

สิรนนท์ กลั่นบุญชัย¹, ลลิตดา มณีโชติ², วงศ์พกา เลิศไชยภักดิ์³ และ วรณกมล เข้มมงคล^{1*}

¹ สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ อ.องครักษ์ จ.นครนายก 26120

² โรงพยาบาลพระพุทธบาท อ.พระพุทธบาท จ.สระบุรี 18120

³ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ อินเตอร์เนชั่นแนล กรุงเทพมหานคร 10110

* ติดต่อผู้พิมพ์: wannakon@g.swu.ac.th

Siranan Klanbut¹, Lalitta Maneechote², Wongpaka Loedchaiyapan³ and Wannakon Chuemongkon^{1*}

¹ Department of Clinical Pharmacy, Faculty of Pharmacy, Srinakharinwirot University, Ongkharak, Nakhonnayok, 26120, Thailand

² Phraphutthabat hospital, Saraburi, 18120, Thailand

³ Bumrungrad International hospital, Bangkok, 10110, Thailand

* Corresponding author: wannakon@g.swu.ac.th

เสวนาสารเภสัชกรรมและบริการสุขภาพ 2557;1(1):20-26

Dialogue on Pharmacy and Health Care Practice 2014;1(1):20-26

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลการให้คำปรึกษาเรื่องโรคและยาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระพุทธบาท จ.สระบุรี

Original Article

Effect of Counseling in Chronic Kidney Disease Patients at Outpatient Clinic of Phraphutthabat Hospital, Saraburi Province

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อประเมินความรู้เรื่องโรคและยาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังให้คำปรึกษา **วิธีการศึกษา:** การศึกษาเชิงทดลอง เป็นระยะเวลา 6 เดือน ในผู้ป่วยนอก (ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล) ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรัง ณ โรงพยาบาลพระพุทธบาท จ.สระบุรี ซึ่งมาพบแพทย์ในช่วงวันที่ 27 มิถุนายน ถึง 28 ธันวาคม 2554 โดยประเมินความรู้เรื่องโรคและยาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยใช้แบบประเมินความรู้ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และเปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการให้คำปรึกษา **ผลการศึกษา:** มีผู้เข้าร่วมการศึกษา 74 ราย เป็นผู้ป่วย 51 ราย และผู้ดูแลผู้ป่วย 23 ราย อายุเฉลี่ย 59 ปี ส่วนใหญ่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 หรือโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย และครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษาเป็นโรคไตเรื้อรังมาประมาณ 1 - 3 ปี มีโรคร่วมส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ตามด้วยไขมันในเลือดสูง และเบาหวาน ตามลำดับ คะแนนความรู้เรื่องโรคและยาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนการให้คำปรึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) โดยทุกกลุ่มคำถาม (4 กลุ่ม คือ 1-โรคไตเรื้อรังโรคร่วมที่ไตเสื่อมลง 2-โรคร่วมซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้โรคไตเสื่อมลง 3-พฤติกรรมที่มีผลต่อการดำเนินไปของโรคไตเรื้อรัง และ 4-ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและยาที่ใช้ในโรคไตเรื้อรัง) เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการให้คำปรึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$ สำหรับทุกกลุ่มคำถาม) **สรุป:** การให้คำปรึกษาเรื่องโรคและยาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรคและยาดีขึ้น ทำให้สามารถนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลตนเองหรือดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: การให้คำปรึกษา, โรคไตเรื้อรัง, การประเมินความรู้

ABSTRACT

Objective: To compare knowledge scores in chronic kidney disease before and after counseling. **Method:** A 6-month quasi-experimental study was performed in all outpatients diagnosed chronic kidney disease at Phraphutthabat hospital, Saraburi province during June 27 to December 28, 2011. Data were collected using the knowledge evaluation questionnaire developed by the researchers. Knowledge scores, total and individual issues, were statistically compared between before and after counseling. **Results:** A total of 74 participants (51 chronic kidney disease patients and 23 caregivers) with a mean age 59 years were included. The majority of patients had stage 5 or end-stage renal disease. Half of them were diagnosed with chronic kidney disease for 1 - 3 years. The most found comorbid diseases were hypertension, followed by dyslipidemia and diabetes mellitus, respectively. When compared with knowledge scores before counseling, overall knowledge score as well as score of each group of knowledge questions (1-knowledge in chronic kidney disease, 2-concurrent diseases, 3-health behaviors affecting progression to end-stage renal disease, and 4-complications and drugs use) after counseling were all significantly higher ($P < 0.001$ for all comparisons). **Conclusion:** Counseling in chronic kidney disease patients could improve their knowledge. This could be applied to improve patient care by means of better compliance.

Keywords: counseling, chronic kidney disease, knowledge evaluation

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease; CKD) เป็นโรคที่พบได้บ่อยและไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ในปัจจุบัน โรคนี้เป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก รวมทั้งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย จากการสำรวจโดยสำนัคนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2552 พบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในประเทศไทย (ไม่รวมจังหวัดกรุงเทพมหานคร) จำนวน 185,342 ราย¹ และจากการประมาณ

ความชุกของโรคไตเรื้อรังในประเทศไทย ปีพ.ศ. 2550 - 2551 โดยสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย พบว่ามีผู้ป่วยที่เป็นโรคไตเรื้อรังคิดเป็นร้อยละ 17.6 ของคนไทยทั้งหมด² โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระยะที่ 3 (ร้อยละ 7.5) ซึ่งเป็นระยะที่เริ่มมีภาวะแทรกซ้อนของโรคไตเรื้อรังเกิดขึ้น และยังพบว่ามีผู้ป่วยที่ไตเสื่อมเข้าสู่ระยะสุดท้ายซึ่งต้องได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดจำนวน 31,496 ราย โดยมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นถึง 400 ราย/ปี

สำหรับการรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย วิธีที่ได้ผลดีที่สุด คือ การผ่าตัดปลูกถ่ายไต แต่ปัญหาที่พบในปัจจุบันคือ การขาดแคลนผู้บริจาคไต ซึ่งแต่ละปีมีผู้ที่ได้รับการปลูกถ่ายไตปีละประมาณ 300 รายเท่านั้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงต้องใช้วิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นการรักษาในระยะยาวตลอดชีวิต เสียค่าใช้จ่ายครั้งละ 1,500 - 2,000 บาทต่อคน รวมค่าใช้จ่ายปีละประมาณ 6,000 ล้านบาท ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายที่สูงมาก²

สำหรับการป้องกันที่มีความเป็นไปได้ในปัจจุบันคือ การดูแลป้องกันและควบคุมผู้ป่วยที่ตรวจพบว่าเป็นโรคไตเรื้อรังอย่างใกล้ชิด ไม่ให้ภาวะแทรกซ้อนของโรคดำเนินไปสู่ระยะสุดท้าย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและยา รวมทั้งการให้คำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจะช่วยให้ผู้ป่วยยอมปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเอง และชะลอการเสื่อมของไตได้ในกรณีที่ผู้ป่วยยังไม่เข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรคไตเรื้อรัง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะที่ 3 จะเริ่มเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคไตเรื้อรังและจำเป็นต้องได้รับการรักษาภาวะดังกล่าว และช่วยลดการสะสมของเสียในร่างกายในกรณีที่ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรคไตเรื้อรังแล้ว อีกทั้งผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังบางรายไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการรับประทานยา ทำให้พบปัญหาการขาดความร่วมมือในการใช้ยาเป็นจำนวนมาก ดังนั้นเภสัชกรจึงมีบทบาทอย่างมากในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดที่จะให้คำปรึกษาเรื่องโรคและยาแก่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เพื่อช่วยแก้ไขปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยา ช่วยให้การรักษาของแพทย์เป็นไปตามเป้าหมาย และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้น นอกจากนี้ยังสามารถแนะนำแนวทางการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยไปประยุกต์ใช้ในแผนกเภสัชกรรมผู้ป่วยนอกต่อไป

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความรู้เรื่องโรคและยาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังให้คำปรึกษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระพุทธบาท จ.สระบุรี

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental study) ทำการประเมินความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการให้คำปรึกษา ทำการเก็บข้อมูลในช่วง 27 มิถุนายน ถึง 28 ธันวาคม 2554 โดยการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เลขที่ 010/2554

การกำหนดกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรของการศึกษานี้ คือ ผู้ป่วยนอกทุกรายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรัง ณ โรงพยาบาลพระพุทธบาท จ.สระบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยนอกที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรัง ณ โรงพยาบาลพระพุทธบาท จ.สระบุรี ซึ่งมาพบแพทย์ในช่วงวันที่ 27 มิถุนายน ถึง 28 ธันวาคม 2554 แล้วยินยอมเข้าร่วมการศึกษา โดยผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารกับผู้ทำการประเมินความรู้ได้อย่างเข้าใจ เช่น ผู้ป่วยสื่อสารด้วยภาษาอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ภาษาไทยหรือมีสติการรับรู้ไม่ดีและไม่มีผู้ดูแลการใช้ยา รวมทั้งผู้ป่วยที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกว่าเป็นโรคไตเรื้อรังจะถูกคัดออกจากการศึกษา

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง สามารถคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังสำหรับการศึกษานี้ ได้จากสูตรต่อไปนี้^{3,4}

$$N_d = \frac{(Z_\alpha + Z_\beta)^2 \sigma_d^2}{\mu_d^2}$$

เมื่อ N_d คือขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

Z_α คือค่าวิกฤตที่สัมพันธ์กับช่วงความเชื่อมั่น ซึ่งถ้ากำหนด 95% ค่า Z_α มีค่าเท่ากับ 1.96

Z_β คือค่าวิกฤตที่สัมพันธ์กับอำนาจการทดสอบ ซึ่งถ้ากำหนด 95% ค่า Z_β มีค่าเท่ากับ 1.645

σ_d^2 คือค่าความแปรปรวนของค่าเฉลี่ย คำนวณตามสูตร⁵ โดยใช้ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานจากการศึกษาของสมเจลา รัตนคำ⁶ ซึ่งได้เท่ากับ 8.4

μ_d คือ ค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ย โดยใช้ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังจากการศึกษาของสมเจลา รัตนคำ⁶

เมื่อแทนค่าตัวแปรในสูตร ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเป็น 5 นั่นคือควรมีจำนวนผู้เข้าร่วมการศึกษาน้อย 5 ราย

$$N_d = \frac{(1.96+1.645)^2 \times 8.40}{(18.77-13.80)^2} \approx 5 \text{ ราย}$$

เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ชื่อผู้ป่วย อายุ เพศ น้ำหนัก ส่วนสูง โรคประจำตัว ประวัติการใช้สมุนไพร/ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร/วิตามิน ระยะเวลาในการเป็นโรคไตเรื้อรัง ประวัติการสูบบุหรี่และดื่มสุรา ประวัติแพ้ยา ผู้ดูแลการใช้ยา ประวัติการศึกษา ความสามารถในการอ่านหนังสือ อาชีพและประวัติการได้รับคำปรึกษาเรื่องโรคไตเรื้อรัง 2) แบบบันทึกข้อมูลการประสานรายการยาของแต่ละครั้งที่มาพบแพทย์ ประกอบด้วย ชื่อยา ขนาดยาและแบบแผนการใช้ยา รวมถึงจำนวนยาที่ได้รับในแต่ละครั้งที่มาพบแพทย์ 3) แบบบันทึกผลตรวจทางห้องปฏิบัติการในแต่ละครั้งที่มาพบแพทย์ ประกอบด้วย vital sign, blood chemistry, electrolytes, CBC และผลตรวจอื่น ๆ 4) เอกสารให้ความรู้เรื่องโรคและยาสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น โดยดัดแปลงข้อมูลจากเอกสารอ้างอิงที่เกี่ยวข้องกับโรคไตเรื้อรัง^{2,7-11} และได้ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาแล้วจากเภสัชกร 2 ท่าน และ 5) แบบประเมินความรู้เรื่องโรคและยาของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ที่

ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยอาศัยข้อมูลจากเอกสารอ้างอิงที่เกี่ยวข้องกับโรคไตเรื้อรัง^{2,7-11} และได้รับการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาจากเภสัชกร 3 ท่าน และหัวหน้าพยาบาลห้องไตเทียมโรงพยาบาลพระพุทธบาท จ.สระบุรี 1 ท่าน ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ด้าน ดังนี้ 1) ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง 2) ความรู้เกี่ยวกับโรคร่วมซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้โรคไตเสื่อมลง 3) ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมที่มีผลต่อการดำเนินไปของโรคไตเรื้อรัง และ 4) ความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนและยาที่ใช้ในโรคไตเรื้อรัง โดยลักษณะหัวข้อการประเมินจะเป็นประโยคบอกเล่าสั้น ๆ ให้เภสัชกร หรือผู้วิจัยอ่านแต่ละข้อให้ผู้ป่วยฟัง แล้วให้ผู้ผู้ป่วยตอบว่า “ใช่” “ไม่ใช่” หรือ “ไม่ทราบ” โดยถ้าผู้ป่วยตอบว่า “ใช่” ให้ทำเครื่องหมาย (ให้ 1 คะแนน) ถ้าผู้ป่วยตอบว่า “ไม่ใช่” ให้ทำเครื่องหมาย (ให้ 0 คะแนน) ลงในช่องว่างของการประเมินในแต่ละข้อ หรือถ้าผู้ป่วยตอบว่า “ไม่ทราบ” ให้ใส่เลข 0 ลงในช่องว่างของการประเมินในแต่ละข้อ (ให้ 0 คะแนน) โดยการประเมินจะแบ่งเป็น 2 ครั้ง ได้แก่ การประเมินก่อนการให้คำปรึกษา (ครั้งที่ 1) และการประเมินหลังให้คำปรึกษาเมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์ครั้งถัดไป (ครั้งที่ 2) และเพื่อให้รูปแบบการประเมินสอดคล้องตรงกัน ผู้วิจัยได้กำหนดรูปแบบและวิธีการประเมินความรู้และการให้คำปรึกษาลงใน “ใบชี้แจงการประเมินจากแบบประเมินความรู้เรื่องโรคและยาของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง”

การดำเนินงานและเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและโปรแกรมคอมพิวเตอร์ SSB ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ใช้เก็บฐานข้อมูลของผู้ป่วยทั้งหมดในโรงพยาบาลพระพุทธบาท จากนั้นทดลองใช้แบบประเมินกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยยึดแนวทางการประเมินตาม “ใบชี้แจงการประเมินจากแบบประเมินความรู้ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง” ซึ่งจะทำให้การทดลองใช้กับผู้ป่วยประมาณ 5 - 10 คน พบว่าการประเมินบางหัวข้อยังไม่เหมาะสม ได้พิจารณาแก้ไขใหม่และให้คณะผู้ตรวจสอบข้างต้นพิจารณาความเหมาะสมอีกครั้ง จากนั้นผู้วิจัยชี้แจงผู้ช่วยวิจัยที่ต้องประเมินความรู้ผู้ผู้ป่วยถึงแนวทางในการประเมินตาม “ใบชี้แจงการประเมินจากแบบประเมินความรู้ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง” และวิธีการบันทึกข้อมูลลงในแบบประเมินความรู้เรื่องโรคและยาของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

เก็บข้อมูลโดยประเมินความรู้ก่อนให้คำปรึกษา จากนั้นผู้วิจัยให้คำปรึกษาเรื่องโรคและยาให้เหมาะสมกับผู้ผู้ป่วยแต่ละราย พร้อมกับแจกเอกสารให้ความรู้เรื่องโรคและยาสำหรับผู้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น แล้วจะประเมินความรู้อีกครั้งเมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์ครั้งถัดไป

ผู้วิจัยรวบรวมคะแนน โดยคิดจากจำนวนข้อที่ผู้ป่วยตอบได้ถูกต้อง ข้อละ 1 คะแนน และข้อที่ผู้ป่วยตอบไม่ถูกต้องหรือตอบว่าไม่ทราบ คิดเป็น 0 คะแนน แล้วแปลผลโดยนำคะแนนของแต่ละคนมาวิเคราะห์เป็นร้อยละของคะแนนรวมในแต่ละครั้ง ทั้งหมด 2 ครั้ง แล้วนำร้อยละคะแนนของทุกคนมาวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ยของ

