 กรัม/เดซิลิตร

ระดับความเข้มข้นของซีรัมแอลบูมินสะท้อนถึง visceral protein store และมีความสัมพันธ์กับอัตราการตายและอัตราการเจ็บป่วยของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยที่มีระดับซีรัมแอลบูมินต่ำกว่า 4.0 กรัม/เดซิลิตร มีอัตราการตายสูงกว่ากลุ่มที่มีซีรัมแอลบูมินสูงกว่า 4.0 กรัม/เดซิลิตรถึง 2-4 เท่า<sup>71</sup> อย่างไรก็ตาม ค่าระดับซีรัมแอลบูมินจะต่ำลงก็มักจะมีภาวะทุพโภชนาการมากแล้ว<sup>72</sup> เนื่องจากมีค่าครึ่งชีวิตยาวประมาณ 20 วัน และยังมีปัจจัยอื่น ๆ อีกที่ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของระดับซีรัมแอลบูมิน ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงในอัตราสังเคราะห์และแคตาบอลิซึม การเปลี่ยนแปลงของปริมาณพลาสมา การกระจายตัวของอัลบูมินระหว่างน้ำนอกเซลล์และในเซลล์ ในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง มีอัตราการสังเคราะห์อัลบูมินลดลง มีการเคลื่อนของอัลบูมินจากน้ำนอกเซลล์สู่น้ำในเซลล์<sup>73</sup>

อย่างไรก็ตามการใช้ซีรัมแอลบูมินเป็นเกณฑ์ในการวัดผลเป็นการมองในภาพรวมถึงภาวะโภชนาการของผู้ป่วย หากต้องการความจำเพาะถึงปริมาณโปรตีนที่ผู้ป่วยได้รับโดยตรงนั้น อาจใช้ค่าที่คำนวณมาอย่าง ค่าของ normalized protein catabolic ratio ( nPCR ) จะได้ค่าที่แสดงได้ชัดเจนกว่า

## 5.5 ความดันโลหิต

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ใช้การวัดผลของความดันโลหิตทั้งก่อนและหลังการฟอกเลือด เป็นเกณฑ์ในการวัดผลการรักษาของผู้ป่วย โดยพิจารณาความดันโลหิตในทุก ๆ ครั้งก่อนและหลังการฟอกเลือด ไม่ให้มีครั้งใดเกินเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในแต่ละระดับจากเกณฑ์ในภาคผนวก จ.

ความดันโลหิตก่อนให้คำปรึกษา (เดือนที่ 0) หลังให้คำปรึกษาในเดือนที่ 2 และเดือนที่ 4 และ หลังหยุดให้คำปรึกษา 4 เดือน (เดือนที่ 8) ของผู้ป่วยแต่ละรายแสดงในตารางที่ 30 และเมื่อนำมาจัดตามระดับผลการรักษา (ดังเกณฑ์ในภาคผนวก จ) แสดงผลในตารางที่ 31



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 30 ระดับความดันโลหิตในเดือนต่างๆ ของผู้ป่วยแต่ละราย จำแนกตามระดับผลการรักษา

