

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4

กนก เจริญพันธ์, พ.บ.*^a

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 โรงพยาบาลราชสีสไล จังหวัดศรีสะเกษ
รูปการการวิจัย: การวิจัยและพัฒนา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 รวม 106 คน และทีมสหวิชาชีพ 10 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม และแบบสอบถาม การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ Wilcoxon signed-rank test และ Interquartile range (IQR)

ผลการวิจัย: 1) ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ พบว่าการประสานการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องยังไม่เป็นระบบที่ชัดเจน การมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา มีน้อย ผู้ป่วยยังไม่ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจในทักษะการดูแลตนเอง การเปลี่ยนแปลงระยะของไตส่วนใหญ่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น 2) ระยะพัฒนารูปแบบ โดยการประชุมทีมสหวิชาชีพปรับปรุงแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พัฒนาศักยภาพบุคลากร และประชุมเชิงปฏิบัติการ ใช้รูปแบบกิจกรรมคู่มือเตรียมความพร้อมเข้าสู่การบำบัดทดแทนไต กิจกรรมกลุ่มให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไตโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ กิจกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม การติดตามผู้ป่วยขาดนัดส่งต่อผู้ป่วยดูแลต่อเนื่องในชุมชน 3) ระยะทดลองใช้รูปแบบ นำรูปแบบไปใช้ในคลินิกโรคไตเรื้อรัง ประเมินผลก่อนและหลังพัฒนา 4) ระยะประเมินผล พบว่าผู้ป่วยมีอัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบการรักษา (ก่อนพัฒนา Median 19.70 (IQR 15.10-29.85) mL/min/1.73 m² หลังพัฒนา Median 21.75 (IQR 11.00-44.70) mL/min/1.73 m², p<0.001) ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลและภาวะสุขภาพระดับมากที่สุด

สรุปและข้อเสนอแนะ: ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ส่งผลให้กลุ่มเป้าหมายมีอัตราการกรองไตเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ : รูปแบบการดูแล; พฤติกรรมการจัดการตนเอง; โรคไตเรื้อรังระยะที่ 4

* นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลราชสีสไล จังหวัดศรีสะเกษ

^a Corresponding author : กนก เจริญพันธ์ Email : charoenphankanok@gmail.com

รับบทความ: 13 ก.พ. 66; รับบทความแก้ไข: 25 มี.ค. 66; ตอปรับตีพิมพ์: 25 มี.ค. 66; ตีพิมพ์ออนไลน์ 30 เม.ย. 66

Development of Care Model for Patients with Stage 4 Chronic Kidney Disease

Kanok Charoenphan, MD^{*a}

Abstract

Purpose: The purpose of this study were development of care model for patients with stage 4 chronic kidney disease in Rasi Salai hospital, Si Sa Ket province.

Design: This research and development project recruited samples using purposive sampling totaling 106 patients with stage 4 chronic kidney disease and 10 multidisciplinary team members. Tools included focus group discussion and questionnaire, Data were analyzed using frequencies, percentages, Wilcoxon signed-rank tests and interquartile ranges (IQR).

Findings: 1) Analyzing stage: it was found that there was no clear and continuing coordinating system, fewer participations, patients were lacked of knowledge in self-management supports, resulting in increased eGFR in chronic kidney disease stage. 2) Development stage: a team was organized to develop care model for patients with stage 4 chronic kidney disease by meeting multidisciplinary team members to improve guidelines for chronic kidney disease care, development of potential workshop for patients by health professionals using self-help group, self-management support, follow-up appointments and home care visits. 3) Trail stage: it was found that this model was used in chronic kidney disease clinic and the results were evaluated before and after the development. 4) Evaluation stage: it was found that, after the intervention, there was a significant increase in the Median of eGFR from 19.70 (IQR 15.10-29.85) to 21.75 (IQR 11.00-44.70 mL/min/1.73 m² ($p < 0.001$) and patients had the highest level of satisfaction.

Conclusion and recommendations: The results from this study that care model for patients with stage 4 chronic kidney disease was developed and tested resulted in an increase of glomerular filtration rate among patients.

Keywords : Care model; Self-management support; Stage 4 chronic kidney disease

^{*} Medical Physician, Professional Level, Rasi Salai Hospital, Si Sa Ket Province

^a Corresponding author : Kanok Charoenphan Email : charoenphankanok@gmail.com

Received: Feb. 13, 23; Revised: Mar. 25, 23; Accepted: Mar. 25, 23; Published Online: Apr. 30, 23

บทนำ

โรคไตเรื้อรังเป็นภาวะซึ่งการทำงานของไตผิดปกติไปจนไม่สามารถกรองสารพิษและของเสียออกจากเลือดได้เพียงพอ ซึ่งเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง บุคลากรทางการแพทย์ต้องวางแผนการจัดการที่เหมาะสม ผ่านการประเมินทางคลินิกและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสมเพื่อควบคุมปัจจัยที่เป็นสาเหตุให้การดำเนินโรคแย่ลง รวมทั้งส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาที่เหมาะสมตามแผนการรักษา เพื่อป้องกันหรือชะลอการเสื่อมของไตไม่ให้เข้าสู่โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายหรือได้รับการบำบัดทดแทนไต⁽¹⁾ ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) กระทรวงสาธารณสุข สาขาไต ปี 2561–2565 ที่มุ่งเน้นพัฒนาชะลอการเสื่อมของไต โดยพัฒนาคลินิกชะลอไตเสื่อมคุณภาพ⁽²⁾ ซึ่งวิธีการหนึ่งที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ในปัจจุบันคือการสอนให้ดูแลตัวเองโดยใช้หลักการจัดการตนเอง ซึ่งเป็นแนวทางหนึ่งที่บุคลากรทางการแพทย์สามารถทำไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนาการให้บริการสุขภาพในคลินิกชะลอไตเสื่อม การจัดการตนเองนั้นมีจุดเน้นที่ความรับผิดชอบของบุคคลต่อพฤติกรรมของตนเอง โดยบุคลากรด้านสุขภาพมีส่วนสำคัญในการให้ความรู้และสนับสนุนในการจัดการตนเอง ติดตามประเมินความก้าวหน้าของการดูแลสุขภาพ⁽³⁾ จากผลการวิจัยที่ผ่านมา ได้มีการกล่าวถึงแนวคิดการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยเสนอแนะไว้ว่า การส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีการจัดการตนเองที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพในการปรับปรุงผลลัพธ์ทางคลินิกได้มากกว่าการให้ความรู้เพียงอย่างเดียว ควรนำแนวคิดการจัดการตนเองมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังให้ครอบคลุมทุกระยะของโรค ตั้งแต่โรคไตเรื้อรังในระยะเริ่มต้น⁽⁴⁾ เพื่อช่วยชะลอไตเสื่อม ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองที่เหมาะสมร่วมกับเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพที่ทำหน้าที่เป็นผู้ให้คำปรึกษา แนะนำสนับสนุนและติดตามอย่างต่อเนื่อง⁽⁵⁾ ซึ่งการจัดการตนเองเป็นวิธีการที่ผู้ป่วยใช้ในการควบคุมกำกับดูแลตนเองเพื่อให้สามารถอยู่กับโรคที่เป็นอยู่ได้อย่างมีความสุขโดยอาศัยความรู้และทักษะต่างๆ ซึ่งอาจได้มาจากการเรียนรู้ของตัวบุคคลเองหรือได้รับจากบุคคลอื่นในการควบคุมตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทั้งนี้จะต้องประเมินปัญหาของผู้ป่วยให้ได้ตรงจุดเพื่อสามารถให้การสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยแต่ละรายได้อย่างเหมาะสม⁽⁶⁾

