

## ผลของการให้ความรู้ด้านยาโดยการสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ต่ออัตราการกรองของไต ในผู้ป่วยไตเสื่อมเรื้อรังระยะที่ 3

### คลินิกชะลอไตเสื่อมโรงพยาบาลสามโคกและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในเครือข่าย

วีรียา มาตรา เกษัชรชำนาญการ

กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลสามโคก จังหวัดปทุมธานี

#### บทคัดย่อ

การศึกษาผลของการให้ความรู้ด้านยาโดยการสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ต่ออัตราการกรองของไต ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่คลินิกชะลอไตเสื่อมโรงพยาบาลสามโคกและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในเครือข่าย เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการให้ความรู้ด้านยาโดยการสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไต (estimated Glomerular Filtration Rate :eGFR) โดยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย eGFR ก่อนและหลังการให้ความรู้ ศึกษาความชุกของการใช้ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (Non-steroidal anti-inflammatory drugs:NSAIDs) ความชุกของการใช้สมุนไพร การใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร และความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย โดยมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 85 ราย เก็บข้อมูลด้วยแบบบันทึกข้อมูลปัญหาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและข้อมูลอัตราการกรองของไตจากฐานข้อมูลโปรแกรมการให้บริการของโรงพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Paired sample t-test วิเคราะห์ความชุก โดยใช้จำนวน ร้อยละ

ผลการศึกษา พบความชุกของการใช้ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) ร้อยละ 11.76 ความชุกของการใช้ ยาชุดแก้ปวด ร้อยละ 3.53 ความชุกของการใช้สมุนไพร ร้อยละ 35.29 ความชุกของการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารร้อยละ 7.06 และผู้ป่วยใช้ยาถูกต้องตามแพทย์สั่งร้อยละ 74.12 เปรียบเทียบอัตราการกรองของไตก่อนและหลังการให้ความรู้พบว่า หลังการให้ความรู้ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value <0.05) จาก 42.61 (S.D.=8.15204) เป็น 45.09 (S.D.=10.16818) ml/min/1.73 m<sup>2</sup> แสดงให้เห็นว่าการให้ความรู้ด้านยาโดยเทคนิคการสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยใช้ยาสม่ำเสมอหรือลดการใช้ยา NSAIDs ยาชุด และผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร สามารถช่วยชะลอการเสื่อมของไตได้

ข้อเสนอแนะ: บุคลากรสหสาขาวิชาชีพควรนำการสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจไปใช้ในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งผลให้เกิดคุณภาพการรักษาที่ดีขึ้น

**คำสำคัญ :** ไตเรื้อรังระยะที่3, สนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ, Non-steroidal anti-inflammatory drugs:NSAIDs

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทย มีผู้ป่วยจำนวนมากต้องเสียชีวิตลงเมื่อโรคนี้อุกลามไปมาก และมีชีวิตอยู่ด้วยคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี นอกจากนี้การรักษายังมีค่าใช้จ่ายที่สูงมาก ได้แก่ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หรือการล้างไตทางช่องท้อง เป็นต้น โรคไตเรื้อรังสามารถจำแนกความรุนแรงตามระดับการกรองของไตได้เป็น 5 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ระยะที่ 2 ระยะ 3a ระยะ 3b ระยะที่ 4 และระยะที่ 5 (KDIGO, 2012) ซึ่งในระยะที่ 5 เป็นระยะที่เข้าสู่ไตวายระยะสุดท้าย ( end-stage-renal disease, ESRD) จำเป็นจะต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตและปลูกถ่ายไตซึ่งมีค่าใช้จ่ายที่สูงและทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมาน

จากการรายงานของ Centers for Disease Control and Prevention (CDC) ประเทศสหรัฐอเมริกา ในปี 2023 พบว่ามีความชุกและอุบัติการณ์ของโรคไตเรื้อรังร้อยละ 14.0 ของประชากรวัยผู้ใหญ่ (CDC, 2023) ส่วนสถานการณ์ของประเทศไทย พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ปัจจุบันมีผู้ป่วยได้รับการบำบัดทดแทนไตทั้งสิ้นมากกว่า 170,000 ราย และมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเฉลี่ยปีละ 19,000 ถึง 22,000 ราย (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2022) สอดคล้องกับการศึกษา Thai SEEK Study ของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยในปี พ.ศ. 2552 พบว่า ความชุกของโรคไตในระยะ 1-5 เท่ากับ 17.5% ของประชากรทั้งหมด หรือประมาณ 7.6 ล้านคน ความชุกของโรคไตวายเรื้อรังจะเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น และพบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีการกระจายตัวมากที่สุดในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล นอกจากนี้ยังมีรายงานว่าคนไทยเป็นโรคไตติดอันดับ 3 ของภูมิภาคอาเซียน รองจากมาเลเซียและสิงคโปร์ สาเหตุส่วนใหญ่มาจากความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน และที่สำคัญที่สุดคือ ประชากรส่วนใหญ่ไม่รู้ตัวว่าตนเองมีโรคไตเสื่อมเรื้อรังอยู่ (Ingsathit, 2010) ในปัจจุบันโรคไตเรื้อรังเปลี่ยนจากคำว่า chronic renal failure มาเป็น chronic kidney disease เพื่อให้ประชาชนได้ตระหนักถึงความสำคัญและภัยคุกคามจากภาวะนี้มากขึ้น โดยค่าปกติของอัตราการกรองของไต (Glomerular filtration rate :GFR) ในผู้ใหญ่วัยหนุ่มสาวมีค่าประมาณ 120-130 ml/min/1.73 m<sup>2</sup> เมื่ออายุเกิน 30 ปีขึ้นไประดับ GFR จะลดลงตามอายุในอัตรา 1 ml/min/1.73 m<sup>2</sup> ต่อปี ดังนั้นระดับ GFR ที่ลดลงต่ำกว่า 60 ml/min/1.73 m<sup>2</sup> จึงแสดงถึงระดับการทำงานของไตที่ลดลงแล้วครึ่งหนึ่งของภาวะปกติ และเป็นระดับที่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆได้มากขึ้น (ประเสริฐ ธนกิจจารุ, สกานต์ บุนนาค และวรางคณา พิชัยวงศ์, 2557)

