



ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อชะลอโรคไตเรื้อรัง ในชุมชนเมือง จังหวัดขอนแก่น

แพรวทิพย์ สุธีระเสริฐ พย.ม.
วราทิพย์ แก่นการ พย.ม.

บทคัดย่อ

โรคไตเรื้อรัง มีความชุกและอุบัติการณ์เพิ่มขึ้น เป็นความท้าทายระดับโลก ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายนำไปสู่ภาวะเจ็บป่วยและการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้น ดังนั้นผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังควรได้รับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและชะลอความเสื่อมของโรคไตเรื้อรัง การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อชะลอโรคไตเรื้อรังในชุมชนเมือง จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะที่ 2-3 จำนวน 100 ราย สุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 50 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ติดตามผลเป็นระยะเวลา 12 เดือน เครื่องมือเก็บรวบรวมเป็นผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ความดันโลหิตและอัตราการกรองของไต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่าไคสแควร์ และการทดสอบค่าที ชนิดสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน และสองกลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน

ผลการวิจัย เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมมีกลุ่มตัวอย่างคงอยู่ 96 ราย กลุ่มทดลอง จำนวน 49 ราย คิดเป็นร้อยละ 98.0 และกลุ่มควบคุม จำนวน 47 รายคิดเป็นร้อยละ 94.0 หลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ (127.92/71.02, 136.32/75.20 mmHg) และค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ (57.39, 51.68 ml/min/1.73m²) ส่วนผลลัพธ์ทางคลินิกเกี่ยวกับดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอว ภายหลังการทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

ข้อเสนอแนะในการนำโปรแกรมไปใช้ควรสอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วยและบริบทของครอบครัวเชื่อมโยงการมีส่วนร่วมจากครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในแต่ละชุมชนเพื่อให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

คำสำคัญ : การมีส่วนร่วม ครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรคไตเรื้อรัง

* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี



The Effectiveness of Encourage Family and Village Health Volunteers Participation Program to Delayed the Progression of Chronic Kidney Disease in Urban area of Khon Kaen Province

Praewthip Sutheeraprasert M.N.S*

Waratip Kankarn M.N.S**

Abstract

The high prevalence and incidence of chronic kidney disease (CKD) is a global challenge. The end stage renal disease (ESRD) leading to increased morbidity rate and mortality rate in CKD patients. The patients with chronic kidney disease should be prevented to complications and delay the progress of chronic kidney disease. The purpose of this quasi-experimental study was to examine the effectiveness of encourage family and village health volunteers participation program to delayed the progression of chronic kidney disease in urban area of Khon Kaen province. One hundred of patients with stage 2-3 chronic kidney disease were randomly assigned into an experimental group and control group, with 50 CKD patients in each group. The experimental group received the encourage family and village health volunteers participation program while the control group received only usual nursing care and followed up for 12 months. The research instruments for data collection included personal data interview questionnaires and clinical outcome evaluations (body mass index, waist circumference, blood pressure and glomerular infiltration rate). Data were analyzed by descriptive statistic, Chi-square test, independent t-test and paired t-test.

The results revealed that at the end of program, the intervention group were 49 (98%) and 47(94%) participants in control group. After the experiment, experimental group had mean reduction of blood pressure was greater the control group statistically significant $p < .05$ (127.92/71.02, 136.32/75.20 mmHg) and glomerular infiltration rate higher than the control groups statistically significant $p < .05$ (57.39, 51.68 ml/min/1.73m²). However, after implementation the mean scores of body mass index and waist circumference between experimental group and the control groups no statistically significant ($p > .05$).

Conclusions that effectiveness of encourage family and village health volunteers participation program should be implemented for caring of chronic kidney disease patients in order to prevent progression of chronic kidney disease. Suggestions, the implementation of this program should be apply for patient's lifestyle and context of family. As well as links from the network as the village health volunteer and family to health care for chronic kidney disease patients has been ongoing care more efficiently.

Keywords: encourage, participation, family, village health volunteers, chronic kidney disease

* Lecturer at Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani Rajabhat University.