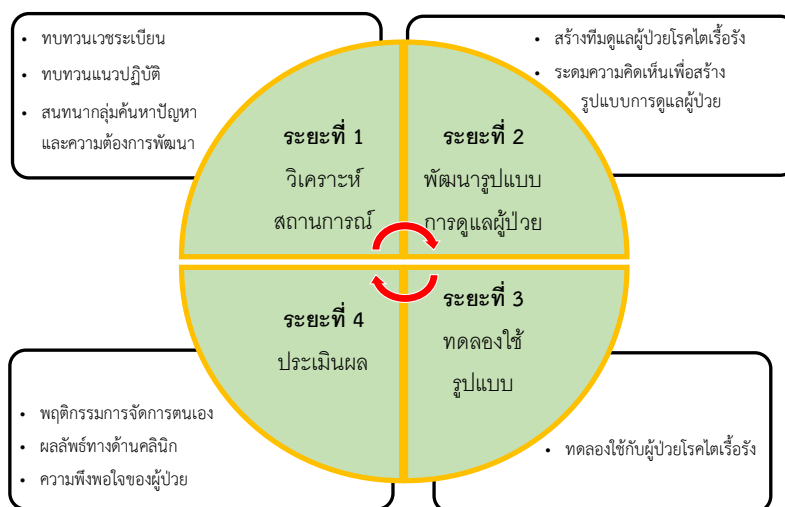
โรงพยาบาลราชสีลา จังหวัดศรีสะเกษ จากฐานข้อมูลเวชระเบียนโรงพยาบาลพบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก็เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ปี 2562-2564 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 4 จำนวน 98, 96 และ 106 ราย ตามลำดับกระบวนการทำงานในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 4 ยังไม่ชัดเจน ไม่ครอบคลุมในทุกด้าน ขาดความเชื่อมโยงการทำงานของทีมสหวิชาชีพ ตลอดจนพบผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมไม่สามารถจัดการตนเอง ทั้งด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา และการออกกำลังกาย จึงส่งผลให้มีอัตราการกรองไตที่ลดลง หากผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่ได้รับการดูแลอย่างถูกต้องจะส่งผลให้เกิดการเสื่อมของไตเร็วขึ้นเข้าสู่ภาวะไตวายระยะท้าย ที่ต้องรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต รวมไปถึงการดูแลแบบประคับประคอง ดังนั้นจำเป็นต้องพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เพื่อชะลอการเสื่อมของไตและคงไว้ซึ่งการทำงานของไตให้ยาวนานที่สุด

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาสถานการณ์ ปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของโรงพยาบาลราชสีไศล
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ของโรงพยาบาลราชสีไศล
3. ศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ในด้านพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง ผลลัพธ์ทางด้านคลินิก และความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังได้รับการดูแล

วิธีดำเนินการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 เป็นการวิจัยและพัฒนา ประยุกต์วงจรของเดมมิง⁽⁷⁾ ซึ่งเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยเชิงพัฒนา ร่วมกับใช้แนวคิดการการสนับสนุนการจัดการตนเองของ Kanfer และ Gaelick-Buys⁽⁸⁾ แบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่ 1) วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา 2) พัฒนารูปแบบการดูแล 3) ทดลองการใช้รูปแบบ และ 4) ประเมินผล (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 ขั้นตอนในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4

กลุ่มตัวอย่าง คือทีมสหวิชาชีพคัดเลือกแบบจำเพาะเจาะจง ได้แก่ แพทย์ 2 คน พยาบาล 3 คน เภสัชกร 2 คน นักโภชนาการ 1 คน นักกายภาพบำบัด 2 คน รวม 10 คน และผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 (eGFR 15-30 มิลลิตร/นาที/1.73 ตารางเมตร) ที่มารับบริการในคลินิกโรคไต โรงพยาบาลราชสีไศล จังหวัดศรีสะเกษ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2564 ถึง 30 กันยายน 2565 กำหนดขนาดตัวอย่างผู้ป่วยในการศึกษาครั้งนี้ ใช้โปรแกรม G*Power⁽⁹⁾ ได้ 106 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยนำรายชื่อผู้ป่วยจากทะเบียนจำนวน 126 คน มาพิจารณาตามเกณฑ์คัดเข้าและทำการสุ่มแบบง่ายโดยการจับสลากรายชื่อให้ได้ 106 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