ร้อยละคะแนนความรู้ที่ผู้ป่วยตอบได้ถูกต้องโดยภาพรวมเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังให้คำปรึกษา นอกจากนี้ ได้วิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้ของผู้ป่วยทั้ง 2 ครั้งแยกตามประเภทกลุ่มคำถามความรู้ 4 ด้านด้วย

การวิเคราะห์และการประเมินผล

วิเคราะห์และทดสอบค่าทางสถิติ โดยใช้โปรแกรม SPSS version 11.0 for Windows โดยใช้ Kolmogorov-Smirnov test ในการวิเคราะห์การกระจายของข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลทั่วไปในรูปความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบคะแนนความรู้ก่อนและหลังให้คำปรึกษาโดยใช้ paired t-test (กรณีที่มีข้อมูลมีการกระจายแบบปกติ) หรือ Wilcoxon signed rank test (กรณีที่มีข้อมูลมีการกระจายแบบไม่เป็นปกติ)

ผลการศึกษา

จากการเก็บข้อมูลในระหว่างวันที่ 27 มิถุนายน ถึง 28 ธันวาคม 2554 รวมระยะเวลาประมาณ 6 เดือน มีผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้งสิ้น 74 ราย เป็นผู้ป่วย 51 รายและผู้ดูแลผู้ป่วย 23 ราย โดยผู้เข้าร่วมโครงการครึ่งหนึ่งเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 51) อายุเฉลี่ยประมาณ 59 ปี ส่วนมากศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 62) เกือบทั้งหมดอ่านหนังสือได้ (ร้อยละ 96) และมากกว่าครึ่งไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 55) ผู้เข้าร่วมการวิจัยเกือบสองในสามเคยได้รับคำปรึกษาเรื่องโรคไตเรื้อรังมาก่อน (ร้อยละ 61) ส่วนใหญ่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 (ร้อยละ 38) และครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังนานมากกว่า 1 - 3 ปี (ตารางที่ 1)

ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้โดยรวม

ผลการให้คำปรึกษาเรื่องโรคและยาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้โดยรวมของผู้ให้สัมภาษณ์หลังการให้คำปรึกษาเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 83.57 ของจำนวนข้อคำถามทั้งหมด เมื่อเทียบกับก่อนการให้คำปรึกษา (ร้อยละ 58.28 ของจำนวนข้อคำถามทั้งหมด) ($P < 0.001$)

ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้แยกตามประเภทของคำถาม

จากการประเมินความรู้แยกตามประเภทของข้อคำถาม 4 ประเภท (ตารางที่ 2) พบว่าคะแนนความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 72.30 ของจำนวนข้อคำถามเป็นร้อยละ 92.23 ($P < 0.001$) ส่วนคะแนนความรู้เรื่องโรคร่วมซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ไตเสื่อมลง มีผู้ตอบถูกน้อยมาก โดยมีคะแนนความรู้เพียงร้อยละ 19.82 ของจำนวนข้อคำถามก่อนให้คำปรึกษา และเพิ่มขึ้นหลังให้คำปรึกษา (ร้อยละ 54.35) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) สำหรับคะแนนความรู้เรื่องพฤติกรรมที่มีผลต่อการดำเนิน

ไปของโรคไตเรื้อรัง มีคะแนนความรู้ก่อนให้คำปรึกษาร้อยละ 78.38 และเพิ่มขึ้นหลังให้คำปรึกษา (ร้อยละ 94.93) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) และคะแนนความรู้เรื่องภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและยาที่ใช้ในโรคไตเรื้อรัง มีคะแนนความรู้ก่อนให้คำปรึกษาร้อยละ 40.58 ของจำนวนข้อคำถามและเพิ่มขึ้นหลังให้คำปรึกษา (ร้อยละ 76.89) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน ($P < 0.001$)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมการศึกษา (N = 74)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศผู้ให้สัมภาษณ์		
ชาย	36	48.6
หญิง	38	51.4
ประเภทผู้ให้สัมภาษณ์		
ตัวผู้ป่วย	51	68.9
ผู้ดูแลผู้ป่วย	23	31.1
อายุผู้ให้สัมภาษณ์ (ปี) , ค่าเฉลี่ย (ช่วงอายุ)	59.16 (11-83)	
11-30 ปี	4	5.4
31-50 ปี	19	25.7
51-70 ปี	28	37.8
มากกว่า 70 ปี	23	31.1
ระดับการศึกษาของผู้ให้สัมภาษณ์		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	7	9.5
ประถมศึกษา	46	62.2
มัธยมศึกษา	9	12.2
ปริญญาตรี	12	16.2
ระยะเวลาการเป็นโรคไตเรื้อรัง		
0 ถึง 1 ปี	13	17.6
>1 ถึง 3 ปี	37	50.0
>3 ถึง 5 ปี	24	32.0
ระยะของโรคไตเรื้อรัง		
ระยะที่ 2 (Clcr 60-90 ml/min/1.73m2)	25	33.8
ระยะที่ 3 (Clcr 30-60 ml/min/1.73m2)	20	27.0
ระยะที่ 4 (Clcr 15-30 ml/min/1.73m2)	1	1.4
ระยะที่ 5 (Clcr < 15 ml/min/1.73m2)	28	37.8
โรคอื่นที่เป็นร่วม		
เบาหวาน	37	50.0
ไขมันในเลือดสูง	40	54.1
ความดันโลหิตสูง	71	95.9
เก๊าท์	10	13.5
SLE	1	1.4
โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด	10	13.5
อื่นๆ*	4	5.4
ประวัติการใช้ผลิตภัณฑ์จากสมุนไพร		
ใช้	15	20.3
ไม่ใช้	59	79.7
ประวัติการสูบบุหรี่		
ไม่เคยสูบ	46	62.2
เคยสูบแต่เลิกไปแล้ว	28	37.8
ยังคงสูบบุหรี่ในปัจจุบัน	0	0
อาชีพผู้ให้สัมภาษณ์		
รับจ้าง	12	16.2
ชาวนา / ชาวสวน / ชาวไร่	2	2.7
ข้าราชการ	7	9.5
ค้าขาย	6	8.1
อื่น ๆ	6	8.1
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	41	55.4
ประวัติการได้รับคำปรึกษามาก่อน		
เคย	45	60.8
ไม่เคย	29	39.2
ความสามารถในการอ่านหนังสือ		
อ่านหนังสือออก	71	96.0
อ่านหนังสือไม่ออก	3	4.0