** Assist Professor at Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani Rajabhat University.



บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease, CKD) นับเป็นปัญหาสำคัญอันดับหนึ่งของระบบสาธารณสุขทั่วโลก รวมทั้งในประเทศไทย ทำให้เกิดผลกระทบด้านทรัพยากรและทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน คุณภาพชีวิตไม่ดีขึ้นทั้งยังเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดซึ่งทำให้เสียชีวิตก่อนวัยอันควรโดยพบว่า อุบัติการณ์และความชุกของโรคไตเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น¹ จากข้อมูลของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยในปี พ.ศ. 2558 พบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังร้อยละ 17.6 ของประชากร หรือประมาณ 8 ล้านคน เป็นผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย 2 แสนคน จำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นปีละ 7,800 ราย² นอกจากนี้การดำเนินของโรคไปสู่วิถีโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (End-stage renal disease, ESRD) ที่ต้องได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตและการปลูกถ่ายไต (Renal replacement therapy) เพิ่มมากขึ้น จาก 409.1 ต่อล้านประชากร ในปี พ.ศ. 2550 เพิ่มขึ้นเป็น 1,073.3 ต่อล้านประชากรในปี พ.ศ. 2556 โดยพบผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นทุกปี จาก 68.35 ต่อล้านประชากรในปี พ.ศ. 2550 เพิ่มขึ้นเป็น 249.06 ต่อล้านประชากรในปี พ.ศ. 2563 และมีประชากรเพียงร้อยละ 1.9 เท่านั้นที่ทราบว่าเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง³

ในประเทศไทย พบว่า สาเหตุของโรคไตเรื้อรังด้านปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ การมีโรคร่วม เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิต ความรู้และพฤติกรรมด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผลตามแผนการรักษาและการออกกำลังกาย นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเกี่ยวข้องกับด้านวัฒนธรรม รายได้ ผู้ดูแล และระยะเวลาการเจ็บป่วย สำหรับประชากรที่ย้ายถิ่นฐานเข้ามาทำงานในชุมชนเมืองอาจมีปัญหาเรื่องสิทธิ์การรักษา ค่าใช้จ่ายการบริการสุขภาพ สาเหตุดังกล่าวทำให้ไตเสื่อมเร็วขึ้น เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ครอบครัวและเศรษฐกิจ ในการรับผิดชอบค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลที่เพิ่มมากขึ้นและมีคุณภาพชีวิตที่ไม่สมบูรณ์⁴⁻⁶ หากไม่รีบดำเนินการแก้ไขระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจะเริ่มลดลง ทำให้การดำเนินโรคจากไตเรื้อรังระยะที่ 2-3 เข้าสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย การช่วยให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นคือ การชะลอความเสื่อมของไต และคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของไตให้ยาวนานที่สุด โดยการจัดกิจกรรมการให้ความรู้ การฝึกทักษะ สร้างความตระหนักทั้งแบบกลุ่มและ

รายบุคคลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยาอย่างสมเหตุผลที่ถูกต้องเหมาะสม เพื่อชะลอความเสื่อมของไตสามารถป้องกันการดำเนินโรคไปสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁷ ถึงแม้ว่าศูนย์บริการด้านสุขภาพจะมีมากในชุมชนเมือง แต่จากการมีผู้ป่วยรายใหม่ที่เพิ่มขึ้นทุกปี ในขณะที่ทรัพยากรผู้เชี่ยวชาญในการดูแลรักษาโรคไตยังไม่เพียงพอกับจำนวนผู้ป่วยที่มากขึ้น⁵ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาการให้บริการ การติดตาม และประเมินผลโดยให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารระหว่างหน่วยบริการแบบไร้รอยต่อ มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและมุ่งให้เกิดระบบที่เอื้อให้การติดตามผลในระยะยาวเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการดูแลในชุมชนโดยชี้แนะสนับสนุนให้การดูแลแบบองค์รวมปรับสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมตามบริบทของผู้ป่วยรวมทั้งการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว^{8,9,10} เนื่องจากครอบครัวเป็นกลุ่มบุคคลที่มีความผูกพันและมีปฏิสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกัน หากมีผู้ป่วยต้องได้รับการดูแล บุคคลที่ดีและเหมาะสมที่สุดก็คือ สมาชิกในครอบครัว มีการศึกษา¹¹ ที่พบว่าภายหลังการใช้โปรแกรมการพัฒนาความรู้ การจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ มีระดับพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอความเสื่อมของไต และความรู้เรื่องไตเสื่อมจากเบาหวานสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล (Caregiver, CG) การชะลอการเสื่อมของไตจึงเป็นสิ่งจำเป็นทั้งในชุมชนและสถานบริการสุขภาพซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีบทบาทสำคัญที่เป็นแกนนำหลักในการดำเนินงานเพื่อลดและชะลอผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน¹² และมีการดำเนินงานคู่ขนาน สอดคล้อง ส่งต่อกันอย่างมีระบบ ระหว่างชุมชนกับสถานบริการ ซึ่งจากการศึกษา¹³ พบว่า กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าและมีระดับความดันโลหิตต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้การศึกษายังพบว่าการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่งผลต่อการชะลอโรคไตเรื้อรังในชุมชนชนบท¹³ โดยผลลัพธ์ที่ใช้ในการติดตาม ประเมินผลการดูแล



