

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

# กระบวนการจัดตั้งชุมชนรักษ์ไตแบบมีส่วนร่วม จังหวัดมหาสารคาม ปี 2560 - 2561

นิตยา โปกกลาง ส.บ.\*

เอมอร สุทธิสา ส.ม.\*

ณัฐวุฒิ มาสาซ้าย ว.ว. (อายุรศาสตร์)\*\*

ชวწყმყ ปินะเก พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)\*\*\*

\* สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

\*\* โรงพยาบาลกุตรัง จังหวัดมหาสารคาม

\*\*\* โรงพยาบาลมหาสารคาม

วันรับ:	17 ม.ค. 2563
วันแก้ไข:	9 เม.ย. 2563
วันตอบรับ:	19 เม.ย. 2563

**บทคัดย่อ** การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในกิจกรรมชะลอไตเสื่อม ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมและหารูปแบบในการจัดตั้งชุมชนรักษ์ไต ด้วยการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 5 หมู่บ้าน แล้วสุ่มแบบเฉพาะเจาะจงโดยใช้เกณฑ์ในการคัดเลือก 500 คน ประกอบด้วยผู้นำ ประชาชน และกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ประยุกต์ใช้เทคนิคการวางแผนแบบมีส่วนร่วม ในขั้นตอนการวางแผน (Plan) ซึ่งประกอบด้วย (1) การสร้างองค์ความรู้ (A) (2) การสร้างแนวทางการพัฒนา (I) และ (3) ขั้นตอนการสร้างแนวทางปฏิบัติ (C) จากนั้นนำไปสู่การปฏิบัติ (Act) การสังเกตผล (Observer) และสะท้อนผล (Reflect) เก็บข้อมูล 12 เดือน โดยใช้แบบสอบถาม ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการและการสนทนากลุ่ม สถิติที่ใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired t- test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ผลการศึกษาพบว่าหลังการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการมีส่วนร่วม โดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตัวอย่างผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สามารถชะลอไตเสื่อมได้ โดยชะลอจากระยะ 4 มาเป็นระยะที่ 3 จำนวน 13 คน (ร้อยละ 81.2) จากระยะที่ 3 มาเป็นระยะที่ 2 และ 1 จำนวน 38 คน (ร้อยละ 56.7) และเกิดรูปแบบการจัดตั้งชุมชนรักษ์ไต คือ (1) จัดตั้งคณะกรรมการพร้อมหน้าที่ (2) จัดทำแผนงานโดยชุมชนร่วมคิดตามบริบทของชุมชน (3) ดำเนินกิจกรรม (4) ประเมินผลโดยคณะกรรมการ การประยุกต์การมีส่วนร่วมมาใช้ในการจัดตั้งชุมชนรักษ์ไตทำให้ชุมชนได้ร่วมรับรู้ปัญหา หาแนวทางแก้ไข และดำเนินการด้วยความสมัครใจเกิดการทำงานอย่างเป็นรูปธรรมที่ชัดเจนและต่อเนื่อง จึงควรนำรูปแบบดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่น ๆ ที่มีบริบทใกล้เคียงกันต่อไป

**คำสำคัญ:** การมีส่วนร่วม; ชุมชนรักษ์ไต; การชะลอไตเสื่อม

## บทนำ

จากสภาพเศรษฐกิจและสังคมไทยในปัจจุบัน การดำเนินงานแบบเร่งรีบและการแข่งขันต่อเวลาทำให้การ

ใส่ใจในการดูแลสุขภาพพลดลง โดยเฉพาะการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา ความเครียด โดยพฤติกรรมเหล่านี้

นี้เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคเรื้อรังที่มีอุบัติการณ์สูงขึ้นเรื่อยๆ และหากไม่ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมจะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา โดยเฉพาะโรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease) โดยผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง ประมาณ 1.90 และ 1.60 เท่าตามลำดับ โรคไตเรื้อรังระยะที่ 1 - 3 ส่วนใหญ่ไม่แสดงอาการ ทำให้ผู้ป่วย ร้อยละ 94.0 ขาดความตระหนักจนกลายเป็นระยะที่ 4 - 5 และ end stage renal disease ที่ต้องรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือด ล้างไตทางช่องท้อง หรือปลูกถ่ายไต โดยในปัจจุบันประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต มากกว่า 1 แสนคนใช้งบประมาณมากกว่า 2 หมื่นล้านบาทต่อปี และมีแนวโน้มความชุกเพิ่มขึ้นร้อยละ 15.0 - 20.0 ต่อปี<sup>(1)</sup> ซึ่งเป็นภาระทั้งผู้ป่วยและรัฐบาลเป็นภัยต่อการพัฒนาเศรษฐกิจ กระทบต่อคุณภาพของชีวิต ครอบครัว และสังคมโดยรวม

เขตสุขภาพที่ 7 ประกอบด้วย 4 จังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนกลาง ได้แก่ จังหวัดร้อยเอ็ด จังหวัดขอนแก่น จังหวัดมหาสารคาม และจังหวัดกาฬสินธุ์ รับผิดชอบจำนวนประชากรทั้งสิ้น 4,052,443 คน โดยมีจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จำนวน 40,841 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 1,007.14 ต่อประชากรแสนคน โดยเมื่อแยกผู้ป่วยตามระยะการป่วย พบมากที่สุดอยู่ในกลุ่มผู้ป่วยระยะ 3 ร้อยละ 42.5 รองลงมาคือ กลุ่มผู้ป่วยระยะ 2 ร้อยละ 22.1 และกลุ่มผู้ป่วยระยะ 4 ร้อยละ 18.7<sup>(2)</sup> จังหวัดที่มีอัตราป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังมากที่สุด คือจังหวัดกาฬสินธุ์ จังหวัดร้อยเอ็ด จังหวัดมหาสารคาม และจังหวัดขอนแก่น ตามลำดับ