* โรคร่วมอื่น ได้แก่ benign prostatic hyperplasia, asthma, dyspepsia และ bipolar disorder

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยของร้อยละคะแนนความรู้แยกตามประเภทของข้อคำถาม (N = 74)

ประเภทของคำถาม	ค่าเฉลี่ยของร้อยละคะแนนความรู้ (%)		P-value
	ก่อนให้คำปรึกษา	หลังให้คำปรึกษา	
ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง (n = 74)	72.30	92.23	< 0.001*
โรคร่วมที่เป็นปัจจัยเสี่ยง (n = 74)	19.82	54.35	< 0.001*
พฤติกรรมที่มีผลต่อการดำเนินไปของโรคไตเรื้อรัง (n = 74)	78.38	94.93	< 0.001*
ภาวะแทรกซ้อนและยาที่ใช้ในโรคไตเรื้อรัง (n = 70)	40.58	76.89	< 0.001†

* วิเคราะห์ทางสถิติด้วย Wilcoxon signed rank test

† วิเคราะห์ทางสถิติด้วย paired t-test

ค่าเฉลี่ยความรู้แยกตามภาวะแทรกซ้อนและยาที่ใช้ในโรคไตเรื้อรัง

เมื่อประเมินความรู้แยกตามภาวะแทรกซ้อนและยาที่ใช้ในโรคไตเรื้อรัง 7 ประเภท (ตารางที่ 3) พบว่าก่อนให้ปรึกษา คะแนนความรู้เรื่องโรคและยาที่ใช้ในภาวะโลหิตจางเป็นประเภทที่ผู้ป่วยมีความรู้มากที่สุด (ร้อยละ 71.51) ตามด้วยความรู้เรื่องโรคและยาที่ใช้ในภาวะบวมหน้า (ร้อยละ 43.91) ความรู้เรื่องโรคและยาที่ใช้ในภาวะเลือดเป็นกรด (ร้อยละ 30.00) ความรู้เรื่องโรคและยาที่ใช้ในภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง (ร้อยละ 28.57) และความรู้เรื่องโรคและยาที่ใช้ในภาวะฟอสเฟตในเลือดสูง (ร้อยละ 25.69) ส่วนประเภทความรู้ที่พบว่ามีความรู้ต่ำมากคือ ความรู้เรื่องการเข้าเพื่อชะลอการเสื่อมของไต (ร้อยละ 3.95) และความรู้เรื่องโรคและยาที่ใช้ในภาวะพาราไทรอยด์ในเลือดสูง (ร้อยละ 7.14) หลังให้คำปรึกษาเรื่องโรคและยาแล้ว พบว่าคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นในทุกประเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีคะแนนความรู้สูงสุดในประเภทความรู้เรื่องโรคและยาที่ใช้ในภาวะโลหิตจาง (ร้อยละ 95.08) และมีคะแนนความรู้ต่ำที่สุดในประเภทความรู้เรื่องการเข้ายาเพื่อชะลอการเสื่อมของไต (ร้อยละ 48.68) ซึ่งคะแนนความรู้ประเภทนี้ก็มีคะแนนต่ำสุดก่อนให้คำปรึกษาด้วย (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยของร้อยละคะแนนความรู้เรื่องยาแยกตามภาวะแทรกซ้อนและยาที่ใช้ในโรคไตเรื้อรัง

ประเด็นความรู้ย่อย	จำนวน (คน)	ค่าเฉลี่ยของร้อยละคะแนนความรู้ (%)		P-value*
		ก่อนให้คำปรึกษา	หลังให้คำปรึกษา	
การเข้าเพื่อชะลอการเสื่อมของไต	38	3.95	48.68	< 0.001
ภาวะโลหิตจาง	44	71.51	95.08	< 0.001
ภาวะบวมหน้า	45	43.91	93.02	< 0.001
ภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง	12	28.57	65.48	< 0.01
ภาวะฟอสเฟตในเลือดสูง	18	25.69	64.58	< 0.001
ภาวะเลือดเป็นกรด	10	30.00	75.00	0.014
ภาวะพาราไทรอยด์ในเลือดสูง	7	7.14	71.43	0.024

* วิเคราะห์ทางสถิติด้วย Wilcoxon signed rank test

ค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการก่อนและหลังให้คำปรึกษา

ระดับความดันโลหิตก่อนและหลังให้คำปรึกษาไม่แตกต่างกัน ทั้งค่าความดันโลหิต SBP และ DBP (ตารางที่ 4) แต่พบว่าระดับ fasting plasma glucose (FPG) ของผู้ป่วยหลังให้คำปรึกษาลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($P < 0.005$) และระดับโซเดียมในเลือดของผู้ป่วย

สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($P = 0.02$) เมื่อเทียบกับก่อนให้คำปรึกษา อย่างไรก็ตามพบว่าระดับโซเดียมในเลือดที่สูงขึ้นจาก 134.56 mEq/L เป็น 136.00 mEq/L ไม่มีนัยสำคัญทางคลินิก นอกเหนือจากนี้แล้วไม่พบการเปลี่ยนแปลงของค่าทางห้องปฏิบัติการใด

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการก่อนและหลังให้คำปรึกษา

ผลการตรวจ	ค่าปกติ	จำนวนผู้ป่วย (คน)	ค่าเฉลี่ย		P-value
			ก่อนให้คำปรึกษา	หลังให้คำปรึกษา	
ความดันโลหิต					
SBP - mmHg (เฉลี่ย)	< 130 ^β	71	132.48	132.38	0.97 [*]
DBP - mmHg (เฉลี่ย)	< 90 ^β	71	74.61	73.38	0.43 [*]
Hb - g/dL (เฉลี่ย)	≥ 11-12 ^α	47	10.94	11.24	0.52 [*]
Albumin - mg/dL (เฉลี่ย)	3.9 - 5.0 ^θ	25	3.74	3.80	0.05 [*]
BUN - mg/dL (เฉลี่ย)	7 - 21 ^θ	52	44.63	46.34	0.57 [*]
TG - mg/dL (เฉลี่ย)	< 150 ^θ	11	193.72	176.64	0.29 [*]
LDL - mg/dL (เฉลี่ย)	≤ 100 ^θ	11	92.82	90.00	0.82 [*]
FPG - mg/dL (เฉลี่ย)	90 - 130 ^θ	43	152.67	128.35	< 0.005 [*]
Na ⁺ - mEq/L (เฉลี่ย)	135 - 145 ^θ	39	134.56	136.00	0.02 [*]
K ⁺ - mEq/L (เฉลี่ย)	3.5 - 5.5 ^θ	61	4.24	4.22	0.83 [*]
Cl ⁻ - mEq/L (เฉลี่ย)	98 - 106 ^θ	40	97.08	96.48	0.33 [*]
HCO ₃ ⁻ - mEq/L (เฉลี่ย)	22 - 26 ^θ	57	25.74	26.63	0.16 [*]
PO ₄ ⁻ - mg/dL (เฉลี่ย)	2.5 - 4.5 ^θ	24	5.30	5.61	0.45 [*]
Ca ²⁺ - mg/dL (เฉลี่ย)	8.5 - 10.5 ^θ	22	9.00	9.17	0.65 [*]

^α จำนวนผู้ป่วย จะนับเฉพาะผู้ป่วยที่มีผลการตรวจซ้ำ 2 ครั้งที่มาพบแพทย์ในช่วงที่วิจัย

^θ ค่าปกติจากฐานข้อมูลโปรแกรม SSB รพ.พระพุทธบาท จ.สระบุรี

^β ค่าปกติตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2552

^α ค่าปกติตามแนวทาง K/DOQI 2002

* วิเคราะห์ทางสถิติด้วย Wilcoxon signed rank test

+ วิเคราะห์ทางสถิติด้วย paired t-test

อภิปรายและสรุปผลการศึกษา

การศึกษานี้ประเมินความรู้เรื่องโรคและยาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังให้คำปรึกษา ในผู้ป่วยนอกที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรัง ณ โรงพยาบาลพระพุทธบาท จ.สระบุรี การศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยของร้อยละคะแนนความรู้โดยรวมของผู้ให้สัมภาษณ์หลังให้คำปรึกษาสูงกว่าก่อนให้คำปรึกษาอย่างมีนัยสำคัญ แสดงว่าผู้ให้สัมภาษณ์มีความรู้เรื่องโรคและยาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้น ซึ่งเมื่อประเมินความรู้แยกตามประเภทของข้อคำถาม 4 ประเภท คือ ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง ความรู้เรื่องโรคร่วมซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ไตเสื่อมลง ความรู้เรื่องพฤติกรรมที่มีผลต่อการดำเนินไปของโรคไตเรื้อรัง และความรู้เรื่องภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นและยาที่ใช้ในโรคไตเรื้อรัง พบว่าผู้ให้สัมภาษณ์มีความรู้ทั้ง 4 ประเภทคำถามเพิ่มขึ้นจากก่อนให้คำปรึกษาอย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน

เมื่อประเมินความรู้แยกตามภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นและยาที่ใช้ในโรคไตเรื้อรัง เป็น 7 ประเภทคือ 1) ความรู้เรื่องการช้ยาเพื่อชะลอการเสื่อมของไต 2) ความรู้เรื่องโรคและยาที่ใช้ในภาวะโลหิตจาง 3) ความรู้เรื่องโรคและยาที่ใช้ในภาวะบวมหน้า 4) ความรู้เรื่องโรคและยาที่ใช้ในภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง 5) ความรู้เรื่องโรคและยาที่ใช้ในภาวะฟอสเฟตในเลือดสูง 6) ความรู้เรื่องโรคและยาที่ใช้ในภาวะเลือดเป็นกรด และ 7) ความรู้เรื่องโรคและยาที่ใช้ในภาวะพาราไทรอยด์ในเลือดสูง พบว่าผู้ให้สัมภาษณ์