- 1) โรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 อายุตั้งแต่ 40 ถึง 75 ปี
- 2) ผู้ป่วยต้องเข้าร่วมโปรแกรมอย่างน้อย 4 ครั้ง
- 3) มีข้อมูลผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่นำมาเปรียบเทียบกันอย่างน้อย 12 เดือน
- 4) สามารถสื่อสารและติดต่อทางโทรศัพท์ได้
- 5) มีผู้ดูแลหลัก
- 6) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

- 1) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีอาการอยู่ในระยะวิกฤตรุนแรงต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล
- 2) ผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้าย (eGFR ต่ำกว่า 15 มิลลิลิตร/นาที/1.73 ตารางเมตร)
- 3) ไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้มากกว่า 1 ครั้ง
- 4) เข้าร่วมกิจกรรมแล้วไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขโปรแกรมได้
- 5) สูญหายจากการติดตามผลหลังทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แนวคำถามการสนทนากลุ่ม ลักษณะเป็นคำถามปลายเปิดเชิงชักถามเหตุผลและค้นหาคำตอบ เน้นให้ผู้สนทนากลุ่มแสดงและความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคของการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรัง และความต้องการในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรัง จำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วย สภาพและปัญหาในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรัง ผลกระทบที่เกิด แนวทางการแก้ปัญหาที่ และกำหนดรูปแบบการดูแลผู้ป่วย ซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) เท่ากับ 0.82

2. แบบคัดกรองสุขภาพผู้ป่วยไตเรื้อรัง เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองโดยการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลภาวะสุขภาพ

3. แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม (Self-management score) เป็นเครื่องมือที่ประกอบด้วยข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยในหนึ่งสัปดาห์ ทั้งหมดมี 10 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วน ประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ การปฏิบัติในแต่ละสัปดาห์ คือ ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัติ 1-2 วัน/สัปดาห์ ปฏิบัติ 3-5 วัน/สัปดาห์ ปฏิบัติ 6-7 วัน/สัปดาห์ ให้คะแนนเป็น 1, 2, 3, 4 คะแนน ตามลำดับ คะแนนรวมมีค่า 10-40 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (10-19 คะแนน) ระดับปานกลาง (20-30 คะแนน) และระดับสูง (31-40 คะแนน) ซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยหาความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.82 และ หาความเชื่อมั่นโดยทดสอบความสอดคล้องภายในโดยทดสอบกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 15 ราย นำค่ามาหาค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นอัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.78

4. แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการได้รับการบริการสุขภาพ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด (5 คะแนน) มีความพึงพอใจในระดับมาก (4 คะแนน) มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง (3 คะแนน) มีความพึงพอใจในระดับน้อย (2 คะแนน) มีความพึงพอใจในระดับน้อยที่สุด (1 คะแนน) เกณฑ์ค่าเฉลี่ย 4.51–5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.51–4.50 หมายถึง ระดับมากค่าเฉลี่ย 2.51–3.50 หมายถึง ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.51–2.50 หมายถึง ระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 1.00–1.50 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด แบบประเมินนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.80 และผ่านการตรวจสอบค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยกับกลุ่มที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน มีค่าความเที่ยง 0.78

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและพิสัย ทดสอบความแตกต่างข้อมูลภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test กำหนดความเชื่อมั่นทางสถิติในระดับร้อยละ 95 และประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เอกสารรับรองเลขที่ SPPH 2022-069 และได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยพบบกลุ่มตัวอย่างที่ติดผู้ป่วยนอก แนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการเก็บข้อมูล ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บข้อมูล พร้อมทั้งชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมวิจัยว่ามีสิทธิที่จะปฏิเสธหรือถอนตัวจากการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการดูแลรักษา การรวบรวมข้อมูล ไม่ระบุชื่อหรือที่อยู่ของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างถือเป็นความลับ และจะทำลายหลังจากเผยแพร่ผลการวิจัยเรียบร้อยแล้ว ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม โดยจะนำไปใช้ในประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ปัญหา

สถานการณ์ ปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังของโรงพยาบาลราชประชานุเคราะห์ ปี 2563-2564 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3-4 ที่มีค่าอัตราการกรองตามตัวชี้วัดสาขาไต⁽²⁾ ลดลงน้อยกว่า 5 มล./นาที/1.73 ตารางเมตร ต่อปี พบร้อยละ 66.63 และ 63.78 (เกณฑ์ชี้วัดมากกว่าร้อยละ 65) เนื่องจากมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ไม่สามารถควบคุมโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงให้บรรลุดตามเป้าหมาย ได้ทั้งโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน การเปลี่ยนแปลงระยะของไตส่วนใหญ่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นโดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 พบถึงร้อยละ 10 ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังควรสอดคล้องกับแนวทางมาตรฐานและตอบสนองต่อตัวชี้วัดเพื่อช่วยชะลอการเสื่อมของไต

จากการสนทนากลุ่มทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ และ นักกายภาพบำบัด พบปัญหาดังนี้ 1) ด้านการจัดบริการขาดการดูแลผู้ป่วยรูปแบบทีมสหวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่ ที่ปฏิบัติงานไม่สามารถให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการชะลอไตเสื่อมได้ทุกราย ขาดการทบทวนแนวปฏิบัติ ในการดูแลผู้ป่วย และไม่มีการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายการดูแลต่อเนื่องในชุมชน 2) ด้านผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 4 พบว่าไม่ได้รับการค้นหาและจัดการปัจจัยเสี่ยงเพื่อชะลอไตเสื่อมรายบุคคล ผู้ป่วยขาดความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตัว และทักษะการดูแลตนเอง ผู้ป่วยที่ได้รับการเตรียมก่อนที่จะได้รับการบำบัด ทดแทนได้น้อยกว่าเป้าหมาย และเกิดความเครียดทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล

2. พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4

เป็นการนำผลการวิจัยจากระยะที่ 1 มาวิเคราะห์และหาแนวทางแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น ดังต่อไปนี้ (ภาพที่ 2)

1) จัดตั้งทีมสหวิชาชีพเพื่อร่วมกันจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ให้ได้ ตามมาตรฐาน สร้างทีมพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ และนักกายภาพบำบัด ให้บริการในคลินิก 1 วันต่อเดือน และกำหนดผู้รับผิดชอบงานชัดเจน มีคำสั่ง เป็นลายลักษณ์อักษร