จังหวัดมหาสารคาม ประกอบด้วย 13 อำเภอ 133 ตำบล 1,804 หมู่บ้าน พบอัตราป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง จากปี 2557 - 2559 เท่ากับ 476.71, 989.15 และ 1178.57 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ โดยปี 2560 มีอัตราป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง 2,025.98 ต่อประชากรแสนคน แบ่งระยะการป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังเป็น 5 ระยะ

ตามอัตราการครองของไต โดยระยะที่พบมากที่สุด คือกลุ่มผู้ป่วยระยะ 3 ร้อยละ 36.3 รองลงมาคือ กลุ่มผู้ป่วยระยะ 2 ร้อยละ 30.7 และกลุ่มผู้ป่วยระยะ 1 ร้อยละ 15.89 อำเภอที่มีอัตราป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังมากที่สุด คือ อำเภอแกดำ ( 6,239.52 ต่อประชากรแสนคน) รองลงมาคือ อำเภอกันทรวิชัย (3,808.82 ต่อประชากรแสนคน) และอำเภอที่มีอัตราป่วยน้อยที่สุดคือ อำเภอนาเชือก (659.69 ต่อประชากรแสนคน)<sup>(2)</sup> จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าอัตราป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ โดย ปี 2560 ได้มีการวิเคราะห์สาเหตุในการเกิดโรคไตเรื้อรังในชุมชนที่มีอัตราการป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังมากเป็นอันดับ 1 ของแต่ละอำเภอ ในจังหวัดมหาสารคาม ด้วยกระบวนการกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันของประชาชนในชุมชน พบว่า สาเหตุที่ทำให้เกิดโรคไตเรื้อรังในชุมชนส่วนใหญ่มาจาก 5 สาเหตุ คือ (1) พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมของตนเองและครอบครัวโดยเฉพาะการรับประทานอาหารรสเค็มหรือโซเดียมสูง ไม่ว่าจะเป็นอาหารที่ปรุงเองในครัวเรือนหรืออาหารที่ซื้อมาจากท้องตลาด (2) ทักษะคิดหรือความเชื่อที่ผิดๆ เช่น การรับประทานยาเบาหวานหรือความดันโลหิตสูงทำให้เป็นโรคไตวาย การใช้ยาสมุนไพรไม่เป็นอันตราย ทำให้ชื่อยาชุดหรือยาสมุนไพรรับประทานเองและมีการโฆษณาชวนเชื่อตามสถานีวิทยุหรือรถเร่ขายยาว่ามียาสมุนไพรที่รักษาโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงหายขาด รวมถึงความเชื่อที่ว่าโรคไตวายเป็นแล้วไม่ต้องรักษาเพราะฟอกก็ตาย ไม่ฟอกก็ตาย ทำให้ความตระหนักในการดูแลสุขภาพลดลง (3) มีผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น (4) ขาดการออกกำลังกายสม่ำเสมอ และ (5) การใช้หรือการสัมผัสสารเคมี

ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้ศึกษาจึงสนใจพัฒนาชุมชนให้เกิดพลังภาคีเครือข่ายในการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคไตเรื้อรังและชะลอไตเสื่อมในชุมชน ด้วยการประยุกต์ใช้เทคนิคการวางแผนแบบมีส่วนร่วมผ่านการศึกษาเชิงปฏิบัติการเพื่อเปิดโอกาสให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา วางแผน ดำเนินงานแก้ไขตาม

รูปแบบและบริบทของชุมชนเองอันนำไปสู่การพัฒนาและสร้างกระบวนการเรียนรู้ของชุมชนเพื่อให้ประชาชนมีความฉลาดรอบรู้ด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและยั่งยืนต่อไป

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการจัดตั้งชุมชนรักษไต ของกลุ่มตัวอย่างประชาชนในชุมชน เปรียบเทียบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยในชุมชนก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม และเพื่อหารูปแบบ/แนวทางในการจัดตั้งชุมชนรักษไตโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

### วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีการดำเนินงานตามวงจร PAOR โดยประยุกต์ใช้เทคนิคการวางแผนแบบมีส่วนร่วม ในขั้นตอนการวางแผน (Plan) ซึ่งประกอบด้วย การสร้างองค์ความรู้ (Appreciation) การสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence) และการสร้างแนวทางปฏิบัติ (Control) จากนั้นนำไปสู่การปฏิบัติ (Act) การสังเกตผล (Observe) และสะท้อนผล (Reflect)

ใช้รูปแบบการศึกษาแบบ 1 กลุ่มตัวอย่าง เก็บข้อมูลเปรียบเทียบก่อนและหลังการทำกิจกรรม โดยใช้แบบสอบถาม ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการสนทนากลุ่ม

ระยะเวลาดำเนินการ เดือนพฤษภาคม 2560 - พฤษภาคม 2561 การศึกษานี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ประชาชนที่มีชื่อในทะเบียนบ้านและอยู่จริงจำนวน 13 หมู่บ้าน ที่มีอัตราการป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังสูงสุดของแต่ละอำเภอ (ข้อมูลปี 2559) รวม 13 หมู่บ้าน จำนวน 3,076 คน โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ

1) กลุ่มปกติ เช่น ประชาชนทั่วไป เจ้าของร้านขาย

ของชำ/ขายอาหารในชุมชน ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านครุอนามัยโรงเรียน