ราย ที่	ระดับความดันโลหิต				ราย ที่	ระดับความดันโลหิต			
	เดือนที่0	เดือนที่2	เดือนที่4	เดือนที่8		เดือนที่0	เดือนที่2	เดือนที่4	เดือนที่8
1	พอใช้	ดี	พอใช้	ไม่ดี	33	พอใช้	พอใช้	พอใช้	พอใช้
2	ไม่ดี	ไม่ดี	พอใช้	พอใช้	34	ดีมาก	ดีมาก	ดี	ดี
3	ไม่ดี	ไม่ดี	พอใช้	พอใช้	35	พอใช้	ดีมาก	ดีมาก	ดีมาก
4	ดี	พอใช้	ดี	พอใช้	36	ดีมาก	พอใช้	พอใช้	พอใช้
5	ดี	พอใช้	ดี	ดี	37	พอใช้	พอใช้	ดี	ดี
6	ไม่ดี	ไม่ดี	ไม่ดี	ไม่ดี	38	ดี	ดี	ดี	ดี
7	ดี	ดี	ดี	ดี	39	พอใช้	พอใช้	พอใช้	พอใช้
8	ดี	พอใช้	พอใช้	พอใช้	40	ดี	ดีมาก	ดี	--
9	พอใช้	ดี	ดีมาก	ดีมาก	41	พอใช้	พอใช้	พอใช้	พอใช้
10	พอใช้	พอใช้	พอใช้	พอใช้	42	ดีมาก	ดี	ดี	พอใช้
11	ไม่ดี	พอใช้	พอใช้	ไม่ดี	43	ดีมาก	ดีมาก	ดีมาก	ดีมาก
12	ไม่ดี	พอใช้	ไม่ดี	--	44	พอใช้	ดี	พอใช้	--
13	พอใช้	ดี	พอใช้	พอใช้	45	ดี	ดี	ดี	พอใช้
14	พอใช้	พอใช้	ดี	พอใช้	46	พอใช้	พอใช้	พอใช้	ดี
15	พอใช้	พอใช้	พอใช้	พอใช้	47	ไม่ดี	ไม่ดี	พอใช้	พอใช้
16	ไม่ดี	ไม่ดี	พอใช้	ดี	48	พอใช้	พอใช้	พอใช้	ดี
17	ดี	พอใช้	ดี	พอใช้	49	ไม่ดี	ไม่ดี	ดี	ดี
18	ไม่ดี	ไม่ดี	ไม่ดี	ไม่ดี	50	พอใช้	ดี	พอใช้	ดี
19	พอใช้	พอใช้	ดี	พอใช้	51	ดี	พอใช้	พอใช้	พอใช้
20	พอใช้	ดี	ดี	ดี	52	พอใช้	ไม่ดี	ไม่ดี	ไม่ดี
21	พอใช้	ไม่ดี	ไม่ดี	พอใช้	53	ไม่ดี	พอใช้	พอใช้	ดี
22	พอใช้	พอใช้	พอใช้	ไม่ดี	54	ดี	ดี	ดี	พอใช้
23	ดี	ดี	ดี	ไม่ดี	55	พอใช้	ดี	ดี	ดีมาก
24	ไม่ดี	พอใช้	พอใช้	--	56	ดีมาก	ดีมาก	ดีมาก	ดีมาก
25	ไม่ดี	ไม่ดี	พอใช้	ไม่ดี	57	พอใช้	พอใช้	ไม่ดี	พอใช้
26	ดี	ดี	ดีมาก	ดีมาก	58	ดี	ดี	ดีมาก	ดี
27	ดีมาก	ดีมาก	ดีมาก	--	59	พอใช้	พอใช้	พอใช้	พอใช้
28	พอใช้	ไม่ดี	ไม่ดี	พอใช้	60	ดี	ดี	ดี	ดี
29	พอใช้	ดี	ดีมาก	ดีมาก	61	ดี	ดี	ดีมาก	ดี
30	พอใช้	ดี	ดี	--	62	ไม่ดี	พอใช้	ไม่ดี	ดี
31	พอใช้	พอใช้	ดี	ดี	63	พอใช้	พอใช้	พอใช้	พอใช้
32	พอใช้	พอใช้	ดี	พอใช้					

ตารางที่ 31 จำนวนผู้ป่วยจำแนกตามระดับของความดันโลหิตในแต่ละเดือน

ระดับผลการรักษา*	จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละของผู้ป่วย)			
	เดือนที่ 0	เดือนที่ 2	เดือนที่ 4	เดือนที่ 8
ไม่ดี (>180/110mmHg)	13 (20.6)	11 (17.5)	8 (12.7)	9 (15.8)
พอใช้ (≤ 180/110mmHg)	29 (46.0)	27 (42.9)	26 (41.3)	24 (42.1)
ดี (≤ 160/100mmHg)	15 (23.8)	19 (30.2)	20 (31.7)	17(29.8)
ดีมาก (≤ 140/90mmHg)	6 ( 9.5 )	6 ( 9.5 )	9 (14.3)	7 (12.3)
รวม	63 (100.00)	63 (100.00)	63 (100.00)	57(100.00)
Mean rank	2.32	2.33	2.76	2.59
ระดับความมีนัยสำคัญ	0.035 ( Friedman Test )			

