ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ที่คลินิกไต โรงพยาบาลภูผาม่าน จังหวัดขอนแก่น

The effectiveness of a health education program for the care of chronic kidney disease patients at the kidney clinic at Phu Pha Man Hospital. Khon Kaen Province

ชัยณรงค์ มงคลศรีสวัสดิ์[1]

Chainarong Mongkol Srisawat

(Received: December 29,2019; Accepted: February 10,2020)

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง (Qua-si experiment) แบบ 2 กลุ่ม ก่อนหลัง (2 group pre – post design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการชะลอผู้ป่วยสู่ภาวะไตวายระยะสุดท้าย ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่3และ4 ที่มารับบริการที่คลินิกโรคไต โรงพยาบาลภูผาม่าน จังหวัดขอนแก่น ในปี2561 โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มควบคุมจำนวน 69 คน และกลุ่มทดลองจำนวน 65 คน เก็บข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์ และวิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาน t-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมโดยรวมและรายด้านมากกว่าก่อนการทดลอง และก่อนทดลองมีค่าเฉลี่ย Creatinine มากกว่าหลังทดลอง หลังทดลองมีค่าเฉลี่ย eGFR มากกว่าก่อนทดลอง และดีกว่ากลุ่มควบคุม

คำสำคัญ : โรคไต , โปรแกรมสุขศึกษา

ABSTRACT

This research was Qua-si experiment by 2 group pre – post design. The objective was to studied the effectiveness of the health education program slow down patients to end stage renal failure In patients with chronic kidney disease stage 3 and 4 who come to received services at the kidney disease clinic Phuphaman Hospital Khon Kaen Province in 2018. The subjects were randomly assigned into 2 groups, control group 6 9 persons and experimental group 6 5 persons. Data were collected by interview and analyzed by descriptive statistic namely percentage , mean and standard deviation and inferential statistic t – test.

The results of the research showed that After the experiment, the mean scores of overall behavior and aspects were higher than before the experiment. And before the experiment, the creatinine average was higher than after the experiment After the experiment, the eGFR was higher than before the experiment. And better than the control group.

Keywords: kidney disease, health education program

[1] พบ.โรงพยาบาลภูผาม่าน จังหวัดขอนแก่น

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง chronic kidney disease เป็นปัญหาที่สำคัญของโลก และของประเทศไทย เพราะมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จากการศึกษาจากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่ามีความชุกของโรคจาก 12.3%ของประชากรในปี พ.ศ.2531-2537 เพิ่มขึ้นเป็น 14%ของประชากรในปีพ.ศ.2548-2553[1] ในทวีปเอเชีย จากการศึกษาในประเทศไต้หวัน ปี2549[8] พบความชุกโรคไตเรื้อรัง (ระยะ3-5) 6.9% จากการศึกษาในประเทศเกาหลีใต้ ปี2552[9] พบความชุกโรคไตเรื้อรัง 13.7% จากการศึกษาในประเทศจีน ปี2555[10] พบความชุกโรคไตเรื้อรัง 10.8% จากการศึกษาในประเทศอินเดีย ปี2556[11] พบความชุกโรคไตเรื้อรัง 17.2%