2) กลุ่มผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานและหรือความดันโลหิตสูง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่

1. กลุ่มปกติและกลุ่มเสี่ยง เช่น ประชาชนทั่วไป เจ้าของร้านขายของชำ/ขายอาหารในชุมชน ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ครุอนามัยโรงเรียน

2. กลุ่มผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานและหรือความดันโลหิตสูงที่อาศัยอยู่ในชุมชนที่ดำเนินกิจกรรมโครงการชุมชนรักษไต ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ โดยการคัดเลือกจากหมู่บ้านที่มีอัตราการป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังสูงสุด ด้วยวิธีการสุ่มแบบง่าย จำนวน 5 หมู่บ้าน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบเจาะจง รวมเป็น 500 คน โดยมีคุณสมบัติตามเงื่อนไขที่กำหนดดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ

1. มีอายุ 20 ปีขึ้นไป
2. อาศัยอยู่ในพื้นที่จริงตลอดการศึกษา
3. สม่ครใจเข้าร่วมกิจกรรมตลอดการศึกษา

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครออกจากโครงการคือ ผู้ที่มีความผิดปกติทางร่างกายและจิตใจจนไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามโครงการได้

### นิยามศัพท์เฉพาะ

กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง กระบวนการเปิดโอกาสให้ประชาชนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการคิดวิเคราะห์ปัญหา วางแผน ดำเนินงานแก้ไข โดยวิธีการเรียนรู้จากสถานการณ์ ประสบการณ์ตามรูปแบบและบริบทของชุมชน ประกอบด้วย การสร้างองค์ความรู้ การสร้างแนวทางการพัฒนา และการสร้างแนวทางปฏิบัติ

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หมายถึง ผลตรวจอัตราการกรองของไตด้วยขั้นตอนวิธีการทางวิทยาศาสตร์-การแพทย์โดยการเจาะเลือดตรวจหาค่า Creatinine ใช้สูตรคำนวณค่า GFR ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ชุมชนรักษไต หมายถึง ชุมชนในจังหวัดมหาสารคาม

ที่มีการดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคไต-เรื้อรังและชะลอไตเสื่อมในชุมชน

### เครื่องมือในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ ประกอบด้วย เครื่องมือ 2 ส่วน คือ (1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล (ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการและแบบสอบถาม) และ (2) เครื่องมือที่ใช้ในกิจกรรม

#### 1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

##### 1.1 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วย ตรวจ Creatinine หาค่าระยะของไตเรื้อรัง โดยการคำนวณใช้สูตร CKD-EPI (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration)

#### 1.2 แบบสอบถาม เรื่องกระบวนการจัดตั้งชุมชนรักษไตแบบมีส่วนร่วม จังหวัดมหาสารคาม

ครอบคลุมเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ โดยปรับปรุงจากแนวคิดทฤษฎีเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เพศ อายุ สถานภาพการสมรส สถานภาพในครอบครัว ระดับการศึกษา อาชีพ ประเภทผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นโรคเบาหวานหรือไม่ ระยะเวลาที่ทราบว่าเป็นโรคเบาหวาน เป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือไม่ ระยะเวลาที่ทราบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการจัดตั้งชุมชนรักษไต จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 20 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบประมาณค่า (rating scale) 3 ระดับ มีรายละเอียดดังนี้

ข้อความเชิงบวก (positive) จำนวน 18 ข้อ ให้คะแนน ดังนี้

เป็นประจำ ให้ค่าน้ำหนักคะแนนเท่ากับ 3

บางครั้ง ให้ค่าน้ำหนักคะแนนเท่ากับ 2

ไม่เคยเลย ให้ค่าน้ำหนักคะแนนเท่ากับ 1

ข้อความเชิงลบ (negative) จำนวน 2 ข้อ ให้คะแนน ดังนี้

เป็นประจำ ให้ค่าน้ำหนักคะแนนเท่ากับ 1

บางครั้ง ให้ค่าน้ำหนักคะแนนเท่ากับ 2

ไม่เคยเลย ให้ค่าน้ำหนักคะแนนเท่ากับ 3

การแปลความหมาย ตามระดับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการจัดตั้งชุมชนรักษไต จังหวัดมหาสารคาม โดยพิจารณาจากคะแนนที่ได้จากการสอบถาม และนำมาคิดค่าคะแนนจาก (คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด) / จำนวนชั้น<sup>(3)</sup>

คะแนนเฉลี่ย ระดับการมีส่วนร่วม

1.00-1.66 - ระดับต่ำ

1.67-2.33 - ระดับปานกลาง

2.34-3.00 - ระดับสูง

โดยสรุป ถ้าคะแนนเฉลี่ยของระดับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการจัดตั้งชุมชนรักษไต จังหวัดมหาสารคาม มีค่าตั้งแต่ 2.34 ขึ้นไป ย่อมถือว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 3 ปัญหาและอุปสรรคในกระบวนการจัดตั้งชุมชนรักษไตแบบมีส่วนร่วม จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 1 ข้อ

#### 2. เครื่องมือที่ใช้ในกิจกรรม (Intervention)

2.1 การอบรมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการจัดตั้งชุมชนรักษไต (AIC: Appreciation - Influence - Control)<sup>(4)</sup> หลักสูตรการอบรม 1 วัน

การสร้างเครื่องมือและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ มีลำดับขั้นตอนการสร้างแบบสอบถามและตรวจสอบคุณภาพ ดังนี้