\* ระดับผลการรักษา ดูรายละเอียดจากเกณฑ์ในภาคผนวก จ. (หน้า 155)

ตารางที่ 32 ความแตกต่างทางสถิติของระดับความดันโลหิตของผู้ป่วย ในแต่ละเดือน

ความแตกต่าง ระหว่างเดือน	Wilcoxon Signed Rank Test		
	ค่า P	ระดับความเชื่อมั่น	ความมีนัยสำคัญทางสถิติ
0 และ 4	0.017	95%	มีนัยสำคัญทางสถิติ
4 และ 8	0.386	95%	ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ภาวะความดันโลหิตสูง ไม่ว่าจะเกิดเป็นสาเหตุหรือเป็นผลของไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดอัตราการเจ็บป่วยและตายของผู้ป่วย กล่าวคือ เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด atherosclerosis หัวใจขาดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจตาย และสมองขาดเลือด<sup>37</sup> .

รายงานจาก European Dialysis Transplant Association ( EDTA ) พบว่า อัตราการเสียชีวิตที่ 10 ปี จะเพิ่มขึ้นร้อยละ 30 ในผู้ป่วยที่มีค่า mean arterial pressure มากกว่า 99 มิลลิเมตรปรอท<sup>34</sup>

เราสามารถแบ่งลักษณะของภาวะความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยที่ฟอกเลือดเป็น 2 ประเภท คือ ประมาณร้อยละ 85 ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ทำการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมอย่างมีประสิทธิภาพ จะคงระดับความดันโลหิตให้เป็นปกติได้ เมื่อปราศจากอาการบวม และจะมีความดันโลหิตลดลง เมื่อมีการกำจัดน้ำออกจากผู้ป่วยเพิ่มขึ้น เรียกลักษณะความดันโลหิตสูงชนิดนี้ว่า "volume responsive" ผู้ป่วยส่วนที่เหลือจะยังคงมีความดันโลหิตที่สูง แม้ร่างกายจะอยู่ในภาวะ euvoolemia ผู้ป่วยอาจมีความดันโลหิตสูงขึ้นเมื่อมีการกำจัดน้ำออก เรียกความดันโลหิตที่สูงขึ้นชนิดนี้ว่า "volume unresponsive" หรือ "renin dependent" ผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจเกิดความดันต่ำลงอย่างฉับพลันระหว่างการฟอกเลือด เมื่อให้สารน้ำเพิ่มขึ้นเล็กน้อย จะทำให้ความดันโลหิตเพิ่ม<sup>37</sup>

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จึงใช้ผลของทั้งความดันโลหิตก่อนและหลังการฟอกเลือด เป็นเกณฑ์ในการวัดผลการรักษาของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยมีระดับความดันโลหิตที่อยู่ในเกณฑ์ที่ดีขึ้น มีค่า mean rank ที่เพิ่มขึ้นในแต่ละเดือนของการให้คำปรึกษา และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างน้อย 1 เดือน เมื่อทำการทดสอบด้วยวิธี Friedman จากนั้นเมื่อนำมาทดสอบความแตกต่างระหว่างก่อนการให้คำปรึกษาและหลังการได้รับคำปรึกษา (เดือนที่ 0 และ 4) พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ( $P > 0.05$ ) ระหว่างหลังการได้รับคำปรึกษาและหลังการหยุดการให้คำปรึกษา(เดือนที่ 4 และ 8) แม้ว่า จะมีแนวโน้มของความดันโลหิตที่เลวลงก็ตาม