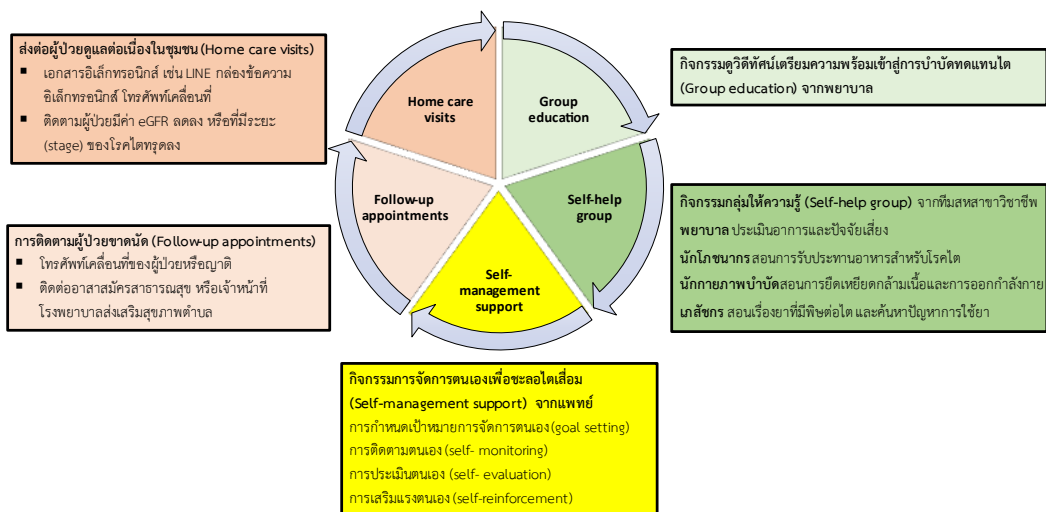
2) ปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วย ให้สอดคล้องกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของ เขตสุขภาพ เพื่อชะลอการเสื่อมของไต และระวังรักษาภาวะแทรกซ้อน

3) จัดอบรมความรู้และเตรียมความพร้อมทีมสหวิชาชีพในคลินิก กำหนดให้มีการจัดเตรียมแฟ้ม ประวัติของผู้ป่วย ล่วงหน้า 1 วัน มีการประวัติการเจ็บป่วย ตรวจคัดกรองประเมินอาการ การตรวจ ทางห้องปฏิบัติการ ค้นหาปัจจัยเสี่ยงก่อนพบแพทย์

4) จัดโปรแกรมชะลอไตเสื่อมในคลินิกอย่างต่อเนื่อง ดังนี้ กิจกรรมคู่มือที่เตรียมความพร้อม เข้าสู่การบำบัดทดแทนไต (Group education) กิจกรรมกลุ่มให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไตโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ (Self-help group) กิจกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม (Self-management support) ประกอบด้วย การกำหนดเป้าหมายการจัดการตนเอง (Goal setting) การติดตามตนเอง (Self-monitoring) การประเมิน ตนเอง (Self-evaluation) จัดระบบให้มีการสนับสนุนการดูแลตนเอง ตลอดจนการทำกลุ่ม การแลกเปลี่ยน เรียนรู้ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง และมีการติดตามประเมินผลทุก 1-3 เดือน จำนวน 4 รอบ และจัดทำสมุดบันทึกส่วนตัวของผู้ป่วยทำเป็นกราฟ และใช้สีแดงระบุระยะของโรค เพื่อให้ผู้ป่วยรู้ และเข้าใจระยะของโรคไตที่ตัวเองเป็น และร่วมกันหาสาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้ค่า eGFR หรือเส้นกราฟดีขึ้น หรือแย่ลง เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยกลับไปปฏิบัติตัวเพื่อให้ในช่วงการตรวจครั้งต่อไปดีขึ้น หรือปรับเปลี่ยนสิ่งที่ เป็นสาเหตุของค่า eGFR ที่ลดลง พร้อมให้ดาวในแต่ละรอบการตรวจ ในผู้ป่วยสูงอายุมีปัญหาเรื่องความจำ และการเข้าใจในระยะของโรค บางครั้งผู้ดูแลไม่ได้มาด้วย หรือเป็นแค่พนักงานรับ-ส่งผู้ป่วย เมื่อมาส่งแล้ว พอถึงเวลาก็มารับกลับเท่านั้น ผู้ดูแลไม่ได้มาพบแพทย์ การชี้แจงให้ผู้ป่วยนำกราฟให้ผู้ดูแลดูจะเป็นการสื่อ ให้ผู้ดูแลเห็นได้ชัดเจน และเป็นภาพต่อเนื่องไปในแต่ละรอบการตรวจ

5) การติดตามผู้ป่วยขาดนัด (Follow-up appointments) จะใช้วิธีแก้ปัญหาหลายวิธี เช่น โทรศัพท์ตามตัว หรือติดต่ออาสาสมัครสาธารณสุข หรือเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ติดตามผู้ป่วย โดยวิธีนี้สามารถติดตามได้เกือบทั้งหมด ในกรณีที่ผู้ป่วยมีค่า eGFR ลดลง หรือมีระยะ (Stages) ของโรคไตเรื้อรังทรุดลง ก็จะไปปรึกษาพูดคุยกับผู้ป่วยโดยตรง ส่วนมากมักเกิดจากการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง เช่น เดินทางไปห้องเทียมมา รับประทานอาหารไม่ระมัดระวัง อาจรับประทานเนื้อสัตว์มากเกินไป หรืออาจรับประทานเค็มไป หรือไปรับประทานยาแก้ปวดยาคลายเส้น ทำให้ค่าการทำงานของไตลดลง จึงแนะนำให้ปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง บางรายเพราะรับประทานยาสมุนไพร การเจาะเลือดเพื่อคำนวณค่า eGFR เป็นระยะๆ จึงมีความสำคัญ