1) ศึกษารายละเอียดจากเอกสารบทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2) กำหนดขอบเขตและโครงสร้างแบบสอบถามยึดตามเนื้อหาที่ถูกต้องตามหลักวิชาการแนวคิดและทฤษฎีเพื่อให้เกิดความถูกต้องครอบคลุมตามกรอบแนวคิดและวัตถุประสงค์

3) สร้างข้อความของแบบสอบถามโดยผู้วิจัยได้สังเคราะห์ขึ้นเองตามแนวคิดโรคไตวายเรื้อรังและแนวคิดการมีส่วนร่วมกำหนดเกณฑ์ในการให้คะแนนสำหรับคำตอบแต่ละข้อ

4) ตรวจสอบความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ของเนื้อหาและวัตถุประสงค์ โดยเสนอ

แบบสอบถามต่อผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ในการตรวจสอบและลงความคิดเห็นประกอบด้วยนายแพทย์-เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น อาจารย์คณะ-พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และหัวหน้าหน่วย-ไตและไตเทียม โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น นำผลการประเมินมาหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา โดยวิธีหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) คัดเลือกเฉพาะข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป

5) ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ชุด ในเขตพื้นที่อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม แล้วนำข้อมูลที่ได้มาหาค่าคุณภาพของเครื่องมือ ด้วยสูตรการหาค่าความเชื่อมั่นแบบ Alpha Conefficient ของ Cronbach<sup>(4)</sup> โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ ผลการทดสอบ ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยรวม 0.89 เมื่อแยกรายด้านได้ค่าดังนี้

5.1 การวางแผน จากการทดสอบเครื่องมือ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85

5.2 การดำเนินการ จากการทดสอบเครื่องมือ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.92

5.3 การประเมินผล จากการทดสอบเครื่องมือ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.79

ขั้นตอนการดำเนินการศึกษาและการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

#### 1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ทำหนังสือเสนอโครงการศึกษา

1.2 ทำหนังสือขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

1.3 จัดทำกำหนดการอบรม เตรียมหลักสูตร วิทยากร สื่อต่าง ๆ เช่น โปสเตอร์ แผ่นพับ วีซีดี และเอกสาร

1.4 ประชุมชี้แจงผู้เกี่ยวข้อง รวมทั้งวิทยากรประจำอำเภอ โดยให้เจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ-ตำบลเป็นผู้ช่วยศึกษาโดยได้รับคำชี้แจงและมีความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการศึกษาเป็นอย่างดี มีบทบาทในการเป็นวิทยากรประจำกลุ่มในการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ

1.5 เตรียมพื้นที่ ประธานหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน และกลุ่มเป้าหมาย

1.6 เก็บข้อมูลก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมในกลุ่มตัวอย่าง

2. ขั้นการดำเนินการตามกระบวนการการศึกษาเชิง-ปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAOR)

2.1 การวางแผน (Plan) ด้วยการประยุกต์ใช้เทคนิคการวางแผนแบบมีส่วนร่วม

การอบรมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการจัดตั้งชุมชนรักษไต (AIC) หลักสูตรการอบรม 1 วันดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างองค์ความรู้ (Appreciation: A)  
- เปิด วิตทัศน์ ปลุกจิตสำนึก (หนังสือ) โดยหนังสือไม่จบ แต่จะทิ้งปมให้คิดต่อ ว่าควรมีการดำเนินเรื่องไปอย่างไรต่อ เกิดกระบวนการคิด วิเคราะห์ และเชื่อมสู่กระบวนการกลุ่ม

- บรรยายความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคไต และกลุ่มเสี่ยงต่อโรคไต และแนวทางในการดูแลเพื่อลดการเกิดผู้ป่วยรายใหม่ และชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยรายเก่า (วัตถุประสงค์: เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมได้มีความรู้ในการวางแผนจัดการโครงการของชุมชน)

- กิจกรรมกลุ่มวิเคราะห์เพื่อกำหนดและหาแนวทางในการลดการเกิดผู้ป่วยไตรายใหม่ และชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยรายเก่าร่วมกันเพื่อเกิดเป็นชุมชนต้นแบบรักษไตแบบมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วย

ใบงาน 1: วิเคราะห์สภาพการณ์ของชุมชนในการเฝ้าต่อการเกิดโรคไตในปัจจุบัน และผลลัพธ์อนาคตของชุมชนหากไม่ได้รับการแก้ไข

ใบงานที่ 2: วิเคราะห์ จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาสและภาวะคุกคามของชุมชนในการจัดตั้งชุมชนรักษไต เพื่อลดการเกิดผู้ป่วยไตรายใหม่ และชะลอไตเสื่อมในรายเก่า

ใบงานที่ 3: กำหนดวิสัยทัศน์ ความคาดหวัง ภาพฝันและความต้องการของชุมชนต่อการจัดตั้งชุมชนรักษไต เพื่อลดการเกิดผู้ป่วยไตรายใหม่และชะลอไตเสื่อมในรายเก่า แบบมีส่วนร่วมของชุมชน

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence:

I) เป็นกิจกรรมกลุ่มระดมสมองวิเคราะห์ ประกอบด้วย  
ใบงานที่ 4: วิเคราะห์บทบาทหน้าที่ของสมาชิกใน  
ชุมชนสามารถมีส่วนร่วมอะไรได้บ้าง ในการลดการเกิด  
ผู้ป่วยไตรายใหม่ และชะลอไตเสื่อมในรายเก่าแบบมี  
ส่วนร่วม

