บทความวิจัย

ประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันโรคไตเรื้อรังในชุมชน อำเภอปางศิลาทอง จังหวัดกำแพงเพชร

The Effectiveness of Community Chronic Kidney Disease Prevention Program, Pangsilathong District, KamphaengPhet Province

จักรพงษ์ เฮงตระกูลเวนิช (Jukkapong Hengtrakulvenit)
วินัย ลีสมิทธิ์ (Vinai Leesmidt)
กังสดาล หาญไพบูลย์ (Kungsadan Hanpaiboon)
ภูดิท เตชาติวัฒน์ (Phudit Tejativaddhana)

Received: Dec 11, 2018
Revised: Feb 18, 2019
Accepted: Apr 5, 2019

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและในชุมชนจัดโดยทีมสหวิชาชีพและรับการสนับสนุนจากคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอประชากรศึกษา คือผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 จำนวน 936 คน ของอำเภอปางศิลาทอง จังหวัดกำแพงเพชร กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 ของ อำเภอปางศิลาทองจังหวัดกำแพงเพชร 77 คน แบ่งออกเป็น2 กลุ่ม ได้แก่กลุ่มทดลอง เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าขึ้น จำนวน 47 คน และกลุ่มควบคุม เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหล่ม จำนวน 30 คน ระยะเวลาวิจัย 6 เดือน ระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงตุลาคม 2561 กลุ่มทดลองได้รับบริการตามปกติและมีการอบรมและเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพในขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับบริการตามปกติ เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลคือแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลด้านสุขภาพ แบบทดสอบความรู้ และแบบประเมินพฤติกรรม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t-test

ผลการศึกษา พบว่าหลังจบการวิจัยทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยซีรั่มครีอะตินินเฉลี่ยเพิ่มขึ้นและอัตรากรองไตลดลงอย่างไม่มีนัยทางสถิติ ($p > .01$) อย่างไรก็ตามกลุ่มทดลองมีช่วงการเปลี่ยนแปลงของ

*นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร, email: jackheng11@yahoo.com
**นายแพทย์ทรงคุณวุฒิด้านเวชกรรมป้องกัน โรงพยาบาลคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร
**เภสัชกรชำนาญการ โรงพยาบาลคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร
***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก

ระดับซีรั่มครีอะตินินเฉลี่ย และ อัตรากรองไตเฉลี่ยที่ลดลงน้อยกว่ากลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระดับความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .01$) ทั้งสองกลุ่ม กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมป้องกันโรคไตเฉลี่ยดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .01$) แต่กลุ่มควบคุมพฤติกรรมการป้องกันโรคไตดีขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญ ($p > .01$) จากการวิจัยชี้ให้เห็นว่า การอบรมและเยี่ยมบ้านในระยะสั้นยังไม่สามารถชะลอการเสื่อมไตได้อย่างมีนัยสำคัญ แต่สามารถเพิ่มระดับความรู้และมีพฤติกรรมป้องกันโรคไตเรื้อรังให้ดีขึ้นได้

คำสำคัญ: ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง, ทีมสหวิชาชีพ, ชุมชน

Abstract

This quasi-experimental research aimed at studying the effectiveness of a chronic kidney disease prevention program in a district promotion hospital and in a community, provided by a multidisciplinary team and supported by the district quality of life development committee. The study's population was 936 patients of stage 3 and 4 chronic kidney disease inPangsilathong District, KamphaengPhet Province. Thesamples were 77 patients that were divided into two groups including the experimental group of 47 chronic kidney disease patients of Thakhuendistrict promotion hospital and the control group of 30 chronic kidney disease patients of Nonglomdistrict promotion hospital. The study period was 6 months between May to October 2018. The experimental group was trained and received home visits provided by the multidisciplinary team while the control group received their regular services. The instrument used for data collection were composed ofa questionnaire of general information and clinical data, knowledge testing sheet and behavior assessment form. The statistics used for data analysis were percentage, mean, standard deviation and paired t-test.

The results of the study found that after finishing the research, both ofthe experimental and control groups had their mean serum creatinine increased and mean glomerular infiltration rate decreased insignificantly ($p > .01$). However, the experimental group had the narrower of change of the mean serum creatinine and mean glomerularin filtration rate than that of the control group. Both of the experimental and control groups had their mean knowledge increased significantly ($p < .01$). The experimental group had their mean behavior for chronic kidney disease prevention improved significantly ($p < .01$), but the control group had their mean behavior improve dinsignificantly ($p < .01$). From the study, it pointed out that training and home visitsin a short period could not delay the progress of the decline of renal functions significantly. But theycould increase the levels of both knowledge and behavior for chronic kidney prevention.

Keywords: Chronic kidney disease, Multidisciplinary team, Community

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศไทย วินิจฉัยโดยใช้ค่าอัตรากรองไต สามารถแบ่งออกเป็นระยะที่ 1, 2, 3,4 และ 5 ซึ่งระยะที่ 5 เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ผู้ป่วยระยะแรกจะไม่พบอาการผิดปกติทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีความตระหนักและไม่ทราบว่ามีปัญหาของไตเกิดขึ้น จะมาพบแพทย์เมื่อมีอาการป่วยมากแล้ว (Department of Disease Control Ministry of Public Health, 2016) ความชุกผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในประชากรไทยเท่ากับ 17.5% หรือ ประมาณ 8 ล้านคน มีสาเหตุสำคัญจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมากที่สุด ผู้ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังพบมีจำนวนเพิ่มขึ้นจาก 30 ราย ต่อล้านประชากรในปี 2540 เป็น 1073.3 ราย ต่อล้านประชากรในปี พ.ศ. 2556 และเพิ่มขึ้นทุกปี (Kidney Disease Association of Thailand, 2016) เป็นภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศอย่างมากค่าใช้จ่ายในการบำบัดทดแทนไตปีงบประมาณ 2558 สูงถึง 5,247 ล้านบาท และเพิ่มสูงขึ้นเป็น 6,318 ล้านบาท ในปี 2559 และมีแนวโน้มสูงขึ้น (National Health Security Office, 2016) การควบคุมเพื่อชะลอความเสื่อมของไต จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง

อำเภอปางศิลาทอง จังหวัดกำแพงเพชร พบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ3 และ 4 รวมทั้งสิ้น 936 คน เท่ากับร้อยละ 4.2 ของประชากรอำเภอปางศิลาทอง และ คิดเป็นร้อยละ 6.82 ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั้งหมดของจังหวัดกำแพงเพชร ที่สำคัญโรคไตเรื้อรังเป็นสาเหตุการตาย 5 อันดับแรกของอำเภอปางศิลาทอง ทั้งๆที่มีการจัดตั้งคลินิกชะลอไตเสื่อมในโรงพยาบาลปางศิลาทอง มาตั้งแต่ปี 2556 ซึ่งเดิมเน้นการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลโดยขาดความเข้าใจวิถีชีวิตผู้ป่วยที่บ้านทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตนตามคำแนะนำของแพทย์ได้จึงได้ทำการปรับกลยุทธ์การดูแลป้องกันผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังแบบเชิงรุกในชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ด้วยการเพิ่มโปรแกรมการอบรมความรู้เรื่องเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง การใช้ยาที่ถูกต้อง การรับประทานอาหาร การออกกำลังกายที่เหมาะสม และการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ โดยอาศัยความร่วมมือของภาคส่วนอื่นๆ ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นต้น แทนการตั้งรับในโรงพยาบาลปางศิลาทองซึ่งไม่มีโปรแกรมการให้ความรู้ดังกล่าว (Jiamjariyaporn et al., 2014) สำหรับการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 ใน รพสต. และชุมชน ตำบลโพธิ์ทอง อำเภอปางศิลาทอง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลการการชะลอความเสื่อมของไตสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและชุมชน โดยการอบรมความรู้เรื่องเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคไตการใช้ยาที่ถูกต้อง การรับประทานอาหารที่เหมาะสม และการออกกำลังกายที่เหมาะสม และเยี่ยมบ้านด้วยทีมสหวิชาชีพ

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการอบรมและเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ ค่าอัตรากรองไตกลุ่มทดลองลดลงน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

2. หลังการอบรมและเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ ระดับความรู้และพฤติกรรมการป้องกันไตเสื่อมกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิด two group pretest-posttest design การศึกษาดำเนินการระหว่างเดือน พฤษภาคม-ตุลาคม 2561 รวมเวลา 6 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

สำหรับการศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 ในเขตอำเภอปางศิลาทอง จังหวัดกำแพงเพชร ปี 2561 จำนวน 936 คน

กลุ่มตัวอย่าง

คำนวณโดยสูตรแบบง่ายของคอคแครน (Dell, Holleran, &Ramakrishnan, 2002) ที่ค่าความชุกโรคไตเรื้อรังระยะ 3-4 อำเภอปางศิลาทอง เท่ากับ 0.019 ค่าความเชื่อมั่น 95% สมมติฐานสองทาง $Z_{1-\alpha/2}^{2}$ เท่ากับ 1.96

ขนาดตัวอย่างที่ต้องการคำนวณได้ 29 คน กำหนดขนาดตัวอย่างเป็นขั้นต่ำ30 ราย

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เลือกตัวอย่างแบบไม่เจาะจง ตามเกณฑ์คัดเข้าพื้นที่ศึกษาได้แก่ รพสต.ท่าขึ้น และ รพสต.หนองหล่ม ซึ่งตั้งอยู่ในตำบลโพธิ์ทอง อำเภอปางศิลาทอง จังหวัดกำแพงเพชร เดียวกันสภาพแวดล้อมคล้ายคลึงกันจึงเหมาะสำหรับการศึกษาเปรียบเทียบ นอกจากนี้รพสต.2 แห่ง ยังคงสังกัดอยู่ในกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีระบบบริการและการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3 และ 4 ที่เหมือนกัน

เกณฑ์การคัดเข้า(Inclusion criteria)

1. เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่อายุ 15 ปีขึ้นไปและโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 หรือ 4

2. ไม่มีโรคร่วมอื่นๆที่เป็นสาเหตุโรคไตเรื้อรัง เช่น นิ่วที่ไต, SLE เป็นต้น

3. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย และให้ความร่วมมือจนจบการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก(Exclusion criteria)

ไม่มาร่วมการอบรมติดต่อกัน 2 ครั้ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ได้แก่ เครื่องมือรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือสำหรับดำเนินการวิจัย

เครื่องมือรวบรวมข้อมูล สร้างขึ้นโดยทีมวิจัยอ้างอิงจากเอกสารวิชาการของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย (2560) ประกอบด้วย 3 ชุด ได้แก่

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปมี 2ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ, อายุ, สถานสมรส,การศึกษา, อาชีพ, รายได้, สิทธิรักษาพยาบาล, จำนวนสมาชิกครอบครัว, จำนวนผู้ดูแลผู้ป่วย, โรคประจำตัว, ระยะเวลาป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง, สาเหตุของโรคไตเรื้อรัง, ประวัติสูบบุหรี่ และประวัติดื่มแอลกอฮอล์ส่วนที่ 2 เป็นข้อมูลทางการแพทย์ประกอบ ส่วนสูง, รอบเอว, ดัชนีมวลกาย, โรคร่วม เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง, ความดันโลหิตซิสโตลิคและไดแอสโตลิค, ค่าฮีโมโกลบินและค่าฮีมาโตคริท, ค่าน้ำตาลในเลือดหลังงดอาหารและน้ำ 8 ชั่วโมง, ค่าซีรั่มครีอะตินินและค่าอัตรากรองไต

2) แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคไตประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ในประเด็นสำคัญ 5 เรื่องคือความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคไต, อาหารที่เหมาะสม,การใช้ยาที่ถูกต้อง,ภาวะแทรกซ้อนของโรคไต และการป้องกันรักษาพยาบาลโรคไตเป็นแบบสอบถามปรนัยเลือกข้อถูกที่สุดข้อเดียว กำหนดข้อละ 1 คะแนน รวม 10 คะแนน(KR 20 เท่ากับ 0.71 และ KR21 เท่ากับ 0.75)

3) แบบประเมินพฤติกรรมป้องกันโรคไต ได้แก่ พฤติกรรมเชิงลบ 6 ประการ คือ การกินอาหารมัน, เค็ม, หวาน, การกินยาชุดกลุ่ม NSAID, ขาดนัดตรวจรักษาและกินยาสมุนไพรที่ไม่ได้มาตรฐาน พฤติกรรมเชิงบวก 4 ประการ ได้แก่ กินยาตามสั่งถูกต้อง, การออกกำลังกาย, อ่านคู่มือการดูแลตนเองและการคลายเครียดโดยสวดมนต์นั่งสมาธิทำบุญกำหนดคะแนนข้อคำถาม 5 ระดับ คือ 5, 4, 3, 2 และ 1 จากปฏิบัติบ่อยมากที่สุด, บ่อยมาก, บางครั้ง, น้อยครั้ง และน้อยที่สุด พฤติกรรมเชิงลบจะกลับค่าจากพฤติกรรมเชิงบวก เมื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต้องพิจารณาผลลัพธ์ที่แท้จริง (Cronbach's alpha เท่ากับ 0.98)

เครื่องมือสำหรับดำเนินการวิจัยประกอบด้วยคู่มือเรื่อง "ไตของเรา เราต้องรู้" ที่จัดทำโดยสถาบันโรคไตภูมิราชนครินทร์ (2560) เพื่อประกอบการอบรม,สไลด์สำหรับอบรมโดย สหวิชาชีพ4 หัวข้อ คือ ความรู้ทั่วไปเรื่องโรคไต, การออกกำลังกาย, การใช้ยาที่ถูกต้อง และ อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและ โมเดลตัวอย่างอาหารเพื่อสาธิตการอบรมเรื่องโภชนาการที่ถูกต้อง

กิจกรรมเสริม ประกอบด้วยโปรแกรมการสอนเพื่อสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย 4 ด้าน ดังนี้ 1) ความรู้เรื่อง เบาหวาน, ความดันโลหิตสูง และ โรคไต 2) การใช้ยาที่ถูกต้อง 3) การกินอาหารที่เหมาะสม และ 4) การออกกำลังกายที่เหมาะสม

การทดสอบความตรงและความเที่ยง แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคไต และแบบประเมินพฤติกรรมป้องกันโรคไตนำไปทดสอบกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3-4 จำนวน 10 ราย ของอำเภอข้างเคียง และ ให้ผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้และประสบการณ์ 3 ท่าน ประเมินหาดัชนีความตรง (Polit & Beck, 2006; Shi, Mo, & Sun Z, 2012; Yaghmale, 2003) ได้ค่าดัชนี

ความตรง เท่ากับ 0.86 (CVI = 0.86) แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคไตใช้สูตรของคูเดอร์ ริชาร์ดสันหาความเที่ยงของแต่ละข้อได้ค่า KR 20 = 0.71 และทดสอบความเที่ยงของทุกข้อได้ค่า KR21 = 0.75 และแบบประเมินพฤติกรรมป้องกันโรคไตใช้วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค วัดค่าความเที่ยงได้ค่าครอนบาคแอลฟ่าของข้อคำถามแต่ละข้อในแบบสอบถามเท่ากับ 0.978 (Cronbach's alpha = 0.978) และ ค่าครอนบาคแอลฟ่ารวมของทุกข้อเท่ากับ 0.980 (Cronbach's alpha = 0.98)

ขั้นตอนการวิจัย

1. ขั้นตอนการคัดเลือกผู้ป่วยก่อนเริ่มการวิจัยของกลุ่มทดลองและควบคุม นำรายชื่อผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 จากเวชระเบียนของรพสต.ท่าขึ้นและรพสต.หนองหล่ม สอบถามความสมัครใจร่วมวิจัย พบว่า ผู้ป่วยรพสต.ท่าขึ้นสมัครใจ จำนวน 47 ราย และรพสต.หนองหล่มจำนวน 30 ราย รวมทั้งสิ้น 77 ราย

2. ขั้นตอนการอบรมให้ความรู้แก่กลุ่มทดลองจำนวน 47 ราย อบรม 3 ครั้ง ในเดือนที่ 1, 2 และ 3 ของการวิจัย ด้วยทีมสหวิชาชีพ ได้แก่แพทย์และพยาบาลให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรัง, เภสัชกรสอนเรื่อง การใช้ยาที่ถูกต้อง, นักกายภาพบำบัด ฝึกสอนการออกกำลังกาย และนักโภชนากร สอนสาธิตเรื่องโภชนาการที่ถูกต้อง เวลาการอบรมวิชาชีพละ 60 นาที รวม 240 นาที หรือ 4 ชั่วโมงต่อการอบรมแต่ละครั้ง 3 ครั้ง เท่ากับ 12 ชั่วโมง

3. ขั้นตอนเยี่ยมบ้านเฉพาะกลุ่มทดลองโดยทีมสหวิชาชีพ ดำเนินการเดือนที่ 3 และ 4 ของการวิจัยโดยทุกวิชาชีพร่วมกัน ประเมิน ความรู้ ความเข้าใจ และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเรื่องการใช้ยาที่ถูกต้อง การกินอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกายที่ถูกต้อง การงดเว้นยากลุ่ม NSAID และสมุนไพรที่ไม่ได้มาตรฐาน การไปพบ แพทย์ตามนัด การคลายเครียด และ การอ่านคู่มือโรคไตที่ได้รับแจก เวลาที่ใช้เยี่ยมบ้านรายละ 90 นาที เฉลี่ยวันละ 5 ราย หากผู้ป่วยไม่อยู่บ้านหรือไม่พบจะนัดเยี่ยมบ้านเป็นเฉพาะรายเพิ่มเติม รวมเวลาในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย 47 ราย เท่ากับ15 วัน

