

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการใช้ยา และพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4

ธีรทัศน์ พรหมอยู่¹, ชุติกร สอนสุวิทย์¹, เพ็ญกาญจน์ กาญจนรัตน์^{1,2}

¹ภาควิชาบริบาลเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

²ศูนย์นโยบายด้านสุขภาพและยา คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการใช้ยาและพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 **วิธีการ:** การศึกษาแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ที่ดำเนินการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 จำนวน 166 คนที่เป็นผู้ป่วยนอกของคลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรุงเทพมหานคร ระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนพฤษภาคม 2564 การเก็บข้อมูลใช้แบบสอบถามประกอบด้วยแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 แบบวัดความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับชาวไทย (Medication Adherence Scale for Thais) และแบบวัดพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมที่พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม ผู้ป่วยกรอกแบบวัดด้วยตนเองหรือผู้วิจัยอ่านแบบวัดให้ผู้ป่วยฟัง **ผลการวิจัย:** ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัย อายุเฉลี่ย 65.72 ± 9.85 ปี มีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพเฉลี่ย 83.17 ± 10.70 คะแนน (เต็ม 108 คะแนน) ผู้ป่วย 141 คน (ร้อยละ 84.9) มีความร่วมมือในการใช้ยาระดับเพียงพอ (คะแนน ≥ 34 คะแนน) และคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมเฉลี่ย 26.14 ± 3.95 คะแนน (เต็ม 33 คะแนน) การวิจัยพบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อควบคุมระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาการทราบว่าเป็นโรคไตเรื้อรัง และการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม (adjusted OR 1.05, $P = 0.042$) และพบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (beta coefficient = 0.143, $P < 0.001$) **สรุป:** ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาและพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ ความร่วมมือในการใช้ยา พฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อม โรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4

รับต้นฉบับ: 21 ม.ค. 2565, ได้รับบทความฉบับปรับปรุง: 1 มี.ค. 2565, รับลงตีพิมพ์: 9 มี.ค. 2565

ผู้ประสานงานบทความ: เพ็ญกาญจน์ กาญจนรัตน์ ภาควิชาบริบาลเภสัชกรรม และ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50220 E-mail: penkam.k@cmu.ac.th

Associations of Health Literacy, Medication Adherence and Health Behavior for Delaying Kidney Progression in Patients with Chronic Kidney Disease in Stage 3-4

Theeratas Promyue¹, Chuleegone Sornsuvit¹, Penkarn Kanjanarat^{1,2}

¹Department of Pharmaceutical Care, Faculty of Pharmacy, Chiang Mai University

²Health and Medicine Policy Center (HPMC), Faculty of Pharmacy, Chiang Mai University

Abstract

Objective: To investigate the association between health literacy, medication adherence, and health behavior for delaying kidney progression among patients with chronic kidney disease (CKD) stage 3-4. **Methods:** A quantitative analytical cross-sectional study was conducted in 166 patients diagnosed with CKD stage 3-4 in the Nephrology Clinic at Bhumibol Adulyadej Hospital, Bangkok, during January to May 2021. Data were collected by a set of questionnaires, including the Health Literacy questionnaires for CKD stage 3-4, the Medication Adherence Scale for Thais, and the Health Behavior for Delaying Kidney Progression questionnaires developed in the study through literature review. The patients completed the questionnaire by themselves or responded to the questions read to them by the researcher. **Results:** Average age of participants was 65.72 ± 9.85 years. The average health literacy score was 83.17 ± 10.70 (from the full score of 108). Most patients (141 participants, 84.9%) had adequate medication adherence (score ≥ 34). The average score of health behavior for delaying kidney progression was 26.14 ± 3.95 (from the full score of 33 points). The study found health literacy was significantly associated with medication adherence (adjusted OR 1.05, $p = 0.042$) when educational level, monthly income, time duration diagnosed with CKD and self-efficacy to delay kidney progression. Moreover, the study identified the significant association between health literacy and health behavior for delaying kidney progression (beta coefficient = 0.143, $P < 0.001$). **Conclusion:** Health literacy was significantly associated to medication adherence and health behavior for delaying kidney progression in patients with CKD stage 3-4.

Keywords: health literacy, medication adherence, health behavior for delaying kidney progression, chronic kidney disease stage 3-4

บทนำ

โรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาต่อระบบสาธารณสุขทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย เนื่องจากผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลสูงกว่าคนที่ไม่มีโรคไตเรื้อรัง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตต่ำลง และเกิดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (1) โรคไตเรื้อรังระยะที่มีความสำคัญ คือ ระยะที่ 3-4 ซึ่งเป็นระยะที่มีความผิดปกติทางคลินิก (2) โดยมีค่าอัตราการกรองของไตอยู่ระหว่าง 15-59 ml/min/1.71 m² ความชุกของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั่วโลกพบร้อยละ 13.4 (3) ในประเทศไทยพบความชุกผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ขึ้นไป ร้อยละ 2.9-13.0 (4) โรคไตเรื้อรังมีค่าใช้จ่ายสูง ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยต่อคนประมาณ 250,000 บาทต่อปี รวมเป็นค่าใช้จ่ายปีละประมาณ 6,400-9,600 ล้านบาท (5) นอกจากนั้น ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นตามระดับความรุนแรงของโรค (6) เนื่องจากโรคไตเรื้อรังเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ดังนั้นเป้าหมายการรักษา คือ การชะลอการเสื่อมของไตไปสู่วายระยะสุดท้าย (5)

โรคไตเรื้อรังเป็นโรคที่ซับซ้อน ผู้ป่วยต้องมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ จึงจะสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำทางสุขภาพได้อย่างเหมาะสม (7-9) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วยทักษะ ความรู้ และความสามารถของแต่ละบุคคล การมีปฏิสัมพันธ์ในสังคม และการส่งต่อข้อมูล ทำให้บุคคลสามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน ใช้ข้อมูลและบริการทางสุขภาพเพื่อทำให้สุขภาพของตนเองและคนรอบข้างดี อยู่เสมอ (10) กองสุศึกษา กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข กำหนดองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับประชากรไทยไว้ 6 ด้าน ได้แก่ ความรู้และความเข้าใจ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ การรู้เท่าทันสื่อ และการจัดการตนเอง (11) การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ (12) การมีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ไม่ดี เช่น ผลลัพธ์ทางคลินิกที่ไม่ดี การเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล การใช้บริการห้องฉุกเฉิน และการเสียชีวิต (13)