ใบงานที่ 5: วิเคราะห์หาแนวทางหรือกิจกรรม ที่จะ  
ส่งผลให้เกิดการลดการเกิดผู้ป่วยไตรายใหม่ และชะลอ  
ไตเสื่อมในรายเก่า จัดลำดับความสำคัญของกิจกรรม (ทุก  
ใบงานจะมีเจ้าหน้าที่ประจำกลุ่มคอยจดบันทึกแนวคิด  
ของกลุ่มและสรุปแนวคิดของกลุ่มนั้นๆ)

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นตอนการสร้างแนวทางปฏิบัติ (Con-  
trol: C) การจัดทำแผนปฏิบัติงานและรายละเอียด  
โครงการเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ (กระบวนการกลุ่ม) นำ  
แผนงานโครงการ หรือกิจกรรมแนวทางสู่การดำเนินการ

#### 2.2 การปฏิบัติตามแผนที่กำหนด (Act)

1) จัดตั้งคณะกรรมการชุมชนรักษ์ไต (ระบบชุมชนดูแล  
ชุมชน) ดำเนินงานพัฒนาหมู่บ้าน ซึ่งคัดเลือกมาจากตัวแทน  
แกนนำชุมชน ตัวแทนอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ประชาชน  
ผู้ประกอบการร้านค้า และตัวแทนสถานศึกษาในหมู่บ้าน  
โดยเจ้าหน้าที่เป็นเพียงพี่เลี้ยงที่คอยเสนอแนะ

2) ประชาสัมพันธ์ข้อมูล/แผนงาน/แนวทาง กิจกรรม  
ให้ชุมชนทราบนโยบาย

3) ดำเนินกิจกรรมตามแผนงานที่วางไว้

2.3 การสังเกตผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงาน (Ob-  
server)

สังเกตผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานโดยทีมคณะ-  
กรรมการชุมชนรักษ์ไต ประเมินผลการดำเนินกิจกรรม  
ผ่านเวทีการประชุมทุกเดือนเพื่อนำไปสู่การวางแผนแก้ไข  
กิจกรรมให้ต่อเนื่องตามบริบทของชุมชนโดยเจ้าหน้าที่ประจำ  
พื้นที่ลงไปติดตามความก้าวหน้าและปัญหา ในเดือนที่ 4,  
6 และ 8 ของการดำเนินการ

2.4 การสะท้อนผล (Reflect) หลังจากดำเนินกิจกรรม  
ครบ 12 เดือน ได้มีการเก็บข้อมูลหลังดำเนินการด้วย  
แบบสอบถามผลตรวจ Cr. หาค่าระยะของไตเรื้อรัง โดยการ  
คำนวณใช้สูตร EPI วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบก่อนหลัง

และถอดบทเรียนเพื่อหารูปแบบในการจัดตั้งชุมชนรักษ์ไต  
แบบมีส่วนร่วม

การวิเคราะห์ข้อมูลสถิติที่ใช้ในการศึกษา

- ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อ  
บรรยายลักษณะทางประชากร ระดับพฤติกรรมกรรมที่มี  
ส่วนร่วมในการจัดตั้งชุมชนรักษ์ไต ระยะของไตเรื้อรังโดย  
การคำนวณใช้สูตร EPI

- Paired t-test เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมที่มีส่วน  
ร่วมในการจัดตั้งชุมชนรักษ์ไตก่อนและหลังการเข้าร่วม  
กิจกรรมโดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

### ผลการศึกษา

ข้อมูลลักษณะทางประชากรพบว่า กลุ่มตัวอย่าง  
ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.6 มีอายุมากกว่าหรือ  
เท่ากับ 61 ปี ร้อยละ 42.6 มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 76.2  
เป็นสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 57.0 จบการศึกษาระดับ  
ประถมศึกษา ร้อยละ 78.2 ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม  
ร้อยละ 64.0 เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ร้อยละ 50.4 โดยเป็น  
ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 26.5 มีระยะเวลาที่ป่วยน้อย  
กว่า 1 ปี ร้อยละ 34.7 เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง  
ร้อยละ 42.5 มีระยะเวลาที่ป่วยน้อยกว่า 1 ปี ร้อยละ 35.4  
เป็นทั้งเบาหวานและความดันโลหิตสูง ร้อยละ 31.0 มี  
ระยะเวลาที่ป่วย น้อยกว่า 1 ปี ร้อยละ 24.6

ด้านพฤติกรรมกรรมมีส่วนร่วมในการจัดตั้งชุมชนรักษ์ไต  
ของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ภายหลังจากเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม  
ตัวอย่างมีพฤติกรรมกรรมมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ  
ทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) โดยก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มตัวอย่าง  
ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในกิจกรรมชะลอไตเสื่อมในภาพรวม อยู่  
ในระดับปานกลาง (Mean=1.83, SD=0.46) ภายหลังจาก  
เข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีส่วนร่วมใน  
กิจกรรมชะลอไตเสื่อมในภาพรวม อยู่ในระดับสูง  
(Mean=2.39, SD=0.56) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของกลุ่มตัวอย่าง  
โรคเรื้อรัง พบว่า หลังการเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มตัวอย่าง  
สามารถชะลออัตราการกรองของไตได้ โดยกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 พฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการจัดตั้งชุมชนรักษ์ไตของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม (n=500)

การจัดตั้งชุมชนรักษ์ไต	ก่อนร่วมกิจกรรม		หลังร่วมกิจกรรม		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
การวางแผน	1.58 <sup>1</sup>	0.61	2.39 <sup>3</sup>	0.69	16.35	0.001*
การดำเนินการ	1.81 <sup>2</sup>	0.48	2.35 <sup>3</sup>	0.54	19.83	0.001*
การประเมินผล	1.90 <sup>2</sup>	0.54	2.45 <sup>3</sup>	0.56	18.18	0.001*
การมีส่วนร่วมภาพรวม	1.83 <sup>2</sup>	0.46	2.39 <sup>3</sup>	0.56	20.04	0.001*