จากการศึกษาของประเทศไทยความชุกของโรคไตจากข้อมูลการศึกษาผู้ป่วยโรคไตในระยะก่อนการฟอกเลือดในประเทศไทย[2-6] พบว่าความชุกของโรคไตเรื้อรังพบได้ตั้งแต่ 4.6% จนถึง 17.5% โดยจากการศึกษาของ สมนึก ดำรงกิจชัยพร[3] ปี 2540 ในพนักงานไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย พบผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ยังไม่ถึงระยะฟอกไต 6.8% และจากการศึกษาของ อนุตร จิตตินันทน์[4] ปี 2545-2546 ในบุคลากรกองทัพอากาศไทย พบผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ยังไม่ถึงระยะฟอกไต 4.6% จากการศึกษาของ เปอร์โกวิก[5] พบผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ยังไม่ถึงระยะฟอกไต 13.8% จากการศึกษาของ ลีนา องอาจยุท[6] ในปี 2547 พบผู้ป่วยไตเรื้อรัง 8.45% จากการศึกษา Thai SEEKStudyโดยสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยในปี พ.ศ.2552[2] พบว่า ว่ามีความชุกของโรคไตเรื้อรังในผู้ใหญ่ระยะที่ 1-5 เท่ากับ 17.5% ของประชากรโดยแบ่งเป็นระยะต่างๆ ดังนี้ ระยะ1 พบ3.3% ระยะที่2 พบ5.6% ระยะที่3 พบ 7.5% ระยะที่4 พบ 1.1% ความชุกของโรคไตพบสูงที่ กทม และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคเหนือตามลำดับ โดยความชุก ของโรคไตเรื้อรังจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้นและผู้ป่วยส่วนใหญ่ ไม่ตะหนักถึงโรคที่เป็นมีเพียง1.9%เท่านั้น ที่ทราบว่าตัวเองป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังจากข้อมูลรายงานประจำปีของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยปี2554[7] สำหรับจำนวนผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต มีแนวโมสูงขึ้นเรื่อยๆ โดยในปี 2540 มีจำนวน 30ต่อ 1,000,000 ประชากร เพิ่มขึ้นเป็น749.7ต่อ 1,000,000ประชากรในปี 2554

นอกจากนี้ข้อมูลจาก สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดระทรวง[12] พบว่า โรคไตอักเสบและไตพิการเป็นสาเหตุการตายสูงสุด 10 อันดับแรกของประเทศไทย ในปี 2549-2553 คือ20-22คน ต่อ 100,000 ประชากร และยังเป็นโรคที่ทำให้ประชากรไทยเสียสุขภาวะ 20 อันดับแรก

สำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข ปี 2558[13] พบว่าคนไทยป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังร้อยละ 17.6 ของประชากรหรือประมาณ 8 ล้านคนเทียบได้ว่าใน 100 คนพบคนที่เป็นโรคไตเรื้อรังถึง 17 คนในจำนวนนั้นเป็นผู้ป่วยไตวายระยะที่ 5 200,000 คนหรือคิดเป็นร้อยละ 2.5 ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั้งหมดแนวโน้มของผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นทุกปีปีละกว่า 7,800 รายโดยมีผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ต้องรับการบำบัดทดแทนไตถึง 70,000 รายอีกทั้งค่าใช้จ่ายในการบำบัดทดแทนไตในปัจจุบันสูงถึง 200,000 บาทต่อคนต่อปี โดยใช้งบประมาณในการบำบัดทดแทนไตในสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของผู้ป่วยทั้งประเทศสูงถึงปีละ 4-6 พันล้านบาทและคาดว่าในปี 2560 อาจจะใช้งบประมาณในการบำบัดทดแทนไตกว่า 17,000 ล้านบาท

ในขณะเดียวกันผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังต้องได้รับความเจ็บปวดและเสียเวลาในการฟอกเลือดครั้งละ 4-5 ชั่วโมงโดยต้องเดินทางไปโรงพยาบาลทำการฟอกเลือดไม่ต่ำกว่าสัปดาห์ละ 2-3 ครั้งผู้ป่วยและญาติต้องแบรับภาระค่าใช้จ่ายที่สูงมาก ชีวิตที่ไม่สมบูรณ์มีความทุกข์ทั้งกายใจในขณะที่แพทย์และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ

จังหวัดขอนแก่น ข้อมูลงานเทคโนโลยีสารสนเทศสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น[14] พบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังในจังหวัดขอนแก่น มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ปี 2558 มี 20,263 คน ปี 2559 มี 31,869 คน ปี 2560 มี 34,267 คน ตามลำดับอำเภอภูผาม่าน ข้อมูลจากระบบ health data center พบผู้ป่วย ไตวายเรื้อรังปี 2559 มี 492 คน คิดเป็นร้อยละ 2.18 ของจำนวนประชากรในอำเภอภูผาม่านขอนแก่น[15], ปี 2560 มี 567 คน คิดเป็นร้อยละ2.50ของจำนวนประชากรในอำเภอภูผาม่านซึ่งพบว่า จำนวนผู้ป่วย เพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ

จากข้อมูลข้างต้น จะพบว่าโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องบำบัดไต อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ง่ายและเสียค่าใช้จ่ายจำนวนมาก จะทำให้เกิดผลเสียต่อทั้งผู้ป่วย ครอบครัว สังคม

และประเทศชาติ จึงมีความจำเป็นที่ต้องดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรัง ให้มีความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อชะลอไตเสื่อม ไม่ให้เข้าสู่โรคไตระยะสุดท้าย ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรัง เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และมีพฤติกรรมที่เหมาะสม รวมถึงเป็นโปรแกรมที่สามารถเป็นแบบอย่างในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังต่อไปแก่สถานบริการสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายยุทธศาสตร์ของ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2559 คือ ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 เรื่องโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ค้นหา ควบคุม เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เพื่อลดปัญหาโรคไตเรื้อรัง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการปฏิบัติตนก่อนและหลังได้รับความรู้ตามโปรแกรมสุขศึกษาในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2. เพื่อเปรียบเทียบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ประกอบด้วย การตรวจ Creatinine และ eGFR ก่อนและหลังได้รับความรู้ตามโปรแกรมสุขศึกษาในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

วิธีดำเนินการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบ 2 กลุ่ม(quasi experimental research by two group design) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะที่3และ4 ที่มารับบริการที่คลินิกไตโรงพยาบาลภูผาม่าน จังหวัดขอนแก่น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้สุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย ตัวอย่างได้แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการเลือกแบบสุ่มอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling)

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย ตัวอย่างได้แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการเลือกแบบสุ่มอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling)

เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้ามาศึกษา (Inclusion Criteria) เป็นผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ4 ทั้งเพศชายและเพศหญิง เป็นผู้ที่ระดับการรู้สึกตัวดี และสามารถสื่อสารหรือโต้ตอบได้ มีความสมัครใจและยินดีให้สัมภาษณ์และเก็บข้อมูล ให้ความร่วมมือในการทำงานวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) ได้รับการวินิจฉัยในปัจจุบันว่ามีอาการป่วยทางจิต มีอาการเปลี่ยนแปลงในทางที่เลวลงที่ไม่สามารถสื่อสารและโต้ตอบได้หรือเหนื่อยจนเกินไปไม่สามารถให้ข้อมูลได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมสุขศึกษาผู้ป่วยไตเรื้อรัง การจัดทำโปรแกรมสุขศึกษาโดยสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักโภชนาการ แพทย์แผนไทย นักวิชาการสาธารณสุข ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุข และตัวแทนผู้ป่วย โดยสังเคราะห์จากแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคไต พยาธิสภาพของผู้ป่วยโรคไต ประสบการณ์การรักษา ประสบการณ์การดูแล และประสบการณ์การเจ็บป่วย ประกอบด้วยเนื้อหา คือ 1. ความรู้เรื่องโรคไต 2.ภาวะแทรกซ้อนและการดำเนินของโรคสู่ภาวะไตวายระยะสุดท้าย 3.การปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อม 4. ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อม 5.อุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อม และ กระบวนการให้สุขศึกษา คือ 1.บรรยายให้ความรู้ 2.ชมวีดิทัศน์ 3.การให้ความรู้เรื่องอาหาร food model 4.การสอนสมาธิบำบัด 5.รวมกลุ่มพูดคุยแลกเปลี่ยนให้กำลังใจ 6.เยี่ยมบ้าน

2. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลด้านพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อม โดยกำหนดความถี่ในการปฏิบัติ ดังนี้

เป็นประจำ หมายถึง ท่านปฏิบัติ เป็นประจำสม่ำเสมอทุกวัน

เป็นบางครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติ เป็นบางครั้งไม่สม่ำเสมอ ประมาณ 2-4 ครั้งต่อสัปดาห์

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติเลย ใน 1 สัปดาห์

มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้ (Best, 1991)

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
2.34 – 3.00	เหมาะสม
1.67 – 2.33	พอใช้
1.00 – 1.66	ไม่เหมาะสม

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ

ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในเขตอำเภอสีชมภู จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอน บาค (Cronbach method) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ. 884 (รายละเอียดในภาคผนวก)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาน t-test

