



N3

การพยาบาล
(Nursing)

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตของศูนย์สุขภาพชุมชน
เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย

DEVELOPMENT OF A CARE SYSTEM FOR PATIENTS WITH CHRONIC DISEASES AND
RENAL COMPLICATION IN PRIMARY CARE UNIT TO PROMOTE SELF CARE OF
PATIENTS

วิลาวัลย์ ชมนิรัตน์^{1*} อังสุมาลิน กรมทอง² จุฬารภรณ์ โสตะ³
กษม ชนะวงศ์⁴ สุวกิจ ศรีปัดถา⁵ ชนะพล ศรีฤชา⁶ และชวลิต หงษ์ยนต์⁷
Wilawan Chomnirat^{1*}, Ungsumalin Kromthong², Chulaporn Sota³,
Kasom Chanawongse⁴, Suwakit Sripathar⁵,
Chanaphol Sriruecha⁶, and Chawalit Hongyon⁷

^{1,3,4,5,6,7}คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี วิทยาลัยบัณฑิตเอเซีย

^{1,3,4,5,7}หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชานวัตกรรมการภาวะผู้นำ วิทยาลัยบัณฑิตเอเซีย

²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์บริการสาธารณสุข เทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

⁶หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาภาวะผู้นำและนวัตกรรมการจัดการสุขภาพ วิทยาลัยบัณฑิตเอเซีย

^{1,3,4,5,6,7}Faculty of Science and Technology, College of Asian Scholars

^{1,3,4,5,7}Doctor of Philosophy Program in Leadership Innovation, College of Asian Scholars

²Registered Nurse, Professional Level, Public Health Center, Khon Kaen Municipality, Khon Kaen

⁶Master of public Health in Leadership and Innovative Health Management, College of Asian Scholars

*Corresponding Author, E-mail: wilcho@cas.ac.th

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ศูนย์สุขภาพชุมชน เทศบาลนครขอนแก่น โดยใช้กรอบแนวคิดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังภาคขยาย ผู้ให้ข้อมูลหลักคัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 57 คน ใช้แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ระยะที่ 3 สัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่ม 1) ผู้ป่วย 2) สมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลัก 3) ทีมสหวิชาชีพ 4) ผู้บริหารศูนย์บริการสาธารณสุข สนทนากลุ่มในกลุ่ม อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน ผู้บริหารกองทุนสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีการจัดการดูแลตนเองในบางประเด็นที่มีค่าคะแนนระดับน้อยและปานกลาง การสนับสนุนผู้ป่วยของครอบครัวและชุมชนเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมีน้อย ระบบการดูแลของ

หน่วยบริการสุขภาพมีประเด็นที่ต้องการการพัฒนา ได้แก่ การให้บริการในคลินิกโรคเรื้อรัง ระบบข้อมูลผู้ป่วย แนวปฏิบัติที่ยังไม่ชัดเจน ศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ยังไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วย เป็นต้น ทีมวิจัยและผู้ที่เกี่ยวข้องได้นำใช้ข้อมูลในระยะวิเคราะห์สถานการณ์มาวางแผน นำแผนสู่การดำเนินงาน และประเมินผลการดำเนินงาน ส่วนผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมสุขภาพ และภาวะสุขภาพ ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพในภาพรวมเพิ่มขึ้นจาก 4.02 เป็น 4.30 ค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) เพิ่มขึ้นจำนวน 9 คน (ร้อยละ 52.9)

สรุป การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต โดยใช้แนวคิดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังภาคขยายเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ส่งผลให้การดูแลตนเองของผู้ป่วยดีขึ้น และอัตราการกรองของไตของผู้ป่วยบางคนสูงขึ้น สามารถนำแนวทางการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตไปใช้ในพื้นที่อื่น ๆ โดยปรับให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่

คำสำคัญ: ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต

ABSTRACT

This research is part of the development of a care system for patients with chronic diseases and renal complications in Khon Kaen Municipality Primary Care Unit. By using the conceptual framework of Expanded Chronic Care Model. Fifty seven key informants were selected by purposive sampling. Health behaviors of patients were assessed by Health behaviors form. In-depth interviews were conducted in 1) patients 2) family members, who were primary caregivers 3) multidisciplinary team and 4) health care unit administrators. Focus group discussion were conducted with health volunteers, community leaders and health insurance fund administrators. Quantitative data was analyzed to obtain descriptive statistic. A content analysis was used to examine qualitative information.

The study finding: Patients also managed their own care in some areas with low and moderate scores. Family and community support for patients to promote patient self-cares is lacking. The health service care system still has issues that need development such as providing services in chronic disease clinics; patient information system; guidelines that are not yet clear; the potential of village health volunteers is still not enough to care for patients etc. The research team and all stakeholders who involved have used the information in the situation analysis phase to plan. Put the plan into action and evaluated. The research results found that Health behaviors and health conditions results were found

to the average overall health behaviors score increased from 4.02 to 4.30 and Glomerular filtration rate (eGFR) increased 9 patients (52.9 percents)

Conclusion the development of a care system for patients with chronic diseases and renal complication by using the conceptual framework of Expanded Chronic Care Model. This results in better patient self-care and the glomerular filtration rate of some patients is higher.

Keywords: Patients with Chronic Diseases and Renal Complication, Care System for Chronic Diseases and Renal Complication

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable disease: NCDs) มีสถิติการเกิดโรคเพิ่มขึ้นทุกปีและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก โดยเฉพาะโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจ โรคไตเรื้อรัง ปลายประสาทอักเสบ จอประสาทตาเสื่อมและหลอดเลือดส่วนปลายตีบหรือตัน เป็นต้น (ปรัชญาวัชร ปรากฎผล และคณะ, 2558)

โรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease: CKD) เป็นโรคที่เกิดจากการเสื่อมของการทำงานของไต มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดโรคไตเรื้อรังในประเทศไทยเกิดจากผลกระทบจากโรคเบาหวานมากที่สุดถึงร้อยละ 36.3 และความดันโลหิตสูงร้อยละ 23.3 (สำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2559) กลไกการเสื่อมจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเกิดจากระดับน้ำตาลในเลือดสูงเรื้อรัง ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือดฝอย ผนังหลอดเลือดหนาขึ้น ต้องใช้ความเร็วและแรงดันเลือดที่เพิ่มขึ้น เลือดไหลไปส่วนปลายน้อยลง ประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลงเกิดการเสื่อมของไต ร่วมกับการเสื่อมของไตจากกระบวนการเสื่อมของร่างกายหรือการสูงอายุ (ศิริลักษณ์ ฤงทอง, 2560)

ข้อมูลสถิติจังหวัดขอนแก่นปี พ.ศ.2560-2562 พบจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้นทุกปี มีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานรายใหม่ 708.14, 586.13 และ 539.39 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ และมีอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ 1501.43, 1251.34 และ 965.13 ต่อประชากรแสนคน โดยผู้ป่วยเหล่านี้มีอัตราการกรองของไต (eGFR) ลดลงน้อยกว่า 90 คือ 30,640, 33,016 และ 34,743 คนตามลำดับ และในปี พ.ศ. 2563 พบผู้ป่วยที่มีค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) ลดลงน้อยกว่า 90 ถึง 28,949 คน ค่าอัตราการกรองของไตอยู่ในระยะที่ 3 ร้อยละ 48.47 ระยะที่ 4 ร้อยละ 13.94 และระยะที่ 5 ร้อยละ 48.47 (อังสมาลิน กรมทอง และ วิลาวัณย์ ขมนิรัตน์, 2564)

การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ รูปแบบการจัดการโรคเรื้อรังภาคขยาย (expanded chronic care model) ของ Barr et al. (2003) ที่พัฒนามาจากรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง

(Chronic care model) ของ Wagner et al. (1997) ที่มีรูปแบบในการจัดการโรคเรื้อรัง คือ การจัดระบบ การให้บริการโรคเรื้อรังที่สนับสนุนการทำงานร่วมกันและการเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เน้นให้ผู้ปฏิบัติ เปลี่ยนการให้บริการโดยสนับสนุนการจัดการตนเอง การเชื่อมโยงสู่ชุมชน การพัฒนาแนวทางปฏิบัติจาก หลักฐานเชิงประจักษ์ การติดตาม ผู้ป่วย และการใช้สารสนเทศทางคลินิก การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic care model) รูปแบบนี้เน้นคุณภาพการดูแลรักษาและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วย แต่ในส่วนของรูปแบบ การจัดการโรคเรื้อรังภาคขยาย (expanded chronic care model) ได้นำการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ ของประชาชนตามกฎบัตรรอดตายมาใช้เชื่อมโยงการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายมาผสมผสานกัน ในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในระยะยาว โดยเน้นที่ระบบบริการสุขภาพและการมีส่วนร่วมของชุมชน มี องค์ประกอบดังนี้ 1) การจัดการดูแลตนเองหรือการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (self- management/develop personal skill) 2) การออกแบบระบบบริการหรือการจัดรูปแบบบริการสุขภาพใหม่ (delivery system design/re-orient health service) 3) การสนับสนุนการตัดสินใจ (decision support) 4) ระบบฐานข้อมูล (information systems) 5) การสร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ (build healthy public policy) 6) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (create supportive environments) และ 7) การเสริมสร้างความ เข้มแข็งให้ชุมชน (strengthen community action) การนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังภาคขยายมา ประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากการดูแลรูปแบบนี้เป็นการดูแลแบบองค์รวมที่ให้ภาคีเครือข่ายในชุมชน มีส่วนร่วมในการจัดการตนเองร่วมกันหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่รวมถึงการจัดการในการป้องกันกลุ่ม เสี่ยงรายใหม่ที่จะเกิดขึ้นอีกด้วย

ศูนย์บริการสาธารณสุขแห่งหนึ่งของเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น จากรายงานปี พ.ศ. 2562 ถึง พ.ศ. 2563 ปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังยังเป็นปัญหาสำคัญของพื้นที่ และพบผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มี ภาวะแทรกซ้อนทางไตเพิ่มขึ้นมากขึ้น โดยมีอัตราการกรองของไต (eGFR) ลดน้อยกว่า 90 ร้อยละ 37.99 และ 31.19 ตามลำดับของผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้งหมด ได้รับการรักษาทดแทนไตด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องหรือ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ร้อยละ 3.06 และเสียชีวิตจากภาวะไตวายเรื้อรัง ร้อยละ 1.22 ของ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ด้วยเป็นหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิในสังกัดขององค์กรปกครอง ท้องถิ่น และต้องจัดบริการการดูแลสุขภาพเช่นเดียวกับหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิของกระทรวงสาธารณสุข จึงต้องเชื่อมประสานนโยบายของทั้ง 2 องค์กรในการจัดบริการดูแลสุขภาพในชุมชน โดยได้รับความร่วมมือ จากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ส่งแพทย์เวชปฏิบัติสับเปลี่ยนมาร่วมออกตรวจในคลินิกโรคเรื้อรังร่วมกับทีม เจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุข อย่างไรก็ตาม จากการวิเคราะห์ข้อมูลการให้บริการเบื้องต้นของศูนย์บริการ สาธารณสุขฯ พบว่า การให้บริการที่คลินิกเฉพาะในช่วงเช้า มีผู้ป่วยเข้ารับบริการจำนวนมากวันละ 40-50 คน ผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพที่หลากหลาย ผู้ให้บริการสุขภาพต้องเร่งรีบในการให้บริการ ส่งผลให้มีเวลาในการให้ คำแนะนำ คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยที่มีปัญหาเฉพาะรายบุคคลค่อนข้างจำกัด ระบบฐานข้อมูลไม่ได้ถูกปรับข้อมูลให้ เป็นปัจจุบันอย่างต่อเนื่อง ฐานข้อมูลไม่ได้แยกกลุ่มผู้ป่วยตามอัตราการกรองของไต นอกจากนั้นยังมีการนำใช้ ข้อมูลเพื่อวิเคราะห์และนำมาวางแผนการดูแลผู้ป่วยยังขาดความต่อเนื่อง การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านยังไม่

ครอบคลุม เนื่องจากบริบทของชุมชนเป็นชุมชนเมืองที่คนในชุมชนส่วนใหญ่ต้องออกไปประกอบอาชีพในช่วงกลางวัน การมีส่วนร่วมของครอบครัวและสมาชิกของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจึงยังพบน้อย ส่งผลให้การจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยยังไม่เหมาะสม ดังนั้น ทีมวิจัยจึงเห็นความสำคัญของการศึกษาเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยฯ ของศูนย์สุขภาพชุมชนเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต การศึกษานี้ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังภาคขยาย (ECCM) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยของศูนย์สุขภาพชุมชนฯ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน เชื่อมโยงกับภาคีเครือข่ายต่าง ๆ เพื่อช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัว สามารถจัดการดูแลตนเอง ครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม โดยบทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ศูนย์สุขภาพชุมชน เทศบาลนครขอนแก่น โดยการศึกษานี้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต หมายถึง ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หรือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หรือผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง หรือผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับโรคไขมันในเลือดสูง หรือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคไขมันในเลือดสูง หรือผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคไขมันในเลือดสูง ที่มีอัตราการกรองของไตระหว่าง 30 -59 มิลลิลิตร/นาที/ 1.73 ตารางเมตร และแพทย์วินิจฉัยว่ามีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมองและหลอดเลือดหัวใจ

บททวนวรรณกรรม

การวิจัยนี้ได้ทำการทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมากำหนดกรอบแนวคิดในการศึกษา และบททวนกระบวนการวิจัยที่จะนำมาใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยของศูนย์สุขภาพชุมชน เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ในประเด็นต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1. โรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต

โรคเรื้อรังมีความหมายเช่นเดียวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non communicable diseases (NCDs)) คือ เป็นโรคที่ไม่มีการติดต่อ มีระยะเวลาของการเป็นโรคนาน (long duration) เกิดขึ้นอย่างช้า ๆ (slow progression) มีกลุ่มโรคที่สำคัญ 4 กลุ่มโรค คือ กลุ่มโรคเบาหวาน กลุ่มหัวใจและหลอดเลือด (เช่น โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและหลอดเลือดสมอง) กลุ่มโรคมะเร็ง และกลุ่มโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง (เช่น โรคโรคหืด และปอดอุดกั้นเรื้อรัง) (World Health Organization, 2016) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุของการเกิดโรคไตเรื้อรังมากที่สุด คือ เกิดจากโรคเบาหวาน ร้อยละ 38.57 รองลงมา คือ โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 30.71 (ประเสริฐ ธนกิจจารุ, 2558) ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งเน้นศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

1.1 โรคไตเรื้อรังจากเบาหวาน (diabetic nephropathy) การเกิดไตเสื่อมจากเบาหวานมีกลไกคือ เกิดจากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ซึ่งระดับน้ำตาลที่สูงเรื้อรังสร้างความเสียหายให้กับเส้นเลือดฝอยในไต เนื่องจากความหนืดของน้ำตาลที่ผสมในเลือด ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

ของการไหลเวียนของเลือดมีความดันและความเร็วเลือดที่เพิ่มสูงขึ้น ส่งผลให้เส้นเลือดแดงขนาดเล็กที่ไตเสื่อม เกิดการหนาตัวของเส้นเลือดการทำงานของไตจึงเสื่อมลง (ศิริลักษณ์ ฤงทอง, 2560) ปัจจัยและสาเหตุของการเกิดโรคไตจากเบาหวาน ได้แก่ ระยะเวลาที่ป่วยเป็นเบาหวาน การสูบบุหรี่ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และความดันโลหิตที่ไม่ดี มีภาวะไขมันในเลือดสูง (hypercholesterolemia (พฤติกรรมมารับประทานอาหารประเภทโปรตีนมากเกินไปกำหนดและปัจจัยทางพันธุกรรมที่เป็นปัจจัยที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้) เกวลี อุตสาหการ และคณะ, 2555)

1.2 โรคไตเรื้อรังจากภาวะความดันโลหิตสูง (hypertensive nephropathy) ผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้เป็นสาเหตุรองจากโรคเบาหวานที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดโรคไตเรื้อรัง โดยมีผลต่อไตเพราะความดันโลหิตที่สูงเป็นเวลานานทำให้รูของหลอดเลือดเล็กลงจากผนังหลอดเลือดแดงที่หนาตัวขึ้นทำให้เลือดที่ไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายลดลง อวัยวะในร่างกายทำงานได้ไม่เป็นปกติ โดยเฉพาะไตเป็นอวัยวะที่มีหลอดเลือดมาเลี้ยงมากที่สุด ทำหน้าที่กรองของเสียจากเลือด ภาวะความดันโลหิตสูงจึงส่งผลต่อหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงไตทำให้เลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอ ประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลงทำให้เกิดไตวายเรื้อรัง (ศิริลักษณ์ ฤงทอง, 2560)

2. โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) หมายถึง ผู้ป่วยมีภาวะ 1 ใน 2 ข้อ ต่อไปนี้ (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2558)

1) พบอาการไตผิดปกติติดต่อกันนานเกิน 3 เดือน อาจมีค่าอัตราการกรองของไต (estimated glomerular filtration rate, eGFR) ไม่ผิดปกติหรือผิดปกติก็ได้ ซึ่งภาวะความผิดปกติของไต หมายถึง มีอาการทางคลินิกตามข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้

1.1) ตรวจพบความผิดปกติดังต่อไปนี้อย่างน้อย 2 ครั้ง ใน 3 เดือน ได้แก่

(1) ตรวจอัลบูมินในปัสสาวะ (albuminuria) โดยใช้ค่า albumin excretion rate (AER) ตรวจพบอัลบูมินในปัสสาวะมากกว่า 30 มิลลิกรัม/ 24 ชั่วโมง หรือ พบ albumin-to-creatinine ratio (ACR) มากกว่า 30 มิลลิกรัม/กรัม

(2) ตรวจเม็ดเลือดแดงในปัสสาวะ (hematuria) พบเม็ดเลือดแดงในปัสสาวะ

(3) ตรวจสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ (electrolyte) ในร่างกาย พบมีความผิดปกติของอิเล็กโทรไลต์ที่เกิดจากท่อไตผิดปกติ

1.2) ตรวจทางรังสีวิทยาพบความผิดปกติ

1.3) ตรวจพยาธิสภาพหรือโครงสร้างพบความผิดปกติ

1.4) มีประวัติผ่าตัดเปลี่ยนถ่ายไต

2) ผู้ป่วยที่มี eGFR น้อยกว่า 60 มิลลิลิตร/นาที/ 1.73 ตารางเมตร เป็นเวลานานติดต่อกันเป็นเวลานานเกิน 3 เดือน โดยมีหรือไม่มีภาวะไตผิดปกติของไตก็ได้

ระยะของโรคไตเรื้อรัง

ระยะของโรคสามารถแบ่งได้ดังนี้ (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2560)ง

ระยะที่ 1 เป็นระยะที่ไตเริ่มเสื่อม ค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) มากกว่า 90 มิลลิลิตร/นาที่/1.73 ตารางเมตร

ระยะที่ 2 เป็นระยะที่ไตเสื่อมเล็กน้อย ค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) 60-89 มิลลิลิตร/นาที่/1.73 ตารางเมตร

ระยะที่ 3a เป็นระยะที่ไตเสื่อมเล็กน้อย-ปานกลาง ค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) 45-59 มิลลิลิตร/นาที่/1.73 ตารางเมตร

ระยะที่ 3b เป็นระยะที่ไตเสื่อมปานกลาง-มาก ค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) 30-44 มิลลิลิตร/นาที่/1.73 ตารางเมตร

ระยะที่ 4 เป็นระยะที่ไตเสื่อมมาก ค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) 15-29 มิลลิลิตร/นาที่/1.73 ตารางเมตร

ระยะที่ 5 เป็นระยะที่ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) น้อยกว่า 15 มิลลิลิตร/นาที่/1.73 ตารางเมตร

3. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

รูปแบบการจัดการโรคเรื้อรังในหน่วยงานมีความสำคัญอย่างมากในการช่วยให้การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ มีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลายรูปแบบ โดยรูปแบบที่ได้รับความนิยมที่ใช้ในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยที่พบเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์มีอยู่ 3 รูปแบบ คือ 1) รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (chronic care model: CCM) 2) รูปแบบนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง (innovative care for chronic conditions : ICC) และ 3) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังภาคขยาย (the expanded chronic care model: ECCM) ซึ่งแต่ละรูปแบบมีแนวคิดและการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามรายละเอียดพอสังเขปดังนี้

3.1 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (the chronic care model: CCM)

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (the chronic care model: CCM) แนวคิดนี้พัฒนาโดย Wagner และคณะ ในปี ค.ศ. 1998 พบว่า ระบบการดูแลผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในขณะนั้นไม่สามารถดูแลและรักษาตามความต้องการของผู้ป่วยได้ครอบคลุม จึงได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังและพบว่าวิธีการที่ได้ผลลัพธ์ที่ดีมีหลากหลายวิธีพบว่า มีองค์ประกอบหลักที่สำคัญจึงได้นำองค์ประกอบนั้นมาพัฒนาเป็นรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง เพื่อเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดผลลัพธ์ที่ดี ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบได้แก่ 1) ทรัพยากรและนโยบายของชุมชน (Community Resources and Policies) 2) องค์กรให้บริการสุขภาพ (Organization of Health Care) 3) การสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self-management

Support) 4) การออกแบบระบบบริการ (Delivery System Design) 5) ระบบสารสนเทศทางคลินิก (Clinical Information Systems) 6) การสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision support)

3.2 รูปแบบนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง (innovative care for chronic conditions: ICCC)

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2002) มีการพัฒนารูปแบบนวัตกรรม การดูแลภาวะเรื้อรัง (innovative care for chronic conditions : ICCC) เพื่อให้เหมาะสมและสอดคล้อง กับบริบทพื้นที่ของแต่ละประเทศ แบ่งระบบการป้องกันและการจัดการโรคเรื้อรังเป็น 3 ระดับคือ ระดับ จุลภาค (micro level) ระดับกลาง (meso level) และระดับมหภาค (macro level) ที่ทั้ง 3 ระดับมีการ เชื่อมโยงกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวผู้ดูแล ระบบบริการสุขภาพ ชุมชนรวมถึงระดับนโยบายระดับประเทศ มุ่งเน้นให้เกิดการทำงานร่วมกันของภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ในด้านสุขภาพและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องไปสู่การ เปลี่ยนแปลงระยะยาวเพื่อผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของประชาชน ช่วยลดภาระ ค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพของประเทศอีกด้วย

3.3 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังภาคขยาย (expanded chronic care model: ECCM)

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังภาคขยาย พัฒนามาจากรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model: CCM) ของ Wagner et al. (1997) พัฒนาโดย Barr et al. (2003) มีองค์ประกอบ ดังนี้

3.3.1 การจัดการดูแลตนเองหรือการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (self- management/develop personal skill) สนับสนุนการจัดการตนเองในการเผชิญกับโรคเรื้อรัง

3.3.2 การออกแบบระบบบริการ/การจัดรูปแบบบริการสุขภาพใหม่ (delivery system design/re- orient health service) การจัดรูปแบบการให้บริการสุขภาพ นอกเหนือจากการให้บริการทาง คลินิกและการรักษาโรค ขยายไปสู่บุคคลและชุมชนแบบเป็นองค์รวมมากขึ้น

3.3.3 การสนับสนุนการตัดสินใจ (decision support) การสนับสนุนการตัดสินใจร่วมกัน ระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย มีการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ไม่ใช่เกี่ยวกับโรค และการรักษาเท่านั้นแต่รวมถึงสุขภาพและความผาสุก นำใช้แนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันในทีม บุคลากรทางการแพทย์

3.3.4 ระบบฐานข้อมูล (information systems) ระบบฐานข้อมูลเป็นกุญแจสำคัญในการ สนับสนุนการเปลี่ยนแปลง ระบบฐานข้อมูลทางคลินิกช่วยให้เกิดโปรแกรมและสนับสนุนการบริการแบบใหม่ การส่งเสริมสุขภาพประชากร ข้อมูลเกี่ยวกับประชากร สุขภาพประชากรและวิถีวัฒนธรรม ข้อมูลทางสังคม และเศรษฐกิจ

3.3.5 การสร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ (build healthy public policy) การ พัฒนาและการออกแบบนโยบายทางด้านสุขภาพ ต้องอาศัยนโยบายกฎหมายระดับองค์กรและระดับประเทศ โดยมีเป้าหมายเพื่อทำให้ทางเลือกทางด้านสุขภาพเป็นทางเลือกที่ทำได้ง่าย เกิดความเท่าเทียมกัน

3.3.6 การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (create supportive environments) การสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิต การส่งเสริมสิ่งแวดล้อมในการทำงาน การจ้างงานที่มีความปลอดภัย เป็นวิธีการส่งเสริมสภาพแวดล้อมทั้งในสังคมและในชุมชนที่ช่วยเอื้อต่อภาวะสุขภาพ

3.3.7 เสริมสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชน (strengthen community action) การเสริมสร้างพลังอำนาจของชุมชนเป็นกุญแจที่สำคัญในกระบวนการสุขภาพ โดยการกระตุ้นการมีส่วนร่วมทางด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ การส่งเสริมให้ประชาชนค้นหาและจัดการปัญหาสุขภาพตนเองและสุขภาพชุมชน บุคลากรทางด้านสาธารณสุขมีหน้าที่ขับเคลื่อนการส่งเสริมสุขภาพของชุมชน ใช้องค์ความรู้ปัจจัยกำหนดสุขภาพและภาวะผู้นำที่มีในชุมชน กำจัดปัจจัยเสี่ยงด้านทางสุขภาพในชุมชน

จากการทบทวนวรรณกรรมรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้ง 3 แบบที่กล่าวมาข้างต้นนั้น พบว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Chronic care model) (Wagner et al., 1997) ให้ความสำคัญมุ่งเน้นที่ผู้ป่วย การให้บริการทางคลินิกและผลลัพธ์ทางคลินิกส่วนรูปแบบนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง (innovative care for chronic conditions : ICC) ให้ความสำคัญในการจัดการโรค 3 ระดับ คือ ระดับนโยบาย ระดับระบบบริการสุขภาพและชุมชน ระดับผู้ป่วยและญาติ ให้ความสำคัญเรื่องนโยบายเพื่อการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพระยะยาว การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังภาคขยาย (the expanded chronic care model: ECCM) ได้นำการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพของประชาชน เชื่อมโยงการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายมาผสมผสานกันในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในระยะยาว โดยเน้นที่ระบบบริการสุขภาพและการมีส่วนร่วมของชุมชน การวิจัยนี้เลือกรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังภาคขยาย (ECCM) เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนา

4. ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย

การสนับสนุนการจัดการดูแลตนเองในการเผชิญกับโรคเรื้อรัง โดยการพัฒนาทักษะส่วนบุคคลให้มีสุขภาพที่ดีและมีความสุข โดยการให้แนะนำทางด้านสุขภาพในการจัดการตนเอง เสริมสร้างทักษะการดำเนินชีวิต การจัดการระบบบริการที่สามารถช่วยเตรียมความพร้อมให้ผู้ที่มีความสามารถในการจัดการสุขภาพและดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเอง โดยมีการวางแผน การกำหนดเป้าหมาย การแก้ไขปัญหา และการติดตามผล รวมถึงการประสานความร่วมมือและการใช้ทรัพยากรภายในชุมชนเพื่อให้การสนับสนุนการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังทุกรายมีส่วนร่วมในกระบวนการการตัดสินใจและมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมาย กำหนดแนวทางปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่วมกับทีมผู้ให้บริการ เช่น การศึกษาของ อุไรวรรณ พานทอง (2561) เรื่อง การจัดการโรคไตเรื้อรังโดยใช้รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังในสถานบริการปฐมภูมิ จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการโรคไตเรื้อรังโดยบูรณาการจากรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 6 องค์ประกอบ โดยใช้โปรแกรมการจัดการโรคไตเรื้อรังที่ผู้วิจัยพัฒนาโดยใช้รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (CCM) จัดกระบวนการอบรมเชิงปฏิบัติการร่วมกับผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชนและทีมสหสาขาวิชาชีพในการเตรียมชุมชน สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการจัดการชะลอภาวะไตเสื่อมในชุมชนและการเตรียมความพร้อมเป็นรายบุคคลเกี่ยวกับทักษะการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม ใช้การสนับสนุนการตัดสินใจร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพเข้าร่วมทำ

กิจกรรมให้ความรู้และฝึกปฏิบัติ และแนะนำคู่มือการพัฒนาพฤติกรรมตนเองและแบบบันทึกพฤติกรรม การดูแลตนเองที่บ้านหลังจากนั้นมีการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินและจัดการสนับสนุนการตัดสินใจในแผนการดูแลตนเองของผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้ในเรื่องอาหารและยา ส่งผลทางคลินิกคือ ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ระดับซีรัมครีเอตินินและอัตราการกรองของไตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

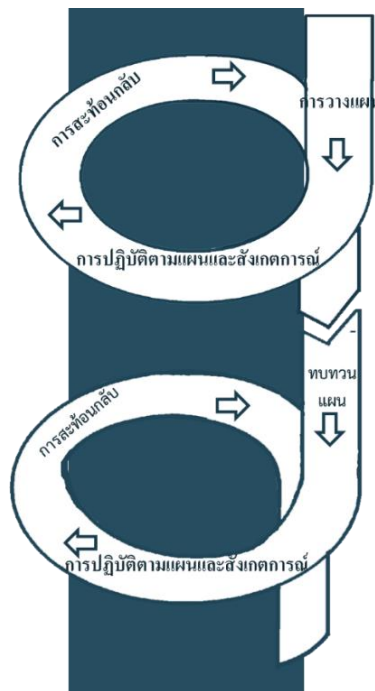
การออกแบบระบบบริการที่ดีจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ดียิ่งขึ้น เช่น การศึกษาของ มณีญา เสรีวิวัฒนา, ยุพาวรรณ ทองตะนูนาม และ สุดาวรรณ ลิ้มอักษร (2561) เรื่องการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอการเสื่อมของไต พบว่า การออกแบบระบบบริการ การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตอย่างเป็นระบบ ได้แก่ การแบ่งบทบาทและหน้าที่ของผู้ให้บริการสุขภาพอย่างชัดเจน เช่น แพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข และเภสัชกรในการให้บริการผู้ป่วย การวางแผนการดูแลและรักษาโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Clinical Practice Guideline : CPG) การทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน ผู้ป่วยได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมและการดูแลผู้ป่วยตามบริบททางสังคมและวัฒนธรรม ผลลัพธ์ที่ได้ คือ บุคลากรทีมสุขภาพเข้าใจแนวทางการดำเนินงาน ได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการส่งเสริมให้สามารถจัดการดูแลตนเองได้ดีขึ้น นอกจากนี้การศึกษาดังกล่าวได้ศึกษาระบบข้อมูลผู้ป่วย มีการจัดทำแฟ้มประวัติเฉพาะของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเสื่อมเพื่อสะดวกในการติดตามและประเมินผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วย มีการแจ้งคืนข้อมูลและการแจ้งเตือนให้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยการบันทึกระยะเวลาการทำงานของไตในบัตรนัดให้ผู้ป่วยได้ทราบข้อมูลสภาวะสุขภาพของตนเอง มีการจัดเก็บข้อมูลการรักษา ทั้งการบันทึกด้วยมือและการจัดเก็บด้วยระบบคอมพิวเตอร์ นอกจากนี้ยังจัดทำแบบบันทึกการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินผลและวางแผนการดูแลต่อไป ดังนั้นระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยการจัดการเชิงระบบไม่ว่าจะเป็นระบบการส่งเสริมทักษะของผู้ป่วยให้สามารถจัดการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ระบบบริการที่ต้องออกแบบให้สอดคล้องกับบริบทและความต้องการของผู้ป่วยและบริบทพื้นที่ ระบบข้อมูลของผู้ให้บริการสุขภาพทุกคนสามารถเข้าถึงข้อมูล ข้อมูลมีความทันสมัย มีการส่งต่อข้อมูลแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งบุคลากรที่ให้บริการสุขภาพ ครอบครัว ชุมชน การจัดการเชิงระบบดังกล่าวจะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยสามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยจะได้รับการส่งเสริมความสามารถในการจัดการดูแลตนเองได้อย่างเต็มศักยภาพของผู้ป่วยและครอบครัว

5. การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เป็นวิธีการค้นหาความรู้และความจริงโดยการนำขั้นตอนทางวิทยาศาสตร์มาใช้ร่วมกันในการค้นหาข้อมูล จากนั้นจึงนำผลการวิจัยที่ค้นพบไปใช้ในการแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาการปฏิบัติงานซึ่งมีวัตถุประสงค์ที่สำคัญ คือ การช่วยลดช่องว่างระหว่างการนำทฤษฎีไปใช้กับการปฏิบัติงานจริง และช่วยพัฒนาประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของบุคคลและหน่วยงาน (วีระยุทธ ชาติศากัจฉ์, 2558) มีผู้ให้ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการไว้หลายแนวคิด เช่น

Stringer (1996) กระบวนการร่วมมือกันในการสืบค้นที่ทำให้ปฏิบัติการแก้ปัญหาเฉพาะของตน
อย่างเป็นระบบการวิจัยนี้เป็นกระบวนการมีส่วนร่วมและยึดข้อตกลงของกลุ่มในการ 1) สืบค้นปัญหาของตน
อย่างเป็นระบบ 2) เสริมสร้างสิ่งที่มีประสิทธิภาพและความเชี่ยวชาญสำหรับสถานการณ์ของตน และ 3)
กำหนดแผนการปฏิบัติงานเพื่อแก้ไขกับปัญหาที่เกิดขึ้น

Kemmis and McTaggart (1988) การปฏิบัติงานที่สะท้อนผลการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติเกิด
เป็นวงจรลักษณะเหมือนขดลวด (Spiral of Self-Reflecting) โดยมีขั้นตอนการวางแผน (planning) การ
ปฏิบัติ (action) การสังเกต (observing) และการสะท้อนกลับ (reflecting) เป็นการวิจัยที่ต้องใช้ความ
ร่วมมือของผู้มีส่วนร่วมในขั้นตอนการสะท้อนกลับในเรื่องการปฏิบัติเพื่อให้เกิดการพัฒนาปรับปรุง
เปลี่ยนแปลงการปฏิบัติงานให้ดีขึ้น การวิจัยนี้ได้ใช้แนวคิดของ Kemmis and McTaggart (1998) เป็น
กระบวนการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ของศูนย์สุขภาพชุมชน
เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยกระบวนการวิจัยตามแนวคิดดังกล่าวเป็นกระบวนการวิจัยเชิง
ปฏิบัติการที่มีลักษณะเป็นวงจรต่อเนื่องกันไปโดยในแต่ละวงจรประกอบด้วยขั้นตอน 4 ขั้นตอน คือ 1) การ
วางแผนเพื่อไปสู่การเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น (planning) 2) ลงมือปฏิบัติการตามแผน (action) 3)
สังเกตการณ์ (observation) และ 4) สะท้อนกลับ (reflection) ผลลัพธ์และกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่
เกิดขึ้น และนำมาปรับปรุงแผนการปฏิบัติงาน (re-planning) โดยดำเนินการเช่นนี้ต่อไปเรื่อย ๆ เหตุผลที่การ
วิจัยนี้เลือกใช้แนวคิดของ Kemmis and McTaggart (1998) เนื่องจากเป็นกระบวนการวิจัยที่สร้างความ
ร่วมมือในการวิเคราะห์ปัญหาของผู้วิจัยและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในปัญหาเพื่อนำมาวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา
นำมาวางแผนและปฏิบัติการแก้ไขตามปัญหาที่พบโดยมุ่งเน้นสร้างการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นระบบทุกขั้นตอน
โดยการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในบริบทพื้นที่นั้น ในทุกขั้นตอนของกระบวนการวิจัยจนทำให้เกิดองค์
ความรู้ที่ได้จากกระบวนการวิจัย นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติตามบริบทของพื้นที่และผลลัพธ์ที่ได้ใน
กระบวนการ ก่อให้เกิดการพัฒนาและสร้างองค์ความรู้ใหม่



ภาพที่ 1: กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1998)

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาสถานการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต
2. ศึกษาสถานการณ์ระบบการดูแลเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตของศูนย์บริการสาธารณสุขแห่งหนึ่งของเทศบาลนครขอนแก่น
3. พัฒนาระบบการดูแลเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตของศูนย์บริการสาธารณสุขแห่งหนึ่งของเทศบาลนครขอนแก่น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) ตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart (1998) โดยกระบวนการพัฒนามี 4 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะวางแผน (planning) ซึ่งกระบวนการดำเนินงานในขั้นตอนนี้ประกอบด้วย การวิเคราะห์สถานการณ์ การนำข้อมูลที่ได้จากระยะวิเคราะห์สถานการณ์มาวางแผนในการพัฒนา 2) ระยะปฏิบัติตามแผน (action) 3) ระยะสังเกตการณ์ (observation) 4) ระยะสะท้อนการปฏิบัติ (reflection) กระบวนการและผลของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และปรับปรุงแผนการปฏิบัติงาน (re-planning) ดำเนินการอย่างต่อเนื่องเป็นวงจร

พื้นที่ในการศึกษาและผู้ให้ข้อมูลหลัก

พื้นที่ในการศึกษาเป็นชุมชนเมืองในเขตเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น มีประชากรในพื้นที่
รับผิดชอบ 5,100 คน

ผู้วิจัยเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักแบบเจาะจง (purposive sampling) ประกอบด้วย

ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ มีผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 57 คน ประกอบด้วย 1 (ทีมสหสาขาวิชาชีพ
พยาบาลวิชาชีพ 3 คน นักวิชาการสาธารณสุข 2 คน เภสัชกร 1 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน แพทย์แผนไทย
1 คน 2) ผู้บริหารของหน่วยงาน ได้แก่ หัวหน้าฝ่ายบริการสาธารณสุข เทศบาลนครขอนแก่น 1 คนและ
หัวหน้าศูนย์บริการสาธารณสุข 1 คน 3) ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต 17 คน 4) ผู้ดูแลหลัก
ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต 14 คน 5) อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน 12 คน 6) ประธานชุมชน
และกรรมการชุมชน 3 คน 7) ผู้รับผิดชอบงานกองทุนสุขภาพของเทศบาลนครขอนแก่น 1 คน

ระยะวางแผน (planning) เป็นตัวแทนจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักทุกกลุ่ม จำนวน 24 คน

ระยะปฏิบัติตามแผนและสังเกตการณ์ และสะท้อนผลการดำเนินงาน เป็นตัวแทนจากกลุ่มผู้ให้
ข้อมูลหลักทุกกลุ่ม จำนวน 55 คน

เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย

- 1) แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ผู้วิจัยได้สร้างแบบ
ประเมิน โดยการทบทวนวรรณกรรมต่างๆที่มีเนื้อหาเกี่ยวข้อง แบบประเมินลักษณะเป็นแบบมาตราส่วน
ประมาณค่า (Rating scale) ซึ่งมีลักษณะแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับตามแบบของลิเคิร์ท
ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับการจัดการพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยทั้งหมด 6 ด้าน จำนวน 24 คำถาม ดังนี้
1.1) ด้านการรับประทานอาหาร 1.2) ด้านการออกกำลังกาย 1.3) ด้านการพักผ่อน/ความเครียด 1.4) ด้าน
การสูบบุหรี่ (รวมถึงบุคคลในครอบครัว) การดื่มสุรา และ 1.6) ด้านการรับประทานยา/ยาสมุนไพร/ยาแก้ปวด
2) แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับ 2.1) กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต 2.2) กลุ่ม
สมาชิกครอบครัวผู้ดูแลหลัก 2.3) กลุ่มทีมสหสาขาวิชาชีพ 2.4) กลุ่มผู้บริหารหน่วยงาน
3) แนวทางการสนทนากลุ่ม สำหรับกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประธาน
ชุมชนและผู้รับผิดชอบงานกองทุนสุขภาพ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. เครื่องมือแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต หาค่าความ
เชื่อมั่นโดยนำเครื่องมือที่ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่
มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะที่ 3 ที่มีคุณสมบัติและบริบทพื้นที่คล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน นำ
คะแนนที่ได้ไปหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha
Coefficient) ได้ค่า Reliability = 0.917

2. แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก และสนทนากลุ่มตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity
index: CVI) ดังนี้ 1) แนวทางสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับกลุ่มผู้ป่วย ผู้ดูแลหลัก ทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้บริหาร ค่า

CVI เท่ากับ 0.85, 0.85, 0.83 และ 0.83 ตามลำดับ 2) แนวทางสนทนากลุ่มสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประธานชุมชน และผู้รับผิดชอบงานกองทุนสุขภาพ ค่า CVI เท่ากับ 0.85

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล ใช้หลักการตรวจสอบสามเส้า (triangulation) โดยการรวบรวมข้อมูลหลายวิธีเพื่อยืนยันความถูกต้องของข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลขอนแก่น โดยผู้ร่วมวิจัยสามารถตัดสินใจเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา การให้ข้อมูล และการประชุมเลือกช่วงเวลาที่ผู้ร่วมวิจัยสะดวก ข้อมูลจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลในภาพรวมไม่ระบุตัวตนและได้ทำลายภายหลังวิจัยเสร็จสิ้น

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับความยินยอมเข้าร่วมวิจัยผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลโดยการเข้าพื้นที่ทั้งแบบเป็นทางการและกึ่งทางการ โดยมีรายละเอียดดังนี้ 1) การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วย ผู้ดูแลหลัก ผู้วิจัยเข้าไปพบกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักผ่านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จากนั้นทำการนัดหมายวัน เวลาที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวก การสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละคนใช้เวลาประมาณ 60-90 นาที 2) การสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยทำหนังสือนัดหมายผู้ให้ข้อมูลล่วงหน้า 1 สัปดาห์และขออนุญาตบันทึกข้อมูลระหว่างดำเนินการ ใช้เวลาในการสนทนากลุ่ม 90 นาที เขียนสรุปข้อความที่ได้จากการสัมภาษณ์ สนทนากลุ่ม ติความ จัดหมวดหมู่ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย เมื่อพบข้อมูลยังไม่อิมตัว ผู้วิจัยได้นัดหมายกลุ่มผู้ให้ข้อมูลทำการสัมภาษณ์เพิ่มเติม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

1. ข้อมูลทั่วไปและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต

ตารางที่ 1: จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตจำแนกตามลักษณะทางประชากร และภาวะสุขภาพ (N=17)

ลักษณะประชากร/ภาวะสุขภาพ	จำนวน) คน)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	6	35.3
หญิง	11	64.7

ลักษณะประชากร/ภาวะสุขภาพ	จำนวน) คน)	ร้อยละ
2. ช่วงอายุ		
50-59 ปี	2	11.8
60-69 ปี	4	23.5
70-79 ปี	10	58.8
80-89 ปี	1	5.9
3. ผู้ดูแลหลัก		
สามี/ภรรยา	6	35.3
บุตร	8	47.1
หลาน	3	17.6
4. ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง		
น้อยกว่า 1 ปี	2	11.8
1-3 ปี	9	52.9
4-5 ปี	3	17.6
6-10 ปี	3	17.6
5. ค่าอัตราการกรองของไต (eGFR)		
ระยะที่ 3a (eGFR 45-59 มิลลิลิตร/นาที/1.73 ตารางเมตร)	13	76.5
ระยะ 3b (eGFR 30-44 มิลลิลิตร/นาที/1.73ตารางเมตร)	4	23.5

2. สถานการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต

จากการศึกษาพบว่า คะแนนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยภาพรวมอยู่ในเกณฑ์ดี (คะแนนเฉลี่ย 4.02 จากคะแนนเต็ม 5) แต่พบว่ามีบางพฤติกรรมที่คะแนนอยู่ในระดับน้อย ถึงปานกลาง ได้แก่ ผู้ป่วยรับประทานอาหารรสเค็ม มีการใช้เครื่องปรุงรสที่มีส่วนประกอบของโซเดียม ผู้ป่วยบางคนดื่มเครื่องดื่มที่รสหวาน เช่น โอวัลตินสำเร็จรูป กาแฟสำเร็จรูปที่มีส่วนผสมของครีมเทียมและน้ำตาลปริมาณมากทุกวัน เช่น คำกล่าวของผู้ป่วย “ตอนเช้าบางทีก็ไม่ได้กินข้าวติดกินกาแฟวันละซอง บางวันก็กินกับขนมปัง 1-2 แผ่น (P04)” “กินกาแฟชงยี่ห้อ....กินทุกมื้อ ยามเมื่อเช้า มื้อละซอง ปกินมันอยู่ได้ (P04)” ขาดการออกกำลังกายเนื่องจากเหนื่อยเหนื่อยจากการประกอบอาชีพ และผู้ป่วยบางส่วนอยู่ในวัยสูงอายุ กลัวการหกล้ม ปวดเมื่อยตามตัว นอกจากนี้ผู้ป่วยบางคนยังแสวงหาการรักษาทางเลือก โดยพบการใช้ยาบำรุงหรือยาสมุนไพรกินติดต่อกันเป็นเวลานาน เช่น อ้อยแดงต้ม กระจายดำต้ม ยาภษัยเส้นถึงเช้า เป็นต้น

3. สถานการณ์ระบบการดูแลเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยของศูนย์บริการสาธารณสุข

ผลการศึกษาพบว่า 1) การให้บริการผู้ป่วยในคลินิกเรื้อรัง จำนวนผู้ป่วยผู้รับบริการในคลินิกโรคเรื้อรังมีจำนวนมากและมีความหลากหลายของโรคและหลากหลายปัญหาสุขภาพ เจ้าหน้าที่ที่ให้บริการมีเวลาจำกัดในการประเมินภาวะสุขภาพ ตลอดจนการให้คำปรึกษาและคำแนะนำ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้ไม่เพียงพอต่อการจัดการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ในส่วนการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ด้วยข้อจำกัดของจำนวนบุคลากรที่ให้บริการทำให้การติดตามเยี่ยมบ้านขาดความต่อเนื่องและไม่ครอบคลุมผู้ป่วยตามแผน การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยเพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ดูแลต่อเนื่องที่บ้านยังไม่มีระบบที่ชัดเจน 2) การสนับสนุนการตัดสินใจของบุคลากรที่ให้บริการ พบว่า แนวปฏิบัติที่นำมาใช้ดูแลผู้ป่วยมีความหลากหลายไม่ได้นำแนวปฏิบัติมาทำความเข้าใจร่วมกันเพื่อให้มีแนวปฏิบัติที่สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน 3) ระบบฐานข้อมูลของศูนย์สุขภาพชุมชน ระบบข้อมูลไม่ได้แยกกลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับปัญหาสุขภาพที่แตกต่าง เช่น แยกผู้ป่วยเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตตามระยะความรุนแรง เป็นต้น 4) การมีส่วนร่วมของชุมชนในการกำหนดนโยบาย และจัดทำโครงการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนยังคงค่อนข้างน้อย ทำให้ผู้นำชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวน้อย

จากสถานการณ์ระบบการดูแลดังกล่าวที่ยังมีช่องว่างของการสนับสนุนในแต่ละระดับ ส่งผลให้ผู้ป่วยทั้งมีความรู้ไม่เพียงพอต่อการจัดการดูแลตนเอง เมื่อมีปัญหา อุปสรรคในการจัดการดูแลตนเองระบบสนับสนุนก็ยังไม่เพียงพอ จากสถานการณ์ดังกล่าวผู้ที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนจึงได้นำข้อมูลที่ผ่านการวิเคราะห์มาร่วมวางแผนพัฒนาระบบการดูแลเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต และนำแผนสู่การดำเนินงานรวมถึงสะท้อนผลการดำเนินงานเป็นระยะอย่างต่อเนื่องตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่เป็นกรอบแนวคิดที่ศึกษา

4. การพัฒนาระบบการดูแลเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตของศูนย์บริการสาธารณสุข และผลลัพธ์การพัฒนา

การวิจัยนี้มีกระบวนการพัฒนา 2 วงรอบตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการประเด็นที่พัฒนาได้แก่

4.1 การพัฒนาระบบการให้บริการของศูนย์บริการสาธารณสุข โดยมีการปรับรูปแบบการให้บริการ 1) มีการแยกข้อมูลกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ระยะที่ 3-5 ออกจากกลุ่มผู้ป่วยอื่นอย่างชัดเจนทั้งในฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์และ Family Folder 2) ศูนย์บริการสาธารณสุขจัดคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต โดยผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะที่ 3 ขึ้นไปนัดมาทุกวันศุกร์สัปดาห์ที่ 2 และ 4 ของเดือน โดยใช้หลักสูตรที่พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัยร่วมกับทีมผู้ให้บริการของศูนย์ฯ โดยใช้แนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม 3) ในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ได้จัดทำแนวปฏิบัติการเยี่ยมครอบครัวผู้ป่วยเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต จัดตารางออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยทุกวันช่วงเวลา 13.00-16.00 น. โดยการจัดทีมเยี่ยมบ้านหมุนเวียนกัน 4) จัดทำแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต โดยการประชุมร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องทั้งหมด จัดทำแนวปฏิบัติร่วมกัน

เพื่อให้ผู้ให้บริการสุขภาพทุกคนเข้าใจแนวปฏิบัติ และดำเนินงานตามแนวปฏิบัติของศูนย์ฯ ไปในทิศทางเดียวกัน 5) จัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้สามารถให้คำแนะนำ และดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตเบื้องต้นได้

การประเมินผลลัพธ์จากกระบวนการพัฒนา โดยบทความนี้เน้นนำเสนอผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงที่เกิดกับผู้ป่วยและครอบครัว มีรายละเอียดดังต่อไปนี้ 1) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพในภาพรวมเพิ่มขึ้นจาก 4.02 (ดี) เป็น 4.30 (ดีมาก) โดยผู้ป่วยปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหารใช้เครื่องปรุงที่มีส่วนประกอบของโซเดียมลดลง เปลี่ยนการดื่มกาแฟ โอวัลตินแบบ 3 in 1 เป็นซื้อมาชงเองจำกัดการใส่น้ำตาลและครีมเทียม บางคนก็เปลี่ยนเป็นดื่มกาแฟดำ เพิ่มการอ่านฉลากโภชนาการก่อนการเลือกบริโภคอาหาร เพิ่มการออกกำลังกายแบบยืดเหยียดตามความเหมาะสมกับสภาพร่างกาย เลิกดื่มสมุนไพรร และอาหารเสริมที่จะส่งผลกระทบต่อร่างกาย 2) สมาชิกครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้นในเรื่องการรับประทานอาหาร การแยกประกอบอาหารให้กับผู้ป่วยเพื่อจะได้ลดปริมาณการใช้เครื่องปรุงที่มีโซเดียมสูง 3) ผลการตรวจสุขภาพและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วย พบว่า 3.1) ผู้ป่วยมีค่าความดันโลหิตลดลงจากเดิมจำนวน 14 คน (ร้อยละ 82.4) 3.2) ผู้ป่วยเบาหวานมีค่าระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) ลดลงจากเดิมจำนวน 6 คน (ร้อยละ 60.0) โดยมีค่าระดับน้ำตาลสะสมเฉลี่ยอยู่ในช่วง 8.0-8.9 ร้อยละ 50.0 (เดิมค่าระดับน้ำตาลสะสม ≥ 10.0 ร้อยละ 50) 3.3) ค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) เพิ่มขึ้นจำนวน 9 คน (ร้อยละ 52.9) ถึงอย่างไรก็ดี ยังมีผู้ป่วยที่มีค่าอัตราการกรองของไตลดลงจำนวน 8 คน (ร้อยละ 47.1) เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าว พบว่า กลุ่มนี้มีอายุเฉลี่ย 70 ปี มีโรคประจำตัวมากกว่า 2 โรคขึ้นไป ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากกว่า 15 ปีขึ้นไปถึงร้อยละ 62.5 ช่วงระยะเวลาที่ศึกษาไม่มีผู้ป่วยเปลี่ยนระยะของไตเป็นระยะที่ 4-5 และไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคไต

อภิปรายผล

การอภิปรายผลบทความนี้เน้นที่ผลลัพธ์ทางสุขภาพภายหลังได้พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยฯ 6 เดือน ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองโดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพที่เพิ่มขึ้นจาก 4.02 (ดี) เป็น 4.30 (ดีมาก) สอดคล้องกับการศึกษาของอุไรวรรณ พานทอง (2561) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการโรคไตเรื้อรังโดยบูรณาการจากรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.914, P < 0.01$) ส่วนผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตหลังการวิจัยมีค่าความดันโลหิตลดลงจากเดิม ร้อยละ 82.4 สอดคล้องกับการศึกษาของ มนัชญา เสรีวิวัฒนา, ยุพาวรรณ ทองตะนูนาม และ สุดาวรรณ ลิมอักษร (2561) เรื่อง การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอการเสื่อมของไต โดยใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลัง

การพัฒนาระบบ พบว่า ผู้ป่วยมีค่าความดันโลหิตลดลงจากเดิม ร้อยละ 100 จากผลลัพธ์ทั้งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยและผลลัพธ์ทางคลินิก คือ ผู้ป่วยส่วนมากมีค่าความดันโลหิตลดลงและค่าระดับน้ำตาลสะสมลดลงจากเดิม ส่งผลให้ค่าอัตราการกรองของไตผู้ป่วยลดลงน้อยกว่า 4 มิลลิลิตร/นาที่/1.73 ตารางเมตร ไม่มีผู้ป่วยที่เปลี่ยนระยะของไตเป็นระยะที่ 4-5 แสดงให้เห็นว่า การพัฒนาระบบในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตตามองค์ประกอบรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังภาคขยายมีผลต่ออัตราการป่วยด้วยไตระยะสุดท้ายในผู้ป่วยโรคเรื้อรังลดลง

ในส่วนของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต การวิจัยนี้ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นกระบวนการในการพัฒนาและใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังภาคขยาย (ECCM) เป็นกรอบแนวคิดเชิงเนื้อหา โดยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการทำให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้เข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการพัฒนา ได้ร่วมวิเคราะห์สภาพปัญหา นำข้อมูลที่ได้มาร่วมวางแผน ผู้ที่เกี่ยวข้องในแต่ละประเด็นนำแผนสู่การดำเนินงาน และมาสะท้อนผลการดำเนินงานเป็นระยะ และร่วมประเมินผลเมื่อสิ้นสุดกระบวนการวิจัย ผลการศึกษาพบว่า 1) การสนับสนุนการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว หน่วยงานได้พัฒนาสื่อการสอนและคู่มือที่ช่วยสนับสนุนการตัดสินใจของผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ให้บริการใช้หลักสูตรการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ (Adult Learning) ในการสอนและให้คำแนะนำผู้ป่วยเพื่อช่วยสนับสนุนการจัดการและดูแลภาวะสุขภาพตามปัญหารายการณและมีกรวางแผนติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยร่วมทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับงานวิจัยของ Chen, Tsai, Sun, Wu, Lee and Wu (2011) พบว่า การให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 เข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนการจัดการตนเองที่มีทั้งการให้ความรู้การพัฒนาทักษะในการดูแลตนเองและการติดตามเยี่ยมที่บ้าน ทำให้ผู้ป่วยสามารถชะลอความเสื่อมของไตได้ 2) การพัฒนาระบบฐานข้อมูล ระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นปัจจุบันรวมถึงการจัดทำแฟ้มทะเบียนข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรังแยกตามรายโรค ระยะและความรุนแรงของโรคและชุมชน มีการใช้ Google form ในการลงทะเบียนผู้ป่วยและมีการนำข้อมูลมาใช้ร่วมกันในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยเป็นรายการณ ส่งคืนข้อมูลให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำชุมชนเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาของ มนัชญา เสรีวิวัฒนา, ยุพาวรรณ ทองตะนูนาม และ สุดาวรรณ ลีมอักษร (2561) มีการจัดทำแฟ้มประวัติเฉพาะของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเสื่อมเพื่อสะดวกในการติดตามและประเมินผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วย มีการแจ้งคืนข้อมูลและการแจ้งเตือนให้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 3) การพัฒนาการสนับสนุนการตัดสินใจ ได้พัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ เจ้าหน้าที่ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องรับทราบแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตของหน่วยงานและสามารถนำแนวปฏิบัติที่จัดทำขึ้นมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยรายการณและเป็นไปแนวทางเดียวกันสอดคล้องกับการศึกษาของ ประภารัตน์ ประยูรพรหม และคณะ (2559) พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโรงพยาบาลชัยภูมิด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติ พบว่า เจ้าหน้าที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องสามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลได้ครบถ้วนสมบูรณ์ ส่งผลลัพธ์ที่ดีสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและแนวปฏิบัติมีความเหมาะสมกับบริบท เพราะแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นเกิดจากการมีส่วนร่วมของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานและทีมสหสาขาวิชาชีพ

สรุปผลการวิจัย

จากการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตของศูนย์สุขภาพชุมชนฯ โดยใช้กรอบแนวคิดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังภาคขยาย (ECCM) เป็นกรอบแนวคิด และใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นกระบวนการพัฒนา ส่งผลให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนในการให้บริการและดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ผลลัพธ์ทั้งด้านพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองและผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพของผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน

เอกสารอ้างอิง

- เกวลี อุตสาหการ, จารุกวี สอนคามิ, จิรยุทธ ใจเขียนดี, ภูชิชัย สุวราพัฒนามภรณ์, รุ่งกานต์ แสงศิริ และ สมบัติ ภูวนกุล. (2555). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะ microalbuminuria ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารโรงพยาบาลพิจิตร*, 27(2), 56-59.
- ประภารัตน์ ประยูรพรหม, สมควร พิรุณทอง, จุฑารัตน์ ทอแสง, และ อภิญญา สัตย์ธรรม. (2559). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโรงพยาบาลชัยภูมิ. *วารสารกองการพยาบาล*, 43(1), 12-33.
- ประเสริฐ ธนกิจจารุ. (2558). สถานการณ์ปัจจุบันของโรคไตเรื้อรังในประเทศไทย. *วารสารกรมการแพทย์*, 40(5), 5-19.
- ปัฐยาวัชร ปราบกมล, เยาวดี สุวรรณนาคะ, อรุณี ไชยฤทธิ, บุญสืบ โสโสม, สรวุฒิ สีถาน, มยุรี สร้อยศรีสวัสดิ์, และ สำราญ จันทร์พงษ์. (2558). *คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีและไม่มีภาวะแทรกซ้อนและแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเรื้อรัง*. <http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4371?locale-attribute=th>
- มนัชญา เสรีวิวัฒนา, ยุพาวรรณ ทองตะนูนาม, และ สุดาวรรณ ลิ้มอักษร. (2561). การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอการเสื่อมของไต. *วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย* 2561, 5(1), 45-56.
- วีระยุทธ์ ชาตะกาญจน์. (2558). การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research). *วารสารราชภัฏสุราษฎร์ธานี*, 2(1), 30 – 49.
- ศิริลักษณ์ ฤงทอง. (2560). การชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 18(ฉบับพิเศษ), 17-24.
- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2558). *คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2558*. http://www.nephrothai.org/images/10-11-2016/Final_คมอ_CKD_2015.pdf
- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2560). *คำแนะนำสำหรับการดูแลรักษาโรคไตเรื้อรังแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง พ.ศ. 2560*. บริษัท เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล.

- สำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *คู่มือปฏิบัติการดำเนินงานลดโรคไตเรื้อรัง (CKD) ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง*. สำนักงานกิจการโรงพยาบาล องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- อังสุมาลิน กรมทอง และ วิลาวัณย์ ชมนิรัตน์. (2564). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 14(3), 29-41.
- อุไรวรรณ พานทอง. (2561). การจัดการโรคไตเรื้อรังโดยใช้รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังในสถานบริการปฐมภูมิ จังหวัดนครศรีธรรมราช. *มหาราชนครศรีธรรมราช เวชสาร*, 1(2), 48-58.
- Barr, V. J., Robinson, S., Marin-Link, B., Underhill, L., Dotts, A., Ravensdale, D., & Salivaras, S. (2003). The expanded chronic care model: *An integration of concepts and strategies from population health promotion and the chronic care model*. *Hosp Q*, 7(1), 73-82. <https://doi.org/10.12927/hcq.2003.16763>
- Chen, S. H., Tsai, Y. F., Sun, C. Y., Wu, I. W., Lee, C. C., Wu, M. S. (2011). The impact of self-management support on the progression of chronic kidney disease --a prospective randomized controlled trial. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 26(11), 3560-3566. <https://doi.org/10.1093/ndt/gfr047>
- Kemmis, & McTaggart. (1988). *Action research spiral/cycle*. https://www.researchgate.net/figure/The-Kemmis-and-McTaggart-1988-Action-Research-Spiral-Cycle_fig1_279948945
- Stringer, E. T. (1996). *Action research a handbook of practitioner*. Sage Publications.
- Wagner, E. H. (1997). Managed care and chronic illness: Health services research needs. *Health Service Research*, 32(5), 702-714.
- World Health Organization. (2002). *Innovative care for chronic conditions: building blocks for action*. Geneva: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42500>.
- World Health Organization. (2016). *Fiscal Policies for Diet and Prevention of Noncommunicable Diseases*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250131/9789241511247-eng.pdf>