หมายเหตุ: \* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

1 หมายถึง การปฏิบัติตัวอยู่ในระดับต่ำ (Mean=1.00 - 1.66)

2 หมายถึง การปฏิบัติตัวอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=1.67 - 2.33)

3 หมายถึง การปฏิบัติตัวอยู่ในระดับสูง (Mean=2.34 - 3.00)

ระยะที่ 1 (ระดับปกติ) เพิ่มขึ้นจาก 50 คน (ร้อยละ 19.8) เป็น 78 คน (ร้อยละ 30.9) ระยะที่ 2 (การกรองของไตลดลงเล็กน้อย) เพิ่มขึ้นจาก 116 คน (ร้อยละ 46.0) เป็น 126 คน (ร้อยละ 50.0) และระยะที่ 3 - 4 (การกรองของไตลดลงปานกลางถึงลดลงมาก) ลดลงกลับไปในระยะที่ 1 และ 2 โดยระยะที่ 3 ลดลงจาก 67 คน (ร้อยละ 26.6) เหลือ 42 คน (ร้อยละ 16.7) ระยะที่ 4 จาก 16 คน (ร้อยละ 6.4) เหลือ 3 คน (ร้อยละ 1.2) และกลุ่มตัวอย่างระยะที่ 5 (ไตวายระยะสุดท้าย) มีจำนวนคงที่ คือ 3 คน (ร้อยละ 1.2) รายละเอียดแสดงในตารางที่ 2

ภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรม พบว่า ชุมชนกลุ่มตัวอย่างได้มีรูปแบบในการจัดตั้งชุมชนรักษ์ไตแบบมี

ส่วนร่วม จังหวัดมหาสารคาม (BPDM Model) คือ

1. จัดตั้งคณะกรรมการชุมชนรักษ์ไต (Board) โดยมีผู้ใหญ่บ้านเป็นประธาน และมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นพี่เลี้ยงในการคอยกระตุ้นและสนับสนุนองค์ความรู้

2. จัดทำแผนงาน โครงการ และกิจกรรมที่จะดำเนินการ (Planning) โดยชุมชนเป็นผู้คิดวิเคราะห์และดำเนินการเองตามรูปแบบและบริบทของชุมชน เช่น การประกาศนโยบายสาธารณะของชุมชน ติดป้ายรณรงค์ลด ละ เลิก การใช้จ่าย การให้ความรู้เรื่องโรคไตผ่านทางหอกระจายข่าวหมู่บ้าน รื้อฟื้นกลุ่มออกกำลังกาย ผลักดันนโยบายลดเค็มและหลักสูตรเรื่องโรคไตในโรงเรียน รวมถึงเกิดนวัตกรรม อสม.จิต บุคคลต้นแบบด้านสุขภาพของ

ตารางที่ 2 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อดูอัตราการกรองของไต (eGFR) ในกลุ่มตัวอย่างที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน และหรือความดันโลหิตสูง (252 คน) ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม

ระยะของโรคไต	ก่อนร่วมกิจกรรม (n=252)		หลังร่วมกิจกรรม(n=252)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระยะที่ 1 (eGFR ≥90)	50	19.8	78	30.9
ระยะที่ 2 (eGFR 60-89)	116	46.0	126	50.0
ระยะที่ 3 (eGFR 30-59)	67	26.6	42	16.7
ระยะที่ 4 (eGFR 15-29)	16	6.4	3	1.2
ระยะที่ 5 (eGFR <15)	3	1.2	3	1.2

หมู่บ้าน ซึ่งบางกิจกรรมขอรับสนับสนุนงบประมาณจากเครือข่ายด้านสุขภาพ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

3. ดำเนินกิจกรรมตามแผนงาน (Doing) โดยชุมชนมีการแบ่งบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในการดำเนินงานและขับเคลื่อนแผนการ/โครงการต่างๆ ของชุมชน

4. มีการประเมินผลการดำเนินกิจกรรมตามแผนงาน (Meeting & Evaluate) ประเมินผลการดำเนินกิจกรรมตามแผนงาน/โครงการ ผ่านการประชุมของคณะกรรมการชุมชนรักษไต เดือนละ 1 ครั้ง

### วิจารณ์

กระบวนการจัดตั้งชุมชนรักษไต โดยใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม A-I-C มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการจัดตั้งชุมชนรักษไต อัตราการครองของไตในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย และหารูปแบบในการจัดตั้งชุมชนรักษไตแบบมีส่วนร่วมของชุมชน ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการมีส่วนร่วมเพิ่มมากกว่าก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และกลุ่มตัวอย่างที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังสามารถชะลออัตราการครองของไตได้ โดยสามารถชะลอจากระยะ 4 มาเป็นระยะที่ 3 จำนวน 13 คน (ร้อยละ 81.25) จากระยะที่ 3 มาเป็นระยะที่ 2 และ 1 จำนวน 38 คน (ร้อยละ 56.71) เกิดเป็นรูปแบบการจัดตั้งชุมชนรักษไตแบบมีส่วนร่วม คือ เกิดคณะกรรมการชุมชนรักษไตขึ้น โดยมีผู้ใหญ่บ้านเป็นประธาน และมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นพี่เลี้ยงในการคอยกระตุ้นและสนับสนุนองค์ความรู้ คณะกรรมการมีหน้าที่ขับเคลื่อนกิจกรรม/โครงการร่วมกับติดตามประเมินผลโดยผ่านเวทีประชุมทุกเดือน เพื่อกระตุ้นให้กิจกรรมดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ชุมชนได้เห็นความสำคัญของปัญหา และร่วมวางแผนแก้ไขให้ตรงตามความต้องการจนได้เกิดเป็นกิจกรรมต่างๆ ขึ้น เช่น กิจกรรมการออกกำลังกาย ซึ่งเดิมบางชุมชนมีกลุ่มหรือชมรมออกกำลังกายเดิม แต่ขาดความต่อเนื่องจึงได้มีการรื้อฟื้นอีก