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ก่อนการเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดในการวิจัยให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบ การเข้าร่วมการวิจัยนี้เป็นไปตามความสมัครใจด้วยการลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิ์ปฏิเสธและ/หรือยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลต่อการรับการรักษาและไม่มีการระบุชื่อหรือข้อมูลเป็นรายบุคคล ข้อมูลทั้งหมดจะนำเสนอในภาพรวมเพื่อผลประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ที่คลินิกไต โรงพยาบาลภูผาม่าน จังหวัดขอนแก่น พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ในกลุ่มควบคุม เป็นเพศหญิง ร้อยละ 50.7 อายุเฉลี่ย 69.11+8.14 ปี ระยะเวลาการป่วยเฉลี่ย3.14+3.14 ปี ไม่มีอาชีพ ร้อยละ 53.6 รายได้ไม่พอใช้ ไม่มีเก็บ ร้อยละ 52.2 จบประถมศึกษา ร้อยละ 82.6 ครอบครัวไม่มีประวัติโรคไต ร้อยละ 91.3 และโรคประจำตัว คือเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 37.7 และ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ในกลุ่มทดลอง เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.8 อายุเฉลี่ย 68.76+10.44 ปี ระยะเวลาการป่วยเฉลี่ย 2.86+2.56 ปี ไม่มีอาชีพ ร้อยละ 47.7 รายได้ไม่พอใช้ ไม่มีเก็บ ร้อยละ 50.8 จบประถมศึกษา ร้อยละ 83.1 ครอบครัวไม่มีประวัติโรคไต ร้อยละ 92.3 และโรคประจำตัว คือโรคอื่นๆ ร้อยละ 33.8

2. การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ Creatinine และ eGFR ของ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ที่คลินิกไต โรงพยาบาลภูผาม่าน จังหวัดขอนแก่น ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการให้โปรแกรมสุขศึกษา พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน

3. การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ Creatinine และ eGFR ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ที่คลินิกไต โรงพยาบาลภูผาม่าน จังหวัดขอนแก่น ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการให้โปรแกรมสุขศึกษา

ตาราง 1 การเปรียบเทียบ Creatinine และ eGFR ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ที่คลินิกไต โรงพยาบาลภูผาม่าน จังหวัดขอนแก่น ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการให้โปรแกรมสุขศึกษา (Independent t-test)

ตัวแปร	เปรียบเทียบ		ทดลอง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
อาหาร	19.24	1.92	20.01	1.54	132	-2.544	.012	-1.367	-.17099
ออกกำลังกาย	5.85	1.65	8.01	1.77	132	-7.294	.000	-2.746	-1.5744
ความเครียด	7.60	1.36	10.15	1.72	132	-9.503	.000	-3.074	-2.0153
ดูแลสุขภาพ	7.84	1.86	8.73	0.71	132	-3.633	.000	-1.386	-.40906
สมุนไพร	5.53	0.96	5.98	0.12	132	-3.721	.000	-.6867	-.21004
รวม	46.08	3.85	52.90	3.77	132	-10.33	.000	-8.125	-5.5157
Creatinine	1.66	0.55	1.21	0.37	132	5.374	.000	.28035	.60695
eGFR	38.71	11.00	56.63	15.71	132	-7.683	.000	-22.53	-13.30

พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมโดยรวมและรายด้านมากกว่ากลุ่มควบคุม (t มีค่าเป็นลบทุกค่า) และ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย eGFR มากกว่ากลุ่มควบคุม (t เท่ากับ -7.683) และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย Creatinine มากกว่ากลุ่มทดลอง (t เท่ากับ 5.374)

4. การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ Creatinine และ eGFR ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ที่คลินิกไต โรงพยาบาลภูผาม่าน จังหวัดขอนแก่น ก่อนและหลังการให้โปรแกรมสุขศึกษา ของกลุ่มควบคุม

ตาราง 4.6 การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ที่คลินิกไต โรงพยาบาลภูผาม่าน จังหวัดขอนแก่น ก่อนและหลังการให้โปรแกรมสุขศึกษา ของกลุ่มควบคุม (dependent t-test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
อาหาร	19.23	2.64	19.24	1.92	68	.450	.654	-.1989	.31487
ออกกำลังกาย	5.95	1.64	5.85	1.65	68	1.493	.140	-.0439	.30480
ความเครียด	7.42	1.21	7.60	1.36	68	-.591	.557	-.3173	.17238
ดูแลสุขภาพ	8.65	0.80	7.84	1.86	68	3.820	.000	.40143	1.27973
สมุนไพร	5.89	0.42	5.53	0.96	68	3.318	.001	.14443	.58021
รวม	47.15	2.86	46.08	3.85	68	4.171	.000	.68796	1.94972
Creatinine	1.48	0.45	1.66	0.55	68	-5.600	.000	-.24690	-.11716
eGFR	44.03	10.86	38.71	11.00	68	6.621	.000	3.72130	6.93174

พบว่าพฤติกรรมสุขภาพ โดยรวมและรายด้านได้แก่ ด้านการดูแลสุขภาพ และการใช้สมุนไพรและแพทย์ทางเลือก มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ก่อนการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าหลังทดลอง (t มีค่าเป็นบวกทุกค่า) และหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ย Creatinine มากกว่าก่อนทดลอง (t เท่ากับ -5.600) และก่อนทดลองมีค่าเฉลี่ย eGFR มากกว่าหลังทดลอง (t เท่ากับ 6.621)

5. การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ Creatinine และ eGFR ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ที่คลินิกไต โรงพยาบาลภูผาม่าน จังหวัดขอนแก่น ก่อนและหลังการให้โปรแกรมสุขศึกษา ของกลุ่มทดลอง

ตาราง 4.4 การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ที่คลินิกไต โรงพยาบาลภูผาม่าน จังหวัดขอนแก่น ก่อนและหลังการให้โปรแกรมสุขศึกษา ของกลุ่มทดลอง(dependent t-test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
อาหาร	19.27	1.41	20.01	1.54	64	-4.268	.000	-1.084	-.39279
ออกกำลังกาย	5.64	1.78	8.01	1.77	64	-8.889	.000	-2.920	-1.8486
ความเครียด	7.40	1.37	10.15	1.72	64	-11.00	.000	-3.344	-2.3170
ดูแลสุขภาพ	8.76	0.67	8.73	0.71	64	-8.132	.000	-1.226	-.74274
สมุนไพร	5.98	0.12	5.98	0.12	64	-4.951	.000	-.3886	-.16518
รวม	46.58	4.11	52.90	3.77	64	-11.08	.000	-9.042	-6.2810
Creatinine	1.48	0.35	1.21	0.37	64	6.874	.000	.18891	.34371
eGFR	42.78	10.18	56.63	15.71	64	-11.16	.000	-20.450	-14.241

พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมโดยรวมและรายด้านมากกว่าก่อนการทดลอง (t มีค่าเป็นลบทุกค่า) และก่อนทดลองมีค่าเฉลี่ย Creatinine มากกว่าหลังทดลอง (t เท่ากับ 6.874) หลังทดลองมีค่าเฉลี่ย eGFR มากกว่าก่อนทดลอง (t เท่ากับ -11.16)