การให้คำปรึกษาและการให้ความรู้ ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับยาลดความดันโลหิตทั้งในเรื่องความสำคัญของยา อาการข้างเคียงจากยา วิธีการรับประทานยาที่ถูกต้อง หรือพฤติกรรมกรบริโภคอาหารและน้ำรวมไปถึงการออกกำลังกาย จึงอาจเป็นสิ่งที่ช่วยเสริมให้ความดันโลหิตของผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ที่ดีขึ้นได้ นอกเหนือไปจากปัจจัยหลักจากการปรับแผนการรักษาของแพทย์ทั้งจากการใช้ยาและการฟอกเลือด

นอกจากนี้ มีการศึกษาพบว่า ภายหลังจากการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผู้ป่วยร้อยละ 5-50 ยังคงมีภาวะความดันโลหิตสูงเมื่อวัดด้วยเครื่องมือปกติ แต่หากได้รับการตรวจวัดความดันตลอดเวลา จะบ่งชี้ว่าผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูง และไม่ได้รับการควบคุมระดับให้เหมาะสมมีอยู่ถึงร้อยละ 85<sup>37</sup> สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 13 ราย พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินด้วยการวัดความดันโลหิตก่อนการฟอกเลือดว่าควบคุมความดันโลหิตได้ดีนั้น เมื่อได้รับการตรวจด้วย ambulatory blood pressure เฝ้าระวัง (ABPM) กลับพบว่า มี blood pressure load ทั้งในช่วงกลางวันและกลางคืน และมากที่สุดในวันที่มาฟอกเลือด<sup>75</sup> ดังนั้น สำหรับการศึกษาที่ต้องการความถูกต้อง

ของระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ การนำ ABPM มาใช้น่าจะมีความถูกต้องแม่นยำมากกว่าการวัดความดันก่อนการฟอกเลือดเท่านั้น

### 5.6 การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ในระหว่างทำการศึกษา พบว่า มีผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยมีสาเหตุมาจากปัญหาในการใช้ยาหรือความไม่ร่วมมือในการปฏิบัติตน จำนวน 1 ราย โดยเกิดขึ้นในช่วงระยะที่ 3 หรือหลังจากหยุดการให้คำปรึกษาเป็นเวลา 4 เดือน โดยผู้ป่วยรายนี้ขาดยาลดความดันโลหิตจำนวน 2 วัน เนื่องจากยาหมดก่อนที่จะมาฟอกเลือดที่โรงพยาบาล 2 วัน และคิดว่าไม่เป็นไร แต่ผลปรากฏว่าความดันโลหิตสูงมาก และต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในที่สุด

### 5.7 สรุปผลการรักษา

ผู้วิจัยได้ทำการประเมินผลการรักษาโดยรวมก่อนให้คำปรึกษา ( เดือนที่ 0) หลังให้คำปรึกษาในเดือนที่ 2 และเดือนที่ 4 และ หลังหยุดให้คำปรึกษา 4 เดือน ( เดือนที่ 8) โดยใช้เกณฑ์ที่รวบรวมจากผลการรักษาที่กล่าวไปแล้วในข้อ 5.1-5.6 หากผู้ป่วยได้ระดับการรักษาในแต่ละผลการรักษาแต่ละประเภทแตกต่างกัน ให้ถือเอาระดับของผลที่ประเมินได้ที่ต่ำกว่า เป็นระดับของการสรุปผล ดังตารางที่ 33

ตารางที่ 33 จำนวนผู้ป่วยจำแนกตามผลการรักษาโดยรวมในแต่ละเดือน

ระดับผลการรักษา*	จำนวนผู้ป่วย ( ร้อยละของผู้ป่วย )			
	เดือนที่ 0	เดือนที่ 2	เดือนที่ 4	เดือนที่ 8
ไม่ดี	49 (77.8)	41 (65.1)	35 (55.6)	37 (64.9)
พอใช้	12 (19.0)	16 (25.4)	20 (31.7)	14 (24.6)
ดี	2 (3.2)	6 (9.5)	7 (11.1)	5 (8.8)
ดีมาก	—	—	1 (1.6)	1 (1.8)
รวม	63 (100.00)	63 (100.00)	63 (100.00)	57(100.00)
Mean rank	2.17	2.50	2.82	2.51
ระดับความมีนัยสำคัญ	0.000 ( Friedman Test )			

