

บทความวิจัย

**การพัฒนาชุมชนรักษไตโดยชุมชน
ตำบลศรีสะอาด อำเภوخุขันธุ์ จังหวัดศรีสะเกษ**
**Development of Renal Care Community by the Community
in Srisaard Subdistrict, Khukhan District, Srisaket Province**

กวีศรา สอนพุด¹ ลัมวี ปิยะบัณฑิตกุล^{2*}
 Kawisara Sornpood¹ Lukawee Piyabanditkul^{2*}

¹นักศึกษาระดับปริญญาโทสาขานิติศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น
¹Master Nursing Student, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand.

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น
²Assistant Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand.

*ผู้รับผิดชอบหลัก: kawisara.ssp@gmail.com

*Corresponding author: kawisara.ssp@gmail.com

Received 3 May 2021 • Revised 10 August 2021 • Accepted 8 September 2021

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาชุมชนรักษไต ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และประชาชนทั่วไปบ้านโคกกว้าง ตำบลศรีสะอาด อำเภوخุขันธุ์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยนำรูปแบบ การประเมินอย่างรวดเร็ว การตอบสนองและการประเมินผลอย่างรวดเร็วและกฎบัตรติดตามเพื่อการส่งเสริมสุขภาพเป็นกรอบ ในการวิจัย ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 46 คน **วิธีการ:** เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และการสังเกต ข้อมูลเชิง ปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา **ผลการศึกษา:** พบว่า รูปแบบการพัฒนา ชุมชนรักษไตโดยชุมชนตำบลศรีสะอาด ประกอบด้วย 1) การพัฒนาศักยภาพ อาสาสมัครหมู่บ้าน (อสม.) ในการตรวจ สุขภาพเบื้องต้นผู้เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคไตเรื้อรัง 2) เสริมความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง การใช้ ยาแผนปัจจุบัน ยาสมุนไพร 3) พัฒนากิจกรรมการปรุงอาหารสุขภาพลดเกลือโซเดียม และการออกกำลังกายตามวิถีเพื่อชะลอ ไตเสื่อม 4) จัดตั้งกลุ่มออกกำลังกายเพื่อสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน 5) พัฒนาระบบบริการสุขภาพโดยชุมชนมีส่วนร่วม 6) งานบุญปลอดเหล้าและน้ำอัดลม เน้นน้ำสมุนไพร และ ปลูกพืชผักปลอดสารพิษในครัวเรือน ผลของการดำเนินงานตาม รูปแบบ พบว่า 1) ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงและประชาชนอายุ 30 ปีขึ้นไป สามารถควบคุมระดับน้ำตาล และระดับความดันโลหิตได้เพิ่มขึ้น ส่งผลทำให้การทำงานของไตดีขึ้น 2) อสม.และผู้ดูแล มีศักยภาพและมีส่วนร่วมในการดูแล ผู้ป่วยมากขึ้น 3) มีการเพิ่มจำนวนวันรับบริการ มีการแจ้งเตือนการรับบริการโดยชุมชนมีส่วนร่วม และมีการจัดทำสื่อในการ แจ้งผลระดับการทำงานของไตเป็นรูปภาพ 4) ชุมชนมีการตั้งกลุ่มออกกำลังกายและมีทีมประชาสัมพันธ์ในงานบุญ 5) ชุมชน มีนโยบายงานศพปลอดเหล้า ปลอดน้ำอัดลมใช้น้ำสมุนไพร และให้ปลูกผักสวนครัวอย่างน้อย 4 ชนิด/หลังคาเรือน **สรุป:** กล่าวได้ว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างจริงจังทำให้เกิดความเข้มแข็งและยั่งยืนได้

คำสำคัญ: การพัฒนา; ชุมชนรักษไต; ชุมชน; วิจัยเชิงปฏิบัติการ

Abstract

Objective: This action research had an objective to develop the Rak Tai Community (Kidney Care Community) for patients with diabetes, hypertension, and people in Ban Khok Kwang, Srisaket Subdistrict, Khukhan District, Sisaket Province. Rapid Assessment, Response, and Evaluation: RARE Model and The Ottawa Charter for Health Promotion were employed with forty six informants. **Methods:** data were collected by interviewing, focus group discussion and observation. A quantitative data analysis was conducted using descriptive statistics and a qualitative data analysis using a content analysis method. **Results:** The results showed that the renal care community model consisted of 1) The potential development of public health volunteers to basic physical examination high risk group of chronic kidney disease, 2) Giving the knowledge of chronic kidney disease, diabetes, hypertension and also using modern and herbal medicine, 3) Developing skill to cook low sodium food and exercise for slowly progression of chronic kidney disease, 4) Creating the exercise club for health promoting in the community, 5) Developing health care service system by community participation, 6) The merit event did not use alcohol and soda drinks but used herbal and organic vegetable in household. The results of the renal care community model showed that 1) blood sugar and blood pressure levels could be better controlled in patients with diabetes and hypertension and people above the age of 30 years old, which resulted in better, kidney function, 2) the health volunteers and family caregivers had the potential and more participation in taking care of patients, 3) there was a higher number of service days, service notifications by the community, and more provision of media in the form of images to notify kidney function level, 4) the community established exercise groups and a public relations team for religious ceremonies, and 5) the community had a policy of alcohol-free and carbonated water-free funerals where herbal drinks were served, as well as instead with at least 4 types of vegetable were planted per household, **Conclusion:** thus the truly community participation could lead to strength and sustainability.

Keywords: development; renal care community; community; action research

ความเป็นมาของปัญหา

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย พบจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ร้อยละ 17.50 ในปี 2559 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยพบความชุกของโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 37.50 ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 25.60¹ อย่างไรก็ตามการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (glycosylated hemoglobin: HbA_{1c}) ให้น้อยกว่า 7 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ระดับความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 130/80 mmHg ไขมันชนิดแอลดีแอล (low density lipoprotein: LDL) ให้น้อยกว่า 100 มก./ดล. ไม่สูบบุหรี่ ออกกำลังกายสม่ำเสมอ และบริโภคเกลือโซเดียมในปริมาณที่เหมาะสม จะสามารถชะลอความเสื่อมของไตได้² ซึ่งพื้นที่ที่ดำเนินการวิจัยนี้มีบุคคลที่มีแนวโน้มการเกิดโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน ในปี พ.ศ. 2558-2560 มีอัตราความชุกของโรค 1.72 2.16

และ 2.36 ต่อพันประชากร ตามลำดับ และในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (End stage renal disease: ESRD) จำนวน 8 ราย ซึ่งมีประวัติเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง³ จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะไตเสื่อม ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านบุคคล 2) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม 3) ปัจจัยด้านระบบบริการ³ ซึ่งปัจจัยหลักคือปัจจัยด้านบุคคล เช่น เพศ กรรมพันธุ์ พฤติกรรมสุขภาพ ความอ้วน โรคและการเจ็บป่วย อายุ โดยอายุที่มากกว่า 30 ปี การทำงานของไตจะลดลงประมาณร้อยละ 1 ต่อปี⁴

โรคไตเรื้อรังไม่สามารถรักษาให้หายขาดและต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง หากโรคดำเนินไปถึงระยะไตเสื่อมซึ่งเป็นระยะสุดท้ายของโรคไต ผู้ป่วยจะต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีบำบัดทดแทนไต ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายประมาณ 240,000 บาทต่อปี⁵ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อการทำงานของไตของผู้ป่วยทำให้ความสามารถในการช่วยเหลือ

ตนเองน้อยลง เกิดความเครียด บทบาททางสังคมลดลง และต้องพึ่งพิงครอบครัวในที่สุด^{5,6} และหากจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีมากขึ้นย่อมจะส่งผลกระทบต่อชุมชนโดยรวมและประเทศชาติที่ต้องสูญเสียทรัพยากรบุคคลก่อนวัยอันควร⁴

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการพัฒนาพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพตนเองสามารถทำให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนชะลอความก้าวหน้าของโรคได้⁷ และหากมีการให้บริการด้านสุขภาพของหน่วยบริการเชิงรุก จะส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้มากขึ้นสามารถชะลอไตเสื่อมได้⁸ นอกจากนี้ตัวบุคคล หน่วยบริการสุขภาพแล้วชุมชนก็มีส่วนสำคัญในการช่วยลดปัจจัยเสี่ยง จากการศึกษาของ Singhkum⁹ พบว่าการเสริมสร้างพลังภาคีเครือข่ายแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานโดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนตั้งแต่การวิเคราะห์สถานการณ์ การวางแผนแก้ไขปัญหา การปฏิบัติงาน ตลอดจนการประเมินผลการดำเนินงาน จะทำให้ชุมชนให้ความสำคัญในการดูแลคนผู้ป่วยและคนในชุมชนได้มากขึ้น การสร้างเสริมกิจกรรมรณรงค์ด้านสุขภาพในชุมชน จะส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพและชะลอการเกิดภาวะไตเสื่อมได้