มีความรู้เรื่องภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นและยาที่ใช้ในโรคไตเรื้อรังทั้ง 7 ประเภทเพิ่มขึ้นจากก่อนให้คำปรึกษาอย่างมีนัยสำคัญ

เมื่อเปรียบเทียบผลการศึกษานี้กับงานวิจัยที่ผ่านมาของปีนแก้ว กล้ายประยงค์¹¹ ที่ทำการศึกษาระยะสั้นของโปรแกรมสุขศึกษาในการส่งเสริมพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไตสู่ภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้ายของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 จำนวน 60 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คนและกลุ่มควบคุม 30 คน และทำการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและบันทึกผลก่อนและหลังการทดลอง พบว่าผลการศึกษาที่มีความสอดคล้องไปในทางเดียวกัน คือ หลังจากการให้ความรู้กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน การดำเนินของโรคสู่ภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้าย การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อมดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) และสอดคล้องกับการศึกษาของสมเจลา รัตนคำ⁶ ซึ่งศึกษาประสิทธิภาพของการจัดโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ณ โรงพยาบาลค่ายกษัตริย์สวรรค์ จังหวัดสกลนคร ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจำนวน 30 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบทดสอบความรู้ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นทั้งก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ พบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ($P < 0.01$)

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการทั้งก่อนและหลังการให้คำปรึกษา พบว่าค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีแนวโน้มอยู่ในระดับเป้าหมายหรืออยู่ในช่วงค่าปกติมากขึ้น แต่ผลการวิจัยยังไม่สามารถอ้างอิงได้ว่าเกิดจากผลของการได้รับคำปรึกษาหรือไม่ เพราะเป็นการให้คำปรึกษาเพียงครั้งเดียว นอกจากนี้ค่าผลตรวจทางห้องปฏิบัติการยังขึ้นกับผลการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย เช่น การรับประทานอาหาร ความร่วมมือในการช้ยา เป็นต้น อย่างไรก็ตามหากมีการให้คำปรึกษาเรื่องโรคและยาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง จะส่งผลให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลผู้ป่วยนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการดูแลตนเองหรือดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคไตเรื้อรังจนเกิดประโยชน์สูงสุด

นอกจากนี้ผู้วิจัยยังทำการวิเคราะห์ลักษณะข้อมูลพื้นฐานบางอย่างที่คาดว่าจะปัจจัยรบกวนต่อคะแนนความรู้ ได้แก่ 1) **ประเภทของผู้ให้สัมภาษณ์** ในการศึกษาที่ผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่จะเป็นตัวผู้ป่วยเอง แต่กรณีนี้ที่ผู้ป่วยไม่ได้ดูแลการใช้ยาด้วยตนเองและไม่สามารถสื่อสารได้อย่างเข้าใจ ผู้วิจัยจำเป็นต้องสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยแทน ดังนั้นผลการประเมินความรู้จาก

ค่าเฉลี่ยของร้อยละคะแนนจะไม่ได้แสดงถึงความรู้ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอย่างแท้จริง **2) ระยะเวลาระหว่างการประเมินความรู้ทั้ง 2 ครั้ง** กรณีที่ผู้เข้าร่วมติดภารกิจ ไม่สามารถให้สัมภาษณ์ได้ จึงต้องเลื่อนวันในการสัมภาษณ์เป็นวันที่แพทย์นัดครั้งถัดไป ทำให้ระยะเวลาระหว่างการประเมินความรู้ทั้งสองครั้งมีช่วงห่างกันมาก ตั้งแต่ 6 สัปดาห์ ถึง 20 สัปดาห์ **3) ประวัติการได้รับความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง** ผู้ให้สัมภาษณ์ในการศึกษานี้ ส่วนใหญ่เคยได้รับความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังมาแล้วก่อนเข้าร่วมการศึกษา โดยมีประมาณ 2 เท่าของกลุ่มที่ไม่เคยได้รับความรู้มาก่อน ซึ่งประวัติการได้รับความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังมาก่อนอาจมีผลต่อคะแนนความรู้ในการศึกษารั้งนี้ได้ **4) การเข้ารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม** เนื่องจากผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เข้ารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จะต้องเข้ารับการฟอกเลือดที่ห้องไตเทียมอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2-3 ครั้งเป็นประจำอยู่แล้ว คาดว่าน่าจะได้รับความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังจากแพทย์และพยาบาลที่ห้องไตเทียมมากกว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังกลุ่มอื่นๆ **5) ระยะเวลาในการเป็นโรคไตเรื้อรัง** ผู้ป่วยที่เป็นโรคไตเรื้อรังเป็นระยะเวลานาน อาจจะมีประสบการณ์ในการใช้ยาและการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไตมากกว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคไตเรื้อรังไม่นาน ซึ่งจากผลการวิเคราะห์ลักษณะข้อมูลพื้นฐานดังกล่าว พบว่า ลักษณะข้อมูลพื้นฐานดังกล่าวไม่มีผลต่อคะแนนความรู้ของผู้ให้สัมภาษณ์