การใช้สมุนไพรและผลิตภัณฑ์เสริมอาหารเป็นที่นิยมในปัจจุบัน พบว่ามีการใช้สมุนไพรในการรักษาโรคต่างๆ อย่างกว้างขวางทั้งที่ได้รับการพิสูจน์แล้วและที่ใช้กันแบบบอกต่อ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะความเชื่อที่ว่าสมุนไพรได้มาจากธรรมชาติมีความปลอดภัยสูง ปัจจุบันก็มีการสนับสนุนให้มีการใช้ยาสมุนไพรมากยิ่งขึ้น แม้จะพบว่าสมุนไพรมีประโยชน์มากมาย ทั้งยังสามารถผลิตได้เองในประเทศ จัดว่าเป็นภูมิปัญญาไทย แต่อย่างไรก็ตาม

สมุนไพรบางชนิดก็เป็นอันตรายต่อไต ยกตัวอย่างสมุนไพรที่มีรายงานว่ามีส่วนอันตรายต่อไตหรือผู้ที่เป็โรคไตเรื้อรัง ได้แก่ น้ำลูกยอ น้ำผักชี ผลิตภัณฑ์ยาที่มีส่วนผสมของไคร้เครือ (ไคร้เครือมีพิษต่อไต ทำให้ไตวายเฉียบพลัน) (Han et al., 2019) น้ำมะเฟือง เถาวัลย์เปรียง (เถาวัลย์เปรียงมีฤทธิ์เป็น COX-1 inhibitor และมีผลข้างเคียงเหมือน NSAIDs) (Puttarak et al., 2016) การบูร ยาตำ เป็นต้น ทั้งนี้เนื่องจากสมุนไพรออกซาเลตหรือโพแทสเซียมสูง หากเกิดการสะสมก็ทำให้ไตทำงานหนักมากขึ้น (อาสาพา เชาวน์เจริญ, 2014) นอกจากนี้ยังมีรายงานการเกิดไตวายจากการใช้ยาสมุนไพร ได้แก่ ยากษัยเส้น ประสะกานพลู ยาหอมนวโกศ ยาธาตุนครจวบ ยาธาตุนครเขย ยาธาตุนครสันทฆฆาต ปอกะบิต มะเฟือง หญ้าใ้มน้ำ เถาเอ็นอ่อน เป็นต้น (มยุรี ตั้งเกียรติกำจาย, 2017) ส่วนผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่มีส่วนประกอบของฟอสเฟต หรือวิตามินดี เช่นน้ำมันรำข้าว จมูกข้าว เกสรดอกไม้ จากผึ้ง ต้นอ่อนข้าวสาลี วิตามินรวม น้ำมันตับปลา ควรระวังการใช้ในผู้ป่วยไตวายเนื่องจากทำให้มี ฟอสเฟตสูง (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2016) จากการศึกษาความชุกของการใช้สมุนไพรและผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3-5 พบว่า ประเทศไทยมีความชุก 45%, อินเดีย 35%, แคนาดา 45% และสหรัฐอเมริกา 29% ซึ่งจะเห็นได้ว่าเป็นอัตราที่ค่อนข้างสูง (มยุรี ตั้งเกียรติกำจาย, 2017) นอกจากนี้ ยังเป็นที่ทราบกันว่าในประเทศไทยนั้นผู้ป่วยสามารถเข้าถึงยาได้ง่าย โดยสามารถซื้อยาจากร้านขายยาได้และพบว่ามีการใช้ยากันอย่างกว้างขวางเกินความจำเป็นทั้งภายนอกและภายในโรงพยาบาล โดยเฉพาะยาแก้ปวด ยาสมุนไพร และผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร (Hfocus, 2016)

ดังที่กล่าวมาแล้วพอสรุปได้ว่าสาเหตุสำคัญของไตเสื่อมมาจากสาเหตุหลักๆ 3 ประการได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดัน และ หลอดเลือดฝอยไตอักเสบจากการใช้ยาบางประเภทติดต่อกันเป็นเวลานาน ดังนั้นหากจะลดหรือชะลอความเสื่อมของไตจึงต้องควบคุมปัจจัยเหล่านี้ โดยการแนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานยาที่แพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอรวมถึงหลีกเลี่ยงการใช้ยาจำพวก NSAIDs สมุนไพรและผลิตภัณฑ์เสริมอาหารบางประเภท

โรงพยาบาลสามโคกได้ดำเนินการเกี่ยวกับการใช้ยา NSAIDs ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยการใช้ระบบ popup alert ใน program HOSxP เพื่อเตือนแพทย์ให้หลีกเลี่ยงการสั่งใช้ยา NSAIDs ให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในโรงพยาบาล พบว่ายังไม่ได้ผลเท่าที่ควรส่วนหนึ่งเนื่องจากผู้ป่วยซื้อยามารับประทานเอง การศึกษาครั้งนี้ได้นำเทคนิคการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) มาใช้เนื่องจาก ที่ผ่านมามีการนำมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อส่งเสริมให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานพบว่าได้ผลดี (รัตนภรณ์ จีระวัฒน์นะ, 2562) (เทิดศักดิ์ เดชคง, 2560) อาศัยทฤษฎีการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจของ William R. Miller ซึ่งคิดค้นขึ้นในปี 1983 ซึ่งได้อธิบายว่าการให้คำปรึกษาแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ เป็นการให้คำปรึกษาที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยเชื่อว่าผู้ป่วยที่มีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จะมีความพยายามเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของตนเอง (Miller& Rollnick, 2002) นำมาใช้เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักรู้ การยึดมั่นผูกพัน และเกิดการควบคุมตนเอง เพื่อให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีความ

ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง หลีกเลี่ยงการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ หลีกเลี่ยงการใช้ยาสมุนไพรและผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่มีผลกับการทำงานของไต นำไปสู่ความสามารถในการควบคุมโรค โดยมีเป้าหมายเพื่อไม่ให้มีการเปลี่ยนแปลงระดับความรุนแรงของโรคไตเรื้อรังในทางที่แยกลง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับคือผู้ป่วยได้รับความรู้จากการให้คำปรึกษา เกิดความตระหนักและเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษา เลือกใช้ยาได้อย่างถูกต้องส่งผลให้การเปลี่ยนแปลงของค่า eGFR เป็นไปในทางที่ดี โดยมีเป้าหมายคือไม่ลดลงกว่าค่าเดิมก่อนที่ได้รับคำปรึกษา

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของการให้ความรู้ด้านยาโดยการสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการเปลี่ยนแปลงของค่าเฉลี่ย eGFR ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3

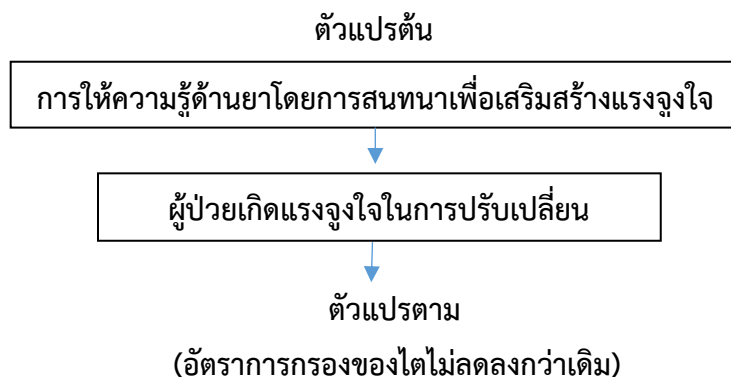
### วัตถุประสงค์รอง

1. เพื่อศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย  
2. เพื่อศึกษาความชุกของการใช้ยา NSAIDs การใช้สมุนไพร และ การใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3

### สมมุติฐานการวิจัย

ค่าเฉลี่ย eGFR ก่อนและหลังการให้ความรู้ด้านยาโดยการสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจไม่แตกต่างกัน

### กรอบแนวคิดในการวิจัย



### วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียวกันวัดซ้ำภายหลังได้รับคำปรึกษา โดยสังเกตการเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไต หลังจากได้รับการให้คำปรึกษาด้านยาโดยการสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ

ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวานหรือความดัน ที่มารับบริการคลินิกชะลอไตเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสามโคก และในผู้ป่วยโรคเบาหวานหรือความดันที่รับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในเครือข่าย ในช่วงระยะเวลาที่ทำการศึกษา (สิงหาคม 2566 - ธันวาคม 2566) ที่มีอัตราการกรองของไตอยู่ในช่วง eGFR 30-59 mL/min/1.73m<sup>2</sup> (CKD stage 3)

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานหรือความดันที่มีอัตราการกรองของไตอยู่ในช่วง eGFR 30- 59 mL/min/1.73m<sup>2</sup> (CKD stage 3) ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสามโคก

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานหรือความดันที่มารับบริการคลินิกชะลอไตเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสามโคกหรือ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในเครือข่าย ที่มีอัตราการกรองของไตอยู่ในช่วง eGFR 30- 59 mL/min/1.73m<sup>2</sup> (CKD stage 3) และมารับการรักษาในช่วง สิงหาคม - ธันวาคม 2566 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงเก็บข้อมูลทั้งหมดในผู้ป่วยที่มีการติดตามค่า eGFR ในช่วงเวลาที่ทำการวิจัย คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G Power 3.1.9.7 อ้างอิงจากการวิจัยที่ใกล้เคียงกัน (กิริมา อรุณแสงสดและประณีต ส่งวัฒนา, 2566) กำหนดการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์ด้วย Paired sample t-test ( correlation between group = 0.7) ที่ระดับนัยสำคัญ ( $\alpha$ ) .05 อำนาจในการทดสอบ (power) .95 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 81 คน เพื่อทดแทนการสูญเสียของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเป็น 85 คน

## เกณฑ์การคัดเข้า

1. ผู้ป่วยโรคเบาหวานหรือความดัน ที่มีอัตราการกรองของไตอยู่ในช่วง eGFR 30-59 mL/min/1.73m<sup>2</sup>(CKD stage 3) และมารับการรักษาในคลินิกชะลอไตเสื่อมของโรงพยาบาลสามโคกในช่วงระยะเวลาที่ทำการศึกษา

หรือ

2. ผู้ป่วยในคลินิกเบาหวาน ความดัน ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในเครือข่ายที่มีผลการตรวจอัตราการกรองของไตอยู่ในช่วง eGFR 30-59 mL/min/1.73m<sup>2</sup>(CKD stage 3) และมารับการรักษาในช่วงระยะเวลาที่ทำการศึกษา

## เกณฑ์การคัดออก

1. ผู้ป่วยที่มีไตข้างเดียว
2. ผู้ป่วยที่มีประวัติเป็นนิ่วในไต
3. ผู้ป่วยที่มีข้อมูลในเวชระเบียนไม่ครบถ้วน

