

การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน โดยการเสริมสร้างพลังภาคีเครือข่ายแบบมีส่วนร่วม

The Development of Chronic Renal Failure Patient Treatment Program in Community by Motivating the Coordinator Network Participation Kaedam District

สุนีรัตน์ สิงห์คำ*

Suneerat Singhkum

บทคัดย่อ

ความเป็นมา : สถิติผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอำเภอแกลงปี 2555 - 2557 คิดเป็นร้อยละ 40.76, 65.35 และ 82.46 ตามลำดับ มีผู้ป่วยบำบัดทดแทนไต 2, 4 และ 12 คน พบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้น ปี 2557 มีผู้ป่วยล้างไตเสียชีวิต 2 คน ยังไม่มีรูปแบบปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเป็นแนวทางเดียวกัน บุคลากรขาดองค์ความรู้ในการดูแลโรคไตเรื้อรังและผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจรวมถึงความตระหนักหนักในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง ปัญหาการดูแลต่อเนื่องที่บ้านและชุมชนการส่งต่อทุกระดับ รวมทั้งการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

วัตถุประสงค์ : มีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน โดยการเสริมสร้างพลังภาคีเครือข่ายแบบมีส่วนร่วม อำเภอแกลง

วิธีวิจัย : ใช้รูปแบบวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participation action research) กลุ่มเป้าหมายได้แก่ กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและทีมสหวิชาชีพ กลุ่มภาคีเครือข่าย แกนนำสุขภาพครอบครัว และกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1, 2, 3 และผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 1,172 คน เครื่องมือ ที่ใช้เป็น แบบสอบถาม เพื่อสอบถามการรับรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่เข้าร่วมโครงการฯ และข้อมูลจากห้องปฏิบัติการในการตรวจหาค่า Creatinine (Cr.) ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ใช้แบบสอบถามในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 จำนวน 251 คน ในการเข้าร่วมกิจกรรม รวมถึงนำข้อมูลจากห้องปฏิบัติการทั้งก่อนหลังมาเปรียบเทียบวิเคราะห์ทางสถิติหาค่าความถี่ (ร้อยละ) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าเฉลี่ย

ผลการศึกษา : การประเมินผล จากการประเมินการรับรู้ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารเสริมลดลงจากร้อยละ 57.60 เป็นร้อยละ 39.92 พฤติกรรมด้านการออกกำลังกายเพิ่มมากขึ้นจากร้อยละ 45.66 เป็นร้อยละ 63.58 ด้านผู้ป่วย พบว่า การรับรู้ต่อภาวะเสี่ยงการเกิดโรคไตเรื้อรังในการรับประทานอาหารเสริมทำให้เกิดโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้น (ก่อน = 3.48 S.D = .527 หลัง = 3.87 S.D = .353) พฤติกรรมในการควบคุมโรคเบาหวานเพื่อป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังการรับประทานอาหารที่ปรุงรสด้วยน้ำปลา >3 ซ้อนชาหรือเกลือแกง >1 ซ้อนชาต่อวันลดลง (ก่อน = 1.59 S.D = .889 หลัง = 1.18 S.D = .403) ทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิตลดลง และนวัตกรรมผู้ป่วยเป็นครู เชิดชูครอบครัวต้นแบบ โดยการมอบใบประกาศเกียรติบัตร ครอบครัวต้นแบบ 9 ครอบครัว โดยใช้เกณฑ์คัดเลือกจากผู้ป่วยบำบัดทดแทนไต

สรุป : หน่วยงานสถานบริการสาธารณสุขเครือข่ายแกลง นำรูปแบบการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังไปใช้ปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีประสิทธิภาพและชะลอไตเสื่อม ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 จำนวน 251 คน มีอัตราการครองของไตดีขึ้น ชะลอไตเสื่อม คิดเป็นร้อยละ 34.66

คำสำคัญ : รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง, แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ABSTRACTS

Background : The statistics of chronic renal failure patient in Kae Dum district du persons ring 2012 - 2014 having 40.76%, 65.35% and 82.46% as well as renal replacement therapy patients 2, 4 persons and 12 persons respectively. In addition, the tendency has a slight increase in 2014 as evidenced by 2 kidney dialysis patients' death since lacking of effective chronic renal failure treatment programs, chronic renal failure professionals and inexperienced caretakers. Besides, there were medical cares at home and community problem, overall - leveled referral system as well as coordinator participation about chronic renal failure patient remedy.