ข้อจำกัดของการศึกษา

คำถามที่ใช้ในแบบประเมินความรู้เรื่องโรคและยาของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จะเป็นลักษณะของคำถามปลายปิด ผู้ให้สัมภาษณ์สามารถตอบได้ 3 แบบคือ “ใช่” “ไม่ใช่” หรือ “ไม่ทราบ” โดยส่วนใหญ่ผู้ให้สัมภาษณ์จะตอบว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” และมีเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่จะตอบว่า “ไม่ทราบ” ดังนั้น คำตอบของผู้ให้สัมภาษณ์อาจมาจากการเดาสุ่มได้ หากข้อใดที่ผู้ให้สัมภาษณ์เดาสุ่มได้ถูกต้องก็จะได้ 1 คะแนนในข้อนั้น ซึ่งจะมีผลกระทบต่อผลการแปลผลคะแนน กล่าวคือ คะแนนที่ได้อาจไม่ได้แสดงถึงความรู้ของผู้ให้สัมภาษณ์อย่างแท้จริง

การศึกษานี้เป็นการศึกษาที่ไม่มีการควบคุม ซึ่งอาจมีความน่าเชื่อถือของข้อมูลไม่มาก อย่างไรก็ตามเมื่อคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างพบว่าผู้เข้าร่วมการศึกษารั้งนี้มีจำนวนเพียงพอ

ผลลัพธ์ที่ได้จากการศึกษานี้ เป็นเพียงการวัดการเปลี่ยนแปลงของคะแนนความรู้ของผู้เข้าร่วมการศึกษาเท่านั้น ยังไม่สามารถประเมินได้ว่าหลังจากการให้คำปรึกษาเรื่องโรคไตเรื้อรังแล้ว ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยามากน้อยเพียงใด ซึ่งความร่วมมือในการใช้ยาถือเป็นอีกปัจจัยสำคัญที่จะช่วยชะลอการดำเนินไปของโรคไตเรื้อรังและป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากภาวะแทรกซ้อนของโรคไตเรื้อรังได้ ดังนั้นควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อประเมินความร่วมมือในการใช้ยาให้ชัดเจน เพื่อเป็นประโยชน์

ต่อการนำไปประยุกต์ใช้ในการให้คำปรึกษาเรื่องโรคไตเรื้อรังและยาที่ใช้สำหรับรักษาภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ต่อไป

สรุป

การให้คำปรึกษาเรื่องโรคและยาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเทียบกับก่อนการให้คำปรึกษา ทั้งในประเด็นความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังโรคร่วมซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ไตเสื่อมลง พฤติกรรมที่มีผลต่อการดำเนินไปของโรคไตเรื้อรัง รวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นและยาที่ใช้ในโรคไตเรื้อรัง ผลจากการได้รับความรู้เพิ่มขึ้นจะช่วยทำให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักถึงผลเสียของการใช้ยาและการปฏิบัติตัวไม่เหมาะสม อาจส่งผลให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีความร่วมมือในการใช้ยามากขึ้น และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมเพื่อชะลอการเสื่อมของไตหรือลดการสะสมของของเสียในร่างกายได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณหัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระพุทธบาท ที่ให้ความช่วยเหลือติดต่อประสานงานและให้คำแนะนำอันเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินงานวิจัย รวมทั้งขอขอบคุณเภสัชกรแผนกผู้ป่วยนอกและพยาบาลแผนกไตเทียมทุกท่าน ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลให้เป็นไปอย่างรวดเร็ว

References

1. The nephrology society of Thailand. Research project: Estimating the prevalence of chronic kidney disease in Thai population [online]. 2009. (Accessed on Mar. 18, 2011, <http://www.nephrothai.org/research/ThaiSeekProject.asp>) (in Thai)
2. The nephrology society of Thailand. Knowledge in kidney disease for general people [online]. 2009. (Accessed on Mar. 18, 2011, at <http://www.nephrothai.org/.../id=161>) (in Thai)
3. Thanomsiang N. Hypothesis test for continuous data: two sets of data [online]. 2009. (Accessed on Mar. 15, 2012, at <http://home.kku.ac.th/nikom>) (in Thai)
4. Friedman LM, Furberg CD, DeMets DL. Fundamentals of clinical trials. 3rd ed. New York: Springer-Verlag New York Inc., 1998. p.110-111.
5. Moore DS, McCabe GP. Introduction to the practice of statistics. 3rd ed. New York: W.H. Freeman and company; 1998.
6. Ratanakum S. Development of the health promoting program for end stage renal disease patients treated with hemodialysis in Kritsivara Army hospital, Amphoe Mueang, Changwat Sakon Nakhon. [M.A. Thesis in Development Strategy]. Sakon Nakhon. Graduate School, Sakon Nakhon Rajabhat University, 2007. (in Thai)

7. The Nephrology Society of Thailand. Practice guideline for chronic kidney disease before starting dialysis 2009. Bangkok. Boehringer Ingelheim (Thai) Ltd, 2009. (in Thai)
8. Institute of Nutrition, Mahidol University and Thai Dietetic Association. How to eat when the kidneys begin to deteriorate. Bangkok. 2009. (in Thai)
9. Dipiro JT, Talbert RL, Yee GC, Matzke GR, Wells BG, Posey LM. Pharmacotherapy: a pathophysiology approach. New York. The McGraw-Hill Inc, 2008.
10. National Kidney Foundation. K/DOQI Clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification and stratification. *Am J Kidney Dis* 2002;39(suppl1):S1-S266.
11. Klyprayong P. Effectiveness of health education program in promoting health behaviors for slow progression of chronic kidney disease to the end stage renal disease among chronic kidney disease patients stage 3 and 4 at outpatient department, Ramathibodi hospital. [M.S. Thesis in Health Education]. Bangkok. Graduate School, Kasetsart University, 2007. (in Thai)