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลปัญหาผู้ป่วยไตเสื่อมเรื้อรัง ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ ชื่อ-นามสกุล เพศ อายุ โรคร่วม ความร่วมมือในการใช้ยาที่แพทย์สั่ง การใช้ยาแก้ปวด NSAIDs, การใช้ยาสมุนไพร, การใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร

2. ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาลสามโคก

## วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เก็บข้อมูล ผลการตรวจ eGFR ของผู้ป่วยก่อนได้รับคำปรึกษาโดยดูผลที่ตรวจล่าสุดก่อนให้คำปรึกษา จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาลสามโคก

2. สัมภาษณ์และเก็บรวบรวมข้อมูลบุคคล และข้อมูลอื่นๆ จำนวน 1 ครั้ง ด้วยแบบเก็บข้อมูลปัญหาผู้ป่วยไตเสื่อมเรื้อรัง เมื่อพบปัญหาผู้วิจัยจะให้คำปรึกษาเฉพาะเจาะจงแบบรายบุคคล จำนวน 1 ครั้ง โดยใช้แบบเก็บข้อมูลปัญหาผู้ป่วยไตเสื่อมเรื้อรังเป็นกรอบหัวข้อในการสนทนาซึ่งประกอบด้วย

2.1 ความร่วมมือในการใช้ยาที่แพทย์สั่ง ผู้วิจัยจะสัมภาษณ์ผู้ป่วยโดยตรง (Face to face interview) โดยสอบถามจำนวนครั้งการลืมรับประทานยา หากลืมรับประทานยาเกิน 3 เม็ดต่อสัปดาห์จะถือว่าไม่ใช้ยาตามแพทย์สั่ง การใช้ยามิถุนาน ผิดจำนวน การเพิ่ม การลดขนาดยา การหยุดยาเอง ร่วมกับการนับเม็ดยากงเหลือหากผู้ป่วยนำยาที่เหลือมาในวันนัด เปรียบเทียบกับประวัติการสั่งยาของแพทย์ โดยผู้วิจัยในฐานะเภสัชกรจะเป็นผู้พิจารณาว่าผู้ป่วยสามารถใช้ยาได้ถูกต้องตามแพทย์สั่งหรือไม่

2.2 การประสานรายการยา (Medication reconciliation) ผู้วิจัยจะสอบถามรายการยารวมถึงผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่ผู้ป่วยได้รับจากแหล่งอื่น เพื่อรวบรวมรายการยาและหากจำเป็นควรแจ้งให้แพทย์ทราบ

2.3 ประวัติการใช้ยาแก้ปวด เนื่องจากยาแก้ปวดกลุ่ม NSAIDs มีผลต่ออัตราการกรองของไต

2.4 ประวัติการใช้ยาสมุนไพร เนื่องจากสมุนไพรบางชนิดทำให้ค่าอัตราการกรองของไตลดลง

หลักการให้คำปรึกษา โดยสร้างความตระหนัก ให้ผู้ป่วยมองเห็นปัญหา จูงใจให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือ ถึงความต้องการของผู้ป่วยออกมาและสนับสนุนให้ผู้ป่วยเลือกวางแผนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง กระบวนการในการให้คำปรึกษาเริ่มต้นที่การสร้างความเป็นกันเองกับผู้ป่วย การชมเป็นทักษะสำคัญที่จะทำให้เกิด engagement การชื่นชมพฤติกรรมบางอย่าง เช่นการมาตามนัด ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ

3. ติดตามค่า eGFR ของผู้ป่วยหลังได้รับคำปรึกษา โดยดูผลการตรวจล่าสุดหลังจากที่ได้รับคำปรึกษา

4. เปรียบเทียบอัตราการกรองของไต (eGFR) ระหว่างก่อนได้รับคำปรึกษาและหลังได้รับคำปรึกษา

5. ประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย

6. ศึกษาความชุกของการใช้ยาแก้ปวด NSAIDs การใช้สมุนไพร การใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร

7. วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป IBM SPSS Statistics 27 กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับร้อยละ 95 ( $p\text{-value} < 0.05$ )

## การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงของค่าเฉลี่ย eGFR ก่อนและหลังการให้คำปรึกษาด้านยาโดยการสนทนา เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ โดยใช้สถิติ Paired sample t-test

2. วิเคราะห์ความชุกของการใช้ยา NSAIDs การใช้สมุนไพร การใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน และ ร้อยละ

## ผลการวิจัย

### 1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 85 ราย เป็นเพศหญิง 44 ราย (ร้อยละ 51.76) เพศชาย 41 ราย (ร้อยละ 48.23) มีอายุเฉลี่ย 70.11 ปี ส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 70-79 ปี (ร้อยละ 36.47) เป็นโรคความดันโลหิตสูง 75 ราย (ร้อยละ 88.23) มีผู้ป่วย 51 ราย (ร้อยละ 60.00) มีโรคประจำตัวทั้งโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง โรคร่วมที่พบมากที่สุดคือไขมันในเลือดสูง 35 ราย (ร้อยละ 41.18) ผู้ป่วยได้รับยากลุ่ม ARBs หรือ ACEIs 28 ราย (ร้อยละ 32.94) ผลการตรวจอัตราการกรองของไตก่อนได้รับคำปรึกษาด้านยาพบว่า มีผู้ป่วย 51 ราย (ร้อยละ 60.00) มีอัตราการกรองของไต (GFR) อยู่ในช่วง 30-44 ml/mim/1.73 m<sup>2</sup> ซึ่งมีภาวะไตบกพร่องในระยะที่ 3b และผู้ป่วย 34 ราย (ร้อยละ 40) มีภาวะไตบกพร่องในระยะที่ 3a ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=85 )