การเก็บข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนตัวผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ใช้การสัมภาษณ์ผู้ป่วยทุกคนของกลุ่มทดลองและควบคุม ดำเนินการก่อนการอบรมกลุ่มทดลอง ในเดือนที่ 1 ของการวิจัย

2. ข้อมูลทางการแพทย์จากเวชระเบียน และจากผลการตรวจชันสูตรเลือดของผู้ป่วยทุกคนของกลุ่มทดลองและควบคุม ที่นัดหมายตรวจเจาะเลือดจากเจ้าหน้าที่ชันสูตร โรงพยาบาลปางศิลาทองพร้อมกันในวันเดียวของเดือนที่ 1 และ 6 ของการวิจัย

3. ข้อมูลความรู้จากแบบสอบถามทดสอบความรู้เรื่องโรคไตทั้งกลุ่มทดลองและควบคุมในเดือนที่ 1 และ 3 ก่อนและหลัง การอบรมกลุ่มควบคุมทดสอบโดยไม่มีการอบรม

4. ข้อมูลพฤติกรรมป้องกันโรคไต ทั้งกลุ่มทดลองและควบคุมประเมินเดือนที่ 1 และ 6 ก่อนและหลังเยี่ยมบ้านของกลุ่มทดลองกลุ่มควบคุมประเมินในช่วงเดียวกันโดยไม่มีการเยี่ยมบ้าน

5. ข้อมูลคณะกรรมการสุขภาพระดับอำเภอ (พชอ.) จากการร่วมประชุม พชอ. ประกอบการสนทนากับประธานและคณะกรรมการ พชอ. ในการประชุมเดือนที่ 2 และ 6 ของการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย

การวิจัยนี้ที่ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยนเรศวร หมายเลข IRB. No.1058259 และผ่านการขออนุญาตจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอปางศิลาทองและโรงพยาบาลปางศิลาทอง เพื่อใช้ข้อมูลทุติยภูมิของผู้ป่วยจากเวชระเบียนและผลการตรวจชันสูตรและทีมวิจัยได้ชี้แจงข้อมูล ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การรักษาความลับ ประโยชน์ที่จะได้รับ ตลอดจนสิทธิที่จะยกเลิกหรือถอนตัวออกจากการวิจัย และเปิดโอกาสให้เข้าร่วมการวิจัยโดยความสมัครใจ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลและข้อมูลทางการแพทย์วิเคราะห์โดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบกลุ่มทดลองและควบคุม

2. ข้อมูลค่าซีรั่มครีอะตินิน, อัตรากรองไต, ระดับความรู้ และ พฤติกรรมป้องกันโรคไต ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วิเคราะห์เปรียบเทียบ ข้อมูลเดือนที่ 1 และ 6 ด้วยสถิติ paired t-test โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 99 ค่านัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ($p < .01$)

3. ข้อมูลเชิงคุณภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยมีทั้งสิ้น 77 ราย ในกลุ่มทดลอง มี 47 ราย กลุ่มควบคุมมี 30 ราย ส่วนใหญ่เป็นโรคไตระยะที่ 3 ร้อยละ 94.0 และ 71.4 ตามลำดับ เพศหญิงมากกว่าเพศชาย ร้อยละ 53.3 และ 70.0 โดยนำเสนอลักษณะของกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 ส่วน ดังนี้ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) ข้อมูลทางด้านสุขภาพและเปรียบเทียบความแตกต่างของลักษณะของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติ (p-value .01)

1) ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มทดลองพบว่าอายุเฉลี่ยกลุ่มเท่ากับ 75.23 ปี (SD = 8.6) มีสถานะสมรสอยู่เป็นคู่ ร้อยละ 72.7 ระดับการศึกษาต่ำกว่าเมื่อเท่ากับประถมศึกษาร้อยละ 99.4, เป็นเกษตรกรร้อยละ 54.5, เป็นพ่อบ้านหรือแม่บ้านร้อยละ 75.0 ไม่มีประวัติสัมผัสกับสารเคมียาฆ่าแมลง, รายได้ต่ำกว่า 1,500 บาท ต่อเดือน ร้อยละ 75.0, ใช้สิทธิรักษาพยาบาลจากหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 93.6 สมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่จะมี 2-3 คน (SD = 1.6) สมาชิกที่ดูและผู้ป่วยส่วนใหญ่มี 1-2 คน ร้อยละ 90.9 เฉลี่ย 1.5 คน (SD = 1.6)

กลุ่มควบคุม พบว่าอายุเฉลี่ยเท่ากับ 68.53 ปี (SD = 8.2) มีสถานะสมรสอยู่เป็นคู่ร้อยละ 80.0 ระดับศึกษาต่ำกว่าหรือเท่ากับประถมศึกษาร้อยละ 100, เป็นเกษตรกรร้อยละ 40, เป็นพ่อบ้านหรือแม่บ้านร้อยละ 93.3 ไม่มีประวัติสัมผัสกับสารเคมียาฆ่าแมลง รายได้ต่ำกว่า 1,500 บาท/เดือน ร้อยละ 60 ใช้สิทธิรักษาพยาบาลจากหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 93.3 มีสมาชิกส่วนใหญ่ 4-6 คน ร้อยละ 63.3 เฉลี่ย 4.3 คน (SD = 1.9) สมาชิกที่ดูแลผู้ป่วยของกลุ่มทดลองส่วนมี 1-3 คน ร้อยละ 73.4 เฉลี่ย 2.4 คน (SD = 1.5)

ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ ไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .01$)