\* ระดับผลการรักษา ดูรายละเอียดจากเกณฑ์ในภาคผนวก จ. (หน้า 155)



จากสรุปผลการรักษาโดยรวมของผู้ป่วย จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยจำนวนมากขึ้นมีผลการรักษา โดยรวมในเกณฑ์ที่ดีขึ้นกว่าเดิม จะเห็นได้จากการทดสอบของ Friedman ที่พบ mean rank ที่เพิ่มขึ้นในทุก ๆ เดือน และกลับลดลงเมื่อหยุดให้คำปรึกษา โดยพบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของผลสรุปการรักษาก่อน และหลังการได้รับคำปรึกษาโดยเภสัชกร (เดือนที่ 0 และ 4) เมื่อทดสอบโดยวิธี Wilcoxon Signed Rank ดังในตารางที่ 34

ตารางที่ 34 ความแตกต่างทางสถิติของระดับผลการรักษาโดยรวมของผู้ป่วย ในแต่ละเดือน

ความแตกต่างระหว่างเดือน	Wilcoxon Signed Rank Test		
	ค่า P	ระดับความเชื่อมั่น	ความมีนัยสำคัญทางสถิติ
0 และ 4	0.000	95%	มีนัยสำคัญทางสถิติ
4 และ 8	0.052	95%	ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลของความแตกต่างหลังจากได้รับคำปรึกษาโดยเภสัชกรนี้ โดยมากแล้ว เป็นผลมาจากค่าของระดับโพแทสเซียม และระดับความดันโลหิต ที่สามารถเห็นการเปลี่ยนแปลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงรายละเอียดในตอนที่ 5.1-5.6

โดยสรุปรวมแล้ว ระดับผลการรักษาของผู้ป่วยดังที่ตั้งเกณฑ์ไว้ อยู่ในระดับที่ดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังจากได้รับคำปรึกษาโดยเภสัชกร และกลับลดลงหลังจากหยุดให้คำปรึกษา แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

อย่างไรก็ดี การศึกษานี้ไม่ได้มีการควบคุมปัจจัยภายนอกอื่นๆ เช่น ปัจจัยจากแพทย์พยาบาล การรักษาทั้งการฟอกเลือดและการให้ยา สิ่งแวดล้อมภายนอก คำแนะนำจากผู้รู้หรือสื่อต่าง ๆ หรือตัวของผู้ป่วยเอง ก่อนและหลังการให้คำปรึกษา รวมทั้งหลังหยุดการให้คำปรึกษา จึงอาจมีความแตกต่างของปัจจัยเหล่านี้ได้ ซึ่งอาจเป็นผลทำให้ไม่ได้ผลการรักษาตามความเป็นจริง

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ เป็นการนำเอาผลการรักษามาประกอบการประเมินผลการให้คำปรึกษาแนะนำโดยเภสัชกร โดยชี้ให้เห็นว่า การให้คำปรึกษาโดยเภสัชกรอย่างต่อเนื่องในเรื่องของการใช้ยาและการปฏิบัติตน อาจเป็นส่วนเสริมที่มีประโยชน์ในการช่วยให้ผู้ป่วยมีผลการรักษาบางอย่างที่ดีขึ้นได้

## ตอนที่ 6 อาการที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต ( คุณภาพชีวิต )

ก่อนการให้คำปรึกษา ผู้วิจัยได้ทำการประเมินอาการที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต ( ภาคผนวก ง ) ที่ได้ประเมินอาการที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตทั้งด้านร่างกาย จิตใจ การติดต่อสัมพันธ์กันในสังคม และอารมณ์ โดยมีคะแนนของแต่ละข้อคำถาม ดังตารางที่ 35



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 35 ปัญหาจากการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ก่อนให้คำปรึกษาโดยเภสัชกร