การสร้างเสริมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมในชุมชนจะประสบผลสำเร็จได้ ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมจากหลายแหล่งและเป็นการบูรณาการวิธีการที่หลากหลาย สอดคล้องกับกฎบัตรออตตาวาเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ (Ottawa Charter for Health Promotion) ได้แก่ การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล การเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็ง การปรับระบบบริการสาธารณสุข การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ และการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ³ เพื่อสนับสนุนให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม มีทางเลือกด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น มีการกำหนดกฎ กติกา นโยบายเพื่อลดปัจจัยเอื้อต่อการเกิดพฤติกรรมเสี่ยงซึ่งจะทำให้ชุมชนมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น สามารถจัดการปัญหาได้อย่างยั่งยืน¹⁰ ประเทศไทยเน้นการสร้างเสริมสุขภาพโดยใช้ยุทธศาสตร์สาธารณสุขเชิงรุก มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีที่ผ่านมามีกำหนดให้มีการตรวจสุขภาพเพื่อคัดกรองโรคตามภาวะเสี่ยงอยู่เสมอ¹¹ และได้กำหนดยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทยโดยส่งเสริมกระบวนการตำบลจัดการสุขภาพต้นแบบที่นำไปสู่การจัดการโรคเรื้อรัง และการลดปัจจัยเสี่ยง¹² แต่แนวทางยังไม่ชัดเจนขาดการมีส่วนร่วมของชุมชนและไม่สอดคล้องกับบริบท ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและระดับ

ความดันโลหิตได้

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจทำวิจัย เรื่อง “การพัฒนาชุมชนรักษไต” โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อม โดยใช้รูปแบบการประเมินอย่างรวดเร็ว การตอบสนองและการประเมินผลอย่างรวดเร็ว (Rapid Assessment Response and Evaluation Model; RARE Model) เป็นกรอบกระบวนการวิจัย ซึ่งรูปแบบนี้เน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินการแก้ไขปัญหาในทุกขั้นตอน และได้ถูกนำไปประยุกต์ใช้ในการจัดการปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในหลายพื้นที่ สามารถแก้ไขปัญหาได้ตรงกับความต้องการ ผู้ป่วยเกิดความตระหนักเกิดการพัฒนาความรู้ และเกิดทักษะที่ถูกต้องในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคได้¹³⁻¹⁵

คำถามการวิจัย

1. สถานการณ์ปัญหาโรคไตเรื้อรังในชุมชน และในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง บ้านโคกกวาง ตำบลศรีสะอาด อำเภوخุันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ เป็นอย่างไร
2. รูปแบบการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอไตเสื่อมของชุมชนรักษไต บ้านโคกกวาง ตำบลศรีสะอาด อำเภوخุันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ ควรเป็นอย่างไร
3. ผลการพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพของชุมชนรักษไต บ้านโคกกวาง ตำบลศรีสะอาด อำเภوخุันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ เป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบท ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยป้องกัน ภาวะสุขภาพและกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมของประชาชนในชุมชน และกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง บ้านโคกกวาง ตำบลศรีสะอาด อำเภوخุันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอไตเสื่อมของชุมชนรักษไต บ้านโคกกวาง ตำบลศรีสะอาด อำเภوخุันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ
3. เพื่อประเมินผลการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอไตเสื่อมของชุมชนรักษไต บ้านโคกกวาง ตำบลศรีสะอาด อำเภوخุันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ

รูปแบบการศึกษา

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้ ได้นำรูปแบบการประเมิน การตอบสนอง และการประเมินผลอย่างรวดเร็ว (RARE Model) มาใช้เป็นกรอบกระบวนการวิจัย ภายใต้แนวคิด การสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวา (The Ottawa Charter for Health Promotion) ขั้นตอนการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วนหลัก คือ (1) การประเมินอย่างรวดเร็ว ได้แก่ ทักษะส่วนบุคคล ความเข้มแข็งของชุมชน บริการ สาธารณสุข สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และนโยบาย สาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ การสนทนา กลุ่ม และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม (2) การตอบสนองอย่างรวดเร็ว ประชุมหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ออกแบบกิจกรรม สร้างเสริมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมในชุมชน จัดลำดับความ สำคัญและความเร่งด่วนของปัญหา แล้วปฏิบัติกิจกรรมเพื่อ ชะลอไตเสื่อมในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของหน่วยงานที่ เกี่ยวข้อง และ (3) การติดตามประเมินผล เพื่อติดตาม กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมในชุมชนที่ พัฒนาขึ้น รวมถึงการประเมินผลการนำรูปแบบการประเมิน การตอบสนอง และการประเมินผลอย่างรวดเร็วมาใช้ในการ ออกแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมใน ชุมชน

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้เป็นการวิจัยโดยนำ รูปแบบการประเมิน การตอบสนอง และการประเมินผล อย่างรวดเร็ว (Rapid Assessment, Response, and Evaluation: RARE Model) เป็นกรอบกระบวนการใน การศึกษา มีองค์ประกอบหลักในการดำเนินงาน คือ การประเมิน ปัญหาอย่างรวดเร็ว (Rapid assessment) การตอบสนอง อย่างรวดเร็ว (Rapid responses) และการประเมินผลอย่าง รวดเร็ว (Rapid evaluation)¹⁵

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ระยะเตรียมการ สร้างทีมงานร่วม ดำเนินการวิจัย 4 คน หลังจากนั้นร่วมกันคัดเลือกคณะทำงาน ในชุมชน จำนวน 9 คน เตรียมผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 46 คน ประกอบด้วย 3 กลุ่ม ดังนี้ 1) กลุ่มผู้ป่วย ได้แก่ ผู้ป่วย โรคไตเรื้อรัง 2 คน โรคเบาหวาน 3 คน โรคความดัน โลหิตสูง 4 คน เป็นทั้งโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

3 คน รวม 12 คน ประชาชนอายุ 30 ปีขึ้นไป 20 คน ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง 5 คน รวมผู้เข้าร่วมวิจัย จำนวน 37 คน 2) กลุ่มผู้นำชุมชน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 1 คน รองนายกเทศมนตรีเทศบาล ตำบลศรีสะอาด จำนวน 1 คน รวม 2 คน 3) กลุ่มผู้ให้บริการสุขภาพ ได้แก่ ผอ.รพ.สต.ตะเคียนบังอี้ง จำนวน 1 คน นักวิชาการสาธารณสุขผู้รับผิดชอบพื้นที่ที่ทำการวิจัย จำนวน 1 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 5 คน รวม 7 คน

ขั้นตอนที่ 2 ระยะดำเนินการ แบ่งเป็น 3 ระยะ

2.1 ระยะประเมินอย่างอย่างรวดเร็ว โดยเก็บ รวบรวมข้อมูลทุติยภูมิ ได้แก่ รายงานการดำเนินงานและ สถิติผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง และเก็บข้อมูลปฐมภูมิจากผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ การสัมภาษณ์ ในกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ กลุ่มผู้นำชุมชนและกลุ่มผู้ให้บริการ การสนทนากลุ่มในกลุ่ม อสม. และกลุ่มผู้ดูแล การสังเกต แบบมีส่วนร่วมตลอดกระบวนการวิจัย วิเคราะห์ข้อมูล เชิงปริมาณตามหลักสถิติ และข้อมูลเชิงคุณภาพในเชิงเนื้อหา และนำเสนอผลการรวบรวมข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูลหลักทุกคน ได้รับทราบ

2.2 ระยะตอบสนองอย่างรวดเร็ว จัดเวทีประชุม ระดมสมองจำนวน 1 ครั้ง โดย ผู้วิจัยหลัก ทีมวิจัยภาคสนาม และคณะทำงานในชุมชนประชุมร่วมสรุปประเด็นที่ควรมี การพัฒนา การจัดการปัญหาและวางแผนให้ความช่วยเหลือ โดยการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวา ได้แก่

2.2.1 การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลโดย 1) พัฒนา ศักยภาพ อสม. โดยจัดอบรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องโรคไต เรื้อรังโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงฝึกปฏิบัติและ เพิ่มการฝึกปฏิบัติทักษะการตรวจคัดกรองโรคไต การแจ้งผล และการให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อม จำนวน 1 ครั้ง 1 วัน 2) เสริมความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง การใช้ยาแผนปัจจุบัน ยาสมุนไพร โดยใช้บุคคลในชุมชนและสื่อออนไลน์ในเรื่อง การดูแลตนเองไม่เหมาะสมทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางตา และไต และบุคคลต้นแบบในชุมชนเล่าประสบการณ์การดูแล ตนเองที่เหมาะสม และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ร่วมเล่า ประสบการณ์การใช้ยา จำนวน 1 ครั้ง 1 วัน 3) พัฒนาทักษะ การปรุงอาหารสุขภาพลดเกลือโซเดียม การอ่านฉลาก โภชนาการแนะนำตัวอย่างปริมาณเกลือโซเดียมในเครื่องปรุง แต่ละชนิด สาธิตการปรุงอาหารและการออกกำลังกาย

ที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูง ผู้ดูแลผู้ป่วย และประชาชนอายุ 30 ปีขึ้นไป จำนวน 1 ครั้ง 1 วัน

2.2.2 การเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็ง โดยการ จัดเวทีประชาคมร่วมคิด วิเคราะห์ ตัดสินใจ จัดตั้งกลุ่ม ออกกำลังกายที่บริหารจัดการโดยชุมชนเองเพื่อให้เกิด การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทำกิจกรรมร่วมกันในชุมชน

2.2.3 การปรับระบบบริการสุขภาพ โดยชุมชน มีส่วนร่วม ดังนี้ 1) พัฒนาการแจ้งผลการตรวจคัดกรอง ภาวะแทรกซ้อนทางไตเป็นสัญลักษณ์รูปไตเพื่อให้เข้าใจง่าย 2) พัฒนาการให้บริการตรวจประเมินภาวะสุขภาพเมื่อมา รับบริการที่ครอบคลุม 3) พัฒนาการบริการเพื่อแก้ปัญหา การรับการรักษาไม่ต่อเนื่อง โดยแจ้งรายชื่อผู้ที่นัดล่วงหน้า 2 วัน ส่งให้ประธานและอสม.ทางไลน์เพื่อแจ้งให้ผู้ป่วยและ ญาติทราบวันนัดรับบริการ และในกรณีผู้ป่วยไม่สามารถมา ตามนัดจะประสาน อสม.ติดตามเยี่ยม

2.2.4 การสร้างสิ่งแวดล้อมและนโยบายที่เอื้อต่อ สุขภาพเพื่อให้เกิดข้อตกลงในชุมชน คือ งานบุญในชุมชน จะเน้นอาหารสุขภาพ ปลอดเหล้าและน้ำอัดลม เน้นน้ำสมุนไพร และให้ทุกหลังคาเรือนปลูกพืชผักสวนครัว อย่างน้อย 4 ชนิด ส่งเสริมการรับประทานผักปลอดสารพิษโดยใช้ผักที่หาได้ใน ชุมชนก่อน

2.3 ระยะประเมินผลอย่างรวดเร็ว โดยในแต่ละ กิจกรรมมีการประเมินผล และปรับปรุงแนวทางอยู่เป็นระยะ เมื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพครบ 3 เดือน มีการประเมิน พฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้างเดิม ที่ใช้ประเมินก่อนและหลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จัดเวทีถอดบทเรียนให้กลุ่มที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับกิจกรรมร่วม วางแผนการดำเนินงานในอนาคตเพื่อให้เกิดความต่อเนื่อง และยั่งยืน

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE 612222 วันที่ 27 สิงหาคม 2561 ผู้วิจัยได้ชี้แจง ข้อมูลรายละเอียดการวิจัย และผู้ให้ข้อมูลสามารถปฏิเสธ การให้ข้อมูล โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล ข้อมูล ทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับและเผยแพร่ผลการวิจัยใน ภาพรวมเท่านั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และตามประเด็นเพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัย ซึ่งมีทั้งหมด 6 เครื่องมือ ได้แก่

1. แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดัน โลหิตสูง ประชาชนอายุ 30 ปีขึ้นไป ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 ภาวะสุขภาพ ส่วนที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง โรคเบาหวาน และ โรคความดันโลหิตสูง โดยเป็นข้อคำถามปลายปิด 20 ข้อ มีตัวเลือก คือ “ใช่” และ “ไม่ใช่” คะแนนมีค่าระหว่าง 0-20 แปลผลความรู้ตามเกณฑ์ของ Bloom อ้างถึงใน Chanthawanit¹⁶ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ส่วนที่ 4 พฤติกรรม การดูแลตนเองซึ่งเป็นคำถามปลายปิด 10 ข้อ โดยมีข้อ คำถามทางบวก 5 ข้อ ทางลบ 5 ข้อ คะแนนมีค่าระหว่าง 10-50 ใช้มาตราส่วน ประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ โดยประยุกต์ตามหลักของ Likert Scale อ้างถึงใน Chanthawanit¹⁶ การแปลผลตามเกณฑ์ของ Bloom อ้างถึง ใน Chanthawanit¹⁶ และส่วนที่ 5 การรับรู้ การจัดการ สุขภาพ และการได้รับความช่วยเหลือ

2. แบบสัมภาษณ์ผู้นำชุมชน ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและส่วนที่ 2 ประกอบด้วย (1) การรับรู้สถานการณ์ของโรคเบาหวาน โรคความดัน โลหิตสูง และโรคไตเรื้อรัง (2) การรับรู้สาเหตุปัจจัยการเกิด โรคไตเรื้อรัง (3) การจัดการที่ดำเนินการในการสร้างเสริม สุขภาพคนในชุมชน (4) ความต้องการพัฒนาการสร้างเสริม สุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วย และประชาชนอายุ 30 ปี ขึ้นไป

3. แบบสัมภาษณ์สำหรับผู้ให้บริการสุขภาพ ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 ประกอบด้วย (1) การรับรู้สถานการณ์ของโรคเบาหวาน โรคความดัน โลหิตสูง และโรคไตเรื้อรัง (2) การรับรู้สาเหตุปัจจัยการเกิด โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงและโรคไตเรื้อรัง (3) การจัดการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพคนในชุมชนที่ผ่านมา (4) ความต้องการพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อชะลอไต เสื่อมของผู้ป่วย และประชาชนอายุ 30 ปีขึ้นไป

4. แนวคำถามการสนทนากลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข มีประเด็นดังนี้ (1) การรับรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง (2) การรับรู้สาเหตุปัจจัยการเกิด โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรัง (3) บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขในการช่วยเหลือดูแล

และสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยและประชาชนอายุ 30 ปีขึ้นไป ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน (4) การดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพที่ผ่านมาในผู้ป่วย และประชาชนอายุ 30 ปีขึ้นไป ความต้องการพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยและประชาชนอายุ 30 ปีขึ้นไป

5. การสนทนากลุ่มสำหรับผู้ดูแล ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา การเจ็บป่วยของผู้ที่อยู่ภายใต้การดูแล ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ประสบการณ์ในการอบรมหรือได้รับความรู้ ลักษณะการดูแลภาวะสุขภาพของท่าน หน้าที่ในการดูแล ส่วนที่ 2 แนวคำถาม ประกอบด้วย (1) การรับรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง (2) การรับรู้สาเหตุ ปัจจัยการเกิดโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงและโรคไตเรื้อรัง (3) บทบาทของผู้ดูแลในการช่วยเหลือดูแลและสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยและประชาชนอายุ 30 ปีขึ้นไปรวมทั้งปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน (4) ความต้องการการช่วยเหลือจากบุคคลที่เกี่ยวข้อง

6. แนวทางการสังเกตแบบมีส่วนร่วม โดยการสังเกตดังนี้ (1) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพของชุมชนและครอบครัว (2) สิ่งแวดล้อมทางสังคม (3) พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยและประชาชนอายุ 30 ปีขึ้นไป

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความตรงทางด้านเนื้อหา (content validity) เฉพาะเครื่องมือที่เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์สำหรับกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง ประชาชนอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป และพฤติกรรมสุขภาพจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล 2 คน แพทย์ประจำคลินิกโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง 1 คน พยาบาลผู้ปฏิบัติงานในชุมชนและมีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงและโรคไตเรื้อรัง 2 คน โดยได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ (S-CVI) เท่ากับ 1 สำหรับแนวทางการสนทนากลุ่มสำหรับผู้ดูแลและ อสม. แนวทางการสัมภาษณ์ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ และแนวทางการสังเกตแบบมีส่วนร่วม ตรวจสอบความถูกต้องและเหมาะสมของข้อคำถามจากอาจารย์ที่ปรึกษา จำนวน 1 ท่าน หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงและประชาชนอายุ 30 ปีขึ้นไป ในชุมชนอื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน จำนวน 30 คน และเมื่อนำไป

ใช้จริงมีการปรับภาษาเพื่อให้เข้าใจง่ายขึ้น แต่ไม่กระทบกับความหมายของข้อคำถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ย ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพเชิงวิชาการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) วิเคราะห์ไปพร้อมๆ กับการเก็บข้อมูล ตรวจสอบและ ยืนยันความถูกต้องของข้อมูลตามประเด็นคำถาม ทำการตรวจสอบข้อมูลที่ได้จนสมบูรณ์ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์การวิจัย¹⁷ และสรุปประเด็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและความต้องการของผู้ป่วยและประชาชนในการชะลอความเสื่อมของไต ก่อนนำเสนอต่อชุมชนผ่านเวทีประชาคมหมู่บ้านเพื่อนำใช้ในการออกแบบแนวทางการดูแลสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมร่วมกัน

ผลการวิจัย

1. บริบท ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยป้องกัน ภาวะสุขภาพกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมของประชาชนอายุ 30 ปีขึ้นไปและกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ก่อนดำเนินการ

1.1 ข้อมูลทั่วไปและภาวะสุขภาพ

1.1.1 กลุ่มผู้ป่วย ทั้งหมด 12 คน ได้แก่ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 2 คน ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง มากกว่า 10 ปี ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตได้ ระดับไขมัน LDL สูง เป็นโรคไตเรื้อรังมา 1 ปี มีญาติป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง รักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบันร่วมกับการใช้สมุนไพร ผู้ป่วยเฉพาะโรคเบาหวาน 3 คน ป่วยด้วยโรคนี้มานาน 5-9 ปี มีญาติป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง 1 คน ทุกคนรักษาด้วยยาแผนปัจจุบันและยาสมุนไพร ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) สูงกว่าเกณฑ์ 2 คน มีระดับไขมัน LDL สูง และมีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ทั่วไปถึงอ้วนทุกคน ผู้ป่วยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง 4 คน ป่วยด้วยโรคนี้มานาน 5-9 ปี มี 2 คน ที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ และมีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ทั่วไป ทุกคนมีระดับไขมัน LDL สูง และมี 3 คนที่มีอัตราการกรองของไต อยู่ในระยะ 2 (eGFR 60-89 มล./นาที/1.73 ตารางเมตร) ผู้ป่วยที่เป็นทั้งโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง 3 คน ป่วยมานาน 5-9 ปี รักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบันและยาสมุนไพร ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและระดับความดันโลหิตได้ มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ทั่วไป อัตราการกรองของไต

ระยะ 2 มีระดับไขมัน LDL และระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) สูง

1.1.2 ประชาชนอายุ 30 ปีขึ้นไป 20 คน มีค่าดัชนีมวลกายเกิน 9 คน มีกรรมพันธุ์ป่วยเป็นโรคเบาหวาน 4 คน โรคความดันโลหิตสูง 8 คน และโรคไตเรื้อรัง 2 คน มีโรคประจำตัว คือ ไขมันในเลือดสูง 4 คน มีประวัติป่วยด้วยโรคกระเพาะปัสสาวะอักเสบ 2 คน เสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน 4 คน และเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง 5 คน

1.2 พฤติกรรมสุขภาพ

1.2.1 กลุ่มผู้ป่วย บางส่วนรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงบางส่วนใช้สมุนไพรในการรักษาควบคู่กับการรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน ด้านการรับประทานอาหาร กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานบางส่วนยังรับประทานอาหารที่มีไขมันและโซเดียมสูง รวมทั้งดื่มเครื่องดื่มรสหวาน ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ด้านการออกกำลังกาย กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงบางส่วนไม่ได้ออกกำลังกายเป็นรูปแบบเนื่องจากเข้าใจว่าการทำงานคือการออกกำลังกายที่เพียงพอแล้ว ด้านการควบคุมการดื่มแอลกอฮอล์ กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงบางส่วนที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เนื่องจากเข้าใจว่าการต้องเหล้ากับยาสมุนไพรจะทำให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตได้ดีขึ้น รวมถึงมีการดื่มในงานบุญประเพณีในชุมชน

1.2.2 กลุ่มประชาชนอายุ 30 ปีขึ้นไป มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร โดยส่วนใหญ่ซื้ออาหารจากรถเร่ และในการทำอาหารรับประทานเองส่วนใหญ่ใช้วิธีการทอดและผัด ไม่มีการออกกำลังกายที่เป็นรูปแบบและเวลาที่เหมาะสม ส่วนน้อยที่สูบบุหรี่เพื่อคลายเหงา และส่วนใหญ่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตามงานบุญประเพณีในชุมชน

1.3 ปัจจัยที่ส่งกระทบต่อการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อม

1.3.1 ด้านบุคคลของกลุ่มผู้ป่วย ผู้ที่มีอายุ 30 ปีขึ้นไปและผู้ดูแลด้านบุคคล พบว่า กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และผู้ที่มีอายุ 30 ปีขึ้นไปประกอบอาชีพเกษตรกรรมและรับจ้างทั่วไป ต้องรีบออกจากบ้านไปทำงานแต่เช้าและกลับถึงบ้านเย็น รวมถึงการมีทักษะการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายไม่เพียงพอ ขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน

โรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่มีค่าคะแนนความรู้ในระดับปานกลาง ส่วนผู้ป่วยที่เป็นทั้งโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง มีค่าคะแนนความรู้ในระดับดี กลุ่มอายุ 30 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่มีค่าคะแนนความรู้ อยู่ระดับดี แม้จะมีค่าคะแนนความรู้ในระดับปานกลางและระดับดี แต่เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่า ส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าการออกกำลังกายอย่างน้อยครั้งละ 30 นาที 5 วันต่อสัปดาห์ อย่างสม่ำเสมอ มีผลกับระดับน้ำตาล และการที่มีระดับน้ำตาลหรือระดับความดันในเลือดสูงเป็นระยะเวลานานๆ จะส่งผลต่อความเสื่อมของไต ด้านผู้ดูแล ผู้ดูแล 5 คน ทั้งหมดเป็นเพศหญิง อายุต่ำกว่า 40 ปี 4 คน อายุต่ำสุด 24 ปี สูงสุด 57 ปี มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย คือ เป็นบุตร 4 คน และภรรยา 1 คน มีความรู้และทักษะไม่เพียงพอในการแนะนำและกระตุ้นผู้ป่วย ผู้ดูแลไม่ทราบว่าผู้ป่วยกินยาอะไรบ้าง และไม่ทราบผลข้างเคียงของยา ส่วนใหญ่ช่วยเหลือในเรื่องการพาไปรับยาตามนัดเท่านั้น

1.3.2 ด้านระบบบริการ เจ้าหน้าที่ 2 คน ประกอบด้วย 1) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวุฒิการศึกษาปริญญาตรีมีประสบการณ์ในการทำงานด้านบริหาร 11 ปี ด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง 8 ปี 2) นักวิชาการสาธารณสุข จบการศึกษาระดับปริญญาโท มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง 10 ปี ให้บริการยังไม่ครอบคลุมปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ทำได้เพียงให้คำแนะนำแบบสั้น อสม. 5 คน เพศหญิงทั้งหมด มีอายุ 40-49 ปี 4 คน อายุมากกว่า 49 ปี 1 คน ทุกคนจบชั้นมัธยมศึกษา และมีประสบการณ์การเป็นอสม. มานานมากกว่า 10 ปี มีการติดตามเยี่ยมบ้านให้คำแนะนำทั่วๆ ไป เนื่องจากยังไม่เคยผ่านการอบรมในเรื่องโรคไตที่เฉพาะเจาะจง และไม่มีความมั่นใจในการให้คำแนะนำ

1.3.3 ด้านสิ่งแวดล้อมและนโยบายผู้ใหญ่บ้านและรองนายกเทศมนตรีตำบลศรีสะอาด จบการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษา ไม่เคยผ่านการอบรมเรื่องโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรัง มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยน้อย อีกทั้งขาดการประสานข้อมูลผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทำให้ไม่ทราบสถานการณ์ที่ชัดเจน และขาดการจัดการกับปัจจัยแวดล้อมต่างๆ ชุมชนยังไม่มีนโยบาย แผนงานโครงการหรือกิจกรรม ที่ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อชะลอไตเสื่อมโดยตรง มีเพียงนโยบายที่เกี่ยวข้องหรือสัมพันธ์ในลักษณะการดูแลสุขภาพเบื้องต้นทั่วไป อีกทั้งชุมชนมีร้านค้าที่กระจายในชุมชน

โดยคนในชุมชนส่วนใหญ่ นิยมใช้บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ ซื้อเครื่องปรุงอาหารและอาหารสำเร็จรูปเก็บไว้และมีรถเข็นขายอาหารสำเร็จรูปเข้ามาขายในชุมชน ซึ่งทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงแหล่งอาหารรส หวาน มัน เค็ม ได้ง่ายขึ้น และงานบุญประเพณีในชุมชน เป็นอีกปัจจัยที่เป็นอุปสรรค ทำให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลและระดับความดันโลหิตไม่ได้

2. รูปแบบการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอไตเสื่อมของชุมชนรักษไต โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนประกอบด้วย การวางแผนร่วมกันระหว่างคณะทำงานในชุมชน ทีมวิจัยภาคสนามและผู้วิจัย และมีการจัดกิจกรรมการพัฒนาชุมชนรักษไต โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1 คณะทำงานในชุมชน ทีมวิจัยภาคสนามและผู้วิจัย วางแผนร่วมกัน เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อม ประกอบไปด้วย 1) อบรมเชิงปฏิบัติการเพิ่มศักยภาพ อสม. ในการตรวจสุขภาพเบื้องต้น 2) เสริมความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง การขยายแผนปัจจุบัน ยาสมุนไพรเพิ่มทักษะการปรุงอาหารสุขภาพลดเกลือโซเดียม และการออกกำลังกายแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ผู้ดูแลผู้ป่วย และประชาชนอายุมากกว่า 30 ปี ให้สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง 3) จัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับบุคคลที่เป็นโรคไตเรื้อรัง และบุคคลต้นแบบที่ควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตได้ดีเล่าประสบการณ์ในการปฏิบัติตัว 4) เจ้าหน้าที่ที่ให้บริการในคลินิกและ อสม. ที่ให้บริการในชุมชน ปรับการบริการให้ผู้รับบริการได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง เพิ่มวันให้บริการในคลินิกที่รพ.สต. และแจ้งผลตรวจระดับการทำงานของไตเป็นรูปภาพ 5) ชุมชนจัดตั้งกลุ่มออกกำลังกาย โดยมีผู้ป่วย อสม. และประชาชนในชุมชนสลับกันเป็นผู้นำในการออกกำลังกาย มีการบริหารจัดการโดยชุมชนเอง มีนโยบายใช้น้ำสมุนไพรแทนน้ำอัดลมและนโยบายให้ทุกหลังคาเรือนปลูกผักสมุนไพรอย่างน้อยหลังคาเรือนละ 4 ชนิด

2.2 กิจกรรมการพัฒนาชุมชนรักษไตโดยชุมชน ประกอบด้วย การจัดประชุมระดมสมองโดยมีการแยกประชุมในแต่ละกลุ่มเพื่อวางแผนแนวทางการดูแล ดังนี้ ผู้ดูแลในครอบครัวร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ความรู้และแนวทางในการดูแล สนับสนุนกลุ่มผู้ป่วยโดยมีการประกอบอาหารเมนูลดหวาน มัน เค็ม ช่วยเหลือในการสังเกตอาการระดับน้ำตาลในเลือดสูง หรือต่ำ กระตุ้นเตือนเรื่องอาหารและการออกกำลังกายด้วยคำพูด พาไป

รับยาเมื่อถึงวันนัด รับฟังคำแนะนำพร้อมกับผู้ป่วย ขณะที่อสม. ได้รับการพัฒนาศักยภาพในด้านความรู้ทักษะในการคัดกรอง การให้คำแนะนำ ติดตามเยี่ยม กระตุ้นเตือนเมื่อถึงวันนัด และเชิญชวนให้กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ประชาชนอายุ 30 ปีขึ้นไปและคนในชุมชนให้มาออกกำลังกายร่วมกัน ลดการรับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม เป็นต้น สำหรับผู้นำชุมชนมีส่วนร่วมในการประชาสัมพันธ์ โดยเฉพาะการให้ความรู้การออกกำลังกาย การลดอาหารหวานมันเค็มเพื่อชะลอไตเสื่อมผ่านงานบุญประเพณีในชุมชนทุกงาน ผ่านทางหอกระจายเสียงอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมถึงเชิญชวนให้ออกกำลังกายร่วมกันอย่างต่อเนื่อง

3. การประเมินผลการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอไตเสื่อมของชุมชนรักษไต

3.1 การประเมินผลลัพธ์ (outcome evaluation)

3.1.1 ระดับความรู้และพฤติกรรม กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง และประชาชนอายุ 30 ปีขึ้นไปทุกคน มีค่าคะแนนความรู้ร้อยละ (ร้อยละ 80 ขึ้นไป) โดยพบว่าทั้ง 4 กลุ่มมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานอาหารและเครื่องดื่มแม้ยังเลิกใช้เครื่องปรุงรสไม่ได้แต่ก็มีการลดซื้ออาหารจากรถเร่เปลี่ยนเป็นปรุงอาหารเอง ยังคงรับประทานอาหารหมักดองและน้ำพริกปลาร้า เนื่องจากเป็นอาหารประจำถิ่นแต่ก็ปรับลดลง รับประทานผักเพิ่มขึ้น เนื่องจากปลูกทุกหลังคาเรือน ส่วนใหญ่จะปรุงโดยการต้มหรือลวกมากกว่ารับประทานผัดสด

3.1.2 การดูแลตนเองและภาวะสุขภาพ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง 10 คน มีค่าดัชนีมวลกายลดลง (6 คน) การควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดน้อยกว่า 7 มก./ดล. (5 คน) การควบคุมระดับความดันโลหิตน้อยกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท (8 คน) ระดับการทำงานของไต ประเมินจากค่า eGFR ดีขึ้น (6 คน) กลุ่มประชาชนอายุ 30 ปีขึ้นไป 20 คน มีความมั่นใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เป็นไปในทางที่ดีขึ้น ทำให้ดัชนีมวลกาย ลดลง 15 คน คิดเป็นร้อยละ 75 ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด < 100 มก./ดล. ได้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 80 เป็นร้อยละ 90 สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต < 120/80 มิลลิเมตรปรอท ได้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 75 เป็นร้อยละ 85 ผลการตรวจระดับโปรตีนในปัสสาวะปกติเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 80 เป็นร้อยละ 90

3.1.3 ประเมินการปรับระบบบริการสุขภาพ เพื่อชะลอไตเสื่อม โดยการปรับลดจำนวนคน เพิ่มจำนวนวันและการแจ้งผลระดับการกรองของไตเป็นสัญลักษณ์รูปไต ผู้ป่วยมีความพึงพอใจ ผู้ดูแล อสม.และผู้นำชุมชนรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและมีส่วนร่วมในการติดตามสนับสนุนการเข้ารับการรักษาที่ต่อเนื่องมากขึ้น เจ้าหน้าที่มีเวลาให้คำปรึกษาแนะนำร่วมกับผู้ป่วยในการแก้ไขปัญหาที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง

3.1.4 ประเมินชุมชนเข้มแข็ง การสร้างนโยบายสาธารณะ และการปรับสิ่งแวดล้อมที่เอื้อในการชะลอไตเสื่อม ผู้นำกลุ่มต่างๆ และประชาชนในชุมชนเกิดความตระหนักและมีการตื่นตัวในการดูแลสุขภาพตนเองเกิดกลุ่มต่างๆ เช่น อสม.รักษไต คนต้นแบบรักษสุขภาพ แม่ครัวรักษไต กลุ่มแม่บ้านงานบุญประเพณี มีการกำหนดมาตรฐานงานบุญเน้นอาหารเพื่อสุขภาพ มีผักเป็นส่วนประกอบอย่างน้อย 1 มื้อใน 1 วัน ใช้น้ำสมุนไพรแทนน้ำอืดลม และให้ทุกหลังคาเรือนปลูกผักสวนครัวอย่างน้อย 4 ชนิด เพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงในชุมชน

3.2 ชุมชนรักษไตที่พัฒนาโดยชุมชน มีความเหมาะสมกับบริบทและความต้องการของชุมชน ดังนี้

ชุมชนรักษไตที่พัฒนาโดยชุมชนมีความเหมาะสมกับบริบทและความต้องการของชุมชน ตำบลศรีสะอาดประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ 1) การวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์บริบทชุมชน ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความเสี่ยงของไตทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน รวมถึงปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ และทุนทางสังคม แหล่งประโยชน์ที่มีในชุมชน ร่วมกับผู้นำ และผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชน เพื่อทำความเข้าใจกับบริบท/สถานการณ์ที่เป็นอยู่ และปัญหาความต้องการที่แท้จริงของกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง และประชาชนในชุมชน อย่างไรก็ตาม ข้อมูลต่างๆ รวมถึงผลการวิเคราะห์ ข้อมูลที่จำต้องได้รับการตรวจสอบความถูกต้อง โดยเจ้าของข้อมูล ผู้นำชุมชน และผู้ที่เกี่ยวข้องซึ่งเป็นผู้รู้ข้อมูลเป็นอย่างดี 2) การออกแบบรูปแบบโครงการ และกิจกรรมเพื่อการชะลอไตเสื่อม ที่ตรงตามปัญหาและความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย รวมถึงสอดคล้องกับวิถีชีวิต สังคม วัฒนธรรมของคนในชุมชน ซึ่งในงานวิจัยนี้กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป โดยนำใช้ข้อมูลในข้อที่ (1) ผ่านการประชุมระดมสมองทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องทั้งตัวแทนกลุ่มผู้ป่วย ประชาชน ผู้นำชุมชน ผู้นำท้องถิ่น

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้ที่เกี่ยวข้อง 3) การดำเนินงานตามแผนกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมตามกรอบแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรอตตาวา ดังนี้ 3.1) การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้และเน้นฝึกทักษะการตรวจสุขภาพเบื้องต้นที่ดีในกลุ่ม อสม. 3.2) การจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับบุคคลที่เคยป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังและคนต้นแบบที่เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง 3.3) การฝึกหัดและพัฒนาทักษะ ได้แก่ การปรุงอาหาร กิจกรรมการออกกำลังกายที่สามารถปฏิบัติได้เองที่บ้าน การเดินแอโรบิค SKT ปั่นจักรยาน แกว่งแขน หรือเดินเร็ว ซึ่งปฏิบัติเป็นประจำอย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วันๆ ละ 30 นาที 3.4) การพัฒนาผู้ดูแลในครอบครัว ดูแลตรวจสอบยาก่อนให้ผู้ป่วยรับประทาน ลดความเครียดของผู้ป่วยโดยการพูดคุยให้กำลังใจ กระตุ้นเตือนเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย พาผู้ป่วยไปรับยา อยู่ร่วมฟังคำแนะนำจากแพทย์และเจ้าหน้าที่ รวมถึงช่วยดูแลจัดการอาการเมื่อผู้ป่วยมีอาการน้ำตาลในเลือดต่ำ 3.5) ผู้นำเป็นต้นแบบด้านสุขภาพ สนับสนุนอุปกรณ์ และกำหนดมาตรฐาน งานบุญปลอดเหล้าปลอดน้ำอืดลม เน้นน้ำสมุนไพร และทุกครัวเรือนปลูกผัก สมุนไพรอย่างน้อยหลังคาเรือนละ 4 ชนิด ร่วมกับชุมชนเพื่อชะลอไตเสื่อม และ 3.6) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอสม.ติดตามเยี่ยมบ้าน โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 ช่วง 3 เดือนแรก เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร่วมกับ อสม. ติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อให้ความรู้ และทักษะเพิ่มเติม ถามปัญหา อุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อม หลังจากนั้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่งต่อข้อมูลรายบุคคลให้กับ อสม. ติดตามเยี่ยมบ้าน อีก 1 ครั้ง และรายงานผลผ่านช่องทางไลน์ เฟสบุค หรือโทรศัพท์ เมื่อครบ 3 เดือน ประเมินผลโดยการ หาค่าดัชนีมวลกาย ระดับน้ำตาลในเลือด วัดความดันโลหิต และค่าการทำงานของไต ระยะที่ 2 ช่วงเดือนที่ 6 ติดตามเฉพาะกลุ่มที่มีระดับน้ำตาล มากกว่า 130 มก./ดล. ระดับความดันโลหิต มากกว่า 130/90 มิลลิเมตรปรอท ในกลุ่มผู้ป่วย ระดับน้ำตาล 100-125 มก./ดล. ระดับความดันโลหิต มากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอทในกลุ่มประชาชนอายุ 30 ปีขึ้นไป โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับ อสม. แล้ว ประเมินผลโดยการเจาะระดับน้ำตาล และระดับความดันโลหิต เมื่อครบ 6 เดือน ระยะที่ 3 ครบ 1 ปี เจ้าหน้าที่สาธารณสุขตรวจระดับน้ำตาล ตรวจวัดระดับความดันโลหิตและค่าการทำงานของไต จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับบุคคลต้นแบบ และ

มีการฟื้นฟูความรู้อีกครั้งให้ทั้งผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงทั้งรายเก่า รายใหม่ และประชาชนอายุ 30 ปีขึ้นไป ทุกกิจกรรมต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องและนำใช้ทุนทางสังคม ทรัพยากรและแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในชุมชนมาใช้ในกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชน เพื่อชะลอไตเสื่อม 4) การประเมินผลลัพธ์ทั้งเชิงกระบวนการ และตามวัตถุประสงค์ของโครงการที่ดำเนินการ พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงในชุมชน ส่งผลให้กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงและประชาชนอายุ 30 ปีขึ้นไป มีพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม สามารถชะลอไตเสื่อมได้ ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการรณรงค์ประสานความร่วมมือ ผู้ประกอบการร้านอาหารตามสั่งเป็นแนวร่วมสนับสนุน การปรุงอาหาร ลดหวาน ลดเค็ม เพิ่มผักบนโต๊ะ ชักชวนชิมก่อนปรุง ส่งเสริมให้ทุกคนรอบครัวปลูกผักสวนครัวไว้ในครัวเรือนและส่งเสริมการรับประทานผักสวนครัว ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย ที่ถูกต้องเหมาะสม ผสมผสานทั้งสมาธิบำบัด การเดิน การปั่นจักรยาน การเดินแอโรบิค มีการจัดตั้งกลุ่มการออกกำลังกายแบบแอโรบิคที่บริหารจัดการโดยชุมชน เน้นการรวมกลุ่มการสร้างเครือข่ายทางสังคม ยกย่องให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง ในการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตผ่อนคลายความเครียด มีการร่วมกันสวดมนต์ที่ศาลากลางหมู่บ้านอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง ในวันพระ ผู้ดูแลในครอบครัวมีความมั่นใจและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น รวมถึงมีการสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย เช่น มีการตรวจสอบยาก่อนให้ผู้ป่วยรับประทาน ลดความเครียดของผู้ป่วยโดยการพูดคุยให้กำลังใจ พาผู้ป่วยไปรับยา เป็นต้น อาสาสมัครสาธารณสุขมีความรู้เพิ่มขึ้น มีทักษะในการปฏิบัติงาน มีความมั่นใจเพิ่มขึ้นในการตรวจสุขภาพเบื้องต้น แจ้งผลและให้คำแนะนำที่ถูกต้อง เพื่อชะลอไตเสื่อม รวมถึงการเป็นต้นแบบในการดูแลสุขภาพ

อภิปรายผลการวิจัย

1. บริบท ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยป้องกัน ภาวะสุขภาพ กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อม

1.1 บริบทของชุมชน อาชีพหลักของประชาชนในชุมชนคือ เกษตรกรรมและรับจ้าง บางส่วนเลี้ยงไหมทอผ้า ขณะทำงานจะเปิดวิทยุชุมชนฟังเพื่อคลายเหงาขณะทำงาน ซึ่งส่วนใหญ่จะมีการโฆษณาในเรื่องของยาบำรุง (โสมเกาหลี่) และยาบรรเทาอาการปวดจากการทำงาน หากรับประทานต่อเนื่องจะส่งผลต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังได้⁴

1.2 ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพของคนในชุมชน

1.2.1 ปัจจัยด้านบุคคลและวิถีชีวิต ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และประชาชนอายุมากกว่า 30 ปี ทำงานเกษตรกรรมและรับจ้างทั่วไป ต้องออกไปทำงานตั้งแต่เช้าเพื่อให้ทันเวลาในการเข้างาน และกลับเข้าบ้านช่วงเวลาค่ำ มีวิถีชีวิตที่เร่งรีบทำให้ ช่วงเช้าเลือกดื่มกาแฟสำเร็จรูป และขนม หรือซื้ออาหารที่ปรุงสำเร็จ จากรถเร่ ที่มีรสชาติ หวาน มัน เค็ม มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารและดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เครื่องดื่มที่มีรสหวาน การออกกำลังกาย การไ้ยา และการรักษาที่ต่อเนื่องยังไม่เหมาะสม เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิต ผนวกกับน้ำหนัก ค่าดัชนีมวลกายมากเกินไปเกินเกณฑ์มาตรฐาน ส่งผลต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังได้⁷

1.2.2 ปัจจัยทางด้านครอบครัว หากสมาชิกในครอบครัวมีความรู้ไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วย จะส่งผลต่อการช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยในการปฏิบัติตามแผนการรักษาหรือทำให้ผู้ป่วยไม่เชื่อถือผลการรักษา แต่หากสมาชิกในครอบครัวมีความรู้จะส่งผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Pinatha⁶ ที่พบว่า หากสมาชิกในครอบครัวมีความรู้และคอยกระตุ้นเตือนจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรม และมีพฤติกรรมดูแลตนเองดีขึ้น

1.2.3 ปัจจัยทางด้านระบบบริการ พบว่าเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการมีจำนวนจำกัดทำให้บริการได้ไม่ครอบคลุม การให้คำแนะนำเป็นแบบสั้น ซึ่งยังไม่ตรงกับปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย อาจทำให้ขาดความต่อเนื่องในการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของ Seephom¹⁸ พบว่า การเข้าถึงแหล่งบริการด้านสุขภาพและได้รับคำปรึกษาแนะนำได้รับการติดตามจากเจ้าหน้าที่สุขภาพช่วยให้การจัดการตนเองของผู้ป่วยประสบความสำเร็จ หากผู้ป่วยได้รับคำแนะนำที่ถูกต้องเหมาะสม ภาษาที่เข้าใจง่ายจะทำให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองดีขึ้น¹⁹ ลดปัญหาการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้

1.2.4 ปัจจัยด้านนโยบายและสิ่งแวดล้อม ในชุมชนมีร้านขายของชำที่จำหน่ายเหล้า บุหรี่ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และเครื่องปรุงรส ร้านขายอาหารสำเร็จรูปที่ใช้เครื่องปรุงรสจำนวนมาก และรถเร่เข้ามาขายในชุมชนทุกเช้า ทำให้ประชาชนในชุมชนรวมถึงกลุ่มผู้ป่วยสามารถเข้าถึงอาหารที่มีน้ำตาล เกลือโซเดียมและไขมันสูงได้ง่าย²⁰ อีกทั้งงานบุญประเพณีที่จัดตลอดทั้งปี ส่งผลต่อพฤติกรรม

การรับประทานอาหารและเครื่องดื่มของประชาชนในชุมชน โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่ทำให้ไม่สามารถควบคุมโรคได้ ส่งผลให้ไตเสื่อมเร็วขึ้น²¹ ในขณะที่ชุมชนยังไม่มีนโยบายการดูแลสุขภาพแก่ผู้ป่วย และประชาชนในชุมชน เพื่อชะลอความเสื่อมของไตโดยตรง นโยบายสุขภาพที่ผ่านมายังไม่มีการร่วมวิเคราะห์วางแผนจัดการโดยชุมชน เป็นเพียงการทำตามนโยบายของประเทศเท่านั้น การที่จะพัฒนาการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชนนั้น ต้องอาศัยความร่วมมือของทุกภาคส่วนในชุมชน เข้ามามีบทบาทในการแก้ไขปัญหาและบูรณาการความร่วมมือกันเพื่อให้เกิดความยั่งยืน²²

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งทางด้านบุคคลและวิถีชีวิต คือ ภาวะสุขภาพ ความรู้ ความเชื่อ ทักษะ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารและเครื่องดื่ม ด้านครอบครัว ด้านนโยบายและสิ่งแวดล้อม และด้านการบริการ หากผู้ป่วยเข้าถึงระบบบริการและได้รับการสื่อสารที่เข้าใจง่ายด้านการดูแลสุขภาพ ทำให้บุคคลเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดีจะส่งผลต่อการชะลอไตเสื่อม สอดคล้องกับแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ ที่พบว่าคนที่บุคคลจะสุขภาพดีได้ต้องเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพที่ดีการดูแลตนเองเพื่อให้มีสุขภาพ มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีด้วย⁶

2. การพัฒนาชุมชนรักษไตโดยชุมชนตำบลศรีสะอาด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ

การพัฒนาชุมชนรักษไตโดยนำรูปแบบการประเมินอย่างรวดเร็ว การตอบสนอง และการประเมินผลอย่างรวดเร็วมาใช้ ภายใต้สถานการณ์จริงของชุมชน การออกแบบกิจกรรมที่หลากหลาย การเลือกกิจกรรม รูปแบบการดำเนินงานที่สามารถปฏิบัติและเกิดขึ้นได้จริงตามความต้องการและการมีส่วนร่วมของชุมชนที่เหมาะสมตามบริบท โดยมีการอบรมให้ความรู้พัฒนาทักษะการตรวจเบื้องต้นให้ อสม. พัฒนาทักษะทั้งด้านอาการและจัดกิจกรรมการออกกำลังกายแก่ผู้ป่วยและประชาชนอายุ 30 ปีขึ้นไป รวมถึงการที่เจ้าหน้าที่และอสม.ติดตามเยี่ยมบ้านเพิ่มทักษะและความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง กระตุ้นให้ชุมชนมีความรู้เพิ่มขึ้น เกิดการตื่นตัวและมีการแก้ไขปัญหาเป็นรูปธรรมและชัดเจน จากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่าย ทำให้ประสบผลสำเร็จสามารถลดปัจจัยเสี่ยงในชุมชน ส่งผลให้ชะลอไตเสื่อมได้ สอดคล้องกับ Chamnanpong¹³, Nukat¹⁴ ที่ได้นำรูปแบบการประเมินอย่างรวดเร็ว การตอบสนองและการประเมินผลอย่างรวดเร็ว ไปใช้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในชุมชนกิ่งเมือง

และการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง บ้านจ่อเจริญ ตำบลดอนศิลา อำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย และสามารถลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้

3. ผลการพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพของชุมชนรักษไต โดยชุมชนตำบลศรีสะอาด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ

การพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมในชุมชนตำบลศรีสะอาด ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชุมชน การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนมีปัจจัยนำเข้าที่สำคัญคือการค้นหาทุนทางสังคม (social capital) ทุนทางสังคมของชุมชนบ้านโคกกว้าง ประกอบด้วย กลุ่มอสม. กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มผู้นำชุมชน กลุ่มบุคลากรสาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น สอดคล้องกับแนวคิดการทำงานเพื่อพัฒนาและขับเคลื่อนชุมชนให้มีความเข้มแข็งยั่งยืน ทุนทางสังคมกับการพัฒนาสังคมอย่างยั่งยืนให้ความสำคัญกับทุนมนุษย์ซึ่งเป็นทุนทางสังคมที่สำคัญที่สุด ปัจจัยหนึ่งในการสร้างสุขภาพอย่างยั่งยืนโดยการมีส่วนร่วมของกลุ่มองค์กรในชุมชน ดังนั้น แนวทางการพัฒนาและขับเคลื่อนชุมชนคือการดึงศักยภาพทุนมนุษย์ทุนทางสังคมเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมในชุมชน สอดคล้องกับ Srisuphan, Senaratana and Nantabut²² ที่พบว่า การพัฒนาในระดับปฐมภูมิควรมีการวิเคราะห์ประเมินศักยภาพชุมชน ศักยภาพการพึ่งตนเอง ทุนทางสังคม ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชน องค์กรในชุมชน กลุ่มผู้นำ ภาคีเครือข่ายและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อให้เกิดความยั่งยืน เป็นการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การประเมินเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา การร่วมคิดวิเคราะห์ ร่วมออกแบบกิจกรรมแก้ไขปัญหาและร่วมประเมินผล สอดคล้องกับกรอบกระบวนการประเมินการตอบสนองและการประเมินอย่างรวดเร็วที่ให้ความสำคัญกับบริบทและบุคคล เชื่อมโยงการประเมินให้เข้ากับการตอบสนองที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงโดยใช้หลักการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การค้นหาทุนทางสังคมเพื่อร่วมตั้งต้นขั้นตอนแรกคือการประเมินอย่างรวดเร็วเพื่อค้นหาสถานการณ์ปัญหา โดยมีการคัดเลือกทีมวิจัยภาคสนามและคณะทำงานในชุมชนซึ่งเป็นทุนบุคคลในชุมชน ทำให้เกิดกลไกขับเคลื่อนการทำงานร่วมกัน ระหว่างภาครัฐและภาคประชาชนอย่างเข้มแข็ง เกิดความร่วมมือระหว่างบ้าน เทศบาลตำบล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามารถประเมินและวิเคราะห์

ปัญหาชุมชนได้อย่างลึกซึ้งครอบคลุม เป็นการกระตุ้นให้ชุมชนมีความตื่นตัว ช่วยเพิ่มพลังอำนาจให้คนในชุมชนเกิดความร่วมมือกับทุกฝ่าย ตั้งแต่ระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัว กลุ่มคนในชุมชน มีการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด มีการเชื่อมโยงการประเมินสถานการณ์ปัญหาให้สามารถนำสู่การปฏิบัติได้จริงภายใต้บริบทของชุมชนซึ่งมีการตรวจสอบความถูกต้องและความเป็นไปได้จากทีมวิจัยภาคสนามและคณะทำงานในชุมชนที่เป็นตัวแทนของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ผู้นำชุมชน ผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นผู้ร่วมคิดร่วมวางแผน ร่วมดำเนินการเพื่อผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมีจิตสำนึกไปสู่การสร้างเสริมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมของคนในชุมชน ให้บรรลุความสำเร็จ เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของผลงานโครงการที่ดำเนินการอยู่ สอดคล้องกับ Singhkum⁹ ที่พบว่า การให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชนโดยใช้การจัดการทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนจะช่วยกระตุ้นให้ชุมชนมีความตื่นตัวเป็นการช่วยเพิ่มพลังอำนาจให้คนในชุมชน ร่วมสร้างความตระหนักในการรับรู้ถึงความรุนแรงและผลกระทบจากโรคไตเรื้อรัง สอดคล้องกับ Unaphak and Rattanamane²³ ที่พบว่า หากบุคคลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับและรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น จะรับรู้ถึงประโยชน์ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันในทางที่ดีด้วยเป็นไปตามการศึกษาของ Thungtong²⁴ ที่พบว่า สิ่งสำคัญในการชะลอความเสื่อมของไตคือ การจัดการตนเองของผู้ป่วยที่ได้มาจากการเรียนรู้ด้วยตนเองหรือได้รับจากบุคคลอื่นในการควบคุมตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยการสนับสนุนให้กำลังใจ การเอาใจใส่ของครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์ กระบวนการมีส่วนร่วม ผลักดันนโยบายชี้แนะแนวทางดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมอย่างต่อเนื่อง ยกระดับจิตสำนึกด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยครอบครัว และชุมชน ด้วยการปรับเปลี่ยนกระบวนการทำงานเชื่อมโยงโดยผ่านกระบวนการใช้ชุมชนเป็นฐานในการทำงานของชุมชนจนเกิดการเปลี่ยนแปลงในชุมชน สอดคล้องกับแนวคิดการสร้างชุมชนเข้มแข็ง¹¹ ดังนั้น การมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างจริงจังทำให้เกิดความเข้มแข็งและยั่งยืนในการสร้างสุขภาพ

ข้อจำกัดของการศึกษา

การออกแบบพัฒนาชุมชนรักชาติที่เหมาะสมกับบริบท ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของคณะทำงานในชุมชน และทีมวิจัยภาคสนามเป็นสำคัญ อย่างไรก็ตามในช่วงเวลา ที่ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นช่วงเวลาเดียวกับที่ชุมชน

ที่มีการเลือกตั้งผู้นำชุมชนคนใหม่ ทำให้มีความแตกต่างทางความคิด ส่งผลให้มีความยากในการประสานเพื่อดำเนินกิจกรรมการพัฒนาในกระบวนการวิจัย จึงอาจมีผลกระทบต่อผลการวิจัยที่ได้

สรุป

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่า การส่งเสริมความรู้การพัฒนาทักษะเรื่องอาหารและการออกกำลังกาย การพัฒนาทักษะการตรวจสุขภาพเบื้องต้น การให้บริการที่ครอบคลุมตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย การมีส่วนร่วมในการดูแลของคนในครอบครัว การมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายสาธารณะด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการชะลอไตเสื่อม ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และประชาชนอายุ 30 ปีขึ้นไป สามารถควบคุมระดับน้ำตาล และระดับความดันโลหิตได้ดีขึ้นจนสามารถชะลอไตเสื่อมได้

ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้

ด้านปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สามารถนำรูปแบบการชะลอไตเสื่อมนี้ไปประยุกต์ใช้ในชุมชนอื่นที่บริบทใกล้เคียงกัน โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว และชุมชน ในการวิเคราะห์ปัญหาและวางแผนเพื่อหารูปแบบที่สอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริงและไม่ขัดต่อบริบทของชุมชน จะทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเป็นไปอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

จากผลการวิจัยนี้ พบว่า กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และประชาชนอายุ 30 ปีขึ้นไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งผลต่อภาวะสุขภาพดีขึ้นและสามารถชะลอไตเสื่อมได้ แต่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต้องอาศัยระยะเวลา อีกทั้งระยะการทำงานของไต ระยะที่ 1-3 ไม่มีอาการแสดง การตรวจทางห้องปฏิบัติการจึงเป็นตัวบ่งชี้ภาวะสุขภาพ ซึ่งผลตรวจเพียงครั้งเดียวอาจไม่ได้สร้างความตระหนักให้เกิดขึ้น ในบางคนจำเป็นต้องอาศัยความต่อเนื่องของการได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ การเยี่ยมบ้านให้กำลังใจและกระตุ้นเตือน จากอสม. ครอบครัว และชุมชนอย่างต่อเนื่องจะทำให้เกิดความยั่งยืน และควรมีการทำวิจัยต่อยอดการถอดบทเรียนการพัฒนาแบบการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงในประเด็นที่ทำท่ายด้านพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของคนในชุมชน

การมีส่วนร่วมในการเขียนบทความ

บทความวิจัยนี้ ผู้วิจัยทุกคนมีส่วนร่วมในการเขียนบทความ
วิจัยฉบับนี้ทั้งหมด

การมีผลประโยชน์ทับซ้อน

งานวิจัยนี้ไม่มีผลประโยชน์ที่ทับซ้อน

แหล่งสนับสนุน

งานวิจัยครั้งนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกัน
สุขภาพตำบลศรีสะอาด อำเภออุ้มผาง จังหวัดน่าน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตะเคียน
บึงอึ่งและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล
และอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลจนบรรลุตามวัตถุประสงค์
การวิจัย

เอกสารอ้างอิง

- Bureau of Non Communicable Disease. Clinical practice guideline for the operation of reducing chronic kidney disease (CKD) in patients with diabetes and hypertension. Bangkok: WVO thaiprinting; 2016. Thai.
- Takianbunging health promoting hospital [Internet]. 2017 [cited 2017 Apr 20]. Available from: <http://www.tako.moph.go.th/hph/download.php>
- World Health Organization. The determinants of health [Internet]. Bangkok: World Health Organization; 2015 [cited 2017 Apr 20]. Available from: <http://www.who.int/hia/evidence/doh/en>
- Siriwong T. Update on CKD Prevention: Strategies and practical points. Nephrology Society of Thailand: Khon kaen University Printing; 2007. Thai.
- Bureau of Non Communicable Disease. Guideline to improvement NCD clinic (Diabetics and Hypertensive) in health promoting hospital. Nonthaburi: Department of disease control press; 2015. Thai.
- Pinatha J. Effects of chronic illness management promotion program in family on self management behavioral and family management behavior on chronic illness among the elderly with non-insulin dependent diabetes mellitus, at one distric in Udonthani Province [dissertation]. [Khon Kaen]: Khon Kaen University; 2012. 145 p. Thai.
- Reungdit B, Urairat S, Samaair S. Development of self-care behaviors for patients with chronic kidney disease in Songkhla hospital's contracted unit of primary care. SCNJ. 2016; 3(3): 194-207. Thai.
- Khuanphet P, Kawila R, Chaimuang A. Development of health service model for delaying kidney degeneration in chronic disease patients, Health Service Networks of Mae Lao District, Chiang Rai Province. JTNMC. 2020; 7(1): 57-74. Thai.
- Singhkum S. The development of chronic renal failure patient treatment program in community by motivating the coordinator network participation Kaedam District. MKHJ. 2016; 13(3): 92-9. Thai.
- Phanthiwet N, Phangjunan N, Chamniyan N. Handbook for Community based health behavior modification. No place of publication; 2015. Thai.
- Srisuphan V, Senarat W, Nantabut K, editor. Health promotion to community strength (Class 7). Bangkok: Mata karnpim company edited press; 2017. Thai.
- Sinlapasuwan P, Wiwatwongkasem C, Kittipichai W, et al. Full research report Data analysis and summary of NCD surveillance, prevention and control activities of Agencies involved nationally 2008-2012. Nonthaburi: Department of disease control press; 2013. Thai.
- Chamnanpong P, Piyabanditku L. Stroke prevention in hypertensive in suburban community. Community Health Development Quarterly Khon Kaen University. 2016; 4(3): 325-40. Thai.
- Nukat U. Community participation in caring patients with hypertension at ban-jrojarern, donsila sub-district, Chiangrai Province [dissertation]. [Khon Kaen]: Khon Kaen University; 2014. 253 p. Thai.
- Piyabanditkul L. Rapid assessment, respond and evaluation: New methods for community nurses. Journal of Nurses Association of Thailand, North-Eastern Division. 2009; 27(4): 5-11. Thai.
- Chanthawanit S. Qualitative research methods. Bangkok: Chulalongkorn University of printing; 2017.
- Chirawatkul S. Qualitative study in nursing: Research methodology and case study. 2 nd ed. Bangkok: S. Asia press; 2012. Thai.
- Seephom S. Self-management in chronic kidney disease. TRCN J. 2013; 6(1): 12-8 Thai.
- Kanglee K. Factors associated with glycemic control among people with type 2 diabetes mellitus at Phramongkutklao Hospital, Bangkok. JRTAN. 2014; 15(3): 256-68. Thai.
- Hirunwong J. Developing the action plan for hypertension care chongsamhmo health, Khonsawan District, Chaiyaphum Province. [dissertation]. [Khon Kaen]: Khon Kaen University 2010. 175 p. Thai.
- Susanathitphong P, Lam-ong s. Overview of chronic kidney disease. In: Lam-ong S, Susanathitphong P Srisawat N.,

- et al. editor. Textbook of hemodialysis. Nakhon Pathom: AI Printing; 2010.
22. Srisuphan W, Senaratana W, Nantabut K, editor. Nursing guidelines for health promotion for professionals in primary Health Care Centers Secondary level and tertiary level. 2 nd ed. Nonthaburi: Mata Printing; 2017.
23. Unaphak P, Rattanamanee K. The correlation factors of self-care behaviors to prevent complications among patients with chronic kidney disease at Somdetphraphutthalertla Hospital in Samutsongkhram Province. PHJBUU. 2015; 10(2): 44-54. Thai.
24. Thungtong S. Delayed progression diabetic nephropathy in patients with uncontrolled type 2 diabetes mellitus. JRTAN. 2017; 18(Suppl.): 17-24. Thai.