2) ข้อมูลทางด้านสุขภาพ

กลุ่มทดลอง พบว่ามีความสูงเฉลี่ยเท่ากัน 156.3 ซม. (SD = 7.1) น้ำหนักตัวเฉลี่ยเท่ากับ 56.5 กก. (SD = 9.5) และรอบเอวเฉลี่ยเท่ากับ 85.9 ซม. (SD = 8.6) ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ยเท่ากับ 23.2 กก/ม^2 (SD = 3.7) ความดันโลหิตซีสโตลิค เฉลี่ยเท่ากับ 127.7 mmHg. (SD = 10.2) และไดแอสโตลิค เฉลี่ยเท่ากับ 70.9 mmHg (SD = 10.3) มีค่าฮีโมโกลบินเฉลี่ย 11.1mg/dl (SD = 1.5) และฮีมาโตคริทเฉลี่ย 35.7% (SD=4.8) ค่าน้ำตาลในเลือดหลังงดอาหารและน้ำ 8 ชม. เฉลี่ยเท่ากับ 106.9 mg/dl (SD=28.9) ค่าไขมันในเลือดมีคลอเลสเตอรอลเฉลี่ย 190.9 mg/dl (SD = 30.6) ไตรกลีเซอไรด์ 153.5 mg/dl (SD = 81.1) ไขมัน (HDL) 50.6 mg/dl (SD = 13.8) และไขมันเลว (LDL) 105.2 mg/dl (SD = 24.7) การทำงานของไต มีค่าตัวซีรั่มครีอะตินินเฉลี่ยเท่ากับ 1.4 มก/ดล (SD = 11.5) และค่าอัตรากรองไตเฉลี่ยเท่ากับ 47.5 มล/นาที/1.73ม^2 (SD=13.9)

กลุ่มควบคุม พบว่า มีความสูงเฉลี่ยเท่ากัน 157.9 ซม. (SD = 10.2) น้ำหนักตัวเฉลี่ยเท่ากับ 55.4 กก.(SD = 12.1) และรอบเอวเฉลี่ยเท่ากับ 85.2 ซม. (SD = 9.9) ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ยเท่ากับ 22.1 กก/ม^2 (SD = 3.7) ความดันโลหิตซีสโตลิค เฉลี่ยเท่ากับ 131.7 mmHg.(SD = 15.4) และไดแอสโตลิค เฉลี่ยเท่ากับ 74.7 mmHg (SD = 10.2) มีค่าฮีโมโกลบินเฉลี่ย 10.9mg/dl (SD = 1.5) และฮีมาโตคริทเฉลี่ย 33.8% (SD = 4.6) ค่าน้ำตาลในเลือดหลังงดอาหารและน้ำ 8 ชม. เฉลี่ยเท่ากับ 115.8 mg/dl (SD = 70.6) ค่าไขมันในเลือดมีคลอเลสเตอรอลเฉลี่ย 178.0mg/dl (SD = 32.1) ไตรกลีเซอไรด์150.2 mg/dl (SD=83.9) ไขมัน (HDL) 49.9 mg/dl (SD = 18.5)และไขมันเลว (LDL) 96.1 mg/dl (SD = 22.8)การทำงานของไต มีค่าตัวซีรั่มครีอะตินินเฉลี่ยเท่ากับ 1.5 มก/ดล (SD = 0.5) และค่าอัตรากรองไตเฉลี่ยเท่ากับ 39.8 มล/นาที/1.73ม^2 (SD = 11.5)

ลักษณะข้อมูลทางด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ ไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .01$)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยซีรั่มครีอะตินินและอัตรากรองไตเดือนที่ 1 และ 6

ตัวแปร	เดือนที่ 1		เดือนที่ 6		$\bar{X}$ 6 - $\bar{X}$ 1	t	p-value ($p < .01$)
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			
กลุ่มทดลอง (n = 42)							
ซีรั่มครีอะตินิน (มก/ดล)	1.38	0.46	1.41	0.41	0.03	-1.15	.25
อัตรากรองไต (มล/นาที/1.73 $ม^2$)	48.86	12.63	46.44	10.96	-2.42	2.25	.03
กลุ่มควบคุม (n = 24)							
ซีรั่มครีอะตินิน (มก/ดล)	1.46	0.44	1.51	0.32	0.05	-1.02	.32
อัตรากรองไต (มล/นาที/1.73 $ม^2$)	41.11	11.73	38.21	9.39	-2.90	2.58	.02

จากตารางที่ 1 ผลการวิจัยพบว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยซีรั่มครีอะตินินเฉลี่ยเพิ่มขึ้นและอัตราการกรองของไตลดลงอย่างไม่มีนัยทางสถิติ ($p > .01$) อย่างไรก็ตามกลุ่มทดลองมีช่วงการเปลี่ยนแปลงของระดับซีรั่มครีตะตินินเฉลี่ยและอัตราการกรองของไตเฉลี่ยที่แคบกว่ากลุ่มควบคุม

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความรู้และพฤติกรรมป้องกันโรคไตเดือนที่ 1 และ 6

ตัวแปร	เดือนที่ 1		เดือนที่ 6		t	p-value ($p < .01$)
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
กลุ่มทดลอง: ระดับความรู้ (n = 38)	4.26	2.58	9.05	1.74	-9.41	.001
ระดับพฤติกรรม (n = 37)	25.95	3.56	20.00	3.67	7.10	.001
กลุ่มควบคุม: ระดับความรู้ (n = 23)	3.39	2.57	7.00	1.78	-5.22	.001
ระดับพฤติกรรม (n = 24)	22.75	4.46	20.38	3.01	2.4	.024

จากตารางที่ 2 ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระดับความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .01$)ทั้งสองกลุ่ม กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมป้องกันโรคไตเฉลี่ยดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (p?.01) แต่กลุ่มควบคุมพฤติกรรมการป้องกันโรคไตดีขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญ ($p < .01$)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบรายพฤติกรรมป้องกันโรคไต เดือนที่ 1 และ 6 ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