ครั้ง ประกาศนโยบายสาธารณะของชุมชน เช่น นโยบายห้ามรถเร่ขายยาในหมู่บ้าน คำมั่นสัญญาการรับประทานอาหารที่ลดหวาน มัน เค็ม การลดแรงค้ลด ละ เลิก การใช้ยาชุด เป็นต้น หรือบางชุมชนที่มีผู้นำที่มีความสามารถด้านการประชาสัมพันธ์ ก็มีกิจกรรมการให้ความรู้เรื่องโรคไตและข้อมูลด้านสุขภาพผ่านทางหอกระจายข่าวหมู่บ้าน และชุมชนที่มีโรงเรียนตั้งในชุมชนก็ได้มีการเชิญชวนให้คณะครู ในโรงเรียนเข้ามามีส่วนร่วมเพื่อให้เกิดการทำงานแบบบูรณาการทุกภาคส่วน และได้ผลักดันนโยบายลดเค็มและหลักสูตรเรื่องโรคไตในโรงเรียนเพื่อปลูกฝังให้ลูกหลานในชุมชนได้มีความรู้และความใส่ใจในการดูแลตนเอง เลือกบริโภคอาหารที่เหมาะสม รวมถึงการให้ความรู้แก่ผู้ประกอบอาหารในโรงเรียนด้วย เมื่อกิจกรรมต่างๆ ได้มีการดำเนินอย่างต่อเนื่องทำให้หลายๆ ชุมชน เกิดนวัตกรรม ขึ้น เช่น อสม. จัด บุคคลต้นแบบด้านสุขภาพของหมู่บ้าน เป็นต้น ซึ่งเป็นไปตามความคาดหวังผลลัพธ์ของการศึกษา สามารถอธิบายได้ว่าเกิดจากการเข้ามามีส่วนร่วมของชุมชน ทำให้ประชาชนรู้สึกเป็นเจ้าของปัญหา จึงร่วมหาทางแก้ไข และร่วมปฏิบัติตามความสามารถของชุมชนที่จะทำได้และสอดคล้องกับภูมิปัญญาที่มีอยู่ ทำให้ประชาชนในชุมชนทั้งกลุ่มคนปกติ กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยด้วยโรคเรื้อรังได้มีความรู้ที่ถูกต้อง และเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองและบุคคลในครอบครัว จนทำให้เกิดชุมชนที่มีความฉลาดรอบรู้ด้านสุขภาพ จึงลดการเกิดผู้ป่วยโรคไตรายใหม่และชะลอไตเสื่อมในรายเก่าได้ ซึ่งสอดคล้องกับแพรวทิพย์ สุธีร์-ประเสริฐ และคณะ<sup>(5)</sup> ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อชะลอโรคไตเรื้อรัง ในชุมชนเมือง จังหวัดขอนแก่น ซึ่งเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ผลการวิจัย หลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p < 0.05$  และค่าเฉลี่ยอัตราการครองของไตเพิ่มขึ้นต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p < 0.05$  ส่วนผลลัพธ์ทางคลินิกเกี่ยวกับดัชนีมวลกายและ



เส้นรอบเอว ภายหลังจากทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวระหว่างกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p>0.05$ ) สอดคล้องกับรายงานของสมใจ วินิจกุล และคณะ<sup>(6)</sup> ที่ได้ศึกษาประสิทธิภาพการใช้โปรแกรมกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ก่อนและหลังการใช้กระบวนการมีส่วนร่วม ดำเนินการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยการประชุม ระดมความคิดเห็น ร่วมค้นหาปัญหา ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินโครงการ หรือกิจกรรมต่างๆ เพื่อการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ภายหลังจากใช้โปรแกรมกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.01 สอดคล้องกับสุนีรัตน์ สิงห์คำ<sup>(7)</sup> ที่ได้ศึกษาการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน โดยการเสริมสร้างพลังภาคีเครือข่ายแบบมีส่วนร่วม กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและทีมสหวิชาชีพ กลุ่มภาคีเครือข่ายแกนนำสุขภาพครอบครัว และกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1, 2, 3 และผู้ดูแลผู้ป่วย ใช้รูปแบบวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ผลการศึกษาพบว่า การประเมินผลจากการประเมินการรับรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร รสเค็มลดลงจากร้อยละ 57.6 เป็นร้อยละ 39.9 พฤติกรรมด้านการออกกำลังกายเพิ่มมากขึ้นจากร้อยละ 45.7 เป็นร้อยละ 63.6 ด้านผู้ป่วย พบว่าการรับรู้ต่อภาวะเสี่ยงการเกิดโรคไตเรื้อรังในการรับประทานอาหารรสเค็มทำให้เกิดโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้น (ค่าเฉลี่ยก่อน=3.48 SD=.527, หลัง=3.87 SD=0.353) พฤติกรรมในการควบคุมโรคเบาหวานเพื่อป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังการรับประทานอาหารที่ปรุงรสด้วย

น้ำตาลเกิน 3 ช้อนชาหรือเกลือแกงมากกว่า 1 ช้อนชาต่อวันลดลง (ก่อน=1.59 SD=.889,หลัง=1.18 SD=0.403)