Objective : This study aims to improve the chronic renal failure patient treatment program in community by motivating the coordinator network participation in Kaedam district.

Method : This study is a practical research using sampling method, such as public health officer and interdisciplinary team, coordinator network, family-health mainstay as well as chronic renal failure patients leveled 1, 2, 3 and 1,172 caretakers. The research instruments are questionnaires about awareness and self-care behavior as well as information from laboratory (in analyzing Creatinine (Cr.) of chronic renal failure patient leveled 3.

Research Design : The 251 chronic renal failure patients leveled 3 are interviewed. Moreover, the information from laboratory in both pre and post test is compared using SPSS program in order to do statistical investigation as frequency, average and standard deviation methods.

Result : According to the awareness and salted food consuming behavior evaluation show a downward trend from 57.60% to 39.92%. The exercise behavior inclines from 45.66% to 63.58%. The patients have more knowledge about chronic renal failure risk condition (pre = 3.48 S.D = .527 and post = 3.87 S.D = .353); in addition, diabetes - controlled behavior to protect chronic renal failure illustrates that eating behavior in adding fish sauce on meal is declined with 3 teaspoons or salt with 1 teaspoon each day (pre = 1.59 S.D = .889 and post = 1.18 S.D = .403). Therefore, these initiate Circle Tell Me Innovation as well as Patient Is Teacher Innovation as praising model family by prizing the certificate to 9 model families choosing from renal replacement therapy cases.

Conclusions : The public health center under Kae Dum networking has taken a developing model of Chronic renal failure patient care to adapt accordingly in the area. This helps an effective patient care as well as slowing the progression of kidney disease. The 251 chronic renal failure stage 3 patients have a better filtration rate as well as slowing the progression of kidney disease as evidenced by 34.66 percent.

Keyword : Renal Failure Patient Treatment Program, chronic renal failure patient treatment model.

บทนำ

ปัญหาโรคไตเรื้อรัง เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญพบได้ทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย มีแนวโน้มสูงมากขึ้น อุบัติการณ์พบสูงขึ้นเรื่อยๆทั่วโลก อยู่ระหว่างร้อยละ 3.2 - 7.6 ต่อปี แยกต่างไปแต่ละประเทศ¹ จากการสำรวจของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย พบว่ามีผู้ป่วยโรคไตทั่วประเทศที่ยังมีชีวิต และอยู่

ระหว่างการรักษาประมาณ 14,000 คน เพิ่มขึ้นเกือบ 2 เท่าตัว กล่าวคือ 217.04 ต่อประชากร 100,000 คน สาเหตุของโรคไตวาย ร้อยละ 70 เกิดจากโรคเบาหวาน ซึ่งมีโอกาสสูงกว่าคนปกติทั่วไป 20 เท่า พบว่าผู้ที่ เป็นเบาหวานก่อนอายุ 20 ปี จะมีอาการไตวายได้ร้อยละ 45 - 50 และผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 จะทำให้เป็นโรคไตวายได้ร้อยละ 6² และมีการเสียชีวิตจาก

โรคไตเรื้อรังประมาณ 2,000 รายต่อปี³ มีแนวโน้มสูงมากขึ้น การศึกษา Thai SEEK Study ใน พ.ศ. 2552 พบความชุกของโรคไตเรื้อรังในระยะที่ 1 - 5 เท่ากับ ร้อยละ 17.5 ของประชากร ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายสูงในการรักษา และเป็นปัญหาสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว

โรคไตเรื้อรังเป็นภาวะที่เกิดจากความผิดปกติของการทำงานของไต สาเหตุสำคัญของการเกิดโรคไตเรื้อรังมากที่สุดคือ โรคเบาหวาน เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการทำลายของเนื้อไตจนกระทั่งเกิดไตเสื่อม การเสื่อมของไต จะเกิดขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไปแต่ถ้ามีปัจจัยเสริมก็จะทำให้ไตเสื่อมหน้าที่ได้เร็วขึ้นกว่าปกติ⁴ เมื่อการดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะสุดท้ายจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะยูรีเมีย ความดันโลหิตสูง ภาวะทุพโภชนาการ ภาวะซีด ความไม่สมดุลของเกลือแร่ ภาวะสารน้ำเกิน ภาวะเลือดเป็นกรด ปัญหาทางด้านจิตสังคม ซึ่งการรักษา มีหลายวิธี และมีความแตกต่างกัน มีผลกระทบและภาวะแทรกซ้อนต่างกันไปเช่นกัน⁵ จะเห็นว่าโรคไตเรื้อรัง เป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด เป็นโรคแห่งความทุกข์ทรมาน ค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง และมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ดังนั้น การป้องกันความเสื่อมของไตเรื้อรัง จึงถือว่าเป็นวิธีการที่ตรงจุดและเป็นเรื่องที่สำคัญที่สุด⁴

ในด้านการรับรู้การเกิดโรคและพฤติกรรมกำบังกัน การเกิดโรคสามารถควบคุมภาวะโรคลดภาวะแทรกซ้อน⁽⁶⁾ ความรุนแรงของการเกิดโรคแทรกซ้อน และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้⁷ ดังนั้นการรับรู้การเกิดโรคไตเรื้อรังที่ถูกต้องของผู้ป่วยโรคเบาหวานจะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังอย่างถูกต้องเหมาะสม เพื่อประคับประคองไตให้สามารถทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งชะลอการเสื่อมของไตให้ช้าลง เป็นหัวใจสำคัญในการดูแลรักษา ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น⁷ ทางตรงกันข้ามถ้าผู้ป่วยมีการรับรู้การเกิดโรคไตเรื้อรังที่ไม่ถูกต้อง ผู้ป่วยก็จะมีพฤติกรรมกำบังกันการเกิดโรคไตเรื้อรังที่ไม่เหมาะสม มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและความรุนแรงของโรคไตเรื้อรังตามมาได้ ซึ่งการรับรู้การเกิดโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยแต่ละบุคคลอาจมีการรับรู้ที่เหมือนกันหรือต่างกันได้การรับรู้ที่แตกต่างกันจะมีผลต่อพฤติกรรมกำบังกันแก้ไขปัญหาสุขภาพ แต่ละบุคคลที่แตกต่างกัน

การรับรู้การเกิดโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำบังกัน การเกิดโรค และการดูแลสุขภาพด้านอื่น ๆ อย่างถูกต้อง⁸ พฤติกรรมกำบังกันการเกิดโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยโรคเบาหวานให้ได้ผลดีนั้น ผู้ป่วยเบาหวานต้องมีพฤติกรรมในการควบคุมโรคเบาหวาน และพฤติกรรมต่างๆไปให้เหมาะสม ซึ่งพฤติกรรมในการควบคุมภาวะโรคเบาหวานเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังให้ได้ผล ประกอบด้วย การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การควบคุมอาหาร การควบคุมระดับความดันโลหิตสูง การควบคุมระดับคอเลสเตอรอล การควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน การควบคุมโปรตีนรั่วในปัสสาวะ และการมาตรวจตามนัด⁴ ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวจะช่วยชะลอการเสื่อมของไตไม่ให้เกิดโรคไตเรื้อรัง รวมทั้งลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ การลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนควรเริ่มจากการดำเนินการป้องกันการเสื่อมของไต จนเกิดโรคไตเรื้อรัง จึงเป็นวิธีการจัดการที่ดีที่สุดอย่างไรก็ตามโรคไตจากโรคเบาหวานเมื่อเริ่มเป็นจะไม่ค่อยปรากฏอาการบ่งชี้ถึงความผิดปกติให้เห็นชัดเจน บางรายไม่ทราบว่าตนเองมีภาวะไตเสื่อมหรือบางรายแม้ทราบแต่ก็ละเลยไม่สนใจรักษา เพราะรู้สึกปกติสบายดีจึงทำให้ขาดการตระหนักถึงการควบคุมภาวะโรคและกำบังกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง⁹ ดังนั้น ถ้าผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมกำบังกันการเกิดโรคไตเรื้อรังที่ถูกต้อง ก็จะช่วยชะลอการเสื่อมของไตและกำบังกันการเกิดโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้