พฤติกรรมป้องกันโรคไต	กลุ่มทดลอง				กลุ่มควบคุม			
	เดือนที่ 1 (n = 47)		เดือนที่ 6 (n = 38)		เดือนที่ 1 (n = 30)		เดือนที่ 6 (n = 24)	
	$\overline{X}$	SD.	$\overline{X}$	SD.	$\overline{X}$	SD.	$\overline{X}$	SD.
กินอาหารเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน	2.49	1.14	2.13	1.02	3.40	0.86	3.71	0.69
กินรสเค็ม/อาหารหมักดอง/เติมน้ำปลาเพิ่ม	1.74	0.77	1.78	0.82	1.47	0.86	1.75	1.15
กินขนมหวาน	2.36	0.90	2.39	1.00	2.67	1.09	2.33	1.09
กินยาตามแพทย์หรือบุคลากรสาธารณสุขแนะนำ	4.81	0.61	4.79	0.70	1.80	1.63	1.42	1.18
ออกกำลังกายไม่น้อยกว่า 30 นาที ต่อ สัปดาห์	3.19	1.23	3.89	1.18	2.50	1.43	1.67	1.24
กินยาชุดแก้ปวด/แก้ยอก/ยาช่อมเส้น	1.47	0.69	1.16	0.55	1.03	0.18	1.08	0.41
ขาดนัดตรวจเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง	2.15	1.81	1.50	1.27	1.30	0.92	1.00	0.00
อ่านคู่มือการดูแลโรคไต	1.53	0.97	3.24	1.10	4.70	0.53	3.46	1.35
สวดมนต์/นั่งสมาธิ/ทำบุญ	3.32	1.43	3.95	1.33	3.10	1.65	2.08	1.28
กินยาสมุนไพรที่ไม่ได้รับรองมาตรฐาน	1.94	1.45	1.05	0.23	1.03	0.18	1.88	0.95

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของรายพฤติกรรมป้องกันโรคไต ระหว่างเดือนที่ 1 และ 6 ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงดีขึ้น 6 พฤติกรรม ประกอบด้วย ออกกำลังกายเพิ่มขึ้นจาก 3.19 (SD = 1.23) เป็น 3.89 (SD = 1.18), กินยาชุดกลุ่ม NSAID ลดลงจาก 1.47 (SD = 0.69) เป็น 1.16 (SD = 0.55), ขาดนัดตรวจลดลงจาก 2.15 (SD = 1.81) เป็น 1.50 (SD = 1.27), อ่านคู่มือเพิ่มจาก 1.53(SD = 0.97) เป็น 3.24 (SD = 1.10), สวดมนต์คลายเครียดเพิ่มจาก 3.32 (SD = 1.43) เป็น 3.95 (SD = 1.33) และ กินยาสมุนไพรไม่ได้มาตรฐานลดลง จาก 1.94 (SD = 1.45) เป็น 1.05 (SD = 0.23) ส่วนพฤติกรรมที่ยังไม่ดีขึ้น 4 พฤติกรรม ได้แก่ กินอาหารไม่ติดมัน ลดลงจาก 2.49 (SD = 1.14) เป็น 2.13 (SD = 1.02), กินอาหารรสเค็มเพิ่มขึ้นจาก 1.74 (SD = 0.77) เป็น 1.78 (SD = 0.82), กินอาหารหวานเพิ่มขึ้นจาก 2.36 (SD = 0.90) เป็น 2.39 (SD = 1.00) และกินยาตามคำแนะนำลดลงจาก 4.81 (SD = 0.61) เป็น 4.79 (SD = 0.70)

กลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงดีขึ้น 3 พฤติกรรม ได้แก่ กินอาหารไม่ติดมัน เพิ่มขึ้นจาก 3.40 (SD = 0.86) เป็น 3.71 (SD = 0.69), กินอาหารหวานลดลงจาก 2.67 (SD = 1.09) เป็น 2.33 (SD = 1.09) และการขาดนัดตรวจ ลดลงจาก 1.30 (SD = 0.92) เป็น 1.00 (SD = 0.00) ส่วนอีก 7 พฤติกรรมที่เหลือไม่ดีขึ้น ได้แก่ กินอาหารเค็มเพิ่มจาก 1.47 (SD = 0.86) เป็น 1.75 (SD = 1.15), กินยาตามแนะนำลดลงจาก 1.80 (SD = 1.63) เป็น 1.42 (SD = 1.18), ออกกำลังกายลดลงจาก 2.50 (SD = 1.43) เป็น 1.67 (SD = 1.24), กินยาชุดกลุ่ม NSAID เพิ่มขึ้นจาก 1.03 (SD = 0.18) เป็น 1.08 (SD = 0.41), อ่านคู่มือลดลงจาก 4.7 0(SD = 0.53) เป็น 3.46 (SD = 1.35), สวดมนต์คลายเครียดลดลงจาก 3.10 (SD = 1.65) เป็น 2.08 (SD = 1.28) และกินยาสมุนไพรไม่ได้มาตรฐานเพิ่มขึ้นจาก 1.03 (SD = 0.18) เป็น 1.88 (SD = 0.95)

อภิปรายผล

อภิปรายผลแบ่งเป็น 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 การเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของค่าเฉลี่ยซีรั่มครีอะตินินและอัตรากรองไต จากเดือนที่ 1 ไปเดือนที่ 6 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าการทำงานของไตเลวลง แต่ไม่มีนัยสำคัญเหมือนกันผลลัพธ์ทำให้ดูเหมือนว่าไม่แตกต่าง กลุ่มทดลองการทำงานไตเลวลง (0.03, -2.42) ช้ากว่ากลุ่มควบคุม (0.05, -2.90) เกิดการชะลอ

