

การประเมินผลโครงการบริการนำร่องของโรงพยาบาลอุบลรัตน์ในการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในเขตสุขภาพที่ 7

อาคม บุญเลิศ*, อมร เปรมกมล, ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์

ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Evaluation of the Ubolratana Hospital's Pilot Project to Prevent Chronic Kidney Disease among the Diabetic Patients and Hypertensive Patients in the 7th Public Health Regional Area, Thailand

Arkhom Bunloet*, Amorn Premgamone, Pattapong Kessomboon

Department of Community Medicine, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

หลักการและวัตถุประสงค์: โรคไตวายระยะสุดท้ายนั้นรักษาไม่หายและมีค่าใช้จ่ายในการดูแลสูงมาก โรงพยาบาลอุบลรัตน์จึงได้ดำเนินโครงการนำร่องโดยอบรมให้ความรู้เรื่องกลุ่มอาการอัสานรวมมิตรและการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโครงการอบรมให้ความรู้ในโครงการดังกล่าวในการป้องกันการเป็นโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วย

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลองใช้ข้อมูลผู้ป่วยในโครงการนำร่องของโรงพยาบาลอุบลรัตน์ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงอายุ 20-80 ปี ได้กลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมจำนวน 3,332 และ 3,153 ราย ตามลำดับ ใช้เครื่องมือ 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย 2) แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพกายและพฤติกรรมสุขภาพ 3) ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ค่าอัตราการกรองของไต ค่าน้ำตาลสะสม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ เพียร์สันไคสแควร์ อัตราส่วน Odds ร่วมกับช่วงเชื่อมั่นร้อยละ 95 และการวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติกส์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างผลของโครงการต่อการเป็นโรคไตเรื้อรัง

ผลการศึกษา: กลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.7 และ 64.9 ตามลำดับ และมีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 77.7 และ 60.4 ตามลำดับ กลุ่มศึกษาที่ผ่านโครงการสามารถลดสัดส่วนของการเป็นโรคไตเรื้อรังได้มากกว่ากลุ่ม

Background and Objectives: End stage renal disease (ESRD) cannot be cure and is very costly to care. Ubolratana Hospital has implemented an educational program of the pilot project to prevent chronic kidney disease (CKD) among patients with diabetes and hypertension in the public health region 7 of Thailand. The purposes of this study were to determine effects of the educational program on preventive chronic kidney disease.

Methods: A Quasi-Experimental study was conducted, using data from Ubolratana hospital's pilot project. The data from all identified 3,332 patients with type 2 diabetes mellitus (T2DM) and hypertension (HT) in experimental group and 3,153 in control group whose aged 20 to 80 years were obtained. Data collection was done using the following tools: 1) questionnaire for demographic data 2) physical health and health behaviors 3) laboratory examination for glomerular infiltration rate (GFR) and glycated hemoglobin (HbA1C). Data were analyzed using frequency, percentage, Pearson's chi square test and odds ratio with 95% CI, and multiple logistic regression was used to test the effect of the pilot project.

Results: Majority of participants were female (70.7% in experimental group and 64.9% in control group) and farmers (77.7% in experimental group and 60.4% in control group). The educational program effected on reducing

*Corresponding Author: Arkhom Bunloet, Department of Community Medicine, Faculty of Medicine, Khon Kaen University, Thailand. E-mail: arkhon@kku.ac.th

ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [adjusted OR= 0.55 (95% CI: 0.46, 0.67)] และสัดส่วนของการควบคุมเบาหวานและความดันโลหิตที่คุมได้ดีในกลุ่มศึกษาเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ [adjusted OR = 1.03 (95% CI : 0.89, 1.21) และ 1.04 (95% CI : 0.93-1.17), ตามลำดับ] นอกจากนี้ กลุ่มศึกษาที่ผ่านโครงการมีสัดส่วนของการใช้ยาต้านการอักเสบ (NSAIDs) ลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [adjusted OR = 0.39 (95% CI : 0.29, 0.52)]

สรุป: ผลการอบรมให้ความรู้ดังกล่าวแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงนั้น มีโอกาสป้องกันการเป็นโรคไตเรื้อรังและลดการใช้ยา NSAIDs ได้

คำสำคัญ: โรคเบาหวาน, โรคความดันโลหิตสูง, โรคไตเรื้อรัง

proportion of CKD compared to the control group with statistically significant [AOR=0.55 (95% CI: 0.46, 0.67)]. The experimental group had more proportions of well-control diabetes and hypertension compared to control group but these were not statistically significant [AOR=1.03 (95% CI: 0.89, 1.21) and 1.04 (95% CI: 0.93, 1.17), respectively]. Moreover, the experimental group tended to use NSAIDs lower than the control group with statistically significance [AOR= 0.39 (95% CI: 0.29, 0.512), respectively].

Conclusion: The study revealed that the effects of the educational program can reduce the prevalence rate of patients with CKD and NSAIDs usage with statistically significance.

Keywords: Diabetes, Hypertension, Chronic renal failure

ศรีนครินทร์เวชสาร 2561; 33(5): 421-30. • Srinagarind Med J 2018; 33(5): 421-30.