ในส่วนของจังหวัดมหาสารคามตั้งอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประสบปัญหาโรคไตเรื้อรัง จากสถิติผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั้งจังหวัดมหาสารคามพบว่าปี พ.ศ.2556 มีผู้ป่วย 30,409 คนปี พ.ศ. 2557 มีผู้ป่วย 26,536 คน และปี พ.ศ. 2558 มีผู้ป่วย 28,474 คน¹⁰ จากข้อมูลข้างต้นมีแนวโน้มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น และเป็นปัญหาด้านสุขภาพของจังหวัดมหาสารคามเป็นอย่างยิ่ง

จากสถิติผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอำเภอแกลงปี 2555 - 2557 คิดเป็นร้อยละ 40.76, 65.35 และ 82.4 ตามลำดับ มีผู้ป่วยบำบัดทดแทนไต 2, 4 และ 12 คน พบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นปี 2557 มีผู้ป่วยล้างไตเสียชีวิต 2 คน⁽¹¹⁾ ส่งผลกระทบต่อบุคคลครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติเป็นอย่างยิ่ง ยังไม่มีรูปแบบปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเป็นแนวทางเดียวกัน บุคลากร

ขาดองค์ความรู้ในการดูแลโรคไตเรื้อรัง และผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจรวมถึงความตระหนักหนักในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง ปัญหาการดูแลต่อเนื่องที่บ้านและชุมชน การส่งต่อทุกระดับ รวมทั้งการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วย

วัตถุประสงค์

เพื่อให้มีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชนโดยการเสริมสร้างพลังภาคีเครือข่ายแบบมีส่วนร่วม

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participation Action Research) โดยใช้กรอบแนวคิดจากการทบทวนเอกสารงานวิชาการที่เกี่ยวข้องโดยนำกระบวนการการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม⁽¹²⁾ แบบบูรณาการมาประยุกต์ใช้ มีการสร้างภาคีเครือข่าย (Network) มีการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic care) เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีประสิทธิภาพและชะลอไตเสื่อม ขั้นตอนการดำเนินงาน โดย

ประชุมคณะกรรมการร่วมกันวางแผนดำเนินงาน ทบทวนเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้อง จัดทำหลักสูตรสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แกนนำสุขภาพครอบครัว อสม. และ ผู้ดูแลผู้ป่วย โดยผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญอายุรแพทย์โรคไต จัดตั้งคณะกรรมการระดับอำเภอ เตรียมความพร้อมทีมสหวิชาชีพ กำหนดบทบาทหน้าที่รับผิดชอบชัดเจน ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทบทวนระบบส่งต่อให้ได้ตามมาตรฐาน

การคัดเลือกพื้นที่ ดำเนินการคัดเลือกพื้นที่ได้แก่พื้นที่อำเภอแกดำ จังหวัดมหาสารคาม ประชากรศึกษาที่ใช้ในการวิจัยโดยใช้วิธีการสุ่มแบบเจาะจง (purposive)