การเสื่อมไตในกลุ่มทดลองมากกว่า และ หากนำผลลัพธ์ไปเปรียบเทียบกับตัวชี้วัดการป้องกันโรคไตเรื้อรังที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด คือ อัตรากรองไตลดลงต่ำกว่า 4 มล/นาที/1.73ม^{2}ต่อ ปี (Ministry of Public Health, 2018) กลุ่มทดลองนับว่าสามารถป้องกันโรคไตได้ผลดี ขณะที่กลุ่มควบคุมได้บรรลุตามเป้าหมาย การที่ค่าซีรั่มครีอะตินินและอัตรากรองไตของกลุ่มทดลองและควบคุมที่เปรียบเทียบก่อนและหลังการอบรมและเยี่ยมบ้าน ไม่เปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญเพราะระยะเวลาในการประเมิลผล 6 เดือนสั้นไป สมควรติดตามประเมินผลอย่างน้อย 2 ปี ดังการศึกษาการป้องกันโรคไตเรื้อรังที่อำเภอคลองขลุง (Jiamjariyapon et al., 2014) ได้วิจัยไว้

ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบระดับความรู้และพฤติกรรมป้องกันโรคไตของกลุ่มทดลองและควบคุม พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับความรู้และพฤติกรรมของทั้ง 2 กลุ่มดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญคล้ายคลึงกัน แต่เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและควบคุมโดยละเอียด พบว่า ปริมาณความรู้เฉลี่ยกลุ่มทดลองที่เพิ่มขึ้น (4.79) มากกว่ากลุ่มควบคุม (3.61) ทำนองเดียวกัน ปริมาณพฤติกรรมป้องกันโรคไต กลุ่มทดลองที่ลดลง (-5.9) มากกว่ากลุ่มควบคุม (-2.4) ความรู้และพฤติกรรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมดีขึ้นทั้ง 2 กลุ่ม เป็นผลจากการเพิ่มความรู้ กลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้นเป็นผลจากการรับบริการที่คลินิกโรคไตในรพช. ทำให้กลุ่มควบคุมมีความรู้ความเข้าใจมากขึ้น จนเปลี่ยนพฤติกรรมแต่ไม่เพิ่มมากเท่ากับกลุ่มทดลองที่ได้รับการอบรมและเยี่ยมบ้านแบบเจาะจงโดยการให้ข้อมูลที่เหมาะสมโดยสอดคล้องกับบริบทของแต่ละบุคคล การอบรมให้ความรู้ทำให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีความแตกฉานด้านสุขภาพ (Parker, Baker, Williams, &Nurss, 1995) จนนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ลดปัจจัยเสี่ยงเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย และ การใช้ยา สามารถป้องกันโรคไตได้ดี (Lee&Chung, 2014) พฤติกรรมป้องกันโรคไตดีขึ้นแต่ค่าเฉลี่ยลดลงเป็นผลจากการลดลงของพฤติกรรมเสี่ยงได้แก่ มัน เค็ม หวาน ยาชุด ขาดนัดแพทย์ และ ใช้สมุนไพรที่ไม่มีมาตรฐาน คะแนนประเมินลดลงมีอิทธิพลมากกว่าพฤติกรรมเชิงบวก ได้แก่ การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การออกกำลังกาย การอ่านคู่มือป้องกันไต และ การสวดมนต์ลดเครียด ซึ่งผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม ปฏิบัติอยู่เดิมจึงเปลี่ยนแปลงน้อยกว่าพฤติกรรมเชิงลบ ค่าคะแนนรวมเฉลี่ยจึงลด

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมป้องกันไตอย่างละเอียดรายกิจกรรม ของกลุ่มทดลองและควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเชิงลบที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคไตเรื้อรังอย่างมาก โดยเฉพาะการใช้ยาชุด ขาดนัด และ การใช้ยาสมุนไพร การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการกินมัน เค็ม และหวาน ลดลงเล็กน้อย แสดงให้เห็นชัดว่า พฤติกรรมการกินเป็นชีวิตประจำวันที่เคยชินการจัดการตนเองให้เปลี่ยนแปลงใช้เวลามากเมื่อเทียบกับการใช้ยาและการขาดนัด เป็นกิจกรรมปัจจัยภายนอก และการใช้ยามีข้อกฎหมายกำหนดการใช้ยาที่ไม่ถูกกฎหมาย จึงส่งผลการเปลี่ยนแปลงที่ชัดรวดเร็วกว่าพฤติกรรมเชิงบวกผู้ป่วยปฏิบัติได้ดีอยู่แล้วจึงเปลี่ยนแปลงน้อยมาก เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการกินที่เป็นปัจจัยเสี่ยงให้โรคไตเรื้อรังเลวลง เปลี่ยนแปลงดีขึ้นอย่างชัดเจน แต่กลุ่มควบคุมเลวลง ดังนั้นปัจจัยเสี่ยงการกินอาหารจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องกระตุ้นและย้ำให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลง (Donald et al., 2018) และการที่จะช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงได้ดี คือ การเยี่ยมบ้านที่ช่วยย้ำความรู้ที่ผู้ป่วยได้รับแต่ไม่มีการปฏิบัติ ซึ่งบทบาทนี้แพทย์ไม่สามารถดำเนินการได้ต้องใช้ทีมสหวิชาชีพ (Washington, Zimmerman, & Browne, 2016)

จากการศึกษาพบข้อสังเกตสำคัญว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีระดับความรู้ที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญและมีอัตรากรองไตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน แม้กลุ่มควบคุมไม่ได้รับการอบรมและเยี่ยมบ้านจากทีมสหวิชาชีพ เพราะผลกระทบจากการได้รับความรู้และการติดตามดูแลรักษาเรื่องโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคไตที่ผู้ป่วยได้รับอย่างต่อเนื่องจาก คลินิกชะลอไตเสื่อมที่ดำเนินการในโรงพยาบาลชุมชนโดยทีมสหวิชาชีพ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กลุ่มควบคุมได้รับบริการจากโรงพยาบาลคลองขลุง ซึ่งเป็นต้นแบบของคลินิกชะลอไตเสื่อม อย่างไรก็ตาม กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญดีขึ้นชัดเจนมากกว่ากลุ่มควบคุม 2 ประการ คือ สามารถชะลอการเสื่อมไตได้ดีกว่า และ พฤติกรรมป้องกันโรคไต ดีขึ้นมากกว่า เพราะกลุ่มทดลองได้รับการอบรมที่ รพสต. เข้มข้นติดต่อกันและได้รับการเยี่ยมบ้านประเมินพฤติกรรม

ที่ชัดเจนใกล้ชิดถึงชุมชน มากกว่า ที่สำคัญได้รับการสนับสนุนจากคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยผู้นำชุมชน ที่ใกล้ชิดผู้ป่วยและเป็นผู้ให้การเสริมพลังการดูแลตนเองอย่างดีซึ่งเป็นผลจากปฏิสัมพันธ์ของชุมชนที่สนับสนุนการเลือกปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเอง (Phuengphasook, Wanitkun, Towsakulkao, & Utriyaprasit, 2017)

ข้อเสนอแนะการนำผลวิจัยไปใช้

1. ควรให้นำรูปแบบการป้องกันโรคไตที่วิจัยนี้ไปใช้ป้องกันโรคไตเรื้อรังในรพสต.เพื่อสามารถชะลอการเสื่อมไตได้ประสิทธิผลมากขึ้น โดยเน้นการเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าสาธารณสุขข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

2. ควรติดตามการวิจัยระยะยาวอย่างน้อย 2 ปี เพื่อดูผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ในรูปแบบการวิจัยที่กว้างขึ้นโดยขยายพื้นที่การศึกษาทั้งอำเภอปางศิลาทอง จังหวัดกำแพงเพชร

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่สนับสนุนการวิจัย, วิทยาลัยการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยนเรศวรและเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอปางศิลาทอง ที่อนุมัติโครงการและให้การสนับสนุนการวิจัยจนสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

Bhumirajanagarindra Kidney Institute. (2017). *Our kidney, we must know,how to eat faraway from the dialysis machine for chronic kidney disease patients predialysis period* (3rd ed.). Bangkok: Bhumirajanagarindra Kidney Institube. [In Thai].

Dell,R.B., Holleran, S., &Ramakrishnan, R. (2002). Sample size determination. *Institute for Labor atory Animal ResearchJournal, 43*(4), 207-213.

Department of Disease Control. (2016). *Operating manual for operations to reduce chronic kidney disease in diabetic mellitus and hypertension*. Bangkok: Department of Disease Control Ministry of Health. [In Thai].

Donald M., Kahlon B.K., Beanlands H., Straus S., Ronksley P., Herrington G., Tong A., … Hemmelgarn, B. R. (2018). Self-management interventions for adults with chronic kidney disease: a scoping review. *British Medical Journal Open, 8*(3), 1-21.

Ingsathit, A., Thakkinstian, A., Chaiprasert, A., Sangthawan, P., Gojaseni, P., Kiattisunthorn, K., …Thai-SEEK Grp. (2010). Prevalence and risk factors of chronic kidney disease in the Thai adult population: Thai SEEK study. *Nephrology Dialysis Transplantation, 25*(5), 1567-1575. https://doi.org/10.1093/ndt/gfp669

Jiamjariyaporn, T., Banchuin, C., Vipattawat, K., Kanchanakorn, S., Saetie, A., Teerapornlertratt, T., …Sitprija, V. (2014). Effectiveness of integrated care on delaying chronic kidney disease progression in rural communities of Thailand (ESCORT study): Rationale and design of the study. *BMC Nephrology,15*(1), 2-7. https://doi.org/10.1186/1471-2369-15-99

Kidney Disease Association of Thailand.(2016). *Thailand renal replacement therapy year2014.*Bangkok: Kidney Disease Association of Thailand. [In Thai].

Kidney Disease Association of Thailand.(2013). *How do kidney not fail.*Bangkok:Srimeung Printing. [In Thai].

Lee, S.J., &Chung, C.W. (2014).Health behaviors and risk factors associated with chronic kidney disease in Korean patients with diabetes: The fourth Korean National Health and nutritional examination survey. *Asian Nursing Research,8*(1), 8-14. https://doi.org/10.1016/j.anr.2013.11.001

Ministry of Health.(2018). *Report according to the ministry indicators 2561:KPI CKD 2.3 delay kidney deterioration 2561*.Retrivedfromhttp://dmhc.dmh.go.th/ hdc/reports/page_kpi.php?flag_kpi_level=1&flag_ kpi_year=2018. [In Thai].

National Health Security Office (2016).*Fund management guide:National Health Security2016 manage patients statements chronic kidney disease*. Bangkok:National Health Security Office. [In Thai].

Parker, R.M., Baker, D.W., Williams, M.V.,&Nurss, J.R. (1995).The test of functional health literacy in adults: a new instrument for measuring patient's literacy skills. *Journal of Internal Medicine,10*(10), 537-541.

Phuengphasook,S., Wanitkun, N., Towsakulkao, T., &Utriyaprasit, K. (2017). Health literacy, health education outcomes and social influence, and their relationships with type-2 diabetes and/ or hypertension patients' clinical outcomes. *Thai Journal of Nursing Council, 32*(2), 111-125. [In Thai].

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2006). The content validity index: Are you sure you know whats being reported? critique and recommendations. *Research in Nursing and Health 29*(5), 489-497

Qobadi, M.,Besharat,M.A.,Rostami, R., &Rahiminezhad, A. (2015).Health literacy and medical adherence inhemodialysispatients: The mediating role of disease-specificknowledge. *Thrita, 4*(1), 1-6.

Shi, J., Mo, X., &Sun, Z. (2012).Content validity index in scale development.*Journal of Central South University. Medical Sciences,37*(2),152-155.

Washington,T., Zimmerman,S., & Browne, T. (2016). Factors associated with chronic kidney disease self-management.*Social Work in Public Health, 31*(2), 58-69.

Yaghmale, F. (2003).Content validity and its estimation. *Journal of Medical Education,3*(1), 25-27.