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	41	48.24
หญิง	44	51.76
<b>อายุ (ปี) (อายุต่ำสุด 43 ปี สูงสุด 94 ปี อายุเฉลี่ย 70.11 ปี)</b>		
≤60	19	22.35
61-69	18	21.18
71-79	31	36.47
≥80	17	20.00
<b>โรคประจำตัว</b>		
ความดันโลหิตสูง	75	88.23
เบาหวาน	56	65.88
เบาหวานและความดันโลหิตสูง	51	60.00
<b>ภาวะโรคร่วมอื่น</b>		
ภาวะไขมันในเลือดสูง	35	41.18
โรคหัวใจและหลอดเลือด	19	22.35
เกาต์	15	17.65
<b>ผู้ป่วยได้รับยากลุ่ม ARBs หรือ ACEIs</b>		
ผู้ป่วยได้รับยา	28	32.94
ผู้ป่วยไม่ได้รับยา	57	67.06
<b>eGFR (ml/mim/1.73 m<sup>2</sup>)</b>		
45-59 (ระยะ3a)	34	40.00
30-44 (ระยะ3b)	51	60.00

## 2. ผลต่ออัตราการกรองของไต

การติดตามประเมินค่าการทำงานของไตจากอัตราการกรองของไต (eGFR) ตามสูตร CKD-EPI สำหรับผู้ใหญ่ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปโดยใช้วิธีวัดค่า Serum Creatinine วิธี enzymetic ซึ่งคำนวณโดยใช้โปรแกรมของระบบ Laboratory information system (LIS) ของโรงพยาบาล ในกลุ่มตัวอย่างที่ติดตามค่าอัตราการกรองของไตหลังจากได้รับความรู้ด้านยาโดยเทคนิคการสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ จำนวน 85 ราย ทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลด้วย Kolmogorov-Smirnov พบการกระจายตัวแบบปกติจึงทำการทดสอบด้วยสถิติ paired-sample t-test ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงผลการวิเคราะห์อัตราการกรองของไต (eGFR) ก่อนและหลังการให้ความรู้ด้านยาโดยการสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจของผู้ป่วยด้วยสถิติ Paired Sample T-Test (n=85)

อัตราการกรองของไต	ก่อนให้ความรู้ด้านยา (n=85)		หลังให้ความรู้ด้านยา (n=85)		t	p
	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน		
	ค่าอัตราการกรองของไต (eGFR)	42.61	8.15204	45.09		

ผลการทดสอบพบว่า ค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไต (eGFR) ก่อนและหลังการให้ความรู้ด้านยาโดยการสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจมีความแตกต่างกัน อัตราการกรองของไต (eGFR) หลังจากได้รับความรู้โดยเฉลี่ยสูงขึ้นกว่าก่อนได้รับความรู้ประมาณ 2.48 mL/min/1.73m<sup>2</sup> ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ( $\alpha.05$ ,  $p$ -value < 0.05) กล่าวคือหลังการให้ความรู้ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไตเพิ่มจาก 42.61 (S.D.=8.15204) เป็น 45.09 (S.D.=10.16818) mL/min/1.73m<sup>2</sup>

## 3. ปัญหาด้านการใช้จ่ายที่พบระหว่างการให้คำปรึกษา

### 3.1 ผลการประเมินความร่วมมือในการใช้จ่ายของผู้ป่วย

ข้อมูลด้านความร่วมมือในการใช้จ่ายของผู้ป่วย จากการประเมินการใช้จ่ายของผู้ป่วย โดยทำการสอบถามประวัติการใช้จ่ายขณะให้ความรู้ แสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความร่วมมือในการใช้จ่ายของผู้ป่วย (n=85)

ความร่วมมือในการใช้จ่าย	จำนวนผู้ป่วย	ร้อยละ
ใช้จ่ายถูกต้องตามแพทย์สั่งแพทย์	63	74.12
ใช้จ่ายไม่ถูกต้องตามคำสั่งแพทย์	18	21.18
ไม่สามารถประเมินได้	4	4.70
รวม	85	100.00



พบว่า ผู้ป่วยใช้ยาไม่ถูกต้องตามแพทย์สั่งจำนวน 18 ราย (ร้อยละ 21.18) ไม่สามารถประเมินความร่วมมือในการใช้ยาได้จำนวน 4 ราย (ร้อยละ 4.70) ทั้ง 4 รายให้ข้อมูลไม่ชัดเจนและไม่ได้นำยาเก่ามาในวันนัดสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยใช้ยาไม่ถูกต้องได้แก่ การไม่ได้รับประทานยาบางชนิด การลืมรับประทานยามากกว่า 3 เม็ดต่อสัปดาห์ การหยุดยาบางชนิดเองเมื่อเกิดอาการข้างเคียงเช่น ไอเมื่อรับประทานยา enalapril การไม่รับประทานยา allopurinol เนื่องจากผู้ป่วยคิดว่าตนไม่ได้เป็นโรคเกาต์ การไม่ฉีดยาอินซูลิน การฉีดอินซูลินไม่ถูกต้อง เป็นต้น

### 3.2 สถานการณ์การใช้ยาต้านอักเสบชนิดไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) การใช้ยาสมุนไพร

#### การใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร และการใช้ยาชุดแก้ปวด

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีการใช้ยาสมุนไพร จำนวน 30 ราย (ร้อยละ 35.29) มีการซื้อยามารับประทานเองจำนวน 10 ราย (ร้อยละ 11.76) ใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารจำนวน 6 ราย (ร้อยละ 7.06) และมีการซื้อยาชุดแก้ปวดมารับประทานเมื่อมีอาการอีกจำนวน 3 ราย (ร้อยละ 3.53) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 อุบัติการณ์ความชุกของการใช้ยาต้านอักเสบชนิดไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) การใช้ยาสมุนไพร การใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร และการใช้ยาชุดแก้ปวด (n=85)