ผู้ป่วยไตเรื้อรัง เป็นผลลัพธ์ทางคลินิก ซึ่งประกอบด้วย อัตราการกรองของไต (Glomerular filtration rate, GFR) ระดับความดันโลหิต (Systolic and Diastolic blood pressure) ค่าดัชนีมวลกาย (Body mass index, BMI)¹⁴

ชุมชนเมือง จังหวัดขอนแก่นเป็นศูนย์กลางการศึกษา ทำให้ความเจริญก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีและการสื่อสาร นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตของคนในชุมชน วัฒนธรรม และขนบธรรมเนียมของต่างประเทศที่เข้ามามีอิทธิพลอย่างมาก การรับประทานอาหารฟาสต์ฟูดซึ่งส่วนใหญ่ประกอบด้วย แป้ง น้ำตาล ไขมัน และเกลือ หากรับประทานเป็นประจำ จะเกิดการสะสมของไขมันในร่างกาย ปริมาณของเกลือที่มากเกินไปส่งผลทำให้ไตทำงานหนักมากขึ้น ประกอบกับการคมนาคมและการติดต่อสื่อสารที่สะดวกสบายรวดเร็วทำให้การเคลื่อนไหวของร่างกายน้อยลงเกิดการสะสมของไขมันในร่างกายมากขึ้นส่งผลให้เกิดโรคอ้วนมีผลกระทบต่อการทำงานของไต¹⁵ นอกจากนี้มีการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผล ซึ่งยาส่วนใหญ่ส่งผลกระทบต่อการทำงานของไตก่อให้เกิดโรคไตวายเรื้อรัง¹⁶ โดยสาเหตุของโรคไตวายเรื้อรังที่พบมากในชุมชนเมืองขอนแก่น 3 อันดับแรก คือ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคอ้วน¹⁷ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อชะลอโรคไตเรื้อรังในชุมชนเมือง จังหวัดขอนแก่น เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เน้นชะลอการดำเนินของโรคตั้งแต่ระยะเริ่มต้น และลดภาวะแทรกซ้อน นำไปสู่ความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างยั่งยืน และวางแผนทางการให้บริการ การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยสามารถชะลอไม่ให้เข้าสู่โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ อัตราการกรองของไต (glomerular filtration rate, GFR) ระดับความดันโลหิต (Systolic and Diastolic blood pressure) ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index; BMI) และเส้นรอบเอวภายในกลุ่มทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ อัตราการกรองของไต (glomerular filtration rate, GFR) ระดับความดันโลหิต (Systolic and Diastolic blood pressure) ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index; BMI) และเส้นรอบเอวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษครั้งนี้ ผู้วิจัยได้บูรณาการแนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของ Cohen & Uphoff¹⁸ การให้บุคคลเข้ามามีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรม อีกทั้งการมีส่วนร่วมในผลประโยชน์เกี่ยวกับคุณภาพการบริการ มีการเชื่อมโยงการดำเนินงานเข้ามาสู่คนในท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องร่วมกับการใช้วิทยาการที่เหมาะสม เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมาย โปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อชะลอโรคไตเรื้อรัง จึงมีรูปแบบการดำเนินงานแบบการมีส่วนร่วมระหว่างบุคคลในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการส่งเสริม ดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ซึ่ง อสม. มีบทบาทสำคัญต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนและครอบครัว โดยเป็นผู้ที่ผ่านกระบวนการอบรมให้ความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สามารถให้การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ให้ความรู้ และการประสานงาน และครอบครัวเป็นผู้สนับสนุนมีส่วนร่วมในการดูแล สร้างกำลังใจ และช่วยเหลือเวลาเจ็บป่วย กิจกรรมประกอบด้วย การอบรมให้ความรู้และฝึกทักษะ ร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในด้าน 1) การอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง 2) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร 3) การสาธิต ฝึกปฏิบัติการออกกำลังกาย 4) การใช้ยาสมเหตุผล 5) การติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อเสริมแรงให้กำลังใจและเฝ้าสังเกตภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังร่วมกับครอบครัว วิธีนี้นอกจากทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจแล้วยังช่วยให้เกิดความตระหนักในปัญหาสุขภาพของตนเองเป็นกลวิธีหนึ่งที่จะช่วยในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะมีผลทำให้สามารถลดความรุนแรงของโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนรวมทั้งชะลอความเสื่อมของไตไม่ให้เกิดการดำเนินโรคเป็นไปในระดับที่รุนแรงมากขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบมี 2 กลุ่มวัดผลก่อนและหลังทดลอง (Two group pre-post design) กลุ่มประชากร คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2-3 ในบริบทชุมชนเมืองเขตพื้นที่บริการของศูนย์แพทย์ชุมชน 2 แห่ง จังหวัดขอนแก่น ขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้จากการคำนวณจากสูตรของ Cohen¹⁹



และจากการทบทวนงานวิจัยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับการศึกษาครั้งนี้¹³ โดยกำหนดให้ Power = .80, medium effect size, alpha = 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 80 ราย และมีการป้องกันการขาดหายของกลุ่มตัวอย่างจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 20⁷ ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 100 ราย ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือก แบ่งกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 50 คน โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1) **เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria)** ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2-3 (อัตราการกรองของไตมากกว่าหรือเท่ากับ 30 มิลลิลิตรต่อนาที และน้อยกว่า 90 มิลลิลิตรต่อนาที) สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดี การรับรู้และการติดต่อสื่อสารได้ปกติ ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดการศึกษา

2) **เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)** ต้องการยกเลิกการเข้าร่วมการศึกษา และระหว่างดำเนินการมีภาวะเจ็บป่วยไม่สามารถเข้าร่วมในการศึกษา

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โครงการวิจัยนี้ ผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัยทุกคน ได้รับการชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย และมีสิทธิออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาล มีการลงนามในใบยินยอมตามความสมัครใจ ก่อนเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. **เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง** คือ โปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาโดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวของ Cohen & Uphoff¹⁸ ประกอบด้วย 1) คู่มือการชะลอไตเสื่อมจัดทำโดยโครงการ CKDNET 2) สื่อนำเสนอภาพนิ่งใช้ให้ความรู้โรคไตเรื้อรัง 3) สมุดบันทึกพฤติกรรมมาระลอไตเสื่อม ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์สาขาโรคไต นักโภชนาการ เกษตรกร

พยาบาลผู้จัดการรายการ นักกายภาพบำบัด ตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของภาษาและความตรงของเนื้อหา และปรับปรุงก่อนนำไปใช้ระยะเวลา 12 เดือน ทั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการประชุมทีมวิจัยและคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตศูนย์แพทย์ชุมชนที่สามารถดำเนินงานและสมัครใจเข้าร่วมเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของโครงการวิจัย รวมทั้งได้จัดอบรมความรู้ ทักษะในการดูแล การให้คำปรึกษาและการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ที่ถูกต้องให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 10 คน เป็นเวลา 1 วัน ก่อนการวิจัย กิจกรรม มีดังนี้

เดือนที่ 1 (ระยะเวลา 90 นาที) เสริมความรู้และร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ อาการและอาการแสดง การรักษา การปฏิบัติเพื่อชะลอการเสื่อมของไต กิจกรรมสร้างความตระหนัก มีการแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ครอบครัวและอสม. เปิดโอกาสให้ซักถาม เน้นการมีส่วนร่วมและบทบาทหน้าที่ ตั้งเป้าหมายสุขภาพร่วมกัน ตามปัญหาและความต้องการ เลือกวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามบริบทของบุคคล ครอบครัวและชุมชน

เดือนที่ 2 (ระยะเวลา 90 นาที) ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานอาหารลดโซเดียมและโพแทสเซียมสูง การเลือกเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ยกตัวอย่างเมนูอาหารที่รับประทานในแต่ละมื้อแต่ละวัน พร้อมทั้งครอบครัวมีส่วนร่วมในการเลือก จัดซื้อ การเตรียมอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง สาธิตการประกอบเมนูอาหารพื้นบ้านสำหรับผู้ป่วยโรคไตมีการกำหนดสัดส่วนตามระยะของโรคไตเรื้อรังและน้ำหนักและส่วนสูงของผู้ป่วยโดยนักโภชนาการและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะมีการติดตามการปฏิบัติตนในการรับประทานอาหารทุกเดือน

เดือนที่ 3 (ระยะเวลา 90 นาที) ให้ความรู้เรื่องประเภทชนิดการออกกำลังกาย วิธีการ ประโยชน์และข้อควรระวัง ให้กลุ่มออกกำลังกายร่วมกันนำการออกกำลังกายโดยการเดินวิ่งเปลี่ยนคู่ ร่วมกับการเดินตารางเก้าช่อง แกว่งแขน ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร่วมกันออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 วันๆ ละ 45 นาที ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารงานวิจัยเพื่อนำมาศึกษาและปรับใช้ในโปรแกรมให้เหมาะสมกับการออกกำลังกายในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังเพื่อเพิ่มหรือคงไว้ของสมรรถภาพทางกายและสุขภาพ