### ข้อเสนอแนะ

ก. ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. การจัดตั้งคณะกรรมการหมู่บ้านเป็นแกนนำหลักในการดำเนินกิจกรรมและประเมินผล โดยกระจายทุกภาคส่วนของชุมชนตั้งแต่ระดับผู้นำจนถึงหัวหน้าครอบครัว หัวหน้าคุ้ม ทำให้เกิดความตระหนักและความรับผิดชอบร่วมกันในการดำเนินกิจกรรม กระตุ้นให้เกิดการแก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

2. การจัดตั้งชุมชนรักษิต เน้นการพัฒนาและให้ความสำคัญกับการเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชนซึ่งเป็นรูปแบบที่ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นอย่างดี สามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงควรนำรูปแบบดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่น ๆ ที่มีบริบทใกล้เคียงกันต่อไป

ข. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประชาชนในชุมชน เพื่อเพิ่มความสำคัญของปัจจัยเหล่านั้นให้อีกต่อการสร้างเสริมสุขภาพที่ดีให้มากยิ่งขึ้น

2. ควรศึกษาแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในสถานศึกษาในชุมชน เพื่อเป็นการปลูกฝังให้เยาวชนฉลาดรอบรู้ด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสมตั้งแต่เริ่มต้น

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์ธนชัย พนาพุมิ และ ผศ.ดร. นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์ ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษาในการดำเนินงาน ขอขอบคุณสำนักงานหลักประกันแห่งชาติที่สนับสนุนงบประมาณขอบคุณเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ ตลอดทั้งประชาชนกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรม และขอบคุณนายแพทย์-

สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามที่มีนโยบายด้านวิจัยและพัฒนาทางวิชาการ ตลอดจนสนับสนุนงานวิจัยชั้นนี้ให้สำเร็จลงด้วยดี

### เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี 2561 [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [สืบค้นเมื่อ 16 ม.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: [http://bps.moph.go.th/new\\_bps/Public\\_Document](http://bps.moph.go.th/new_bps/Public_Document)
2. กระทรวงสาธารณสุข. กลุ่มรายงานมาตรฐาน service plan สาขาไต [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [สืบค้นเมื่อ 3 ก.พ. 2560]. แหล่งข้อมูล: [https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index\\_pk.php](https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php)
3. สุมิทนา กลางคาร, วรพจน์ พรหมสัตยพรต. หลักการวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 6. มหาสารคาม: สารคามการพิมพ์-สารคามเปเปอร์; 2553.
4. ประเวศ วะสี. บนเส้นทางชีวิต ตอน 58: เอ ไอ ซี (AIC). วารสารหมอชาวบ้าน 2535;14:60-4
5. แพรวทิพย์ สุธีรประเสริฐ, วราทิพย์ แก่นการ. ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อชะลอโรคไตเรื้อรังในชุมชนเมือง จังหวัดขอนแก่น. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2560;36(4):42-51.
6. สมใจ วินิจกุล, นิตยา สุขชัยสงค์. ประสิทธิภาพการใช้โปรแกรมกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. วารสารเกื้อการุณย์ 2556;20(2):84-99.
7. สุณีรัตน์ สิงห์คำ. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน โดยการเสริมสร้างพลังภาคีเครือข่ายแบบมีส่วนร่วม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2559;13(3):92-9.

**Abstract: Formation of Ruk Tai Community through Participatory Process, MahaSarakham Province, 2017 - 2018**

**Nittaya Phoklang, B.P.H.\*; Amorn Suttisa, M.P.H.\*; Natthawut Masasai, Diploma of the Thai Board of Internal Medicine\*\*; ChawamaiPhinage, M.N.S. (Adult Nursing)\*\*\***

*\* Mahasarakham Provincial Public Health Office; \*\* Kudrung Hospital, Mahasarakham Province; \*\*\* Mahasarakham Hospital, Thailand*

*Journal of Health Science 2021;30(4):634-44.*

This participatory action research was aimed to compare participation behavior and laboratory tests before and after performing activities to delay the progress of renal impairment and to identify a pattern to establish a Ruk Tai community (community cooperation for preserving renal functions). Five villages were selected by using simple random sampling. Subsequently, a purposive sampling technique was employed to select 500 participants, including community leaders, individuals and patients with chronic disease following the inclusion criteria. The activities to delay renal impairment consisted of four main subsequent stages: planning, action, observation and reflection. The planning stage applied A-I-C for participatory planning, including appreciation (A), influence (I), and control (C). The implementation of the plan took 12 months. A questionnaire, laboratory tests and focus groups were applied for data collection. The data were then analysed by using percentage, mean, standard deviation (SD) and paired t-test. The level of statistical significance was set at 0.05. The study findings revealed that the participation behavior of the participants significantly increased after undergoing the activities at 0.05 level. According to the laboratory results, the patients with chronic disease had slower progress of chronic kidney disease; 13 people (81.25%) turned disease stage 4 in to 3, and 38 people (56.71%) shifted from stage 3 to 2. Moreover, a pattern of the formation of the Ruk Tai community was obtained with four steps consisting of: (1) forming a committee with duties, (2) creating a participatory plan following the community context, (3) taking action, and (4) evaluating by the committee. Implementation of the participatory strategy for establishing Ruk Tai community was found to be beneficial to building problem awareness, seeking a solution, and voluntarily engaging of the community. These benefits could result in concrete work that should be explicit and continuous. It is recommended that this model should be applied in other areas with similar contexts.

**Keywords:** participation; Ruk Tai Community; delay of progression of chronic kidney disease