ปัญหา	คะแนน	ลำดับที่
ด้านร่างกาย		
แขนขาไม่มีแรง	119	
คันหรือผิวหนังแห้ง	158	1
นอนไม่หลับ	154	3
ความสัมพันธ์ทางเพศลดลง	110	
คลื่นไส้ อาเจียน หรือเบื่ออาหาร	136	8
ปวดตามข้อและกระดูก	95	
ปวดศีรษะ	112	
บวม	106	
แน่นท้อง	104	
ตะคริว	109	
ขาที่ปลายมือปลายเท้า	93	
เหนื่อยง่าย	139	7
อ่อนเพลีย	157	2
สมรรถภาพในการทำงานลดลง	118	
ด้านจิตใจ		
รู้สึกความสวยงามของร่างกายลดลง	133	10
วิตกกังวลต่ออาการของตนเอง	136	8
ซึมลง	81	
ด้านการติดต่อสัมพันธ์กันในสังคม		
มีปัญหาในการเดินทางมาฟอกเลือด	51	
มีความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัว	115	
ด้านอารมณ์		
ความคิดช้า	154	3
ห่อหุ้ม	133	10
หงุดหงิด	148	5
อารมณ์ไม่ดี	141	6
เครียด	114	

จากปัญหาทั้งหมด ปัญหาที่ผู้ป่วยคิดว่าเกิดขึ้นบ่อยที่สุดคือ ปัญหาคัน ผิวหนังแห้ง รองลงมาคือ นอนไม่หลับ และตามด้วย อ่อนเพลียและความคิดช้าในลำดับที่ 3 เท่ากัน

เมื่อจำแนกปัญหาในแต่ละประเภท พบว่า ปัญหาทางด้านร่างกายที่ผู้ป่วยระบุว่าเกิดขึ้นบ่อยที่สุดคือ ปัญหาคันหรือผิวหนังแห้ง รองลงมาคือ อ่อนเพลีย และนอนไม่หลับ ตามลำดับ ปัญหาด้านจิตใจคือ วิตกกังวลต่ออาการของตนเอง และรู้สึกความสวยงามของร่างกายลดลง เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นบ่อยตามลำดับ ปัญหาด้านอารมณ์คือ ปัญหาความคิดช้า หงุดหงิด และอารมณ์ไม่ดี ส่วนปัญหาด้านการติดต่อสัมพันธ์กันในสังคมนั้น ผู้ป่วยยังให้ความสำคัญน้อยกว่าปัญหาอื่น แต่ผู้ป่วยยังคงรู้สึกเป็นภาระของครอบครัวอยู่บ้าง

โดยสรุปคือ ผู้ป่วยยังให้ความสำคัญกับปัญหาที่เห็นได้อย่างชัดเจน ซึ่งมักจะเป็นปัญหาทางด้านร่างกาย อารมณ์ และยังมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของตนเองอยู่

จากการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในโครงการหน่วยไตเทียม ณ โรงพยาบาลสงฆ์ มูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย โดยเป็นการศึกษาเกี่ยวกับสภาพทั่วไป สภาพความเป็นอยู่และครอบครัว สังคม ของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยไตเทียมส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยภาพรวมอยู่ในสภาวะการณียังคงต้องได้รับความสนับสนุนเกื้อกูลจากบุคคลรอบข้างและสังคม ปัญหาหนึ่งที่คอยบั่นทอนสภาพจิตใจและส่งผลกระทบต่อสภาพร่างกายของผู้ป่วยไตเทียมคือ ปัญหาค่าใช้จ่ายในการฟอกเลือดซึ่งไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้นั้นเอง<sup>78</sup>

หลังจากให้คำปรึกษาเป็นระยะเวลา 4 เดือนแล้วนั้น ได้ทำการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้อีกครั้ง ( เดือนที่ 4) จากนั้น หลังจากหยุดให้คำปรึกษาเป็นเวลา 4 เดือน จึงได้ทำการประเมินครั้งสุดท้าย ( เดือนที่ 8) ดังแสดงผลเปรียบเทียบในตารางที่ 36

ตารางที่ 36 คะแนนเฉลี่ยของปัญหาที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตในแต่ละครั้งของการทดสอบ