การใช้ยาในการรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีความยุ่งยาก เนื่องจากต้องใช้ยาหลายชนิดและมีความซับซ้อนในการบริหารยา (14) งานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรับประทานยา 6-8 รายการ (15) เฉลี่ยประมาณ 20-

30 เม็ดต่อวัน (16) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังร้อยละ 8-33 ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา (17, 18) ส่งผลในการเพิ่มความเสี่ยงของการดำเนินของโรคไตเรื้อรังที่เร็วขึ้น (18, 19) การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาในทางบวก แต่ขนาดความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ (Pearson's correlation coefficient หรือ $r = 0.056$, $P < 0.001$) (20) การศึกษาในประเทศไทยพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีความสัมพันธ์ทางบวก (21) แต่อย่างไรก็ตาม บางการศึกษาไม่พบความสัมพันธ์ (22, 23) นอกจากนี้ยังมียานวิจัยในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 จำกัด การวิจัยที่ผ่านมาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังส่วนใหญ่ทำในผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไตและการบำบัดทดแทนทางไต (24, 25)

Nutbeam กล่าวว่า การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีและส่งผลดีต่อผลลัพธ์การรักษา (7) การศึกษาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังพบว่า พฤติกรรมสุขภาพดีสัมพันธ์กับอัตราการกรองของไตสูงขึ้น (26) พฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมเป็นการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเสื่อมของไต เช่น การควบคุมการบริโภคอาหารที่ส่งผลต่อการเสื่อมของไต เช่น อาหารรสหวาน มัน เค็ม การใช้สมุนไพร การกลั่นปัสสาวะ การดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ (27) การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังพบความสัมพันธ์ในเชิงบวก (28-30)

อย่างไรก็ตาม การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการใช้ยาที่ผ่านมายังให้ผลที่ขัดแย้งกัน และยังมีการศึกษาค่อนข้างจำกัดที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ดังนั้น การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการใช้ยาและพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อเป็นข้อมูลให้กับบุคลากรทางการแพทย์ประเมินความรู้ด้านสุขภาพ ออกแบบบริการที่จะช่วยชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ และผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรม

การวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช จังหวัด กรุงเทพมหานคร เอกสารรับรองโครงการวิจัยเลขที่ 114/63 รับรองวันที่ 29 ธันวาคม 2563

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 3-4 ประเภทผู้ป่วยนอก ณ คลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ จังหวัดกรุงเทพมหานคร โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 รหัสการวินิจฉัย (ICD-10 N 18.3, N 18.4) 2) อายุตั้งแต่ 20 ปี ขึ้นไป และ 3) สามารถอ่าน เข้าใจ สื่อสาร ฟังภาษาไทย ได้ เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ป่วยปฏิเสธการให้ข้อมูล

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเลือกแบบตามสะดวก ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการคัดเลือกด้วยตนเองจากรายชื่อผู้ป่วยที่มีนัดพบกับแพทย์อายุรศาสตร์โรคไต และเชิญชวนผู้ป่วยให้เข้าร่วมโครงการวิจัยเมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด

การคำนวณขนาดตัวอย่างใช้โปรแกรม G*Power โดยใช้สูตรสำหรับการวิเคราะห์ด้วย logistic regression ที่ทดสอบสมมติฐานแบบสองทาง และกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ เท่ากับ 0.80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ เท่ากับ 0.05 ค่าขนาดอิทธิพล เท่ากับขนาด 0.2 และกำหนดค่า odds ratio เท่ากับ 1.76 โดยอ้างอิงจากการศึกษาของ Miller และคณะ (31) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้ คือ 164 คน

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยชุดแบบสอบถามและแบบวัด โดยส่วนที่ 1 เป็นแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วยข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน สิทธิการรักษา ระยะเวลาการทราบว่าเป็นโรคไตเรื้อรัง

ส่วนที่ 2 เป็นแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ที่ดัดแปลงมาจากแบบวัดของลักษณะ ขอบเสียงและคณะ (32) แบบวัดนี้ประเมินความรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความรู้ ความเข้าใจ การถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ การรู้เท่าทันสื่อ และการจัดการตนเอง เช่น การค้นหาและเลือกแหล่งข้อมูลสุขภาพ การอ่าน ฟัง และอธิบายข้อมูลสุขภาพได้อย่างเข้าใจ

ตัดสินใจปฏิเสธพฤติกรรมเสี่ยงที่ส่งผลเสียต่อไต การรู้เท่าทันสื่อโฆษณาสมุนไพรและผลิตภัณฑ์สุขภาพจากสื่อต่าง ๆ และการจัดการตนเองตามคำแนะนำบุคลากรทางการแพทย์ ผู้วิจัยปรับแบบสอบถามโดยเพิ่มคำถามในประเด็นการใช้ยาที่เป็นข้อห้ามใช้ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง การค้นหาข้อมูลการบริโภคอาหาร การตัดสินใจใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารเมื่อมีคนแนะนำ การตรวจสอบความน่าเชื่อถือข้อมูลสุขภาพที่ได้รับก่อนส่งต่อให้บุคคลอื่น การมีส่วนร่วมตัดสินใจการรักษา ร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ และการตัดสินใจรับวัคซีนที่มีความจำเป็นในการป้องกันโรค ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญตามคู่มือคำแนะนำการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนทางไต (33) แบบวัดประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 33 ข้อ ในด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง ข้อคำถามเป็นแบบถูกหรือผิดจำนวน 8 ข้อ ส่วนคำถามในด้านอื่น ๆ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ตัวเลือก เกี่ยวกับความถี่ของพฤติกรรม การปฏิบัติตัว ได้แก่ ทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง นาน ๆ ครั้ง และไม่ได้ปฏิบัติ จำนวน 25 ข้อ การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบวัดทำโดยการตรวจสอบแบบวัดโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านประกอบด้วย แพทย์อายุรศาสตร์โรคไต โรงพยาบาล และเภสัชกรในคลินิกชะลอไตเสื่อมที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอย่างน้อย 3 ปี การทดสอบได้ค่า CVI หรือ content validity index เท่ากับ 1.00 คือ แบบวัดมีความสอดคล้องตามวัตถุประสงค์ผ่านเกณฑ์ยอมรับได้ (34) ส่วนการทดสอบความสอดคล้องภายในของแบบวัดในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 จำนวน 30 คน ที่มารับบริการคลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาล จันทบุรีเบกษา จังหวัดนครปฐม พบว่า แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ ด้านความรู้ ความเข้าใจมีค่า Kuder-Richardson 20 เท่ากับ 0.68 และความรู้ด้านสุขภาพอีก 5 ด้านมีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.82 ค่าความสอดคล้องภายในที่ยอมรับได้คือมากกว่า 0.7 (35) คะแนนรวมความรู้ด้านสุขภาพเป็นค่าต่อเนื่องในช่วง 0-108