รายการ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ผู้ป่วยที่มีการใช้ยาสมุนไพร	30	35.29
ผู้ป่วยที่มีการใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs)	10	11.76
ผู้ป่วยที่มีการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร	6	7.06
ผู้ป่วยที่มีการใช้ยาชุดแก้ปวด	3	3.53

ตัวอย่างสมุนไพรที่มีการนำมาใช้ได้แก่ ถั่งเช่า ชาชงโสม ต้มใบเตย ใบหม่อน เห็ดหลินจือ ซึ่งผู้ป่วยเชื่อว่า มีสรรพคุณบำรุงร่างกาย ลดอาการปวดเมื่อย สมุนไพรฟ้าทะลายโจร กระจายแคปซูล สมุนไพรป้องกันโควิด ซึ่งผู้ป่วยเชื่อว่า มีสรรพคุณในการป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัส รวมถึงสมุนไพรอื่นๆซึ่งได้จากการบอกต่อกันว่าช่วยรักษาโรคไตเช่น ลูกใต้ใบ มะตูม ใบยอ นอกจากนี้ยังพบว่า มีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งใช้น้ำต้มใบกระถอมและน้ำต้มใบกัญชา เมื่อสอบถามถึงเหตุผลในการใช้ส่วนใหญ่ไม่สามารถให้เหตุผลได้ชัดเจน สำหรับผู้ที่ซื้อยามารับประทานเองส่วนใหญ่ใช้เพื่อบรรเทาอาการปวดตามอวัยวะต่างๆของร่างกาย ยาที่ซื้อมารับประทานได้แก่ piroxicam, diclofenac, indomethacin, ertoricoxib เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบการซื้อยาชุดแก้ปวดแก้ยกมารับประทานเมื่อมีอาการอีก 3 ราย (ร้อยละ 3.53) สำหรับผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ส่วนใหญ่จะพบการใช้ คอลลาเจน และวิตามินซี มีเหตุผลในการใช้เพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันและป้องกันโรค

## อภิปรายผล

ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยในคลินิกเบาหวานและความดันจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลที่มีผลการตรวจเลือดและมีค่าอัตราการกรองของไตอยู่ในช่วงที่กำหนด (eGFR 30-59 ml/min/1.73 m<sup>2</sup>) ได้รับการให้ความรู้ด้านยา โดยผู้วิจัยใช้วิธีการสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจด้วยการออกไปดำเนินงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในเครือข่ายมีจำนวนเพียง 14 ราย เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีผลการตรวจเลือดประจำปีในรอบหนึ่งปีที่ผ่านมา และนอกจากนี้หลังจากการให้คำปรึกษาแล้วยังไม่ได้รับการเจาะตรวจเลือดเพื่อติดตามผลลัพธ์ในการรักษาในช่วงระยะเวลาที่ผู้วิจัยทำการศึกษา เนื่องจากยังไม่มีแผนการตรวจเลือดประจำปีที่แน่นอน จึงไม่สามารถนำผู้ป่วยกลุ่มนี้มาแยกวิเคราะห์ได้

การศึกษานี้ได้เปรียบเทียบผลการทำงานของไตโดยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไตก่อนและหลังการให้ความรู้ด้านยาโดยการสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่คลินิกชะลอไตเสื่อมโรงพยาบาลสามโคกและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในเครือข่าย พบว่าค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงถึงผลของการให้ความรู้หรือการให้คำปรึกษาด้านยาโดยอาศัยเทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจ ทำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งผลให้ ค่าอัตราการกรองของไตดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ กิรณา อรุณแสงสดและประณีต ส่งวัฒนา ซึ่งศึกษาผลของโปรแกรมการสนทนาและให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ต่อแรงจูงใจในการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเองและอัตราการกรองของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะ 3-4 ที่คลินิกชะลอไตเสื่อมในโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งในจังหวัดนราธิวาส โดยมีกิจกรรมทั้งหมด 8 ครั้งเป็นระยะเวลา 20 สัปดาห์ พบว่าค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไตสูงขึ้นกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (กิรณา อรุณแสงสดและประณีต ส่งวัฒนา, 2566) แตกต่างกับการศึกษาของนิโรบล กนกสุนทรรัตน์ ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายที่คลินิกโรคไตโรงพยาบาลรามารามาศี พบว่าผลต่ออัตราการกรองของไตไม่แตกต่างกัน ระหว่างก่อนให้คำปรึกษาและหลังให้คำปรึกษา (นิโรบล กนกสุนทรรัตน์, 2561) อย่างไรก็ตามการให้คำปรึกษาแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ แรกเริ่มนำมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ที่ติดสุรา และต่อมาได้นำมาใช้เพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและโรคไต พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตัวเองที่ดี รวมถึงผลลัพธ์ทางคลินิกในการควบคุมโรคเรื้อรังนั้นๆ ดีขึ้น (รัตนภรณ์ จีระวัฒนะ, 2562) วิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและส่งผลในทางบวกต่ออัตราการกรองของไต ได้แก่หลักการสนทนาโดยการสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยการผูกมิตรกับผู้ป่วยและยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เช่นการรับฟังอย่างตั้งใจ การแสดงให้เห็นถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมบางอย่างเพื่อควบคุมการตัดสินใจของผู้ป่วย การตั้งเป้าหมายร่วมกันกับผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยเกิดความรับผิดชอบ เกิดความตระหนัก นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ส่งผลช่วยชะลอไตเสื่อม ปัจจัยต่อมาได้แก่การ