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีสภาวะสุขภาพ ใกล้เคียงกัน ได้แก่ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ในกลุ่มควบคุม เป็นเพศหญิง ร้อยละ 50.7 อายุเฉลี่ย 69.11+8.14 ปี ระยะเวลาการป่วยเฉลี่ย3.14+3.14 ปี ไม่มีอาชีพ ร้อยละ 53.6 รายได้ไม่พอใช้ ไม่มีเก็บ ร้อยละ 52.2 จบประถมศึกษา ร้อยละ 82.6 ครอบครัวไม่มีประวัติโรคไต ร้อยละ 91.3 และโรคประจำตัว คือเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 37.7 และ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ในกลุ่มทดลอง เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.8 อายุเฉลี่ย 68.76+10.44 ปี ระยะเวลาการป่วยเฉลี่ย 2.86+2.56 ปี ไม่มีอาชีพ ร้อยละ 47.7 รายได้ไม่พอใช้ ไม่มีเก็บ ร้อยละ 50.8 จบประถมศึกษา ร้อยละ 83.1 ครอบครัวไม่มีประวัติโรคไต ร้อยละ 92.3 และโรคประจำตัว คือโรคอื่นๆ ร้อยละ 33.8 จากสถานการณ์ดังกล่าวจึงได้จัดทำโปรแกรมสุขศึกษาผู้ป่วยไตเรื้อรัง แพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักโภชนาการ แพทย์แผนไทย นักวิชาการสาธารณสุข ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุข และตัวแทนผู้ป่วย โดยสังเคราะห์จากแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคไต พยาธิสภาพของผู้ป่วยโรคไต ประสบการณ์การรักษา ประสบการณ์การดูแล และประสบการณ์การเจ็บป่วย[16–18] นำมากำหนดเป็นโปรแกรมสุขศึกษา ซึ่ง ประกอบด้วยเนื้อหา คือ ความรู้เรื่องโรคไต ภาวะแทรกซ้อนและการดำเนินของโรคสู่ภาวะไตวายระยะสุดท้าย การปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อม ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อม อุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อม และ กระบวนการให้สุขศึกษา คือบรรยายให้ความรู้ ชมวีดิทัศน์ การให้ความรู้เรื่องอาหาร food model การสอนสมาธิบำบัด รวมกลุ่มพูดคุยแลกเปลี่ยนให้กำลังใจ และการติดตามเยี่ยมบ้าน ในรูปแบบการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ป่วยและสหวิชาชีพ

ซึ่งส่งผลให้ หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมโดยรวมและรายด้านมากกว่าก่อนการทดลอง และก่อนทดลองมีค่าเฉลี่ย Creatinine มากกว่าหลังทดลอง หลังทดลองมีค่าเฉลี่ย eGFR มากกว่าก่อนทดลอง และดีกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาของรัตตินันท์ สิงห์ประเสริฐ และคณะ (2561)[19] ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงต่อผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนได้รับการบำบัดทดแทนไต ผลการศึกษาผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่อง CKD สูงขึ้น หลังการสอนทันทีและในเดือนที่ 6 คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงขึ้น ในเดือนที่ 3 และที่ 6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.000) และในเดือนที่ 6 ผู้ที่มีอัตราการกรองของไต ระดับความดันโลหิต และค่าน้ำตาลสะสมในเลือดอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน มีจำนวนเพิ่มขึ้น โปรแกรมการปรับ
เปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงนี้ สามารถเสริมสร้างแรงจูงใจ เพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง และมีแนวโน้มชะลอการเสื่อมของไตได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของกิติมา เศรษฐ์บุญสร้าง และประเสริฐ ประสมรักษ์ (2559)[20] ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต โดยการประเมินพฤติกรรมผู้ป่วย การให้ความรู้ ฝึกทักษะ ติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้านเพื่อเสริมพลังและการประสานเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วย หลังการทดลองผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตแตกต่างกับก่อนทดลอง

ข้อเสนอแนะ

ควรนำโปรแกรมสุขศึกษาผู้ป่วยไตเรื้อรังมาปรับใช้สำหรับผู้ป่วยโรคไตทุกราย โดยปรับให้เหมาะสมกับบริบทและข้อจำกัดของผู้ป่วยในแต่ละราย