6) ส่งต่อผู้ป่วยดูแลต่อเนื่องในชุมชน (Home care visits) โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีค่า eGFR ลดลง หรือผู้ป่วยที่มีระยะของโรคไตเรื้อรังทรุดลง ส่งข้อมูลผู้ป่วยให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านเพื่อติดตามการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง และแนะนำให้มารับบริการตามนัดหมาย โดยมีแพทย์และพยาบาลผู้รับผิดชอบงานให้คำปรึกษาประจำคลินิก มีการพัฒนาการประสานงานและการส่งต่อเพื่อให้เกิดความสะดวก รวดเร็วในการปฏิบัติงาน โดยใช้รูปแบบเอกสารส่งต่อ เอกสารอิเล็กทรอนิกส์ เช่น LINE กล้องข้อความอิเล็กทรอนิกส์ โทรศัพท์เคลื่อนที่ เพื่อวางแผนทางการดูแลร่วมกับพยาบาลที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในการช่วยติดตามผู้ป่วยขณะเยี่ยมบ้านเป็นเฉพาะรายจะช่วยให้แก้ปัญหาได้รวดเร็วขึ้น และต่อเนื่องขึ้น



ภาพที่ 2 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 4

การประเมินผล

1. ข้อมูลพื้นฐาน

กลุ่มตัวอย่าง 106 ราย เพศหญิงร้อยละ 52.83 ส่วนมากอายุ 61-75 ปี ร้อยละ 70.75 จบการศึกษา ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 75.47 มีโรคเบาหวาน ร้อยละ 29.25 โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 59.43 ทุกราย มีผู้ดูแลหลัก (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลพื้นฐาน

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	50	47.17
หญิง	56	52.83
อายุ (ระหว่าง 40-75 ปี)		
40-60 ปี	31	29.25
61-75 ปี	75	70.75
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	80	75.47
มัธยมศึกษา	24	22.64
ปริญญาตรี	2	1.89
จำนวนโรคร่วม		
1-3 โรค	69	65.09
4-6 โรค	37	34.91
โรคร่วม		
โรคเบาหวาน	31	29.25
โรคความดันโลหิตสูง	63	59.43
ผู้ดูแลหลัก		
ภรรยา/สามี	7	6.60
บุตร/หลาน	96	90.57
พี่น้อง	3	2.83

2. พฤติกรรมการจัดการตนเอง

หลังให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง พบว่าผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอ ไตเสื่อม ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการรับประทานยา ด้านการออกกำลังกาย ด้านผ่อนคลายความเครียด ได้ดีขึ้น (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเอง

พฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม	ก่อนพัฒนา Median (IQR)	ก่อนพัฒนา Median (IQR)	p-value
ด้านการรับประทานอาหาร (20 คะแนน)	17 (14-19)	19 (17-20)	<0.001*
1. รับประทานอาหารรสจืดและชิม อาหารก่อนปรุงรส และหลีกเลี่ยงใส่เครื่องปรุงรส	4 (3-4)	4 (3-4)	<0.001*
2. ปรุงอาหารรับประทานเอง โดยปรุง รสด้วยเกลือไม่เกิน 1 ช้อนชาต่อวัน หรือน้ำปลาไม่เกิน 3 ช้อนชาต่อวัน	3 (3-4)	4 (3-4)	<0.001*
3. หลีกเลี่ยงอาหารที่ผ่านการถนอมอาหารหรือแปรรูป เช่น ไส้กรอก หมูยอ แหนม ไข่เค็ม ขนมหจีน ปลาแร่ เป็นต้น	3 (2-3)	3 (3-4)	<0.001*
4. หลีกเลี่ยงอาหารจำพวก เค้ก คุกกี้ เนย ช็อคโกแลต น้ำอัดลม	3 (3-4)	3 (3-4)	<0.001*
5. ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว เนื่องจากน้ำเปล่าช่วยขับเกลือและของเสีย	3 (3-4)	3 (3-4)	<0.001*
ด้านการรับประทานยา (12 คะแนน)	9 (6-12)	12 (8-12)	<0.001*
1. หลีกเลี่ยงรับประทานสมุนไพร ยาต้ม ยาหม้อ ยา ลูกกลอน	3 (2-4)	4 (2-4)	<0.001*
2. เมื่อมีอาการเจ็บป่วยจะไม่ซื้อยามารับประทานเอง เช่น ยาแก้ปวด ยาชุด	3 (2-4)	4 (2-4)	<0.001*
3. รับประทานยาตรงเวลาและ สม่ำเสมอตามที่แพทย์สั่ง	3 (2-4)	4 (2-4)	<0.001*
ด้านการออกกำลังกาย (4 คะแนน)	2 (1-3)	3 (1-4)	<0.001*
1. ออกกำลังกายทุกสัปดาห์ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที	2 (1-3)	3 (1-4)	<0.001*
ด้านผ่อนคลายความเครียด (4 คะแนน)	3 (2-4)	4 (2-4)	<0.001*
1. ผ่อนคลายความเครียดด้วยการฟังเพลง การดูทีวี ทำบุญที่วัด เป็นต้น	3 (2-4)	4 (2-4)	<0.001*
รวมพฤติกรรมการจัดการตนเอง (40 คะแนน)	32 (26-38)	38 (30-40)	<0.001*
ระดับปานกลาง, จำนวน (ร้อยละ)	40 (37.74)	4 (3.77)	
ระดับสูง, จำนวน (ร้อยละ)	66 (62.26)	102 (96.23)	

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติ p<0.05, สถิติ Wilcoxon signed-rank test, Interquartile range (IQR)

3. ผลลัพธ์ทางด้านคลินิก

อัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบการรักษา (ก่อนพัฒนา Median 19.70 (IQR 15.10-29.85) ml/min/1.73 m² หลังพัฒนา Median 21.75 (IQR 11.00-44.70) ml/min/1.73 m², p<0.001) นอกจากส่งผลให้ชะลอการเสื่อมของไตลงได้อย่างมีนัยสำคัญแล้ว กลุ่มตัวอย่างสามารถควบคุมระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม แอลดีแอล โคเลสเตอรอล ความดันโลหิต และดัชนีมวลกาย ได้ดีกว่าก่อนพัฒนา (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางด้านคลินิกก่อนและหลังพัฒนา

ข้อมูล	ก่อนพัฒนา Median (IQR)	หลังพัฒนา Median (IQR)	p-value
ดัชนีมวลกาย (BMI)	20.73 (13.89-34.60)	20.30 (13.82-33.59)	<0.001*
≤ 18 kg/m ²	34 (32.08)	37 (34.91)	
19-24 kg/m ² (เป้าหมาย)	48 (45.28)	50 (47.17)	
≥ 25 kg/m ²	24 (22.64)	19 (17.92)	
ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (SBP)	150 (110-178)	130 (103-151)	<0.001*
<140 mmHg (เป้าหมาย)	32 (30.19)	91 (85.85)	
≥140 mmHg	74 (69.81)	15 (14.15)	
ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว (DBP)	80 (60-100)	69.5 (60-90)	<0.001*
<90 mmHg (เป้าหมาย)	93 (87.74)	105 (99.06)	
≥90 mmHg	13 (12.26)	1 (0.94)	
ระดับแอลดีแอลโคเลสเตอรอล (LDL-C)	104.5 (58-265)	85 (38-172)	<0.001*
< 100 mg/dL (เป้าหมาย)	46 (43.40)	75 (70.75)	
≥ 100 mg/dL	60 (56.60)	31 (29.25)	
น้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1C)	5.40 (4.40-15.17)	5.30 (4.50-14.52)	<0.001*
< 7% (เป้าหมาย)	80 (75.47)	94 (88.68)	
≥ 7%	26 (24.53)	12 (11.32)	
eGFR (มล./นาที/1.73 ตารางเมตร)	19.70 (15.10-29.85)	21.75 (11.00-44.70)	<0.001*
31-44 (ระยะที่ 3b)	0 (0.00)	23 (21.69)	
15-30 (ระยะที่ 4)	106 (100.00)	76 (71.69)	
< 15 (ไตวายระยะสุดท้าย)	0 (0.00)	7 (6.60)	

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติ p<0.05

4. ความพึงพอใจของผู้ป่วย

ผู้ป่วยมีความพึงพอใจระดับมากที่สุด ในเรื่องดังต่อไปนี้ กิจกรรมคู่มือที่สนให้ความรู้และเตรียมความพร้อมผู้ป่วย กิจกรรมกลุ่มให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไตจากทีมสหสาขาวิชาชีพ กิจกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม การจัดลำดับขั้นตอนบริการ การดูแลผู้ป่วยและติดตามผลการรักษา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วย

รายการประเมิน	Mean	SD	แปลผล
1. ความพึงพอใจต่อกิจกรรมคู่มือที่สนให้ความรู้และเตรียมความพร้อมผู้ป่วย	4.57	0.49	มากที่สุด
2. ความพึงพอใจต่อกิจกรรมกลุ่มให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไตจากทีมสหสาขาวิชาชีพ	4.70	0.45	มากที่สุด
3. ความพึงพอใจต่อกิจกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม	4.64	0.48	มากที่สุด
4. ความมั่นใจและพึงพอใจที่จะฝึกทักษะการดูแลสุขภาพได้อย่างต่อเนื่องได้ถูกต้อง	4.47	0.55	มาก
5. ความพึงพอใจต่อการจัดลำดับขั้นตอนบริการ	4.78	0.43	มากที่สุด
6. การฝึกทักษะตามวิธีการดูแลสุขภาพได้ง่ายสำหรับท่าน	4.32	0.57	มาก
7. เจ้าหน้าที่ความสนใจในการดูแลผู้ป่วยและติดตามผลการรักษาเป็นอย่างดี	4.76	0.42	มากที่สุด
8. ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง	4.78	0.41	มากที่สุด
9. ความพึงพอใจกับภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น	4.79	0.40	มากที่สุด
ความพึงพอใจโดยรวม	4.64	0.36	มากที่สุด

สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 โรงพยาบาลราชสีลา จังหวัดศรีสะเกษ มีกิจกรรมหลักที่สำคัญ ได้แก่ กิจกรรมคู่มือที่สนเตรียมความพร้อมเข้าสู่การบำบัดทดแทนไต กิจกรรมกลุ่มให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไตโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ กิจกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม การติดตามผู้ป่วยขาดนัด ส่งต่อผู้ป่วยดูแลต่อเนื่องในชุมชน ซึ่งเป็นการให้บุคคลเข้ามามีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรม ที่กระตุ้นเตือนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีทีมสหวิชาชีพปฏิบัติงานจัดระบบบริการให้ได้ตามมาตรฐาน ทำให้แพทย์มีเวลาใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากขึ้น มีเวลาซักถามปัญหาต่างๆ สร้างความคุ้นเคยต่อกันมากขึ้น การจัดการปัญหาพบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจไม่รู้สึกรำคาญที่จะเข้ากลุ่ม เพราะมีกำหนดเวลาไม่เกินครึ่งวัน ผู้ป่วยที่มาใช้บริการขาดนัดน้อยมาก มีเพียงประมาณ 3-4 คนต่อรอบ ซึ่งมักเกิดจากติดธุระผู้ป่วยไม่ลืมนัด ใช้ระยะเวลารอคอยในคลินิกไม่นาน เพราะจำนวนผู้ป่วยในแต่ละรอบมีไม่มาก ทำให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจนมีอัตราการครองของไตเพิ่มขึ้น

สอดคล้องกับการศึกษาของ อัมพรพรรณ อีรานูตร และคณะ⁽¹⁰⁾ พบว่าการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ การออกแบบระบบบริการสุขภาพ การสนับสนุนการจัดการตนเอง และ

การสนับสนุนการตัดสินใจ ในเวลา 3 ถึง 6 เดือน กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการจัดการตนเองดีขึ้น และมีอัตราการครองของไตลดลงเพียงร้อยละ 27.1 กัลป์หา โซลิวสกุล และคณะ⁽¹¹⁾ พบว่าการบูรณาการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับการจัดการตนเอง ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะเวลา 3 เดือน ประกอบด้วย การแก้ไขปัญหาคัดเลือกวิธีแก้ไขปัญห การสร้างผู้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพและ ติดตามเยี่ยมที่บ้าน ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ประเมินการจัดการตนเอง ประเมินการลงบันทึก พบว่าผู้ป่วยมีอัตราการครองของไตดีขึ้น วันวิสาข์ สนใจ และคณะ⁽¹²⁾ พบว่าการกระตุ้นการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ด้านพฤติกรรมมารับประทานอาหาร พฤติกรรมออกกำลังกาย และพฤติกรรมการใช้ยา และติดตามเยี่ยมบ้าน ทั้งหมด 6 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์ ทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและการทำงานของไตดีขึ้น นอกจากนี้ วินัส สารจรัส และคณะ⁽¹³⁾ พบว่าการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อการชะลอไตเสื่อม ระยะเวลา 12 สัปดาห์ ได้แก่ สัปดาห์ที่ 1 ให้ความรู้ สัปดาห์ที่ 2 เยี่ยมบ้าน สัปดาห์ที่ 4 และ 6 โทรศัพท์ติดตามเป้าหมายและวิธีปฏิบัติ สัปดาห์ที่ 12 ประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมและอัตราการครองของไตดีขึ้น ชวมัย ปินะเก และคณะ⁽¹⁴⁾ พบว่าการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ด้วยการสอน ให้ความรู้ ฝึกทักษะ ติดตามกำกับ โดยการใช้สมุดบันทึก และติดตามทางโทรศัพท์ ทำให้ผู้ป่วยมีอัตราการครองของไตลดลง สุวรรณ สุรวาทกุล และคณะ⁽¹⁵⁾ ได้พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ด้วยการกำหนดแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง อบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากร ประชุมเชิงปฏิบัติการ ใช้รูปแบบ ความรู้ อาหาร ออกกำลังกาย สมารถปฏิบัติ การใช้ยา พบว่าผู้ป่วยมีอัตราการครองของไตดีขึ้น รวมทั้งการศึกษาของ ปุญญา วิจฉละอนันท์⁽¹⁶⁾ ใช้แนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณีโดยทีมสุขภาพ และพยาบาล จำนวน 3 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที จนมั่นใจว่า ผู้ป่วยและผู้ดูแลจะสามารถปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับโรค และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการโดยการโทรศัพท์ปรึกษาเมื่อมีปัญหา พบว่าการทำงานของไตหลังการทดลองดีขึ้น

แต่อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ก็แตกต่างจากการศึกษาของ สุภาพ สุทธิสันต์ชาญชัย⁽¹⁷⁾ ที่พบว่าการให้โปรแกรมชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ด้วยการให้ความรู้ความเข้าใจเป็นรายบุคคลอย่างต่อเนื่อง 2 ปี พบว่าผู้ป่วยมีค่าอัตราการครองไตก่อนศึกษาและหลังศึกษาไม่แตกต่างกัน รวมถึง วัชรพงศ์ วีรกุล⁽¹⁸⁾ พบว่าหลังจากผู้ป่วยได้เข้าร่วมโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพื่อชะลอไตเสื่อม ประกอบด้วย การอบรม อาสาสมัครสาธารณสุขและผู้ดูแลผู้ป่วย การจัดตั้งคลินิกโรคไตเรื้อรังที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยแล้วนั้น ทำให้การทำงานของไตที่เพิ่มขึ้นในรอบ 1 ปีแต่ไม่มีความแตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ไม่เข้าร่วมศึกษา

กิจกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมจำเป็นต้องส่งเสริมการปรับพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะการรับประทานอาหารงดหรือลดอาหารที่มีเกลือโซเดียมสูง ดื่มน้ำให้เพียงพอออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และการทำจิตใจให้ผ่อนคลาย ซึ่งทั้งหมดที่กล่าวมานั้น เป็นกระบวนการจัดการตนเองที่เหมาะสม เพื่อป้องกันหรือไม่ให้ไตเสื่อมเร็วขึ้น⁽¹²⁾ รวมถึงมีกระบวนการดูแลผู้ป่วยในชุมชน ช่วยสนับสนุน

ส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ซึ่งจะส่งผลให้ผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้นอย่างชัดเจนได้ และสร้างผลลัพธ์ในการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชนได้อย่างเป็นรูปธรรมในระยะยาว⁽¹⁸⁾

สิ่งสำคัญในการชะลอไตเสื่อม คือ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้มีค่าใกล้เคียงค่าปกติมากที่สุดและกำจัดการปัจจัยส่งเสริมการเสื่อมของไต โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเอง กำกับดูแลตนเอง เพื่อให้สามารถอยู่กับโรคที่เป็นอยู่ได้อย่างมีความสุข โดยอาศัยความรู้และทักษะต่างๆ ซึ่งอาจได้มาจากการเรียนรู้ของตัวบุคคลเองหรือได้รับจากบุคคลอื่นในการควบคุมตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทั้งนี้ต้องประเมินปัญหาของผู้ป่วยให้ได้ตรงจุดเพื่อสามารถให้การสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยแต่ละรายได้อย่างเหมาะสม⁽¹⁹⁾ และที่สำคัญควรมีการอบรมบุคลากรให้มีความรู้เฉพาะเกี่ยวกับเรื่องการประเมินอาการและการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจของพยาบาลให้สามารถใช้แนวปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽²⁰⁾

การศึกษานี้มีจุดเด่นคือมีแพทย์เป็นหัวหน้าโครงการวิจัยทำให้ทุกฝ่ายร่วมกันปฏิบัติหน้าที่ผสมผสานกันเป็นอย่างดี เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในทีมมีความมุ่งมั่น มีเป้าหมายร่วมกัน ก็จะเกิดความร่วมมือที่จะพัฒนาไปพร้อมกันอย่างต่อเนื่อง เจ้าหน้าที่ได้แลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ และเทคนิคใหม่ๆ ร่วมกันมีความเข้าใจตรงกัน ทำให้การให้คำปรึกษาแนะนำผู้ป่วยกระชับ เข้าใจง่าย ช่วยสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยพยายามเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ก่อให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่อง ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในปัญหาสุขภาพของตนเอง

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรจัดทำสื่อการสอนต่างๆ ได้แก่ วิดีโอ รูปแสดงที่เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง ภาพพลิกสำหรับบุคลากรสหสาขาวิชาชีพใช้สอน จัดทำแผ่นพับความรู้โรคไตแก่ผู้ป่วย มีการสาธิตการทำอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ อาหารลดเค็ม จำกัดเนื้อสัตว์ และมีการทำเกมสตอบคำถามต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกรำคาญ
2. บุคลากรด้านสุขภาพที่ปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิควรได้รับการพัฒนาทักษะการจัดโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
3. การพัฒนาครั้งต่อไปควรออกแบบสมุดประจำตัวผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและบัตรนัดที่ต่างกันตามระยะของโรค เพื่อติดตามและสร้างความตระหนักให้กับผู้ป่วย
4. การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ ควรมีการศึกษาวิจัยต่อเนื่องเพื่อติดตามการคงอยู่ของพฤติกรรมจัดการตนเองในการชะลอไตเสื่อม
5. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ที่พัฒนาขึ้นควรได้รับการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องให้สอดคล้องกับบริบทในการให้บริการและพัฒนาให้สอดคล้องกับความรู้และวิทยาการที่เกิดขึ้นใหม่
6. ก่อนนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ไปใช้ควรมีการอบรมบุคลากรให้มีความรู้เฉพาะเกี่ยวกับเรื่องการประเมินอาการและการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 เพื่อเพิ่มความรู้ ความเข้าใจของสหสาขาวิชาชีพให้สามารถใช้แนวปฏิบัติ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยและทีมงาน ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชสีไศล ที่ให้การสนับสนุนการวิจัยในครั้งนี้ นอกจากนี้ผลสำเร็จของการดำเนินงาน เกิดจากความร่วมมือเป็นอย่างดีของทีมสหวิชาชีพ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกคน รวมถึงผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และผู้ดูแลทุกท่าน ที่กรุณาให้ข้อมูลและมีส่วนร่วมจนทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ตลอดการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงขอขอบพระคุณทุกๆ ท่าน มา ณ ที่นี้

เอกสารอ้างอิง

1. อภิรัตน์ อภิญา. คู่มือปฏิบัติการเพื่อดำเนินงานลดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลองค์กรสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2559.
2. กระทรวงสาธารณสุข. แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) สาขาไต. กรุงเทพฯ: สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2561.
3. Costantini L, Beanlands H, McCay E, Cattran D, Hladunewich M, Francis D. The self-management experience of people with mild to moderate chronic kidney disease. *Nephrology Nursing Journal*. 2008;35(2):147.
4. อนันท์ เรืองบุญ, พิธีวิชญ์ พาตี, จารุวรรณ ประดิษฐ์พงษ์, เยาวลักษณ์ เรียงอิสราร, อำภา คนเชื้อ. รูปแบบการส่งเสริมและฟื้นฟูสภาพอัตราการกรองของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*. 2562;28(2):123-259.
5. สุนิสา สีมม. การจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. *วารสารพยาบาลสภาภาคไทย*. 2556;6(1):12-8.
6. ศิริลักษณ์ ถุงทอง. การชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้. *วารสารพยาบาลทหารบก*. 2560;18(1):17-24.
7. Deming WE. W. Edwards Deming: Nigeria: Madonna University; 1991.
8. Kanfer FH, Gaelick-Buys L. Self-management methods. In: F. H. Kanfer & A. P. Goldstein, editor. *Helping people change: A textbook of methods* Pergamon Press; 1991.
9. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Educational and psychological measurement*. 1970;30(3):607-10.
10. อัมพรพรรณ อธิฐานตร, นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์, ปัทมา สุริต, วาสนา รวยสูงเนิน, ดลวิวัฒน์ แสนโสม. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เพื่อชะลอการล้างไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. *นันทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)*; 2560.
11. กัลปิงหา โชสิวกุล, นพวรรณ เปี้ยเชื้อ. ผลของโปรแกรมการบูรณาการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพร่วมกับการจัดการตนเอง ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีปัญหาซับซ้อน. *วารสารสภาการพยาบาล* 2560;32(4):79-93.
12. วันวิสาข์ สนใจ, สุวรรณ จันทร์ประเสริฐ, นิสากร กรุงไกรเพชร. ผลของการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและสมรรถภาพไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีภาวะไตเสียหน้าที่ระยะที่ 2. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*. 2561;12(2):88-97.

13. วินัส สาระจรัส, แอนนา สุมะโน. ผลของกระบวนการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรัง โรงพยาบาลแหลมฉบัง ชลบุรี. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2561;1(3):13-26.
14. ชวมัย ปินะเก, อมฤต สุวัฒนศิลป์, วรรณพร คงอ้น, นิธิยา นามวงศ์, สุนันท์ทิพย์ เรียงริลา. การพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนล้างไต. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2563;17(3):64-75.
15. สุวรรณ สุรวาทกุล, สุคนธ์ เหล่าราช, ละออง เดิมทำรัมย์. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 อำเภอนาดูน. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. 2563;4(7):129-42.
16. ปุณยญา วัฒนละอันท. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลโนนสูง. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2563;5(2):147-54.
17. สุภาพ สุทธิสันต์ชาญชัย. ประสิทธิภาพของโปรแกรมชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ของคลินิกโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลอุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารแพทย์เขต 4-5. 2564;40(2):255-67.
18. วีรพงศ์ วีรกุล. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังต่อการชะลอไตเสื่อม. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว. 2565;5(2):133-44.
19. อนันท์ เรืองบุญ, พีรวิษณุ พาดิ, จารุวรรณ ประดิษฐ์พงษ์, เยาวลักษณ์ เรียงอิศราง, อำภา คนเชื้อ. รูปแบบการส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพอัตราการกรองของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2562;28(2):122-9.
20. สุคนธ์ เหล่าราช, ละออง เดิมทำรัมย์. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ. 2564;2(1):99-111.