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานโรคไตเรื้อรังเครือข่ายแกดำ /ทีมสหวิชาชีพ 30 คน 2. กลุ่มภาคีเครือข่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลละ 8 คน รวม 72 คน (จนท.สส/ อบต./อบท./ผู้นำชุมชน/อสม./ครู/พระภิกษุ/ตัวแทนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง/ตัวแทนผู้ดูแล) แกนนำสุขภาพครอบครัว/ผู้ดูแล/อสม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลละ

50 คน รวม 450 คน 3. กลุ่มที่ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และผู้ดูแล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลละ 60 คน รวม 540 คน ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4, 5 และผู้ดูแล จำนวน 40 ครอบครัว และ 80 คน รวมทั้งหมด 1,172 คน

เครื่องมือการวิจัย เป็นแบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สำหรับแบบสอบถามการรับรู้ สร้างขึ้นตามแนวคิดแบบผสมผสานความเชื่อด้านสุขภาพ ของเบอร์เกอร์ คือ การรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคไต คือ การรับรู้ต่อภาวะเสี่ยงการเกิดโรคไตเรื้อรัง การรับประทานอาหารเสริม 2) แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อประเมินระดับพฤติกรรมควบคุมภาวะโรคเบาหวานเพื่อป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง คือ การรับประทานอาหารที่ปรุงรสด้วยน้ำตาล >3 ช้อนชาหรือเกลือแกง >1 ช้อนชาต่อวัน

มีการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ (content validity) โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence : IOC) ได้ค่า 0.6 - 1 และตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 รายหาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาของ Cronbach ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80 และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.78

การวิเคราะห์ทางสถิติ หาค่าความถี่ (ร้อยละ) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าเฉลี่ย

ระยะดำเนินการ : วิเคราะห์สถานการณ์โรคไตเรื้อรัง สภาพปัญหากระบวนการให้บริการและคืนข้อมูลให้ภาคีเครือข่าย เพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในกลุ่มเป้าหมาย โดยใช้หลัก 4C (Class Clamp Club Cops)

C1 คือการเสวนาเชิงปฏิบัติการของกลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ ทีมสหวิชาชีพ แกนนำสุขภาพครอบครัว อสม.และผู้ดูแลฐานปฏิบัติการ 4 ฐาน คือ ฐานความรู้เรื่อง ยา อาหาร การออกกำลังกายและสุขภาพจิต

C2 คือการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เชิงปฏิบัติการ 4 ฐาน ผู้ป่วยระยะที่ 3, 4, 5 และผู้ดูแล เป็นการเข้า (Camp) แบบไปกลับ กลุ่มเป้าหมาย C1 และ C2 โดยใช้หลักสูตรคู่มือโรคไตเรื้อรังสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และคู่มือการดูแลตนเอง

สำหรับแกนนำครอบครัว อสม.และผู้ดูแล ในการเข้าร่วมกิจกรรมเสริมสร้างพลังแบบมีส่วนร่วม ภาษาที่ใช้ส่วนใหญ่เป็นภาษาอีสานพื้นบ้าน มีการสื่อสารแบบสองทางทั้งผู้ให้และผู้รับใช้สื่อไว้นิต 4 ฐาน ในการร่วมแลกเปลี่ยนเชิงปฏิบัติการ คือสื่อไว้นิตฐานความรู้ ฐานยา ฐานอาหาร ฐานออกกำลังกายและสุขภาพจิต ใช้วงกลมสีบอกฉันทนเป็นสื่อบอกระยะเวลาความรุนแรงของโรคไตเรื้อรัง คือ ระยะที่ 1 สีเขียว ระยะที่ 2 สีเหลือง ระยะที่ 3 สีชมพู ระยะที่ 4 สีส้ม ระยะที่ 5 แดง ตีตลงบนสมุดประจำตัวผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง บูรณาการร่วมกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงและตีตสีวงกลมสีบนที่ระยะเวลาความรุนแรงของโรคไตเรื้อรังลงในเวชระเบียนก่อนส่งพบแพทย์ และผู้ป่วยเป็นครูโดยใช้ผู้ป่วยบำบัดทดแทนไต เช่น เปลี่ยนไต ฟอกไต ล้างไตทางช่องท้องและผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายที่ไม่เข้ารับการรักษาบำบัดทดแทนไตเป็นครูสอนแลกเปลี่ยนประสบการณ์จริง เพื่อให้ผู้ป่วย ผู้เข้าร่วมแลกเปลี่ยนมีความรู้ความเข้าใจ และเกิดความตระหนักในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง

C3 จากการศึกษาเชิงปฏิบัติการ กลุ่มมีมติจัดตั้งชมรมโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลละ 1 ชมรม รวม 9 ชมรม วัตถุประสงค์ เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้คำแนะนำ ในการดูแลตนเอง เพื่อนช่วยเพื่อน จัดอาสาบูรณาการร่วมกับคลินิกโรคเรื้อรังเครือข่ายแก้คำ

C4 คัดเลือกครอบครัวต้นแบบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลละ 1 ครอบครัว รวม 9 ครอบครัว เกณฑ์คัดเลือกจากผู้ป่วยบำบัดทดแทนไต ที่ปฏิบัติตัวเป็นแบบอย่างที่ดี มีการนิเทศติดตาม และเยี่ยมบ้าน เพื่อเสริมองค์ความรู้ในการดูแลตนเอง ค้นหาส่วนขาดของแต่ละครอบครัวร่วมกับพื้นที่ในเขตรับผิดชอบ 2 ครั้ง ใช้ช่องทางประสานกับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบโรคไตเรื้อรัง โดยใช้การสื่อสารทางโทรศัพท์

ผลการศึกษา

ระยะหลังดำเนินการ

การประเมินผลระยะหลังดำเนินการ ดังนี้ การถอดบทเรียน จัดเวทีสรุปผลการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ภาคีเครือข่าย ตัวแทนแกนนำสุขภาพครอบครัวชมรมโรคไตเรื้อรัง จำนวน 154 คน พบว่า ผู้ป่วย ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มีจิตอาสา ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายมีผู้ดูแลสามารถตายได้อย่างสงบและสมศักดิ์ศรี มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การสาธิตอาหาร โดยชมรมโรคไตเรื้อรังเครือข่ายแก้คำทุกแห่ง รวม 9 ชมรม ด้านการบริการ ดังแสดงในตาราง

ตาราง 1 รูปแบบการเปลี่ยนแปลงด้านการให้บริการ

กิจกรรม	รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่
1.นโยบาย	- ร่วมกับโรคเรื้อรัง	- นโยบายผู้บริหารโรคไตเรื้อรังชัดเจน
2.คณะกรรมการ	- ไม่มี	- มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ เครือข่ายแก้คำ -มีทีมสหวิชาชีพโรคไตเรื้อรัง
กิจกรรม	รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่
3.การคัดกรอง	- ตามแพทย์สั่ง	- มีการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงทุกราย DM,HT,SLE,Gout,โรคไตอื่นๆ