ควรมีการบูรณาการร่วมกับทีมสุขภาพ และผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย และควรมีการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. U.S. Renal Data System, USRDS 2013 Annual Data Report: Atlas of Chronic Kidney Diseaseand End-Stage Renal Disease in the United States, National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, Bethesda, MD, 2013.
2. Ingsathit A, Thakkinstian A, Chaiprasert A, Sangthawan P, Gojaseni P, Kiattisunthorn K; the Thai-SEEK Group. Prevalence and risk factors of chronic kidney disease in the Thai adult population: Thai SEEK study. Nephrol Dial Transplant 2010 ; 25 : 1567-75
3. Dumrongkitchaiporn S, Sritara P, Kitiyakara C, Stitchantrakul W, Krittaphol V, Lolekha P, et al. Rsk factors for development of decreased kidney function in a Southest Asian Population: A 12-year cohort study. J Am SocNephrol2005 ; 16 : 791-9.
4. Chittinandana A, Chailimpamontree W, Chaloeiphap P. Prevalence of chronic kidneu disease in Thai adult population. J Med Assoc Thai 2006 ; 89 (Suppl 2) : S112-20.
5. Perkovic V, Cass A, AA Patel AA, Suriyawongpaisal P, Barzi F, Chadban S, MacMahon S, Neal B, on behalf of the InterASIA Collaborative Group. High prevalence of chronic kidney disease in Thailand. Kidney Int2008 ; 73 : 473-9.
6. Ong-ajyooth L, Vareesangthip K, Khonputsa P, Aekplakorn W. Prevalence of chronic kidney disease in Thai adults : a national health survey. BMC Nephrol2009 ; 10 : 35.
7. Annual Report Thailand Renal Replacement Therapy 2014สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ปี2554
8. Hsu CC, Hwang SJ, Wen CP, Chang HY, Chen T, Shiu RS, et al. High prevalence and low awareness of CKD in Taiwan: a study on the relationship between serum creatinine and awareness from a nationally representative survey. Am J Kidney Dis 2006; 48: 727-38.
9. Kim S, Lim CS, Han DC, Kim GS, Chin HJ, Kim SJ, et al. The prevalence of chronic kidney disease (CKD)and the associated factors to CKD in urban Korea: a population-based cross-sectional epidemiologic study. J Korean Med Sci 2009; 24: S11-21.
10. Zhang L, Wang F, Wang L, Wang W, Liu B, Liu J, et al. Prevalence of chronic kidney disease in China: a cross-sectional survey. Lancet 2012; 379: 815-22.
11. Singh AK, Farag YM, Mittal BV, Subramanian KK, Reddy SR, Acharya VN, et al. Epidemiology and risk factors of chronic kidney disease in India – results from the SEEK (Screening and Early Evaluation of Kidney Disease) study. BMC Nephrol 2013; 14: 114.
12. เรื่องอัตราการตายต่อประชากร 100000 คน จำแนกตามสาเหตุที่สำคัญ ปี 2549-2553.ใน:สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขสรุปสถิติสำคัญ พ.ศ. 2554. นนทบุรี: 2554: หน้า 29
13. คู่มือการจัดการโรคไตเรื้อรังสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) สำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข
14. ข้อมูลงานเทคโนโลยีสารสนเทศ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น
15. ข้อมูล health data center โรงพยาบาลภูผาม่านขอนแก่น
16. พิสิษฐ์ เวชกามา, Phisitt Vejakama, อติพร อิงค์สาธิต, Atiporn Insathit, Attia, John, อัมรินทร์ ทักขินเสถียร, AmmarinThakkinstian. การศึกษาทางระบาดวิทยาของโรคไตเรื้อรังในประเทศไทย กรุงเทพ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข(สวรส.). 2557.
17. ธัญญารัตน์ ธีรพรเลิศรัฐ์. การป้องกันการดูแลรักษาโรคไตเรื้อรังและไตวาย. สถาบันโรไตภูราชนครินทร์ กรุงเทพฯ. 2556.
18. สมชาย เอี่ยมอ่อง, สมจิตร์ เอี่ยมอ่อง, เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์, ขจร ตีรณธนากุล, เกรียง ตั้งสง่า,และวิศิษฏ์ สิตปรีชา. (บรรณาธิการ). Text book of Nephrology. กรุงเทพฯ: บริษัท เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จ ากัด.2554.
19. รัตตินันท์ สิงห์ประเสริฐ นิโรบล กนกสุนทรรัตน์ วรวรรณ ชัยลิมปมนตรี. ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงต่อผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนได้รับการบำบัดทดแทนไต. วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2561; 5(1): 57-74
20. กิติมา เศรษฐ์บุญสร้าง และประเสริฐ ประสมรักษ์. การพัฒนารู ปแบบการดูแลของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของ ผู้ป่วย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทาจังหวัดยโสธร, วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชนมหาวิทยาลัยขอนแก่น ปีที่ 4 ฉบับที่ 4 ตุลาคม – ธันวาคม 2559