ส่วนที่ 3 แบบวัดความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับชาวไทย (MAST: medication adherence scale for Thais) (36) เป็นแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาโรคประจำตัวที่ต้องทานเป็นประจำทุกวันตามปริมาณและช่วงเวลาแพทย์กำหนด ประกอบด้วยคำถามจำนวน 8 ข้อ การทดสอบพบ Cronbach's alpha เท่ากับ 0.89 คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-40 คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 34 หมายถึง ความร่วมมือใน

การใช้ยาระดับเพียงพอ คะแนนรวมน้อยกว่า 34 หมายถึงความร่วมมือในการใช้ยาระดับไม่เพียงพอ การศึกษานี้ได้รับอนุญาตให้ใช้แบบวัดจากเจ้าของลิขสิทธิ์แล้ว

ส่วนที่ 4 แบบวัดพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมจากการทบทวนวรรณกรรม (27, 37) เป็นแบบวัดประเมินพฤติกรรมการบริโภค การใช้สมุนไพร การกลั่น บัสสาวะ การดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ ประกอบด้วยคำถามจำนวน 11 ข้อ แบบวัดมีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.83 พฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมเป็นคะแนนรวมค่าต่อเนื่องในช่วง 0-33 คะแนน

การเก็บข้อมูล

การศึกษานี้เก็บข้อมูลโดยให้ผู้ป่วยกรอกแบบวัดด้วยตนเองหรือผู้วิจัยเป็นผู้อ่านข้อคำถามให้ผู้ผู้ป่วยฟังในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สะดวกอ่านแบบสอบถามด้วยตนเอง การเก็บข้อมูลทำ ณ คลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ โดยใช้ระยะเวลาเก็บข้อมูลประมาณ 30 นาทีต่อราย การเก็บข้อมูลดำเนินการระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนพฤษภาคม 2564

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติเชิงพรรณนา การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพตามปัจจัยส่วนบุคคลใช้ Independent t-test หรือ ANOVA ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) จะนำไปเป็นตัวแปรควบคุมในการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในการศึกษาใช้สถิติ Pearson's correlation การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการใช้ยา ใช้สถิติ multivariable logistic regression โดยควบคุมอิทธิพลของตัวแปรกวน นำเสนอค่าความสัมพันธ์ด้วยค่า adjusted odds ratio และค่า 95% confidence interval การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อม ใช้สถิติ univariate linear regression นำเสนอค่าความสัมพันธ์ด้วยค่า beta coefficient และค่า P การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูป STATA Version 14.0

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ที่เข้าร่วมการวิจัยจำนวน 166 คน มีอายุเฉลี่ย 65.72 ± 9.85 ปี ร้อยละ 46.4

มีอายุอยู่ในช่วง 65-74 ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 59.0) ผู้ป่วยร้อยละ 49.4 ใช้สิทธิการรักษาข้าราชการ/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/กรุงเทพมหานคร ผู้ป่วยร้อยละ 59.0 ทราบว่าตนเองเป็นโรคไตเรื้อรังอยู่ในช่วง 1-5 ปี ร้อยละ 60.2 ไม่มีผู้ดูแล ร้อยละ 62.6 มีการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในระดับสูง ผู้ป่วยร้อยละ 84.9 มีความร่วมมือในการใช้ยาในระดับเพียงพอ ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาการทราบว่าเป็นโรคไตเรื้อรัง และการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม (ตารางที่ 1)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม 83.17 ± 10.70 คะแนน (เต็ม 108 คะแนน) ความรอบรู้ด้านความรู้ ความเข้าใจ มีคะแนนเฉลี่ย 6.84 ± 1.27 คะแนน (เต็ม 8 คะแนน) ผู้ป่วยร้อยละ 24.7 ไม่ทราบว่าการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ทำให้ไตทำงานลดลง ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ย 13.99 ± 3.91 คะแนน (เต็ม 20 คะแนน) ผู้ป่วยร้อยละ 27.7 ไม่สามารถค้นหาหรือเลือกแหล่งข้อมูลการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้ และผู้ป่วยร้อยละ 24.7 ไม่ได้ตรวจสอบข้อมูลก่อนที่จะเชื่อเมื่อมีคนแนะนำยาสมุนไพรรักษาโรคไตเรื้อรัง ในด้านทักษะการสื่อสาร ผู้ป่วยได้คะแนนเฉลี่ย 15.86 ± 3.03 คะแนน (เต็ม 20 คะแนน) ผู้ป่วยร้อยละ 17.5 ขอความช่วยเหลือจากคนอื่นให้อ่านข้อมูลทางสุขภาพ เช่น อ่านฉลากยา อ่านใบนัดการรักษา อ่านคำแนะนำการปฏิบัติตัว ในด้านทักษะการตัดสินใจ ผู้ป่วยได้คะแนนเฉลี่ย 19.69 ± 3.36 คะแนน (เต็ม 24 คะแนน) ผู้ป่วยร้อยละ 18.7 ไม่สามารถตัดสินใจด้วยตนเองในการตัดสินใจซื้อที่จำเป็นเมื่อต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม ในด้านการรู้เท่าทันสื่อ ผู้ป่วยได้คะแนนเฉลี่ย 12.01 ± 3.37 (เต็ม 16 คะแนน)

นอกจากนี้ ในการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพต่าง ๆ ผู้ป่วยร้อยละ 22.9 ไม่ได้ค้นหาข้อมูลหรือสอบถามบุคลากรทางการแพทย์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของสื่อโฆษณาจากโทรทัศน์หรือวิทยุเกี่ยวกับสรรพคุณผลิตภัณฑ์สุขภาพหรือสมุนไพรในการรักษาโรคไตเรื้อรังให้หายได้ ในด้านการจัดการตนเอง ผู้ป่วยได้คะแนนเฉลี่ย 14.80 ± 3.19 คะแนน (เต็ม 20 คะแนน) ผู้ป่วยร้อยละ 14.4 ไม่ได้ตั้งเป้าหมาย

ตารางที่ 1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=166)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (ร้อยละ)	ความรอบรู้ด้านสุขภาพเฉลี่ย $\pm$ SD	P ^c
เพศ			0.793 ^a
ชาย	98 (59.0)	83.01 $\pm$ 11.49	
หญิง	68 (41.0)	83.46 $\pm$ 9.57	
อายุ (ปี)			0.231 ^b
< 45 ปี	4 (2.4)	80 $\pm$ 8.08	
45-64 ปี	56 (33.7)	80.98 $\pm$ 10.75	
65-74 ปี	77 (46.4)	84.59 $\pm$ 9.95	
> 75 ปี	29 (17.5)	84.17 $\pm$ 12.49	
ระดับการศึกษา			0.013 ^b
ไม่ได้เรียนหนังสือหรือประถมศึกษา	54 (32.5)	82.09 $\pm$ 9.10	
มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	64 (38.6)	81.28 $\pm$ 11.88	
ปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี	48 (28.9)	86.98 $\pm$ 9.97	
รายได้ต่อเดือน			0.004 ^b
< 5,000 บาท	58 (34.9)	81.82 $\pm$ 9.34	
5,000-15,000 บาท	44 (26.5)	79.82 $\pm$ 12.13	
> 15,000-50,000 บาท	57 (34.3)	86.49 $\pm$ 9.86	
> 50,000	7 (4.2)	88.56 $\pm$ 11.20	
สิทธิการรักษา			0.101 ^b
สิทธิข้าราชการ/อปท./กทม.	82 (49.4)	85.25 $\pm$ 11.01	
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	64 (38.6)	81.17 $\pm$ 10.52	
ประกันสังคม	7 (4.2)	77.71 $\pm$ 11.04	
จ่ายเอง	7 (4.2)	81.43 $\pm$ 7.93	
อื่น ๆ	6 (3.6)	85.00 $\pm$ 6.13	
ระยะเวลาการทราบว่าเป็นโรคไตเรื้อรัง			0.027 ^b
< 1 ปี	18 (10.8)	77.89 $\pm$ 7.19	
1-5 ปี	98 (59.0)	84.33 $\pm$ 11.01	
6-10 ปี	27 (16.3)	80.26 $\pm$ 9.80	
> 10 ปี	23 (13.9)	85.96 $\pm$ 10.68	
ผู้ดูแล			0.304 ^a
ไม่มีผู้ดูแล	100 (60.2)	83.89 $\pm$ 10.03	
มีผู้ดูแล	66 (39.8)	82.14 $\pm$ 11.68	
การรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม			<0.001 ^b
ต่ำ	32 (21.1)	74.86 $\pm$ 8.29	
ปานกลาง	27 (16.3)	82.67 $\pm$ 10.47	
สูง	104 (62.6)	86.13 $\pm$ 10.07	

a: Independent T-test, b: ANOVA, c: การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ

อปท. คือ สิทธิองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, กทม. คือ สิทธิข้าราชการกรุงเทพมหานคร

ตารางที่ 2. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมแต่ละข้อ (n = 166)

พฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อม	ค่าเฉลี่ย $\pm$ S.D. (พิสัย 0-3 คะแนน)
1. ทานทานยาสมุนไพร เช่น ยาลูกกลอน ยาจีน ถึงเช้า หรืออาหารเสริม	2.72 $\pm$ 0.74
2. ทานทานอาหารรสชาติเค็ม โดยการเติมน้ำปลา หรือ เกลือ ลงในอาหาร	2.44 $\pm$ 0.73
3. ทานทานอาหารทอด และใช้น้ำมันจากสัตว์ เช่น น้ำมันหมู	2.07 $\pm$ 0.69
4. ทานทานอาหารทะเล เช่น กุ้ง ปลาหมึก หอย	2.28 $\pm$ 0.66
5. ทานทานผลไม้ เช่น กล้วย ส้ม ทุเรียน ขนุน	2.02 $\pm$ 0.89
6. ทานทานขนมหวาน และอาหารที่มีรสชาติดหวาน	1.93 $\pm$ 0.80
7. ทานทาน ไก่ เป็ด เครื่องในสัตว์ กระถิน ชะอม หน่อไม้ กะปิ	2.32 $\pm$ 0.74
8. ทานทาน เนื้อสัตว์ ไข่แดง นม และเมล็ดพืช	1.95 $\pm$ 0.78
9. ทานสมุนไพรและยาสมุนไพรอื่น ๆ	2.90 $\pm$ 0.50
10. ทานไปพบแพทย์ตามนัด	2.98 $\pm$ 0.13
11. ทานกลั่นปัสสาวะอยู่บ่อย ๆ	2.52 $\pm$ 0.69
พฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมโดยรวม (0-33 คะแนน)	26.14 $\pm$ 3.95

หรือวางแผนในการออกกำลังกาย และไม่สามารถทำตามแผนที่วางไว้ได้

พฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อม

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมโดยรวม คือ 26.14 $\pm$ 3.95 คะแนน (เต็ม 33 คะแนน) ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยด้านไปพบแพทย์ตามนัด 2.98 $\pm$ 0.13 คะแนน (เต็ม 3 คะแนน) และมีคะแนนเฉลี่ยในด้านการทานขนมหวานและอาหารที่มีรสชาติดหวาน 1.93 $\pm$ 0.80 จากคะแนนเต็ม 3 (ตารางที่ 2)

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

การวิจัยนี้พบความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ ความร่วมมือในการใช้ยา และพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 3 การศึกษานี้ยังพบความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับความร่วมมือใน

การใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (adjusted odds ratio = 1.05; 95% CI 1.00 - 1.10, $P = 0.042$) เมื่อควบคุมตัวแปร กวน ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาการทราบว่าเป็นโรคไตเรื้อรัง และการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม

การศึกษานี้ยังพบความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อม (beta coefficient = 0.143, $P < 0.001$, $R^2 = 0.15$) การเพิ่มขึ้นของคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ 1 คะแนนจะสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมที่ดีขึ้น 0.14 คะแนน

การอภิปรายผล

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ในการศึกษาส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยสูงอายุและเป็นเพศชาย อายุที่เพิ่มขึ้นและเพศชายเป็นปัจจัยเสี่ยงของการดำเนินของโรคไตเรื้อรัง (38, 39) ตัวอย่างมีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพเฉลี่ย

ตารางที่ 3. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (P) ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ ความร่วมมือในการใช้ยา และพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อม (n = 166)

ตัวแปรในการศึกษา	1	2	3
1. ความรู้ด้านสุขภาพ	1		
2. ความร่วมมือในการใช้ยา	0.23 ^a (0.003)	1	
3. พฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อม	0.39 ^a (<0.001)	0.29 ^a (<0.001)	1

83.17 ± 10.70 คะแนน (เต็ม 108 คะแนน) คิดเป็นร้อยละ 77.0 จากคะแนนเต็ม ซึ่งค่อนข้างมีคะแนนเฉลี่ยสูง งานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4-5 ซึ่งยังไม่ได้รับการบำบัดทดแทนทางไตมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะแรก (48.15 ± 6.01 เต็ม 56 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 85.9 และ 104.34 ± 14.90 เต็ม 133 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 78.4 ตามลำดับ) (32, 40) การที่ผู้ป่วยในการวิจัยนี้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพค่อนข้างสูง อาจเนื่องมาจากตัวอย่างเป็นผู้ป่วยในคลินิกเฉพาะโรคไตเรื้อรัง ซึ่งได้รับการดูแลให้ความรู้และการติดตามการรักษาอย่างใกล้ชิดโดยบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความรู้เฉพาะในด้านโรคไตเรื้อรัง นอกจากนั้นผู้ป่วยในการศึกษานี้ส่วนใหญ่เป็นโรคไตเรื้อรังมาอย่างน้อย 1-5 ปี จึงอาจได้รับความรู้และข้อมูลเรื่องโรคไตเรื้อรังมานาน แต่อย่างไรก็ตามการศึกษาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-4 ชาวอเมริกันของ Devraj และคณะ (41) พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 63.0 มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ (0-3 คะแนน จาก 6 คะแนน) ความแตกต่างของความรอบรู้ด้านสุขภาพระหว่างการศึกษายังอาจเกิดจากการใช้แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ต่างกัน (42) การวิจัยในชาวอเมริกันใช้แบบวัด Newest Vital Sign ซึ่งวัดเฉพาะทักษะการอ่าน การแปลความและการคำนวณบนฉลากโภชนาการ การศึกษาในคนไทยครั้งนี้วัดความรู้ความเข้าใจ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ การสื่อสาร การตัดสินใจ การจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อที่เกี่ยวข้องกับโรคไตเรื้อรังที่ผู้ป่วยพบในชีวิตประจำวัน ในความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านความรู้ ความเข้าใจ พบว่าผู้ป่วยประมาณหนึ่งในสี่ไม่ทราบว่าการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ทำให้ไตทำงานลดลง การศึกษาของ Lee และคณะ พบว่า การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ทำให้อัตราการกรองของไตลดลง (43) และการศึกษาของ Hallan และคณะ พบว่า การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงไตวายระยะสุดท้าย (44) บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับควรให้ความรู้กับผู้ป่วยในเรื่องผลของการสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ต่อการเกิดไตเสื่อมและแนะนำวิธีการลดหรือเลิกการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ ในด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 27.7 ไม่สามารถค้นหาหรือเลือกแหล่งข้อมูลด้านการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ยังขาดความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการค้นหาและเลือก

แหล่งข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว (28) เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ผู้ป่วยบางรายไม่มีความสามารถด้านเทคโนโลยีในการค้นหาแหล่งข้อมูลหรือติดตามข้อมูลทางด้านสุขภาพ ในด้านการสื่อสาร ผู้ป่วยบางรายขอความช่วยเหลือจากคนอื่นทุกครั้งให้อ่านข้อมูลสุขภาพที่มีเนื้อหามาก เช่น อ่านฉลากยา อ่านใบนัดการรักษา คำแนะนำการปฏิบัติตัว สำหรับผู้สูงอายุบางรายอาจมีอุปสรรคในการมองเห็นทำให้อ่านข้อมูลสุขภาพลำบาก และตัวอักษรขนาดเล็กจึงต้องขอความช่วยเหลือจากญาติหรือผู้ดูแล

ในด้านทักษะการตัดสินใจ ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถตัดสินใจรับการฉีดวัคซีนที่จำเป็นเพื่อป้องกันโรคได้เมื่อต้องชำระเงินเอง ผู้ป่วยในการศึกษานี้ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท รายได้เป็นปัจจัยทำนายการรับวัคซีน (45) ในด้านการรู้เท่าทันสื่อ ผู้ป่วยเมื่อเห็นโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพหรือสมุนไพรจากสื่อต่าง ๆ ผู้ป่วยไม่ได้ค้นหาข้อมูลและตรวจสอบความถูกต้องก่อน อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยรับบริการจากคลินิกชะลอไตเสื่อม จึงได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์เป็นหลัก ในด้านการจัดการตนเอง ผู้ป่วยบางรายไม่ได้ตั้งเป้าหมายหรือวางแผนในการออกกำลังกาย หรือไม่สามารถทำตามแผนที่วางไว้ เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ในการศึกษาเป็นผู้สูงอายุอาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีภาวะเหนื่อยง่าย จึงอาจเป็นข้อจำกัดในการออกกำลังกาย

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ส่วนใหญ่มีความร่วมมือในการใช้ยาในระดับเพียงพอเมื่อประเมินด้วย MAST ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยได้รับความรู้และได้รับคำแนะนำการใช้ยาอย่างใกล้ชิดจากเภสัชกรในคลินิกชะลอไตเสื่อมและการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย (46) งานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ขึ้นไป ส่วนใหญ่มีความร่วมมือในการใช้ยาในระดับปานกลางเมื่อประเมินด้วย Medication taking behavior measure for Thai patients (MTB-Thai) (47) โดยแต่ละการศึกษาใช้แบบวัดที่ต่างกันและปัจจุบันยังไม่มีแบบวัดที่เป็นมาตรฐานสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 (48) อย่างไรก็ตามแบบวัด MAST มีผลทดสอบทางจิตวิทยาที่ดีกว่าแบบวัด MTB-Thai (36) และทำการทดสอบในผู้ป่วยเบาหวานซึ่งเป็นสาเหตุหลักของโรคไตเรื้อรัง (2)

การศึกษานี้พบว่า พฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมที่ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านการไปพบแพทย์

ตามนัด งานวิจัยในผู้ป่วยเบาหวานพบว่า ผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ตามนัดอย่างต่อเนื่องสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่มาตามนัดอย่างต่อเนื่อง (49) พฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ การทานขนมหวานและอาหารที่มีรสชาติหวาน องค์การ KDIGO แนะนำพฤติกรรมสุขภาพที่ช่วยชะลอการเสื่อมของไต ได้แก่ การควบคุมการบริโภคอาหารรสหวาน มัน เค็ม และอาหารที่มีโปรตีนสูงหรือฟอสฟอรัสสูง การออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาทีต่อครั้ง (5 ครั้งต่อสัปดาห์) การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่อการทำงานของไตลดลง เช่น การสูบบุหรี่ และดื่มแอลกอฮอล์ (50)

การศึกษานี้พบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Zhang และคณะ (20) ที่พบความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างตัวแปรทั้งสองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง แต่ค่าความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ การศึกษาของ Demain และคณะในผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไต พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับประทานยาตามคำแนะนำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (24) เนื่องจากความรู้ด้านสุขภาพทำให้ผู้ป่วยรู้และเข้าใจผลลัพธ์ของความร่วมมือในการใช้ยาไม่ดีซึ่งทำให้ไตดำเนินไปสู่ระยะสุดท้ายและเกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ไม่ดี ผู้ป่วยจึงมีทัศนคติรับประทานครบตามแพทย์สั่งเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพดีอยู่เสมอ ดังนั้น บุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยเฉพาะเภสัชกร ควรประเมินความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วย เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการออกแบบกิจกรรมให้เหมาะสม เพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยได้ตรงประเด็นมากขึ้น เช่น การแนะนำแหล่งค้นคว้าข้อมูลด้านยาเบื้องต้น การหลีกเลี่ยงการใช้คำศัพท์ทางการแพทย์ การประเมินผู้ป่วยที่เสี่ยงในการหยุดใช้ยาเอง หรือการให้ผู้ป่วยรู้เท่าทันสื่อโฆษณาผลิตภัณฑ์สมุนไพรหรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร

การศึกษานี้พบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อม สอดคล้องกับการศึกษาของ Wong และคณะ ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ชาวอเมริกัน การมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเหมาะสมตามแนวคิดที่เสนอโดยกองสุขภาพศึกษา (11) และ Nutbeam (7) ทำให้ผู้ป่วยสามารถพัฒนาการคิด การวิเคราะห์ การประเมิน และการใช้ประโยชน์จากข้อมูล

สุขภาพที่ได้รับ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพดี (10) นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ที่ได้รับการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญ เช่น แพทย์อายุรศาสตร์โรคไต พยาบาล นักกำหนดอาหาร จะได้รับความรู้ สามารถซักถามข้อสงสัยการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมจากบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้มีการแสดงออกพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมได้อย่างเหมาะสม

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า วิธีการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีหลากหลาย เช่น การใช้สื่อประกอบการให้ความรู้ผ่านรูปภาพ โมเดล สิ่งพิมพ์ สื่ออิเล็กทรอนิกส์ การสนับสนุนทางสังคม การปรับวิถีการดำรงชีวิต แต่วิธีการที่มีประสิทธิภาพสูงสุด คือ การออกแบบกิจกรรมสุขภาพที่มีส่วนร่วมระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ (51) จากผลการศึกษา ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ยังไม่สามารถค้นหาและเลือกแหล่งข้อมูลสุขภาพด้านการปฏิบัติตัว ดังนั้น บุคลากรทางการแพทย์ควรแนะนำแหล่งค้นคว้าข้อมูลทางสุขภาพการปฏิบัติตัวที่น่าเชื่อถือและใช้สื่อที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม หรืออาจจะบริการให้ข้อมูลสุขภาพและคำปรึกษาแก่ผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยกลับไปบ้านแล้ว

ข้อจำกัดของการศึกษานี้ คือ เป็นการศึกษา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง ใช้การคัดเลือกตัวอย่างแบบตามสะดวก และเก็บข้อมูลจากสถานที่แห่งเดียว การนำข้อมูลไปอธิบายในกลุ่มประชากรอื่นอาจต้องพิจารณาถึงลักษณะของประชากรร่วมด้วย นอกจากนี้ การกรอกแบบสอบถามพฤติกรรมศาสตร์ด้วยตนเอง อาจทำให้ผู้ตอบกรอกข้อมูลตามความคาดหวังของสังคม แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพในด้านความรู้ ความเข้าใจโรคไตเรื้อรัง มีความสอดคล้องภายในไม่ถึงเกณฑ์ที่กำหนด ($KR-20 = 0.68$) ผู้วิจัยเสนอให้เพิ่มข้อคำถามด้านความรู้ ความเข้าใจ และนำไปทดสอบค่าความเที่ยงก่อนนำไปใช้ แต่แบบสอบถามด้านอื่น ๆ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ การรู้เท่าทันสื่อ และการจัดการตนเองมีความสอดคล้องภายในระดับสูง (Cronbach's alpha = 0.82)

ข้อเสนอแนะ

งานวิจัยนี้ได้ปรับปรุงแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพที่เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ให้มีองค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพครบทุกด้าน บุคลากร

ทางการแพทย์สามารถนำแบบวัดนี้ไปใช้ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 เพื่อเป็นข้อมูลในการออกแบบกิจกรรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพกับผู้ป่วยให้เหมาะสม เนื่องจากความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ บุคลากรทางการแพทย์ควรตระหนักและใส่ใจด้านการสื่อสารกับผู้ป่วยเพื่อไม่ให้เกิดช่องว่างระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าถึงแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพที่เหมาะสม โดยการเผยแพร่ข้อมูลความรู้อย่างรวดเร็วและทั่วถึงโดยเฉพาะเรื่อง thatผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 กำลังให้ความสนใจเพื่อป้องกันการเข้าใจผิด

ผู้กำหนดนโยบายควรกำหนดผ่านแผนพัฒนาระบบสุขภาพสาขาโรคไตในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพให้ครบทุกด้านโดยเป็นมาตรฐานการบริการ และออกนโยบายควบคุมการโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรือสมุนไพรจากสื่อต่าง ๆ เพื่อลดโอกาสการใช้ผลิตภัณฑ์ที่อาจทำให้ไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง การศึกษาในอนาคตควรเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ทั้งในเมืองและต่างจังหวัด และควรหาจุดตัดคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เหมาะสม โดยเทียบกับแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เป็นมาตรฐานต่อไป

สรุปผล

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ในการวิจัยมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพเฉลี่ยค่อนข้างสูง ด้านที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงสุด คือ ด้านความรู้ ความเข้าใจ ส่วนด้านที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำสุด คือ ด้านการจัดการตนเอง ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความร่วมมือในการใช้ยา ระดับเพียงพอและมีพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมค่อนข้างสูง ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการใช้ยาและพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้สำเร็จได้ด้วยความช่วยเหลือจากผู้ให้ข้อมูลทุกท่านและทีมสหสาขาวิชาชีพในคลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชที่อำนวยความสะดวกทำให้ผู้วิจัยสามารถเก็บข้อมูลได้อย่างราบรื่น ขอขอบคุณคณะ

เภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผู้สนับสนุนทุนวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Go AS, Chertow GM, Fan D, McCulloch CE, Hsu Cy. Chronic kidney disease and the risks of death, cardiovascular events, and hospitalization. N Eng J Med 2004; 351: 1296-305.
2. Ingsathit A, Thakkinstian A, Chaiprasert A, Sangthawan P, Gojaseeni P, Kiattisunthorn K, et al. Prevalence and risk factors of chronic kidney disease in the Thai adult population: Thai SEEK study. Nephrol Dial Transplant. 2010; 25: 1567-75.
3. Hill NR, Fatoba ST, Oke JL, Hirst JA, O'Callaghan CA, Lasserson DS, et al. Global prevalence of chronic kidney disease—a systematic review and meta-analysis. PloS one. 2016; 11: e0158765.
4. Department of Disease Control. Handbook of practice in chronic kidney disease. Nonthaburi: WVO Thai Printing; 2017.
5. Nephrology Society of Thailand. Clinical practice recommendation for evaluation and management of chronic kidney disease in adults 2015. Bangkok: Nephrology Society of Thailand; 2015.
6. Golestaneh L, Alvarez PJ, Reaven NL, Funk SE, McGaughey KJ, Romero A, et al. All-cause costs increase exponentially with increased chronic kidney disease stage. Am J Manag Care. 2017; 23 (10 Suppl): S163-S72.
7. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Soc Sci Med. 2008; 67: 2072-8.
8. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health. 2012; 12: 80. doi.org/10.1186/1471-2458-12-80.
9. Lora CM, Gordon EJ, Sharp LK, Fischer MJ, Gerber BS, Lash JP. Progression of CKD in Hispanics: Potential roles of health literacy, acculturation, and social support. Am J Kidney Dis. 2011; 58: 282-90.

10. Nutbeam D, Muscat DM. Health promotion glossary 2021. *Health Promot Int* 2021; 36: 1578-98.
11. Kaedumkoeng K. Health literacy. Bangkok: Health Education Division; 2011.
12. Taylor DM, Fraser SD, Bradley JA, Bradley C, Draper H, Metcalfe W, et al. A systematic review of the prevalence and associations of limited health literacy in CKD. *Clin J Am Nephrol*. 2017; 12: 1070-84.
13. Taylor DM, Fraser S, Dudley C, Oniscu GC, Tomson C, Ravanan R, et al. Health literacy and patient outcomes in chronic kidney disease: a systematic review. *Nephrol Dial Transplant*. 2018; 33: 1545-58.
14. Wimmer BC, Cross AJ, Jokanovic N, Wiese MD, George J, Johnell K, et al. Clinical outcomes associated with medication regimen complexity in older people: a systematic review. *J Am Geriatr Soc* 2017; 65: 747-53.
15. Burnier M, Pruijm M, Wuerzner G, Santschi V. Drug adherence in chronic kidney diseases and dialysis. *Nephrol Dial Transplant*. 2015; 30: 39-44.
16. Busapavanich S, Dandacha P. Unsuitable medication use behavior of chronic kidney disease patients. *Songklanagarind Medical Journal*. 2006; 24: 281-7.
17. McKillop G, Joy J. Patient's experience and perceptions of polypharmacy in Chronic kidney disease and its impact on adherent behaviour. *J Ren Care*. 2013; 39: 200-7.
18. Tangkiatkumjai M, Walker D-M, Praditpornsilpa K, Boardman H. Association between medication adherence and clinical outcomes in patients with chronic kidney disease: a prospective cohort study. *Clin Exp Nephrol* 2017; 21: 504-12.
19. Cedillo-Couvert EA, Ricardo AC, Chen J, Cohan J, Fischer MJ, Krousel-Wood M, et al. Self-reported medication adherence and CKD progression. *Kidney Int Rep*. 2018; 3: 645-51.
20. Zhang NJ, Terry A, McHorney CA. Impact of health literacy on medication adherence: a systematic review and meta-analysis. *Ann Pharmacother*. 2014; 48: 741-51.
21. Wongruen V. The relationship between health literacy, medication taking behavior, and adherence to appointment among patients with chronic diseases in Maetha District, Lampang Province. *Journal of Public Health Naresuan University*. 2020; 2: 41-53.
22. Siritipakorn P, Muangpaisan W. Health literacy and medication adherence in elderly patients. *Journal of Nursing and Health Care*. 2019; 37: 186-95.
23. Kumkrong C. Relationships of health literacy and knowledge about antiretroviral therapy to medication adherence among people living with HIV. *Kuakarun Journal of Nursing*. 2015; 21: 211-28.
24. Demian MN, Shapiro RJ, Thornton WL. An observational study of health literacy and medication adherence in adult kidney transplant recipients. *Clin Kidney J* 2016; 9: 858-65. doi: 10.1093/ckj/sfw076.
25. Qobadi M, Besharat MA, Rostami R, Rahiminezhad A. Health literacy and medical adherence in hemodialysis patients: the mediating role of disease-specific knowledge. *Thrita*. 2015; 4: e26195.
26. Moungeyam S, Naewbood S, Rithpho P. Effects on health promotion program on health behavior and estimated glomerulus filtration rate among patients with chronic kidney disease stage 3. *Journal of Nursing and Health Sciences*. 2018; 12: 97-109.
27. KDOQI. Clinical practice guidelines and clinical practice recommendations for diabetes and chronic kidney disease. *Am J Kidney Dis*. 2007; 49: S62-S73.
28. Bunklai K, Kanoksuntonrat N, Phinitkhajorndech N. Relationship between health literacy, self care behavior, and glomerular filtration rate among patients with chronic kidney disease stage 3-4. *Baromarajonani College of Nurse, Uttaradit Journal*. 2020; 12: 225-39.
29. Ginggeaw S, Prasertsri N. The relationship between health literacy and health behaviors among older

- adults who have multi-morbidity. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*. 2016; 25: 43-54.
30. Janthapuek J, Chopsiang L. Relationships between health literacy and self-care behaviors to delay the progression of chronic kidney disease among patients with chronic kidney disease stage 1 and 2. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*. 2020; 14: 243-58.
 31. Miller TA. Health literacy and adherence to medical treatment in chronic and acute illness: A meta-analysis. *Patient Educ Couns*. 2016; 99:1079-86.
 32. Chopsiang L, Sopat J, Thongmol C. Health Literacy in the first stage of chronic kidney. *Journal of Health Science Baromarajonani College of Nursing Sunpa sitthiprasong*. 2018; 2: 30-46.
 33. Nephrology Society of Thailand. Clinical practice recommendation for the evaluation and management of chronic kidney disease in adults. Bangkok: Nephrology Society of Thailand; 2015.
 34. Davis LL. Instrument review: Getting the most from a panel of experts. *Appl Nurs Res*. 1992; 5: 194-7.
 35. Maneephong P, Chatdokmaiprai K. Assessing quality of research instruments in nursing research. *Journal of the Royal Thai Army Nurses*. 2018; 19: 9-15.
 36. Suphacharoon A, Lerkiatbundit S, Seangcharoen W. Validity and reliability of medication adherence scale in Thais (MAST): Testing in diabetes patients. *Thai Journal of Pharmacy Practice*. 2018; 10: 607-19.
 37. Klyoprayong P. Effectiveness of health education program in prompting health behavior for slow progression of chronic kidney disease to the end stage renal disease among chronic kidney disease patients stage 3 and 4 at outpatient department, Ramathibodi Hospital. Bangkok: Kasetsart University ; 2007.
 38. Tsai W-C, Wu H-Y, Peng Y-S, Ko M-J, Wu M-S, Hung K-Y, et al. Risk factors for development and progression of chronic kidney disease: a systematic review and exploratory meta-analysis. *Medicine (Baltimore)* 2016; 95: e3013. doi: 10.1097/MD.0000000000003013.
 39. Bunrod K. Factor association for changing stage in Chronic Kidney Disease, Chaiya Hospital, Surat-Thani. *Region 11 Medical Journal*. 2019; 33: 367-78.
 40. Vorrapittayaporn C, Malathum P, Phinitkhajorndech N. Relationships among knowledge, health literacy, and health behavior in older persons with chronic kidney disease. *Ramathibodi Nursing Journal*. 2021; 27: 81-95.
 41. Devraj R, Borrego M, Vilay AM, Gordon EJ, Pailden J, Horowitz B. Relationship between health literacy and kidney function. *Nephrology*. 2015; 20: 360-7.
 42. Jordan JE, Osborne RH, Buchbinder R. Critical appraisal of health literacy indices revealed variable underlying constructs, narrow content and psychometric weaknesses. *J Clin Epidemiol* 2011; 64: 366-79.
 43. Lee Y-J, Cho S, Kim SR. Effect of alcohol consumption on kidney function: population-based cohort study. *Sci Rep*. 2021; 11: 1-9.
 44. Hallan SI, Orth SR. Smoking is a risk factor in the progression to kidney failure. *Kidney Int* 2011; 80: 516-23.
 45. Pobkeeree V, Thaweelap S. Predictive factors associated with acceptance of seasonal influenza vaccination for the elderly in Phra Phutthabat District, Saraburi Province. *Disease Control Journal*. 2019; 45: 418-430.
 46. Sopitsakol U, Prapaipanich W, Maneesriwongkul W. Factors related to medication adherence in kidney transplant recipients. *Ramathibodi Nursing Journal*. 2019; 24: 328-44.
 47. Jariyakulpiwat C, Teaktong T. Assessment of depression and medication adherence in patients with chronic kidney disease in Jainad Narendra Hospital. *Thai Journal of Pharmacy Practice*. 2019; 11: 411-21.
 48. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Eng J Med*. 2005; 353: 487-97.

49. Sreriphap W. Self-care behavior, a follow-up appointment, and blood sugar levels among controlled and uncontrolled diabetic patients. *Journal of Health Sciences and Pedagogy*. 2021; 1: 57-68.
50. Levin A, Stevens PE, Bilous RW, Coresh J, De Francisco AL, De Jong PE, et al. Kidney disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2012 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. *Kidney Int Suppl*. 2013; 3: 1-150.
51. Boonstra MD, Reijneveld SA, Foitzik EM, Westerhuis R, Navis G, de Winter AF. How to tackle health literacy problems in chronic kidney disease patients? A systematic review to identify promising intervention targets and strategies. *Nephrol Dial Transplant* 2021; 36: 1207-21.