วิเคราะห์ปัญหาผู้ป่วยเฉพาะแต่ละราย โดยเฉพาะปัญหาด้านการใช้ยาเมื่อผู้ป่วยเกิดการยอมรับและเข้าใจเหตุผล ก็จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ส่งผลให้อัตราการครองของไตดีขึ้น อย่างไรก็ตามการศึกษาครั้งนี้มีการให้คำปรึกษาเพียงหนึ่งครั้ง และเก็บข้อมูลอัตราการครองของไตในระยะเวลาสั้นหลังให้คำปรึกษา เมื่อเปรียบเทียบกับ การวิจัยอื่น ๆ ซึ่งมีกิจกรรมมากกว่า 1 ครั้ง อาจเนื่องจากการเก็บข้อมูลอัตราการครองของไตในระยะเวลาสั้นหลังให้คำปรึกษา ผลของการให้คำปรึกษายังคงส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย ทำให้อัตราการครองของไตมีแนวโน้มดีขึ้น

ในการประเมินความร่วมมือด้านการใช้ยาของผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยใช้ยาไม่ถูกต้องร้อยละ 21.18 ปัญหาที่พบมากคือการลืมรับประทานยา หรือการหยุดยาบางชนิดเองเมื่อเกิดอาการข้างเคียง การใช้ยาไม่ถูกวิธี การไม่รับประทานยาที่แพทย์สั่งเพราะคิดว่าตนเองหายแล้วหรือตนเองไม่ได้เป็นโรคนั้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ธนกฤต มงคลชัยภักดี และคณะ ซึ่งทำการศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวาน ณ โรงพยาบาล ตำรวจ รายงานว่าความซุกของความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเท่ากับร้อยละ 16.7 (ธนกฤต มงคลชัยภักดี, 2558) และการศึกษาของ วิศนีย์ โรจนอุไร ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มารับการรักษาที่คลินิก เฉพาะโรค คณะแพทยศาสตร์วชิระพยาบาลที่พบว่าความซุกของปัญหาการใช้ยาไม่เป็นไปตามแพทย์สั่งในผู้ป่วย โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเท่ากับ ร้อยละ 40.8 (วิศนีย์ โรจนอุไร, 2561)

ผลการศึกษาความซุกของการใช้ยาต้านอักเสบชนิดไม่ใช้สเตียรอยด์ (NSAIDs) การใช้ยาสมุนไพร การใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร และ การใช้ยาชุดแก้ปวด พบว่าผู้ป่วยมีการใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) ร้อยละ 11.76 นอกจากนี้ยังพบ ความซุกของการใช้ยาสมุนไพร ร้อยละ 35.29 ความซุกของการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารร้อยละ 7.06 เมื่อพิจารณาในรายละเอียดของการซื้อยาแก้ปวดพบว่าผู้ป่วยซื้อยามารับประทานเองเมื่อมีอาการปวดเมื่อยตามร่างกายตัวอย่างได้แก่ยา diclofenac piroxicam indomethacin ertoricoxib และพบผู้ป่วยจำนวนหนึ่งมีการใช้ยาชุดแก้ปวดแก้ยก ซึ่งเป็นอัตราที่ค่อนข้างสูง โดยความซุกของการใช้ยาชุดแก้ปวดแก้ยกเท่ากับร้อยละ 3.53 แสดงให้เห็นว่าประชาชนจำนวนหนึ่งขาดความรู้เกี่ยวกับอันตรายจากการใช้ยาชุดแก้ปวดแก้ยก และประชาชนสามารถเข้าถึงยาชุดได้ไม่ยาก ในการศึกษาครั้งนี้พบการใช้สมุนไพรที่หลากหลาย โดยเฉพาะสมุนไพรที่ใช้รักษาโรคโควิด 19 ได้แก่ ฟ้าทะลายโจร กระชายแคบซูล มีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งใช้ติดต่อกัน เพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ส่วนผลิตภัณฑ์เสริมอาหารพบการใช้วิตามินซีเพื่อเสริมภูมิคุ้มกันและป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ซึ่งการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563 โดยคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล รายงานเรื่องการใช้ยาและอาหารเสริมว่าประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปว่ามีการใช้ยาแก้ปวดทุกวันถึงร้อยละ 1.9

ร้อยละ 8.2 กินยาสมุนไพรเป็นประจำในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา และร้อยละ 20.1 กินอาหารเสริมในรอบ 30 วันที่ผ่านมา (วิชัย เอกพลากร, 2564) เมื่อพิจารณาผลการสำรวจความชุกของการใช้สมุนไพรและผลิตภัณฑ์เสริมอาหารในผู้ป่วยนอกที่มีโรคไตเรื้อรังในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 2 แห่งในประเทศไทยเมื่อปี 2555 มีความชุกของการใช้สมุนไพรและผลิตภัณฑ์เสริมอาหารร้อยละ 45 (Tangkiatkumjai, 2012) แสดงให้เห็นว่าปัจจุบันผู้ป่วยมีการใช้สมุนไพรและผลิตภัณฑ์เสริมอาหารลดลง

### ข้อเสนอแนะ

1.บุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพควรมีการนำรูปแบบการให้ความรู้ผู้ป่วยแบบการสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปใช้ในการสื่อสารให้ความรู้แก่ผู้ป่วยตามความเหมาะสมเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งผลให้เกิดคุณภาพการรักษาที่ดีขึ้น

2.โรงพยาบาลแม่ข่ายควรสนับสนุนให้มีการกำหนดแผนการตรวจเลือดประจำปีของผู้ป่วยในคลินิกเบาหวานและความดันในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย เพื่อเป็นการเฝ้าระวังและติดตามผลลัพธ์ในการรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

3.จากสถานการณ์ปัญหาด้านการใช้ยาของผู้ป่วยพบปัญหาการใช้ยาไม่ถูกต้อง มีการใช้ยาสมุนไพร ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร การซื้อยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์มารับประทาน นอกจากนี้ยังพบการใช้ยาชุดแก้ปวดแก้แสบแก้คันด้วย จึงควรสะท้อนปัญหาไปยังผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง อาทิเช่น ภาคประชาชน ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภาครัฐ ได้แก่ผู้รับผิดชอบงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภค ผู้รับผิดชอบด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล เพื่อร่วมกันหาแนวทางป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าว

4.ในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไปควรมีการติดตามผลลัพธ์ด้านการดูแลผู้ป่วยหลังจากการให้ความรู้ ในเรื่องความร่วมมือในการใช้ยา การเลิกซื้อยาแก้ปวดมารับประทานเอง การหยุดใช้สมุนไพรหรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร และควรมีการศึกษาผลของเทคนิคการสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจว่าจะสามารถส่งผลต่อความตระหนัก ความรับรู้และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยได้เป็นระยะเวลาานเท่าใด

## อ้างอิง

- กิริณา อรุณแสงสดและประณีต ส่งวัฒนา. (2566). ผลของโปรแกรมการสนทนาและให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อแรงจูงใจในการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเองและอัตราการครองของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. วารสารสภาการพยาบาล, 38(1), 52-66
- เทิดศักดิ์ เดชคง. (2560). สนทนาสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ป่วย NCDs Motivational Interviewing for NCDs;MI NCDs. คลังความรู้สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. สืบค้นมิถุนายน 1, 2566, จาก <https://dmh-elibrary.org/items/show/275>
- ชนกฤต มงคลชัยภักดิ์,สุธาทิพย์ พิชญไพบุลย์ และ อลิศรา แสงวิรุณ. (2558). ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวาน ณ โรงพยาบาลตำรวจ.วารสารเภสัชกรรมไทย, 7(1), 47-59
- นิโรบล กนกสุนทรรัตน์. (2561). ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาและการให้ความรู้ตามหลักการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนได้รับการบำบัดทดแทนไต. Thai Journal of Nursinf and Midwifery Practice, 5(2),19-38
- ประเสริฐ ธนะกิจจารุ, สกานต์ บุณนาค และวรางคณา พิชัยวงศ์. (2557). โรคไตเรื้อรัง (Chronic KidneyDisease). ใน ชูขณะ มะกรสาร (บ.ก.), Thailand Medical Services Profile 2011 –2014 (การแพทย์ไทย 2554-2557). นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
- มยุรี ตั้งเกียรติกำจาย. (2017). ความปลอดภัยและประสิทธิภาพของสมุนไพรและผลิตภัณฑ์เสริมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. Paper presented at the การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างครบวงจร Excellent in NCDs care. คณะแพทยศาสตร์ มศว.
- รัตนภรณ์ จีระวัฒนะ. (2562). แนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ในการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้เป็นเบาหวาน. หลักสูตรพื้นฐานผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน สมาคมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน. กรุงเทพฯ: สุภัชฉินัญค์ พรินต์ติ้งกรุป ; 2562:24-39
- วิชัย เอกพลากร. (2564). การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563 . สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์.
- วิศนีย์ โรจนอุไร. (2561). ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการใช้ยาไม่เป็นไปตามคำสั่งแพทย์ ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มารับรักษาที่คลินิกเฉพาะโรค คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช. วชิรเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง, 62(3), 193-208
- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2016). คู่มือสำหรับประชาชน ทำอย่างไรไตไม่วาย (อ. ศ. ธนัญดา ตระการวานิช Ed.): บี.เอ็น.เอช แอดวานด์.สืบค้น เมษายน 14, 2566, จาก <https://www.nephrothai.org/wp-content/uploads/2020/09/2>

- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2022). ข้อเสนอแนะเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2565 (ฉบับปรับปรุงเพิ่มเติม). 2022;1-17
- อาสาศา เชาว์เจริญ. (2014). สมุนไพรที่ต้องระวังในผู้ป่วยโรคไต. สมุนไพรน่ารู้. สืบค้น เมษายน 13, 2566, จาก <http://www.abhaiherb.com>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2023). Chronic Kidney Disease in the United States, 2023. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention; 2023. Retrived Jan 10,2023, From <https://www.cdc.gov/kidneydisease/pdf/CKD-Factsheet-H.pdf>
- Han, J., Xian, Z., Zhang, Y., Liu, J., & Liang, A. (2019). Systematic Overview of Aristolochic Acids: Nephrotoxicity, Carcinogenicity, and Underlying Mechanisms. *Front Pharmacol.* 2019; 10:648
- Ingsathit, A., Thakkinian, A., Chaiprasert, A., Sangthawan, P., Gojaseni, P., & Kiattisunthorn, K.; the Thai-SEEK Group. (2010). Prevalence and risk factors of chronic kidney disease in the Thai adult population: Thai SEEK study. *Nephrol Dial Transplant* 2010; 25: 1567-75 Retrived April 20, 2023, from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20037182/>
- KDIGO. (2012). Clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. *Kidney Inter Suppl* 2013; 3: 1-150.
- Hfocus. (2016). การใช้ยารักษาตนเองของคนไทย.เจาะลึกระบบสุขภาพ. สืบค้น เมษายน 12, 2566, จาก <https://www.hfocus.org/content/2016/11/13010>
- Hinkle, D. E., Wiersma, W., & Jurs, S. G. (1988). *Applied statistics for the behavioral sciences* (2nd ed.). Boston: Houghton Mifflin.
- Miller, W R.& Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2nd ed.). The Guilford Press
- Puttarak, P., Sawangjit, R., & Chaiyakunapruk, N. (2016). Efficacy and safety of *Derris scandens* (Roxb.) Benth. for musculoskeletal pain treatment: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Ethnopharmacol.* 2016; 194: 316-323
- Tangkiatkumjai, M., Boardman, H., Praditpornsilpa, K., & Walker, D. (2013). Prevalence of herbal and dietary supplement usage in Thai outpatients with chronic kidney disease: a cross-sectional survey. *BMC Complementary and Alternative Medicine.* 2013; 13:153