เดือนที่ 4 (ระยะเวลา 90 นาที) การใช้ยาสมเหตุผล เกษขกรให้ความรู้เรื่องการช้ยาโดยเฉพาะยาที่เป็นอันตราย ต่อได้ให้กับผู้ป่วย ครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน เปิดโอกาสให้ซักถาม เกี่ยวกับยาบำรุง ร่างกาย ตรวจฉลากยาก่อนช้ยาทุกครั้ง การตรวจยาที่มี ส่วนผสมของสเตียรอยด์ ครอบครัวและอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการติดตามการช้ยาของผู้ป่วย ทุกเดือน

เดือนที่ 5-11 ติดตามเยี่ยมบ้านเดือนละ 1 ครั้ง (ครอบครัวละ 60 นาที) ร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านเสริมแรงให้กำลังใจผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และ ครอบครัวให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพให้ อย่างต่อเนื่อง สอบถามปัญหา อุปสรรค ให้คำปรึกษา เปิด โอกาสให้ครอบครัว อสม.ได้แลกเปลี่ยนข้อมูลการดูแลร่วม กัน เสริมความรู้เพิ่มเติม เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ประเมิน และร่วมวางแผนแก้ไขการปฏิบัติในรายที่มีปัญหา หรือ จัดการในรายครอบครัวที่มีปัญหา ให้ข้อเสนอแนะกระตุ้นให้ กำลังใจครอบครัว

2. เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย คำถาม เกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ สิทธิการรักษา ข้อมูลของผู้ดูแลหลัก 2) แบบประเมิน ผลลัพธ์ทางคลินิกซึ่งเป็นการประเมินตามการนัดหมายปกติ ได้แก่ อัตราการกรองของไต (glomerular filtration rate, GFR) ระดับความดันโลหิต (Systolic and Diastolic blood pressure) ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index; BMI) และ รอบเอว

การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิจัยดำเนินการระหว่าง เดือน พฤษภาคม 2560 ถึง เดือนเมษายน 2561 รวม 12 เดือน พื้นที่ศูนย์แพทย์ชุมชนในเขตอำเภอเมือง จังหวัด ขอนแก่น มีขั้นตอนในการดำเนินการ ดังนี้ 1) ผู้วิจัยเสนอ โครงร่างวิจัย เพื่อขอรับคำรับรองจากคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ก่อน ดำเนินการวิจัย คณะผู้วิจัยจัดประชุมให้กับผู้ป่วย โรคไต เรื้อรังที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ครอบครัวและอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อแนะนำตัวสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอม เข้าร่วมการวิจัยจึงลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2) เก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ของผู้ป่วย และผลลัพธ์ทางคลินิก ตั้งแต่แรกเริ่มดำเนินการ วิจัย (Pre-test) และเมื่อดำเนินการวิจัยไป 12 เดือน (Post-test) 3.กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการมี ส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน ในการชะลอโรคไตเรื้อรัง โดยจัดกิจกรรมเดือนละ 1 ครั้งๆ ละ 60-90 นาที ระยะเวลาต่อเนื่อง 12 เดือน ส่วน ในกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติจากศูนย์แพทย์ใน เขตเมือง

สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล สถิติเชิงพรรณนาใช้ในการ วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงวิเคราะห์ (Analytic statistic) ทดสอบความแตกต่างในตัวแปรข้อมูลพื้นฐาน ใช้สถิติไคสแควร์และสถิติที (Independent t-test) ทดสอบ การกระจายของข้อมูลผลลัพธ์ทางคลินิกโดยใช้ Kolmogorov-Smirnov test การแจกแจงเป็นแบบโค้งปกติ จึงใช้สถิติ Paired t – test เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกภายในกลุ่ม และใช้สถิติ Independent t – test เปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า เมื่อสิ้นสุด โปรแกรมมีกลุ่มตัวอย่างคงอยู่ 96 ราย กลุ่มทดลองคงอยู่ จำนวน 49 ราย คิดเป็นร้อยละ 98 และกลุ่มควบคุมคงอยู่ จำนวน 47 ราย ร้อยละ 94 กลุ่มทดลองมีเพศหญิงมากกว่า เพศชาย ร้อยละ 66 มีอายุเฉลี่ย 68.7 ปี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 50 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 54 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 72 รายได้หลักเฉลี่ย 6,395 บาท/เดือน ร้อยละ 34 มีสิทธิการรักษาบัตรประกัน สุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 62 ส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคไต เรื้อรังระยะที่ 3 (eGFR 49.92 ml/min/1.73m²) มีโรคร่วม เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 44.2 และ มีครอบครัวเป็นผู้ดูแล ร้อยละ 48 กลุ่มควบคุมมีเพศหญิง มากกว่าเพศชาย ร้อยละ 56 อายุเฉลี่ย 71.12 ปี สถานภาพ สมรสคู่ ร้อยละ 62 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 60 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 68 รายได้ หลักเฉลี่ย 6,199 บาท/เดือน ร้อยละ 50 สิทธิการรักษาบัตร ประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 70 ส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วย โรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 (eGFR 52.46 ml/min/1.73m²) มีโรค