ตารางต่อ ตาราง 1 รูปแบบการเปลี่ยนแปลงด้านการให้บริการ

กิจกรรม	รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่
3.ด้านบริการ	<ul style="list-style-type: none"> - บริการร่วมกับงานผู้ป่วยนอก - ตรวจ วินิจฉัย รักษา โดยแพทย์ Exit care โดยพยาบาลวิชาชีพ 	<ul style="list-style-type: none"> - มี CKD Clinic - มีแนวทางปฏิบัติเดียวกันทั้งเครือข่าย แก่คำ - ตรวจเลือด Creatinine (Cr.) ค่าความโดยใช้สูตร EPI เพื่อหาระยะความรุนแรงของโรคไตเรื้อรัง - ดิตวงกลมสี บอกระยะความรุนแรงของโรคไตเรื้อรังในสมุดประจำตัวผู้ป่วยบันทึกเวชระเบียนก่อนส่งพบแพทย์ - ระยะที่1-3 ให้คำแนะนำรายกลุ่มและรายบุคคล - ระยะที่4 ให้คำปรึกษาเตรียมความพร้อม/ส่งต่อแม่ข่าย(สมัครใจ) - ระยะที่5 ส่งต่อบำบัดทดแทนไตแม่ข่าย (สมัครใจ)
4.Flow Chart	<ul style="list-style-type: none"> - ร่วมงานผู้ป่วยนอก 	<ul style="list-style-type: none"> - มี Flow Chart โรคไตเรื้อรัง
5.ระบบข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีการจัดเก็บข้อมูล 	<ul style="list-style-type: none"> - โปรแกรม Hos.Xp
6.การส่งต่อ	<ul style="list-style-type: none"> - ตามแพทย์สั่ง 	<ul style="list-style-type: none"> - มีแนวทางการปฏิบัติส่งต่อทุกระดับ (ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ)
7.การเยี่ยมบ้าน	<ul style="list-style-type: none"> - ตามแพทย์สั่ง 	<ul style="list-style-type: none"> - เยี่ยมบ้านผู้ป่วยบำบัดทดแทนไตทุกราย
8. สื่อ/คู่มือ	<ul style="list-style-type: none"> - มีแผ่นพับ 	<ul style="list-style-type: none"> - มีคู่มือ จนท.สาธารณสุข /คู่มือแกนนำฯ - สื่อไวนิล 4 ฐาน(ความรู้ ยา อาหาร การออกกำลังกาย/สุขภาพจิต)
9.นวัตกรรม	<ul style="list-style-type: none"> - ไม่มี 	<ul style="list-style-type: none"> - นวัตกรรมวงกลมสีบอกฉันทัน - นวัตกรรมผู้ป่วยเป็นครู

ตารางต่อ ตาราง 1 รูปแบบการเปลี่ยนแปลงด้านการให้บริการ

ด้านภาคีเครือข่าย		
1. ด้านบริการ	- ไม่มีส่วนร่วม	- มีส่วนร่วมในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง DM/HT โดยการตรวจปัสสาวะร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
2. จิตอาสา	- ไม่มี	- มีจิตอาสาชมรมโรคไตเรื้อรัง
3. การเยี่ยมบ้าน	- ไม่มี	- เยี่ยมบ้านร่วมกับ จนท.สาธารณสุข
4. ครอบครัวยุติแบบ	- ไม่มี	- มีครอบครัวยุติแบบในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ รพ.สต.ละ 1 ครอบครัว
ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้		

จากการประเมินความสุข ของภาคีเครือข่ายมีความสุขในระดับมาก มีการรับรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ด้านการรับประทานอาหารรสเค็มลดลงจากร้อยละ 57.60 เป็นร้อยละ 39.92 พฤติกรรมด้านการออกกำลังกายเพิ่มมากขึ้นจากร้อยละ 45.66 ร้อยละ 63.58 ด้านผู้ป่วย พบว่า การรับรู้ต่อภาวะเสี่ยงการเกิดโรคไตเรื้อรัง การรับประทานอาหารรสเค็มทำให้เกิดโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้น (ก่อน = 3.48 S.D = .527 หลัง = 3.87 S.D = .353) พฤติกรรมในการควบคุมภาวะโรคเบาหวานเพื่อป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง การรับประทานอาหารที่ปรุงรสด้วยน้ำปลา > 3 ซ้อนชาหรือเกลือแกง > 1 ซ้อนชาต่อวัน ลดลง (ก่อน = 1.59 S.D = .889 หลัง = 1.18 S.D = .403) ติดตามเยี่ยมบ้านบำบัดทดแทนไตครอบคลุมทุกครอบครัวร้อยละ 100 มีกลุ่มครอบครัวต้นแบบ 9 ครอบครัวโดยใช้เกณฑ์คัดเลือกจากผู้ป่วยที่บำบัดทดแทนไต ครอบครัวผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4, 5 และผู้ดูแล ที่ปฏิบัติตัวดีเป็นแบบอย่างสามารถช่วยเหลือญาติได้ดี นำไปถ่ายทอดประสบการณ์ให้ผู้อื่นได้ครอบคลุมทุกพื้นที่ 9 แห่ง และจากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเปรียบเทียบก่อนหลัง พบว่า ผู้ป่วยโรคไตระยะที่ 3 ที่เข้าร่วมโครงการฯ จำนวน 251 คน มีอัตราการกรองของไตดีขึ้นชะลอไตเสื่อม คิดเป็นร้อยละ 34.66