บทนำ

โรคไตวายระยะสุดท้ายนั้นไม่สามารถรักษาให้หายได้และมีค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสูง สาเหตุสำคัญของโรคไตเรื้อรังยังคงมาจากโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และการใช้สารเคมี^{1,2} จากการศึกษาในเวชปฏิบัติอีสานพบปัญหาที่น่าสนใจ คือ การติดเชื้อในผู้ป่วยนิ่วไตขนาดเล็กที่ไม่ได้รับการวินิจฉัย แต่จะแสดงอาการหลายๆ ระบบร่างกายที่เรียกว่ากลุ่มอาการอีสานรวมมิตร (อสร.)^{3,4} จากการสำรวจพบว่ามีอัตราความชุกของ อสร. ในประชากรชนบทจังหวัดขอนแก่นถึงร้อยละ 30⁵ ซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะกรวยไตอักเสบเรื้อรัง หรือ Chronic pyelonephritis (กตร.)⁶ และนำไปสู่โรคไตเรื้อรังจากการศึกษาของ Rotjanakarn⁷ พบอัตราความชุกของกตร. และ อสร. ในผู้ป่วยเบาหวาน ร้อยละ 20.9 และ 59.3 ตามลำดับโดยผู้ป่วยที่เป็นกตร. นั้นพบเป็นอสร. มากถึงร้อยละ 73.9 นอกจากนี้ยังพบปัจจัยที่สัมพันธ์กับกตร. และ อสร. คือการมีอาการผิดปกติเมื่อปัสสาวะไม่และขมขื่น ส่วนการศึกษาของ Chutchai⁸ พบอัตราความชุกของกตร. และ อสร. ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเป็นร้อยละ 14.2 และ 65.2 ตามลำดับ และผู้ป่วยที่เป็นกตร. นั้นเป็นโรค อสร. มากถึงร้อยละ 75.9 เมื่อศึกษาผลตรวจอัลตราซาวด์คัดกรองนิ่วในไตผู้ป่วยพบว่า จุดขาวในไตที่สงสัยว่าเป็นนิ่วสามารถเป็นที่ยูแอคัยของเชื้อก่อโรค เป็นเหตุให้เกิดการติดเชื้อและภาวะกรวยไตอักเสบเรื้อรัง หากเกิดในผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานจะทำให้เข้าสู่ภาวะไตเรื้อรังได้เร็วขึ้น ทั้งนี้การรักษาโรคไตสามารถให้การแพทย์แผนไทยมาช่วยได้ เช่น การใช้หญ้าหนวดแมว⁹ และการงดบริโภคอาหารกลุ่มที่มีพิวรีนสูง (purine-rich foods)

ภายใน 2 สัปดาห์จะสามารถลด อสร. ได้ถึงร้อยละ 50^{9,10} จากการศึกษาเกี่ยวกับปริมาณน้ำดื่มพบว่าคนส่วนใหญ่ดื่มน้ำไม่เพียงพอ^{11,12} โดยในนักศึกษาแพทย์และพยาบาลนั้นดื่มน้ำปริมาณไม่เพียงพอถึงร้อยละ 70-80¹³ และยังพบพฤติกรรม การดื่มน้ำไม่ถูกเวลาร่วมด้วย ดังนั้น เพียงมาตรการเรื่องการดื่มน้ำในปริมาณที่เหมาะสมและการงดอาหารบางชนิดก็สามารถจัดการโรคนี้ในไตขนาดเล็กและ อสร. อย่างได้ผลในกรณีที่ปัสสาวะในไตขนาดใหญ่ การรักษาโดยการผ่าตัดพบว่ามีอัตราการกลับมาเป็นนิ่วใหม่ถึงร้อยละ 39 ในเวลา 2 ปี¹⁴ ทั้งนี้ โรงพยาบาลอุบลรัตน์ได้ดำเนินโครงการนำร่องในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในเขตสุขภาพที่ 7² โดยอบรมให้ความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร การดื่มน้ำ และกลุ่มอาการ อสร. แก่ผู้ป่วยในชุมชน ผู้วิจัยเห็นว่ามีข้อมูลหลายประเด็นที่มีความน่าสนใจ จึงได้ทำการศึกษาผลการอบรมให้ความรู้การปฏิบัติตัวเรื่องบริโภคอาหาร การดื่มน้ำ และ อสร. แก่ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน ต่อการป้องกันการเป็นโรคไตเรื้อรังเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการอบรมให้ความรู้ดังกล่าว

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยออกแบบเป็นแบบมีกลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษาทดสอบก่อนและหลังทดลองในผู้ป่วยที่อาศัยในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ได้แก่ จังหวัดร้อยเอ็ด จังหวัดขอนแก่น จังหวัดมหาสารคาม และจังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อศึกษาผลการอบรมให้ความรู้การปฏิบัติตัวเรื่องบริโภค

อาหาร การดื่มน้ำ และกลุ่มอาการ อสร. แก่ผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูงในชุมชนต่อการป้องกันการเป็นโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วย การควบคุมเบาหวาน ความดันโลหิต และการลดการใช้ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) ในผู้ป่วยดังกล่าว

1. ประชากรศึกษา

การคัดเลือกผู้ป่วยเข้ามาศึกษาทั้งในกลุ่มศึกษา (Experimental group) และกลุ่มควบคุม (Control group) โดยคัดเลือกผู้ป่วยที่มาติดตามการรักษาที่สถานีนามาย หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่อาศัยอยู่ในชุมชนพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 โดยมีเกณฑ์คัดเลือกประชากรทั้งสองกลุ่มดังต่อไปนี้

เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้ามาศึกษา (Inclusion Criteria)

- 1) เป็นผู้มีอายุตั้งแต่ 20-80 ปีทั้งเพศชายและหญิง
- 2) เป็นผู้ที่ระดับการรู้สึกร่างกายดี สามารถสื่อสารหรือตอบโต้ได้
- 3) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคเบาหวานชนิดที่ 2 หรือโรคความดันโลหิตสูง
- 4) มีอาการคงที่ ไม่รุนแรงหรือคุกคามต่อชีวิต
- 5) มีความสนใจและยินดีให้สัมภาษณ์เก็บข้อมูลโครงการ

เกณฑ์ในการคัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)

- 1) ได้รับการวินิจฉัยในปัจจุบันว่ามีอาการป่วยทางจิต
- 2) มีอาการเปลี่ยนแปลงในทางที่เลวลงที่ไม่สามารถสื่อสารและตอบโต้ได้
- 3) ได้รับยาที่มีผลต่อระบบประสาท ได้แก่ ยาระงับประสาท (sedative) ยานอนหลับ (hypnotic)

2. วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

• จำนวนประชากรผู้ป่วยที่ผ่าน inclusion และ exclusion criteria ในกลุ่มศึกษาจำนวน 3,332 ราย และในกลุ่มควบคุมจำนวน 3,184 ราย คำนวณขนาดตัวอย่างหากประมาณการเฉลี่ยผู้ป่วยในโครงการที่ได้รับการอบรมสามารถลดการเป็นโรคไตเรื้อรังร้อยละ 20 โดยเริ่มต้นมีสัดส่วนร้อยละ 13 แล้วลดลงเหลือร้อยละ 10.4 ได้จำนวนตัวอย่างในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 1,896 ราย

• เนื่องจากการใช้ข้อมูลที่มีอยู่เดิม ผู้วิจัยจึงเลือกใช้ข้อมูลจากจากผู้ป่วยทุกรายที่มีคุณสมบัติผ่านเกณฑ์ (Inclusion & Exclusion criteria) ทั้งหมดโดยไม่มีการสุ่มตัวอย่าง จึงได้กลุ่มศึกษาจำนวน 3,332 ราย และกลุ่มควบคุม

จำนวน 3,184 ราย

- ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมตามแผนการศึกษา ดังนี้

กลุ่มศึกษา

o ผู้วิจัยนัดผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงในชุมชน โดยประสานงานผ่านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือสถานีนามายในพื้นที่ๆ ละ 250 ราย เพื่อชักประวัติอาการต่างๆ ในกลุ่มอาการอัสานรวมมิตร พฤติกรรมการกินอาหาร การใช้ยาแก้ปวด

- o มีโปรแกรมการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในกลุ่มศึกษา ได้แก่
 - ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง
 - ความรู้เรื่องโรคอัสานรวมมิตร และการปฏิบัติตัวการหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูงพร้อมให้เอกสารแผ่นพับ
 - การเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้วยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ภายในกลุ่ม
 - การฝึกทักษะการวางแผน และตั้งเป้าหมายในการดูแลตนเอง และเน้นย้ำให้เห็นความสำคัญของการเปลี่ยนพฤติกรรมของตน

o การอบรมผู้ป่วยกลุ่มศึกษาดำเนินการ 2 ครั้งๆ ละ 1 วัน หลังจากผู้ป่วยได้ติดตามการรักษาเรื่องโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงและรับยากับแพทย์แล้ว และมีการติดตามผลด้านพฤติกรรมกรรมการกินอาหาร การใช้ยาอื่นๆ ที่นอกเหนือจากยารักษาโรคประจำตัว และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ณ เวลา 6 เดือนหลังเข้าร่วมโครงการ

กลุ่มควบคุม

o ผู้วิจัยนัดผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงในชุมชน โดยประสานผ่านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือสถานีนามายในพื้นที่ๆ ละ 250 ราย เพื่อชักประวัติพฤติกรรมกรรมการกินอาหาร อาการต่างๆ ในกลุ่มอาการอัสานรวมมิตร การใช้ยาแก้ปวด แต่ทั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกผู้ป่วยกลุ่มควบคุมอยู่ในพื้นที่คนละตำบลกับกลุ่มศึกษาเพื่อลดความคาดเคลื่อนของผลการศึกษา

o ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมจะได้รับยารักษาโรคประจำตัว และการติดตามการรักษาตามมาตรฐานเหมือนกลุ่มศึกษา แต่จะไม่มีอบรมให้ความรู้ในเรื่องโรคอัสานรวมมิตร การปฏิบัติตัว และเอกสารแผ่นพับ

o หลังจากผู้ป่วยได้มาติดตามการรักษาเรื่องโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงและรับยากับแพทย์แล้ว จะมีการติดตามผลด้านพฤติกรรมกรรมการกินอาหาร การใช้ยาอื่นๆ ที่นอกเหนือจากยารักษาโรคประจำตัว และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการตามมาตรฐานที่เวลา 6 เดือนหลังเข้าร่วมโครงการ

3. เครื่องมือและวิธีการเก็บข้อมูล

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ใช้ข้อมูลจากแบบเก็บข้อมูลในโครงการบริการนำร่องของโรงพยาบาลอุบลรัตน์ที่ดำเนินโครงการในช่วงปี พ.ศ. 2559 และข้อมูลผลตรวจทางห้องปฏิบัติการจากฐานข้อมูลในระบบเวชระเบียน BMS HOSxP

2) ก่อนเริ่มทำการศึกษา ผู้วิจัยได้เสนอโครงการวิจัย เพื่อขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น หนังสือรับรองเลขที่ HE591512 และเมื่อผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการแล้ว จึงดำเนินการศึกษาข้อมูลจากโครงการนำร่องดังกล่าว

เครื่องมือในการศึกษา

ผู้วิจัยสร้างแบบเก็บข้อมูลขึ้นโดยเก็บข้อมูลที่เป็นประเด็นสำคัญจากโครงการนำร่อง ได้แก่ อายุ เพศ อาชีพ โรคประจำตัว ค่าความดันโลหิต ประวัติพบตะกอนในปัสสาวะ ประวัติอาการของ อสธ. ประวัติการใช้ยาต้านการอักเสบ (NSAIDs) และยาลดอาการจุกแน่นท้อง ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ค่าน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ผลตรวจปัสสาวะ (Urinalysis) ค่าอัตราการกรองของไต (GFR)

การประมวลผลข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

1) วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติพรรณนา (descriptive statistics) เพื่อหาค่าความถี่

(Frequencies) ร้อยละ (Percentage) 95% Confidence interval (95%CI) คำนวณค่าทางสถิติโดยใช้โปรแกรม SPSS for Windows Version 19.0

2) วิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ การพบตะกอนในปัสสาวะ การบริโภคหน่อไม้ ขนมหื่น การบริโภคอาหารที่ใส่ผงชูรส การเข้ายารักษาโรคพืช ประวัติการใช้ยาต้านการอักเสบและยาลดอาการจุกแน่นท้อง ค่าความดันโลหิต วิเคราะห์ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ค่าอัตราการกรองของไต (GFR) แล้วจำแนกกลุ่มว่าผู้ป่วยเป็นหรือไม่เป็นโรคไตเรื้อรัง ค่าน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) แล้วจำแนกกลุ่มผู้ป่วยว่าควบคุมเบาหวานได้ดีหรือไม่ดี เพื่อเปรียบเทียบข้อมูลผลของการอบรมให้ความรู้ต่อค่าอัตราการกรองของไต ค่าน้ำตาลสะสมในเลือด และค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติเชิงวิเคราะห์บางค่า เช่น Pearson Chi square, odds ratio, 95% CI, multiple logistic regression โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยในโครงการฯ แบ่งเป็นผู้ป่วยในกลุ่มศึกษา จำนวน 3,332 ราย และผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม จำนวน 3,184 ราย (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลประชากร

ปัจจัย	จำนวนทั้งหมด (ร้อยละ)	ผู้ป่วยกลุ่มศึกษา (ร้อยละ)	ผู้ป่วยกลุ่มควบคุม (ร้อยละ)	p-value
เพศ				
ชาย	2,082 (32.1)	976 (29.3)	1106 (35.1)	0.10
หญิง	4,403 (69.9)	2,356 (70.7)	2,047 (64.9)	
ช่วงอายุ (ปี)				
20-59	2,801 (43.0)	1,446 (43.4)	1,355 (42.5)	0.467
60-80 (ผู้สูงอายุ)	3,711 (57.0)	1,882 (56.6)	1,829 (57.5)	
อาชีพ				
เกษตรกรรม	4,311 (69.6)	2,589 (77.7)	1,722 (60.4)	<0.05
อื่นๆ	1883 (30.4)	744 (23.3)	1129 (39.6)	
โรคประจำตัวและการเจ็บป่วย				
เบาหวาน	4,422 (67.8)	1,390 (41.7)	3,032 (94.9)	
ความดันโลหิตสูง	566 (8.7)	446 (13.4)	120 (3.8)	
ถูกวินิจฉัยทั้งสองโรค	1,539 (23.6)	1,497 (41.4)	42 (2.4)	
ถิ่นอาศัยแบ่งตามจังหวัด				
ขอนแก่น	3,342 (63.3)	2,084 (62.5)	1,258 (64.7)	<0.05
มหาสารคาม	499 (9.5)	499 (15.0)	0 (0.0)	
ร้อยเอ็ด	1,436 (27.2)	750 (22.5)	686 (35.3)	

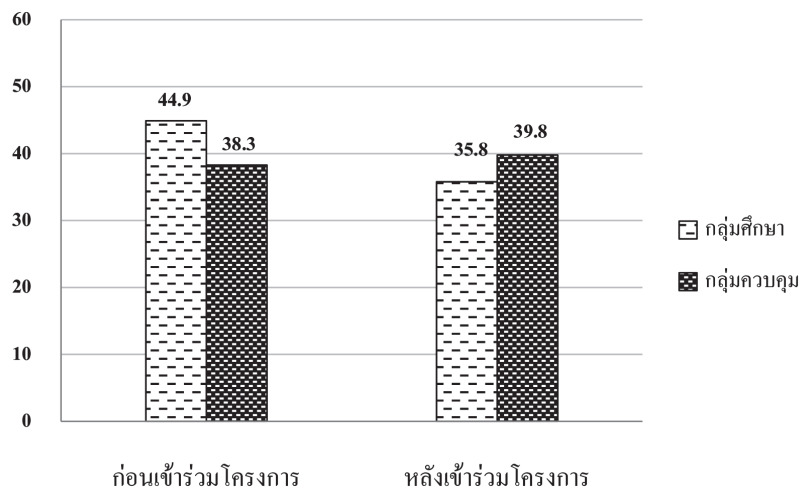
ตารางที่ 1 ข้อมูลประชากร (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวนทั้งหมด (ร้อยละ)	ผู้ป่วยกลุ่มศึกษา (ร้อยละ)	ผู้ป่วยกลุ่มควบคุม (ร้อยละ)	p-value
ค่าความดันโลหิต				
ต่ำกว่า 140/90 mmHg	4,066 (67.7)	2,019 (67.3)	2,047 (68.1)	0.546
ตั้งแต่ 140/90 mmHg ขึ้นไป	1,941 (32.3)	980 (32.7)	961 (31.9)	
การเป็นโรคไตเรื้อรัง				
ไม่เป็น (GFR $\geq$ 60 mL/min/1.73 m ²)	3,460 (58.5)	1,588 (55.1)	1,872 (61.7)	<0.05
เป็น (GFR < 60 mL/min/1.73 m ²)	2,454 (41.5)	1,293 (44.9)	1,161 (38.3)	
ค่าน้ำตาลสะสม HbA1c				
คุมได้ดี (HbA1c $\leq$ 8.0)	2,759 (43.0)	1253 (51.3)	1506 (54.5)	<0.05
คุมได้ไม่ดี (HbA1c > 8.0)	2,446 (47.0)	1,188 (48.7)	1,258 (45.5)	
Urine microalbuminuria				
ปกติ	597 (34.1)	255 (38.4)	342 (31.4)	<0.05
มีโปรตีนรั่วในปัสสาวะ	1,155 (35.9)	409 (61.6)	746 (68.6)	
การใช้ยา Diclofenac				
ไม่ใช้	4,531 (92.5)	3,107 (93.2)	1,424 (91.1)	<0.05
ใช้	365 (7.5)	226 (6.8)	139 (8.9)	
การใช้ยา Ibuprofen				
ไม่ใช้	4,576 (94.3)	3,138 (94.1)	1,438 (94.5)	0.645
ใช้	279 (5.7)	195 (5.9)	84 (5.5)	
การใช้ยา NSAIDs อื่น ๆ				
ไม่ใช้	4,456 (90.8)	3,077 (92.3)	1,379 (87.7)	<0.05
ใช้	449 (9.2)	256 (7.7)	193 (12.3)	
การใช้ยา Omeprazole				
ไม่ใช้	4,132 (81.7)	2,964 (88.9)	1,168 (67.8)	<0.05
ใช้	924 (18.3)	369 (11.1)	555 (32.2)	
การใช้ยาลดอาการจุกแน่นท้อง				
ไม่ใช้	4,278 (85.5)	2,981 (89.4)	1,297 (77.7)	<0.05
ใช้	724 (14.5)	352 (10.6)	372 (22.3)	

ผลของโครงการต่อการป้องกันการเป็นโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วย

เมื่อศึกษาข้อมูลของค่าอัตราการกรองของไต โดยใช้จุดตัดของค่า GFR ที่บ่งบอกว่าเป็นโรคไตเรื้อรัง คือ GFR ต่ำกว่า 60 mL/min/1.73 m² จะได้ผู้ป่วย 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ไม่เป็นโรคไตเรื้อรังและกลุ่มที่เป็นโรคไตเรื้อรัง เมื่อศึกษาสัดส่วนของการเป็นโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยก่อนเข้าร่วมโครงการ พบว่าสัดส่วนของผู้ป่วยในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมที่เป็นโรคไตเรื้อรัง มีค่าร้อยละ 44.9 และ 38.3 ตามลำดับ

และเมื่อศึกษาสัดส่วนการเป็นโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยหลังเข้าร่วมโครงการ พบว่า สัดส่วนของผู้ป่วยในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมที่เป็นโรคไตเรื้อรังมีค่าร้อยละ 35.8 และ 39.8 ตามลำดับ ทั้งนี้เมื่อทดสอบสถิติด้วย Pearson Chi-square พบว่ากลุ่มศึกษามีสัดส่วนของการเป็นโรคไตเรื้อรังลดลงเมื่อเทียบกับผู้ป่วยกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ OR 0.84 (95% CI = 0.76-0.94), p<0.05 (แผนภูมิที่ 1)

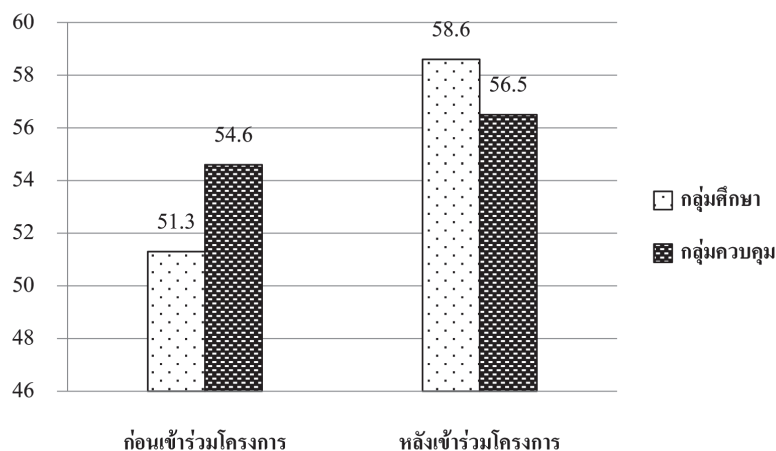


แผนภูมิที่ 1 แสดงสัดส่วนของผู้ป่วยที่เป็นโรคไตเรื้อรัง (ร้อยละ)

จะเห็นได้ว่าสัดส่วนของผู้ป่วยที่เป็นโรคไตเรื้อรังในกลุ่มศึกษามีค่าลดลงอย่างชัดเจนเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม แต่ทั้งนี้ทั้งในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมนั้น ข้อมูลสัดส่วนของผู้ป่วยที่เป็นโรคไตเรื้อรังก่อนเข้าร่วมโครงการนั้นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) จึงได้นำค่าข้อมูลก่อนเข้าร่วมโครงการมาเป็นตัวแปรควบคุมในสมการของการทดสอบทางสถิติ Multiple logistic Regression เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย คือ การเข้าร่วมโครงการกับสัดส่วนของผู้ป่วยที่เป็นโรคไตเรื้อรัง พบว่า กลุ่มศึกษามีสัดส่วนของการเป็นโรคไตเรื้อรังลดลงเมื่อเทียบกับผู้ป่วยกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ adjusted OR 0.55 (95% CI = 0.46-0.67), $p < 0.05$ โดยโครงการอบรมให้ความรู้เป็นปัจจัยป้องกันทำให้สัดส่วนของผู้ป่วยที่เป็นโรคไตเรื้อรังในกลุ่มศึกษาลดลง

ผลของโครงการต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย

เมื่อศึกษาข้อมูลของค่าน้ำตาลสะสม (HbA1c) โดยใช้จุดตัดของการควบคุมเบาหวานได้ดีจะแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ควบคุมเบาหวานได้ดี ($HbA1c \leq 8.0$) และกลุ่มที่ควบคุมเบาหวานได้ไม่ดี ($HbA1c > 8.0$) เมื่อศึกษาระดับน้ำตาลสะสมในผู้ป่วยก่อนเข้าร่วมโครงการ พบว่า สัดส่วนของผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมที่ควบคุมเบาหวานได้ดีมีค่าร้อยละ 51.3 และ 54.6 ตามลำดับ และเมื่อศึกษาข้อมูลระดับน้ำตาลสะสมในผู้ป่วยหลังเข้าร่วมโครงการ พบว่า สัดส่วนของผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมที่ควบคุมเบาหวานได้ดีมีค่าร้อยละ 58.6 และ 56.5 ตามลำดับ (แผนภูมิที่ 2)

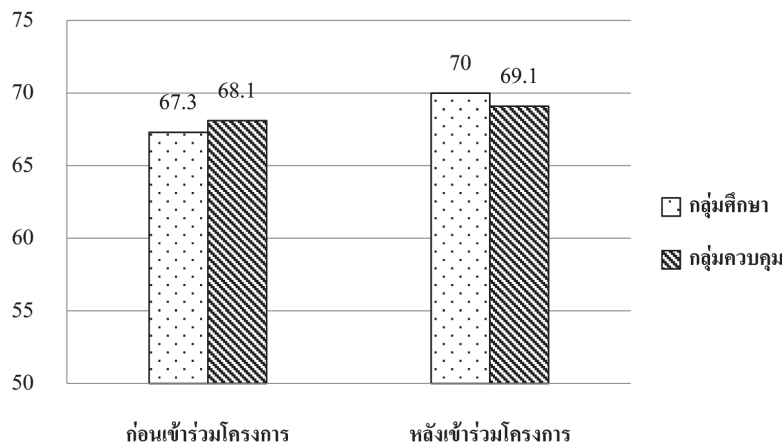


แผนภูมิที่ 2 แสดงสัดส่วนการควบคุมเบาหวานได้ดีในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม (ร้อยละ)

จะเห็นว่าสัดส่วนของผู้ป่วยที่ควบคุมเบาหวานได้ดีในกลุ่มศึกษามีค่าสูงขึ้นอย่างชัดเจนเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม แต่ทั้งนี้ ในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมนั้นข้อมูลสัดส่วนของผู้ป่วยที่ควบคุมเบาหวานได้ดีก่อนเข้าร่วมโครงการนั้นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งอาจทำให้เกิดอคติในการวิเคราะห์ผล จึงได้นำค่าข้อมูลก่อนเข้าร่วมโครงการมาเป็นตัวแปรควบคุมในสมการของการทดสอบทางสถิติ Multiple logistic Regression เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย คือ การเข้าร่วมโครงการกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า กลุ่มศึกษามีสัดส่วนของการควบคุมเบาหวานได้ดีเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมโดยแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ adjusted OR 1.03 (95% CI = 0.89-1.21) $p = 0.66$

ผลของโครงการต่อการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วย

เมื่อศึกษาข้อมูลของค่าความดันโลหิตโดยใช้จุดตัดของการควบคุมความดันโลหิตได้ดี คือ ค่าความดันโลหิตไม่เกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอท จะได้ผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี (SBP < 140 หรือ DBP < 90 มิลลิเมตรปรอท) และกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตได้ไม่ดี (SBP $\geq$ 140 หรือ DBP $\geq$ 90 มิลลิเมตรปรอท) เมื่อศึกษาค่าความดันโลหิตในผู้ป่วยก่อนเข้าร่วมโครงการ พบว่า สัดส่วนของผู้ป่วยในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดีมีค่าร้อยละ 67.3 และ 68.1 ตามลำดับ และเมื่อศึกษาข้อมูลการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยหลังอบรมโครงการ พบว่า สัดส่วนของผู้ป่วยในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดีมีค่าร้อยละ 70.0 และ 69.1 ตามลำดับ (แผนภูมิที่ 3)



แผนภูมิที่ 3 แสดงสัดส่วนของการควบคุมความดันโลหิตได้ดีในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม (ร้อยละ)

จะเห็นว่าสัดส่วนของผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดีในผู้ป่วยกลุ่มศึกษามีค่าสูงขึ้นอย่างชัดเจนเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม เมื่อใช้การทดสอบทางสถิติ Multiple logistic Regression เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย คือ การเข้าร่วมโครงการให้ความรู้กับการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วย พบว่า กลุ่มศึกษามีสัดส่วนของการควบคุมความดันโลหิตได้ดีเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมโดยแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ adjusted OR 1.04 (95% CI: 0.93-1.17) $p = 0.48$

ผลของโครงการต่อการใช้ยาลดอาการต่างๆ ในผู้ป่วย

เมื่อศึกษาการใช้ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) ยาลดกรดในกระเพาะอาหาร (Omeprazole) และลดอาการจุกแน่นท้อง ผู้ป่วยในกลุ่มศึกษานั้นก่อนเข้าร่วม

โครงการมีสัดส่วนของการใช้ยาต่างๆ (ตารางที่ 2) และเมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการพบว่าในกลุ่มที่ศึกษามีสัดส่วนของการใช้ยาต่างๆ ลดลง

จะเห็นว่าในกลุ่มศึกษาหลังเข้าร่วมโครงการมีสัดส่วนของการใช้ยาต่างๆ ลดลง เมื่อใช้การทดสอบทางสถิติ Multiple logistic Regression เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย คือ การเข้าร่วมโครงการให้ความรู้กับการใช้ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ยาลดกรดในกระเพาะอาหาร และยาลดอาการจุกแน่นท้องในผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มศึกษามีสัดส่วนของการใช้ยา Ibuprofen Diclofenac ยา NSAIDs กลุ่มอื่นๆ Omeprazole และยาลดอาการจุกแน่นท้องลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 2 แสดงสัดส่วนของการใช้ยาต่างๆ ในผู้ป่วยกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม (ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ)

ชนิดของยา	สัดส่วนการใช้ยาต่างๆในผู้ป่วย			
	กลุ่มศึกษา (ร้อยละ)		กลุ่มควบคุม (ร้อยละ)	
	ก่อนเข้าร่วมโครงการ	หลังเข้าร่วมโครงการ	ก่อนเข้าร่วมโครงการ	หลังเข้าร่วมโครงการ
Ibuprofen	195 (5.9)	68 (2.0)	84 (5.5)	86 (5.4)
Diclofenac	226 (6.8)	112 (3.4)	139 (8.9)	159 (9.9)
NSAIDs อื่นๆ	256 (7.7)	123 (3.7)	193 (12.3)	179 (11.1)
Omeprazole	369 (11.1)	235 (7.1)	555 (32.2)	529 (27.7)
ยาลดอาการจุกแน่นท้อง	352 (10.6)	413 (12.4)	372 (22.3)	454 (24.6)

ตารางที่ 3 ผลของการเข้าร่วมโครงการต่อการลดการใช้ยาต่างๆ ในกลุ่มศึกษาเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม เมื่อใช้การทดสอบทางสถิติ Multiple logistic Regression

การใช้ยา	Adjusted OR	95%CI for OR Lower	95%CI for OR Upper	p-value
Ibuprofen	0.367	0.266	0.505	<0.05
Diclofenac*	0.257	0.193	0.343	<0.05
NSAIDs กลุ่มอื่นๆ*	0.387	0.290	0.517	<0.05
Omeprazole*	0.229	0.187	0.280	<0.05
ยาลดอาการจุกแน่นท้อง*	0.426	0.357	0.508	<0.05

*เนื่องจากข้อมูลการใช้ยาระหว่างกลุ่มศึกษาและควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงได้นำค่าข้อมูลก่อนอบรมโครงการ (Baseline Data) มาเป็นตัวแปรควบคุมในสมการของการทดสอบทางสถิติ Multiple logistic Regression

วิจารณ์

ผลของโครงการต่อการลดลงของสัดส่วนการเป็นโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วย

จากการศึกษาข้อมูล พบว่า หลังเข้าร่วมโครงการอบรมให้ความรู้ สัดส่วนของการเป็นโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยในกลุ่มศึกษามีค่าลดลงอย่างชัดเจนเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม เมื่อใช้การทดสอบทางสถิติเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย คือ การเข้าร่วมโครงการอบรมให้ความรู้กับสัดส่วนของผู้ป่วยที่เป็นโรคไตเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มศึกษามีสัดส่วนของการเป็นโรคไตเรื้อรังลดลงเมื่อเทียบกับผู้ป่วยกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ adjusted OR 0.55 (95% CI = 0.46-0.67) , $p < 0.05$ โดยการอบรมให้ความรู้เป็นปัจจัยป้องกันที่ทำให้สัดส่วนของผู้ป่วยที่เป็นโรคไตเรื้อรังลดลง ซึ่งผู้ศึกษาคาดว่า โครงการนี้น่าจะสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ในระยะยาว คือ การลดผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรายใหม่ แต่เนื่องจากยังขาดการศึกษาระดับสูงข้อมูลเพิ่มเติม ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาต่อเนื่องว่า หากมีการดำเนินการที่เข้มงวดในขอบเขตที่เล็กลง และมีการติดตามผลการอบรมให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในเรื่องการลดอาหารที่มีพิวรีนสูง อาหารที่ใส่ผงชูรส และดื่มน้ำอย่างพอเพียงและเหมาะสมจะทำให้เห็นการเปลี่ยนแปลงได้อย่างชัดเจนเพิ่มขึ้นหรือไม่อย่างไร เพื่อนำไปใช้ในการดำเนินการในขอบเขตที่กว้างขวางต่อไป

ผลของโครงการต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย

เมื่อศึกษาการควบคุมเบาหวานได้ดีและไม่ดีในผู้ป่วยกลุ่มศึกษาเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ทั้งก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ พบว่า สัดส่วนของผู้ป่วยที่ควบคุมเบาหวานได้ดีในกลุ่มศึกษามีค่าสูงขึ้นอย่างชัดเจนเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม และเมื่อทดสอบทางสถิติเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย คือ การเข้าร่วมโครงการให้ความรู้กับการควบคุมเบาหวานในผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า กลุ่มศึกษามีสัดส่วนของการควบคุมเบาหวานได้ดีขึ้นเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม แต่พบความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ adjusted OR 1.03 (95% CI = 0.89-1.21) $p = 0.66$ ผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้มีความแตกต่างจากการศึกษาที่กาญจนาภิเษก เจริญชัย¹⁵ ซึ่งพบว่าการให้ อสม. นักบริบาลผู้ป่วยเบาหวาน “DM Excellence Care Giver” ช่วยในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และแตกต่างจากการศึกษาของอัญชลี ทะสุใจ¹⁶ ซึ่งพบว่าการให้ผู้ป่วยเบาหวานเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนควบคุมเบาหวาน ได้แก่ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวานและพฤติกรรมกรรมการควบคุมเบาหวาน การให้กลุ่มตัวอย่างได้พบผู้ป่วยเบาหวานต้นแบบที่ประสบความสำเร็จในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดมาถ่ายทอดประสบการณ์

มีค่าน้ำตาลสะสม (HbA1c) หลังการเข้าร่วมโปรแกรมต่ำกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ การศึกษาของบุญจันทร์ วงศ์สุนพรัตน์ และคณะ¹⁷ ที่พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้ผ่านอบรมให้ความรู้การจัดการเบาหวาน ด้วยตนเองแบบกลุ่มมีค่าน้ำตาลสะสมลดลงจากก่อนได้รับการ อบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก โครงการนี้ไม่ได้มุ่งให้ความรู้ในเรื่องการหลีกเลี่ยงอาหาร ที่มีผลต่อโรคเบาหวานหากแต่มุ่งเน้นไปที่การลดบริโภค อาหารฟาส์ฟูด อาหารที่ใช้ผงชูรส และการดื่มน้ำในปริมาณ ที่เหมาะสม จึงทำให้ผลการศึกษานี้มีความแตกต่างอย่าง ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม แม้จะพบว่าสัดส่วนของการควบคุมเบาหวานได้ดีในผู้ป่วย กลุ่มศึกษามากขึ้นกว่าผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมก็ตาม

ผลของโครงการต่อการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วย

เมื่อศึกษาการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยก่อนเข้าร่วมโครงการ พบว่า สัดส่วนของผู้ป่วยในกลุ่มศึกษาและ กลุ่มควบคุมที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดีมีค่าร้อยละ 67.3 และ 68.1 ตามลำดับ และเมื่อศึกษาค่าความดันโลหิตใน ผู้ป่วยหลังเข้าร่วมโครงการ พบว่า สัดส่วนของผู้ป่วยที่ควบคุม ความดันโลหิตได้ดีในกลุ่มศึกษามีค่าสูงขึ้นอย่างชัดเจนเมื่อ เทียบกับกลุ่มควบคุม แสดงว่า การอบรมให้ความรู้ เป็น ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วย แต่ทั้งนี้ เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติพบความแตกต่าง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่ม ควบคุม adjusted OR 1.04 (95% CI : 0.93-1.17) p = 0.48 แตกต่างจากการศึกษาของสุรพล อริยะเดช¹⁸ ที่พบว่า การเข้า ร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มข้าราชการ ทำให้ค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ทั้งนี้จะเกิดจากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นเกษตรกรแตกต่างจากการศึกษาของ สุรพล อริยะเดช¹⁸ ที่ใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นข้าราชการทำให้ความ ตระหนักรู้ต่อโรคและพฤติกรรมดูแลสุขภาพแตกต่างกัน อีกทั้ง เนื้อหาการอบรมในโครงการฯ ไม่ได้เน้นประเด็นเรื่อง การหลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้ความดันโลหิตสูง และผู้ป่วย บางรายไม่สามารถปฏิบัติตามที่แนะนำได้ทั้งหมด เมื่อ วิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยในกลุ่มศึกษาพบว่า มีจำนวนหลายรายที่ ไม่สามารถปฏิบัติตามการอบรมในโครงการได้ จึงเป็น ปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยในกลุ่มศึกษา ส่วนใหญ่ไม่สามารถคุมได้ดีเท่าที่ควรและอาจมีปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อระดับความดันโลหิตที่โครงการยังไม่ได้ศึกษา จึงควร มีการศึกษาต่อไปในอนาคต

ผลของโครงการต่อการใช้ยาลดอาการต่างๆ ในผู้ป่วย

เมื่อศึกษาผลการอบรมให้ความรู้ต่อการใช้จ่ายด้านการ อักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) ยาลดกรดในกระเพาะ อาหาร (Omeprazole) ยาลดอาการจุกแน่นท้องในผู้ป่วย พบว่า กลุ่มศึกษามีสัดส่วนของการใช้ยาต่างๆ ลดลงในช่วง หลังเข้าร่วมโครงการ เมื่อใช้การทดสอบทางสถิติเพื่อหาความ สัมพันธ์ระหว่างปัจจัย คือ ผลของการเข้าร่วมโครงการให้ ความรู้ต่อการใช้จ่ายต่างๆ ในผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มศึกษามี สัดส่วนของการใช้ยา Ibuprofen Diclofenac ยา NSAID กลุ่ม อื่นๆ ยาลดกรดในกระเพาะอาหาร Omeprazole และยาลด อาการจุกแน่นท้องลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบ กับกลุ่มควบคุม แสดงให้เห็นว่าการเข้าอบรมให้ปฏิบัติตัว ดูแลตนเองอย่างเหมาะสมทำให้ผู้ป่วยแสดงอาการต่างๆ ใน กลุ่มอาการอัสานรวมมิตร เช่น อาการปวดกล้ามเนื้อ อาการ ปวดจุกแน่นท้องลดลง จึงทำให้การใช้ยาลดอาการปวด NSAIDs Omeprazole และยาลดอาการจุกแน่นท้องลดลง

สรุป

ผลของการอบรมให้ความรู้การปฏิบัติตัวเรื่องบริโภค อาหาร การดื่มน้ำ และกลุ่มอาการอัสานรวมมิตรแก่ผู้ป่วยโรค เบาหวานและความดันโลหิตสูงมีโอกาสป้องกันไม่ให้ผู้ป่วย เป็นโรคไตเรื้อรังมากขึ้นได้ และมีโอกาสลดการใช้ยาต่างๆ เช่น ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ และยาลดอาการ จุกแน่นท้องได้โดยการเข้าร่วมโครงการนำร่องดังกล่าวยัง ช่วยทำให้ผู้ป่วยสามารถคุมเบาหวานและคุมความดันโลหิต ได้ดีขึ้น แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการดำเนินโครงการครั้งนี้ทำให้เกิดองค์ความรู้ใหม่ โดยเฉพาะเรื่องการอบรมผู้ป่วยในชุมชนนั้น สามารถนำมา ปรับใช้ได้กับบริบทของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิต สูง และโรคไตเรื้อรังในชุมชนภาคอีสาน เพื่อส่งเสริมสุขภาพ ของผู้ป่วยให้รู้จักดูแลตัวเอง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลด ปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ของการเกิดโรค และป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนโดยเฉพาะโรคไตเรื้อรังในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1. ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. อาการวิทยาทางอายุรศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. ขอนแก่น: หจก.โรงพิมพ์ คลังนา; 2558.
2. อมร เปรมมงคล, อภิสิทธิ์ อารงวรานุ, วิชัย อัครภาคย์, ปัตพงษ์ เกษสมบุรณ์, ทานทิพย์ อารงวรานุ, วรณยุพา พรพททอง. โครงการจัดการโรคติดต่อในทางเดินปัสสาวะเพื่อลดผู้ป่วยไตวาย ในผู้ป่วยเบาหวาน ในพื้นที่ ๖ อำเภอ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. ขอนแก่น; 2559.

3. อมร เปรมกมล. "อีสานรวมมิตร"สรุปผลงานวิจัยเกี่ยวกับนิวไต อีสานรวมมิตรการรักษาและความสัมพันธ์กับการเสื่อมของไต. วารสารคลินิก 2551; 24: 241-51.
4. อมร เปรมกมล. "อีสานรวมมิตร" กลุ่มอาการทางคลินิกที่แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปไม่ควรมองข้าม. วารสารคลินิก 2554; 27: 927-34.
5. Premgamone A, Ditsatapornjaroen T, Maskasem S, Sinsupan N, Apinives C, Sriboonlue P. A long-term study on the efficacy of a herbal plant, Orthosiphon grandiflorus, and sodium potassium citrate in treatment renal calculi. Southeast Asian J Trop Med Public Heal 2001; 32: 654-60.
6. Dalla-Palma, Pozzi-Mucelli. Diagnosis of chronic pyelonephritis [Internet]. 2000 [cited Apr 2, 2017]. Available from: <http://www.urology-textbook.com/chronic-pyelonephritis.html>
7. Panduangkaew R, Premgamone A, Kessomboon P, Thepongsai I. The Prevalence and Associated Factors of the Chronic Pyelonephritis among the Diabetic Patients in Chaturat Hospital, Chaiyapoom Province. Srinagarind Med J 2016; 31: 59-69.
8. Nganwai C, Premgamone A, Panduangkaew R, Ketsomboon P, Bunloet A, Ditsataporncharoen T. Search The Prevalence and Associated Factors of the Chronic Pyelonephritis among the Hypertensive Patients at Phukieo Hospital, Chaiyapoom Province. Srinagarind Med J 2016; 31: 399-408.
9. Premgamone A, Sriboonlue P, Maskasem S, Ditsatapornjaroen T. Efficacy of Orthosiphon and Norfloxacin in Treatments of the Patients with Multiple Chronic Health Complaints under Restriction of Purine-Rich Food. J Thai Tradit Altern Med 2008; 6: 166-76.
10. Premgamone A, Sriboonlue P, Maskasem S, Ditsataporncharoen W, Jindawong B. Orthosiphon versus Placebo in Nephrolithiasis with Multiple Chronic Complaints: A Randomized Control Trial. Evidence-Based Complement Altern Med [Internet]. 2009; 6: 495-501. [cited Apr 2, 2017]. Available from: <http://www.hindawi.com/journals/ecam/2009/687240/>
11. Batmanghelidj F. Your Body's Many Cries For Water. 3rd ed. Global Health Solutions, Inc.; 2008.
12. สมศักดิ์ วรคามิน. Water For Life-น้ำในอุดมคติ. กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพาณิชย์; 2549.
13. Lalita Wilaingam, Suwannasri J, Nattawat Srijundraphan, Moonwongz S, Pichai P, Rungwiriyanich P, et al. Water drinking per day and knowledge regarding drinking water by 4th through 6th year medical students at the Faculty of Medicine, KKU. Khon Kaen; 2010.
14. สมบัติ บวรผดุงกิตติ, พจน์ ศรีบุญลือ, เกรียง ตั้งสง่า. อัตราการเกิดนิวไตใหม่ภายหลังการผ่าตัดนิวไตในโรงพยาบาลขอนแก่น. ขอนแก่นเวชสาร 2536; 2: 13-9.
15. กัญจน์ณัฐ เจริญชัย. ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนักบริหารผู้ป่วยเบาหวาน DM Excellence Care Giver จังหวัดอำนาจเจริญ. วารสารการพัฒนาศาสนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2560; 5: 133-51.
16. อัญชลี ทะสุใจ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการควบคุมเบาหวาน ในผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารสาธารณสุขสาร 2556; 4: 15-9.
17. บุญจันทร์ วงศ์สุนพรัตน์, ฉัตรประอร งามอุโฆษ, น้ำเพชร สายบัวทอง. การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นเบาหวานภายหลังเข้าโครงการอบรมความรู้การจัดการเบาหวานด้วยตนเองแบบกลุ่ม. ราชบัณฑิตยบาลสาร 2551; 14: 289-97.
18. สุรพล อริยะเดช. ผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ของข้าราชการอำเภอปลวกแดง จังหวัดระยอง. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า 2555; 29: 205-16.