ร่วมเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 39.2 และมีครอบครัวเป็นผู้ดูแล ร้อยละ 50 ผลการเปรียบเทียบข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square test) และการทดสอบด้วยสถิติค่าที (Independent t-test) พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ระดับความดันโลหิตและอัตราการกรองของไต ของกลุ่มที่

ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการชะลอโรคไตเรื้อรัง ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตลดลงกว่าก่อนการทดลองและค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอว ก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ระดับความดันโลหิตและอัตราการกรองของไต ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการชะลอโรคไตเรื้อรัง ของกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Paired t-test

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง (n=49)		หลังการทดลอง (n=49)		Paired t-test	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ดัชนีมวลกาย (BMI)	25.16	3.72	24.97	3.74	1.156	.253 ^{ns}
เส้นรอบเอว	89.03	14.68	88.54	10.64	-.239	.812 ^{ns}
Systolic BP	134.52	9.17	127.92	10.12	3.616	.001 [*]
Diastolic BP	76.78	10.54	71.02	9.25	3.173	.003 [*]
อัตราการกรองของไต (eGFR)	49.92	14.77	57.39	11.16	3.363	.002 [*]

* $p < .05$, ns = not significant

2. เปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ระดับความดันโลหิต และอัตราการกรองของไต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการชะลอโรคไตเรื้อรัง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตลดลงกว่ากลุ่มควบคุม

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (127.92/71.02, 136.32/75.20 mmHg) ค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้นกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (57.39, 51.68 ml/min/1.73m²) ส่วนค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) (ตารางที่ 2)



ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ระดับความดันโลหิตและอัตราการกรองของไต ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Independent t-test

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=49)		กลุ่มควบคุม (n=49)		Independent t-test	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ดัชนีมวลกาย (BMI)						
ก่อนการทดลอง	25.16	3.72	25.27	3.78	-.037	.971 ^{ns}
หลังการทดลอง	24.97	3.74	25.14	3.55	-.123	.903 ^{ns}
เส้นรอบเอว						
ก่อนการทดลอง	89.03	14.68	91.24	11.58	-.836	.280 ^{ns}
หลังการทดลอง	88.54	10.64	90.70	11.57	-.972	.543 ^{ns}
Systolic BP						
ก่อนการทดลอง	134.52	9.17	135.46	16.41	.211	.833 ^{ns}
หลังการทดลอง	127.92	10.12	136.32	16.58	-2.838	.006 [*]
Diastolic BP						
ก่อนการทดลอง	76.78	10.54	74.72	11.75	1.178	.242 ^{ns}
หลังการทดลอง	71.02	9.25	75.20	9.96	-2.136	.035 [*]
อัตราการกรองของไต (eGFR)						
ก่อนการทดลอง	49.92	14.77	52.46	13.09	-1.070	.287 ^{ns}
หลังการทดลอง	57.39	11.16	51.68	15.01	2.298	.024 [*]

* $p < .05$, ns = not significant

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อชะลอโรคไตเรื้อรังในชุมชนเมือง จังหวัดขอนแก่น พบว่าหลังการทดลอง ผลลัพธ์ทางคลินิกของกลุ่มทดลอง ได้แก่ ค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตลดลงต่ำกว่าก่อนทดลองและต่ำกว่ากลุ่มควบคุม และมีค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้นสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษา²⁰ พบว่าทุก 10 มิลลิเมตรปรอท ของความดันโลหิตที่ลดลงจะสามารถชะลอการลดลงของอัตราการกรองของไตจาก 6 ลูกบาศก์เซนติเมตรต่อหน้าที่ต่อปี เนื่องจากโปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรม การให้ความรู้เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานอาหารลดโซเดียมและ

โพแทสเซียมสูง การศึกษาแบบกลุ่มในการสาธิตประกอบเมนูอาหารพื้นบ้าน โดยมีนักโภชนาการ วิเคราะห์พฤติกรรม การควบคุมอาหาร ประเมินปัญหารายบุคคล การแนะนำวิถีการใช้คู่มือการควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรายบุคคล เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวให้มีความสำคัญในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย ในลักษณะการดูแล กระตุ้นเตือน สอบถามและให้กำลังใจ ซึ่งส่วนใหญ่สมาชิกในครอบครัวเป็นผู้จัดเตรียมอาหารให้กับผู้ป่วยโดยการปรุงอาหารที่มีรสเค็มลดลง จำกัดอาหารที่มีโซเดียมและโพแทสเซียมสูง เช่น ผักใบเขียวและผลไม้ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร หรือการมีพฤติกรรมควบคุมอาหารจะสามารถชะลอความเสื่อมของไตได้^{7,21} การกระตุ้นให้ออกกำลังกาย การเข้าสมาคมเหตุผลและความคาดหวังในผลลัพธ์และทบทวนสิ่งที่ทำได้



รวมทั้งปัญหาอุปสรรค ซึ่งเป็นเครื่องมือทำให้เกิดการเรียนรู้ สามารถเพิ่มความเชื่อมั่นและความคาดหวังในผลลัพธ์จะสามารถชะลอความเสื่อมของไตได้ รวมถึงการนำความรู้ที่ได้ไปฝึกทักษะต่อเนื่องที่บ้าน โดยมีการสนับสนุนจากครอบครัวและอสม. ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของภูติทิ เตชาดิวัฒน์ และนิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์²² ที่พบว่า อสม.เป็นแกนนำหลักทางสุขภาพของชุมชน เป็นผู้ที่ทำงานกับชุมชน ทำให้รู้และเข้าใจปัญหาและพฤติกรรมที่มีผลกระทบต่อการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงในชุมชนที่รับผิดชอบ โดยโปรแกรมมีการติดตามเยี่ยมบ้านเดือนละครั้งทำให้สามารถดูแลและช่วยเหลือครอบครัวและผู้ป่วยได้ทันทั่วทั้งนี้จากการศึกษาของ วราทิพย์ แก่นการ²³ พบว่า ผู้ป่วยบางรายไม่สะดวกให้ทีมสหสาขาวิชาชีพเข้าเยี่ยมบ้านเนื่องจากสภาพบ้านคับแคบและไม่กล้าเปิดเผยข้อมูลที่แท้จริง ในขณะที่เดียวกันทีมสหสาขาวิชาชีพต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางและทำให้ขาดบุคลากรที่จะปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพร่วมด้วย ดังนั้น จึงมีบทบาทสำคัญเป็นผู้ประสานงานที่เป็นสื่อกลางระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชนเป็นอย่างดี ในการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนเพื่อชะลอโรคไตเรื้อรัง

ส่วนผลลัพธ์ทางคลินิกเกี่ยวกับดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอว ภายหลังการทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอว ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างใหญ่เป็นผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรัง ซึ่งมีการทำงานของเมตาโบลิซึมในร่างกายลดลงร่วมกับกิจกรรมการใช้พลังงานโดยทั่วไปของผู้สูงอายุลดลงกว่าช่วงวัยอื่นๆ²⁴ อีกทั้งการมีข้อจำกัดในด้านการออกกำลังกาย ซึ่งส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรังมากกว่า 1 โรคร่วมด้วยและระยะเวลาการศึกษาโปรแกรมในครั้งนี้จึงอาจมีข้อจำกัด ทำให้ผลลัพธ์ทางคลินิกเกี่ยวกับดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวเห็นการเปลี่ยนแปลงได้ไม่ชัดเจนแต่มีแนวโน้มที่ดีขึ้นโดยพบว่า ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีดัชนีมวลกายเฉลี่ย 25.16 และมีเส้นรอบเอวเฉลี่ย 89.03 หลังเข้าร่วมโปรแกรมดัชนีมวลกายเฉลี่ยลดลง 24.97 และเส้นรอบเอวเฉลี่ยลดลง 88.54 ดังนั้น การมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจึงมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม นำมาซึ่งความผาสุกของสมาชิกทุกคนในครอบครัว โปรแกรมส่งเสริมการ

มีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านช่วยส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเพื่อชะลอโรคไตเรื้อรังในชุมชนเป็นอย่างดี และเป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ส่งผลกระทบต่อชะลอโรคไตเรื้อรัง และศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพในการประเมินปัญหาและอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ควรมีการนำโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อชะลอโรคไตเรื้อรังไปประยุกต์ใช้ในเขตพื้นที่บริบทอื่นๆ
2. ควรมีการศึกษาความคงอยู่ของประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อชะลอโรคไตเรื้อรัง โดยทำการติดตามผลในระยะ 6 เดือน หรือประเมินผลซ้ำหลังจากสิ้นสุดการทดลองในระยะ 12 หรือ 18 เดือน