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ สำเร็จลุล่วงด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบคุณสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 7 ขอนแก่นที่สนับสนุนงบประมาณ ขอขอบคุณหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ทีมสหวิชาชีพโรคไตเรื้อรังเครือข่ายแคว้น ภาคีเครือข่าย ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและผู้ดูแล

เอกสารอ้างอิง

1. มัชฌมา ภาณุมาภรณ์. การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน: มโนทัศน์สำคัญสำหรับการดูแล. ชลบุรี: พีเพรส; 2549.
2. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. โรคไต: ปัญหาสุขภาพเรื้อรังที่สำคัญ ของประเทศไทยควรมีมาตรการป้องกันและเพิ่มการเข้าถึงอย่างเร่งด่วน [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: 2556 [สืบค้นเมื่อ 9 กุมภาพันธ์ 2559]. แหล่งข้อมูล: www.wops.moph.go.th/ops/thp/thp/userfiles/file/2557.
3. ศัทธิตยา อุดติ, ญันนุช จันทจิระโกวิท. ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รับการรักษาด้วยวิธีการขจัดของเสียทางเยื่อปอดเทียม. สงขลานครินทร์ เวชสาร 2552; 25(3) : 171-77.

4. อัมพร ซอฐานานุกศักดิ์. **บทบาทพยาบาลกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง.** Journal Nursing Science 2551; 26 (3) : 33-42.
5. สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ, ชวนพิศ ทำนอง. **การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต.** ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.
6. จีระศักดิ์ เจริญพันธ์, เฉลิมพล ต้นสกุล. **พฤติกรรมสุขภาพ. มหาสารคาม : คลังนานา; 2550.**
7. อนุตตร จิตตินันท์. **โรคไต กลไก พยาธิสรีรวิทยา การรักษา.** กรุงเทพมหานคร : เท็กซ์ แอนเจอร์นิล พับลิเคชั่น; 2550.
8. อโณทัย เหล่าเที่ยง. **ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน.** [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร:มหาวิทยาลัยมหิดล; 2550.
9. วุฒิเดช โอภาสเจริญสุข. **โรคไตจากเบาหวาน.** กรุงเทพมหานคร : เท็กซ์ แอนเจอร์นิล พับลิเคชั่น ; 2550.
10. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. **ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service plan สาขาไต [อินเทอร์เน็ท]; 2558** [สืบค้นเมื่อ 10 กุมภาพันธ์ 2559]; แหล่งข้อมูล: www.mkm.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php
11. โรงพยาบาลแกด้า. **รายงานประจำปี โรงพยาบาลแกด้า, จังหวัดมหาสารคาม. มหาสารคาม : โรงพยาบาลแกด้า; 2557.**
12. ปาริชาติ วัลย์เสถียน, พระมหาสุทนต์ ออบอูน, สหทัยา วิเศษ, จันทนา เบญจทรัพย์, ชลกาญจน์ ฮาชันนารี. **กระบวนการและเทคนิคการทำงานของนักพัฒนา. พิมพ์ครั้งที่ 2 .** กรุงเทพมหานคร. โครงการเสริมสร้างการเรียนรู้เพื่อชุมชนเป็นสุข(สรส.); 2546.