หัวข้อของคุณภาพชีวิต	คะแนนเฉลี่ย			Cronbach's $\alpha$ coefficient
	เดือนที่ 0	เดือนที่ 4	เดือนที่ 8	
ร่างกาย	25.02	24.97	24.96	0.54
จิตใจ	6.17	6.11	5.96	0.48
การติดต่อสัมพันธ์ในสังคม	2.63	2.44	2.16	0.50
อารมณ์	11.76	11.56	11.67	0.77
รวม	45.59	45.08	44.23	0.82
ระดับความมีนัยสำคัญ	0.659 (ANOVA (with repeated measurement))			

หลังจากให้คำปรึกษาพบว่า คะแนนของการประเมินลดลงในทุกหมวดเล็กน้อย และหลังจากการหยุดให้คำแนะนำ พบว่า คะแนนในทุกหมวด (ยกเว้นในหมวดของ อารมณ์) ลดลง ซึ่งหมายถึงปัญหาที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยลดลง แต่ในการศึกษาคั้งนี้ ไม่สามารถเห็นผลของการให้คำปรึกษาที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยมีปัญหาดังกล่าวเกิดขึ้นน้อยลง แม้จะหยุดให้คำปรึกษาแล้วก็ตาม อย่างไรก็ตาม ในการลดลงนี้ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญใด ๆ ทั้งระหว่างก่อน-หลังให้คำปรึกษา และหลังให้คำปรึกษา-หลังหยุดให้คำปรึกษา เมื่อใช้การทดสอบของ ANOVA (with repeated measurement) ซึ่งอาจเป็นเพราะการให้คำปรึกษาดังกล่าวยังใช้เวลาน้อยเกินไป ไม่สามารถแก้ไขปัญหบางปัญหาได้ ผู้ป่วยเองจึงไม่เห็นผลชัดเจนทั้งในด้านร่างกายและจิตใจ ประกอบกับปัญหบางปัญหาด้านการติดต่อสัมพันธ์กันในสังคมและอารมณ์เป็นปัญหาที่ขึ้นกับปัจจัยภายนอกและสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยแต่ละรายด้วย บางปัญหาไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยการให้คำปรึกษา หรือต้องการระยะเวลา ยาว ดังนั้น จึงควรได้ทำการให้คำปรึกษาต่อเนื่องและทำการประเมินในระยะเวลาอีกครั้ง

การศึกษาในเรื่องของคุณภาพชีวิต เป็นการประเมินผลด้านความเป็นมนุษย์ (humanistic outcome) ที่ควรกระทำควบคู่ไปด้วย เนื่องจากคุณภาพชีวิตที่ดีเป็นเป้าหมายที่สำคัญของการรักษา การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ จะมีประโยชน์ในการประเมินผู้ป่วยว่ายังคงมีสภาพร่างกายและจิตใจสมบูรณ์มากน้อยเพียงใดต่อการดำรงชีวิตอย่างปกติสุข นอกจากนี้การศึกษาคคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเหล่านี้ จะช่วยแพทย์หรือผู้บริหารทางสาธารณสุขตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น<sup>77</sup>

อนึ่ง การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกใช้แบบสอบถามประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่สร้างขึ้นโดยคนไทย<sup>78</sup> แม้ว่าจะได้มีผู้สร้างแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ทำการล้างไต ในต่างประเทศ จำนวนหลายสถาบันด้วยกัน<sup>79</sup> เนื่องจากแบบประเมินดังกล่าวได้ดัดแปลงมาจากต่างประเทศ และได้ทำการทดสอบใช้กับผู้ป่วยไทยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมาในเรื่องของความน่าเชื่อถือและค่าพหุสัมพันธ์ทางสถิติต่าง ๆ มาแล้ว