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงได้ด้วยความช่วยเหลือจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยขอขอบพระคุณโครงการกลุ่มวิจัยป้องกันและชะลอโรคไตเรื้อรังในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (CKDNET) ที่ได้อนุมัติทุนอุดหนุนการวิจัย กลุ่มตัวอย่างครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และบุคลากรศูนย์แพทย์เขตเมือง จังหวัดขอนแก่น ที่ช่วยให้งานวิจัยสำเร็จลงตามวัตถุประสงค์

References

1. 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. Remuzzi G, editor. PLoS One 2016; 11(7): e0158765.
2. Thanakitcharu P. Current Situation of Chronic Kidney Disease in Thailand. J Dep Med Serv 2015; 5–18.
3. Ingsathit A, Thakkinstant A, Chaiprasert A, Sangthawan P, Gojaseni 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(5):1567–75.



4. Asong W. Factors influencing dietary and fluid consumption behaviors among patients with chronic kidney disease. Chon Buri: Burapha University; 2015.
5. Department of Disease Control. Clinical practice guidelines: CKD. Ministry of Public Health 2015; 1-59.
6. Taweebut P, Kerdmongko P, Amnatsatsue K. The effect of a supportive – educative nursing program for patients with early stages of kidney disease. *Journal of Public Health Nursing* 2017; 31(1): 130-145.
7. Panpeankunpak P. The effect of food control program for chronic kidney disease patients at CKD clinic, Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital. *Journal of Preventive Medicine Association of Thailand* 2016; 6(3): 205-215.
8. Nygardh A, Wikby K, Malm D, Ahlstrom G. Empowerment in Outpatient Care for Patients with Chronic Kidney Disease - from the Family Member's Perspective. *BMC Nursing* 2011; 10: 21.
9. Friedman MM. *Family Nursing: Research, Theory and Practice* (5th ed.). New Jersey: Upper Saddle River; 2003.
10. Suparatangool S. The family patterns of response to slowing the rate of decline in kidney function in chronic kidney disease patients. *Disease Control Journal* 2018; 44(1): 92-101.
11. Virojanakud N. Effects of a Knowledge Development Self management and Participation of Care Giver Program on Level of Fasting Plasma Glucose and Delayed Progression of Diabetic Nephropathy in Patients with Uncontrolled Type 2 Diabetes Mellitus. *Region 11 Medical Journal* 2018; 31(1): 41-48.
12. Songwatthanayuth P, Watthanakorn K, klinhom K, Ratanapat P. Effects of Family and Village Health Volunteer Participation Program on Health Promoting Behaviors, and Blood Pressure in Pre-hypertension Adults. *Veridian E-Journal, Science and Technology Silpakorn University* 2016; 3(3): 1-14.
13. Jiamjariyaporn T, Ingsathit A, Tungsanga K, Banchuin C, Vipattawat K, Kanchanakorn S, et.al. 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* 2014; 15:99.
14. Thungtong S. Effects of self-management support program for delayed progression of diabetic nephropathy on self-management behaviors and clinical outcomes in patients with uncontrolled type 2 diabetes mellitus. Songkla: Songkla University; 2014.
15. Kovesdy CP, Furth SL, Zoccali C. Obesity and Kidney Disease: Hidden Consequences of The Epidemic. *Kidney Disease* 2017; 3(1): 33-41.
16. Awdishu L, Mehta R. The 6R's of Drug Induced Nephrotoxicity. *BMC Nephrology* 2017; 18:124.
17. Khon Kaen Provincial Public Health Office. Strategic Plans for Health Development in Khon Kaen Province; 2015.
18. Cohen JM, Uphoff NT. Participations place in rural development: Seeking clarity through specificity. New York: World Developments; 1980.
19. Cohen J. *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Second Edition. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers; 1988.
20. Bakris GL, Weir MR, Shanifar S, Zhang Z, Douglas JV, Dijk DJ, Brenner BM. Effects of Blood Pressure level on Progression of Diabetic Nephropathy. *Archives of Internal Medicine* 2003; 163(13): 1555- 65.
21. Seephom S. Self-management in chronic kidney disease. *Thai Red Cross Nursing Journal* 2013; 6(1): 12-8.
22. Tejavivaddhana P, Kitreerawutiwong N. Effectiveness of a Training Program for the Village Health Volunteers in Providing Community Care for Patients with Cerebrovascular Disease Using the Context-Based Learning (CBL) Approach. *Journal of Nursing and Health Care* 2014; 32(1): 87-96.
23. Kankarn W. Holistic Nursing in CAPD Patients: Challenge Role under PD First Police. *Journal of Nursing and Health Care* 2015; 33(4): 6-14.
24. Mathus-Vliegen EM. Obesity and The Elderly. *J Clin Gastroenterol* 2012; 46(7): 533-44.