อย่างไรก็ตาม เป็นที่น่าสังเกตว่า ค่า  $\alpha$  จากการทดสอบความคงที่ภายใน (internal consistency) ของการวิจัยในครั้งนี้ (ตารางที่ 36) มีค่าอยู่ในช่วงที่ยอมรับว่ามีความสัมพันธ์กันคือเท่ากับหรือมากกว่า 0.5<sup>80</sup> อยู่ในทุกหมวด (domain) ยกเว้นในหมวดของ "ด้านจิตใจ" ซึ่งได้ค่า  $\alpha$  เท่ากับ 0.48 ซึ่งแตกต่างจากการทดสอบของผู้สร้างแบบสอบถามซึ่งได้ทำการประเมินแล้วได้ค่า  $\alpha$  อยู่ในช่วงที่มากกว่าหรือเท่ากับ 0.5<sup>78</sup> ซึ่งอาจเป็นเพราะว่า มีความแตกต่างกันในกลุ่มประชากร ผู้สัมภาษณ์ และช่วงเวลาในการสัมภาษณ์ แม้ว่าจะเป็นการใช้แบบสอบถามเดียวกันในผู้ป่วยคนไทยด้วยกันก็ตาม ซึ่งในการทดสอบความคงที่ภายในครั้งนี้ ในโปรแกรมทาง

สถิติได้มีข้อเสนอแนะให้ตัดคำถามที่ว่า “รู้สึกว่าคุณสบายของร่างกายลดลง” ออก จะทำให้ได้ค่า  $\alpha$  ที่ยอมรับได้ หากมีการนำแบบสอบถามนี้ไปใช้ จึงควรได้พิจารณาในส่วนนี้อีกครั้งหนึ่ง

จากการใช้แบบสอบถามนี้ มีข้อสังเกตว่า ในการสอบถามผู้ป่วยนั้น อาจมีความยากในการประเมินหรือให้คะแนนปัญหาที่เกิดขึ้น รวมถึงอาจเกิดความไม่คงที่หรือแน่นอนในการประเมินแต่ละครั้งได้ ดังนั้นหากมีการสร้างแบบสอบถามที่มีตัวเลือกที่แสดงถึงความเสี่ยงของการเกิดปัญหาที่ชัดเจน เช่น บอกถึงจำนวนครั้งของการเกิดปัญหาในช่วงเวลาหนึ่งแล้ว น่าที่จะทำให้ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามได้ง่ายขึ้น นอกจากนี้แล้ว คำถามของปัญหาบางอย่างอาจสอบถามได้จากผู้ดูแล หรือผู้ใกล้ชิดประกอบกัน ก็อาจจะได้คำตอบที่ตรงกับความเป็นจริงมากขึ้น

ในการวิจัยครั้งนี้ จะเห็นได้ว่าปัญหาด้านอารมณ์ของผู้ป่วยนั้น นับเป็นปัญหาที่สำคัญอย่างหนึ่งต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ดังจะเห็นได้จากตารางที่ 35 พบว่า ปัญหาที่ได้คะแนนสูงสุดอยู่ใน 10 อันดับแรกมากที่สุดนั้นคือปัญหาด้านอารมณ์ ดังนั้น การมีนักจิตวิทยามาคอยพูดคุย หรือให้คำปรึกษาก็จะเป็นประโยชน์กับผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้

สำหรับการทดสอบสุขภาพจิตโดยเฉพาะนั้น ได้มีการศึกษาวิจัยโดยนำแบบประเมินสุขภาพจิต HADS ( Hospital Anxiety and Depression scale ) ฉบับภาษาไทยมาทดสอบในผู้ป่วยลำไส้โต ซึ่งงานวิจัยดังกล่าวพบว่าผู้ป่วยมีสุขภาพจิตผิดปกติถึงร้อยละ 29.2 ซึ่งแสดงออกมาในรูปอาการซึมเศร้า และอาการวิตกกังวลในลำดับรองลงมา<sup>81</sup>

การใช้แบบสอบถาม HADS จึงเป็นทางเลือกหนึ่งของผู้ที่ต้องการนำไปใช้ประเมินสุขภาพจิตของผู้ป่วยไทยที่ได้รับการตรวจสุขภาพความแม่นยำและความน่าเชื่อถือมาแล้ว<sup>82</sup>

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย