การพัฒนารูปแบบการดูแลเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 3 อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่

Care Model Development for Slowing the Disease Progression of Patients with Third-Stage Chronic Kidney Disease in San Pa Tong District, Chiang Mai Province

ประณีตศิลป์ เชาวน์ลักษณ์สกุล* สุภาภรณ์ อุดมลักษณ์**
ศิวพร ดีพร้อม* วิไลพร มาลีเจริญ****จรรยา จินต์จีระนันท์*****
Praneetsin Chaowalaksakun* Suphaphon Udomluck**
Siwaporn Deeprom* Wilaiporn Maleecharoen**** Janya Jinjeeranan*****

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ ดำเนินการระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 ถึงกันยายน พ.ศ. 2564 กระบวนการวิจัยมี 2 ระยะ คือ 1) วิเคราะห์สถานการณ์และพัฒนารูปแบบการดูแลเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อม โดยการสนทนากลุ่มผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 จำนวน 15 คน และประชุมกลุ่มย่อยทีมสหวิชาชีพ จำนวน 8 คน ระยะเวลาดำเนินการ 3 เดือน และ 2) ทดสอบรูปแบบกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 จำนวน 10 คน ระยะเวลาดำเนินการ 4 เดือน และ

Received: January 17, 2023 Revised: April 24, 2023 Accepted: July 14, 2023

* Corresponding Author, อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเนชั่น E-mail: Praneetsin_cha@nation.ac.th
* Corresponding Author, Lecturer, Faculty of Nursing, Nation University E-mail: Praneetsin_cha@nation.ac.th
** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเนชั่น E-mail: Suphaphon_udo@nation.ac.th
** Lecturer, Faculty of Nursing, Nation University E-mail: Suphaphon_udo@nation.ac.th
*** อายุรแพทย์โรคไต โรงพยาบาลสันป่าตอง E-mail: SiwapornDeeprom5@gmail.com
*** Nephrologist, San Pa Tong hospital E-mail: SiwapornDeeprom5@gmail.com
**** หัวหน้าพยาบาล พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญไตเทียม โรงพยาบาลสันป่าตอง E-mail: Wilaipornwi@gmail.com
**** Chief of Nurse, Expert hemolysis nurse, San Pa Tong hospital E-mail: Wilaipornwi@gmail.com
***** พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสันป่าตอง E-mail: Janya.maggy@gmail.com
***** Registered Nurse, Diabetic and hypertension nurse case manager, San Pa Tong hospital E-mail: Janya.maggy@gmail.com

ปรับปรุงองค์ประกอบจนได้รูปแบบที่เหมาะสม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) แนวทางการสนทนากลุ่ม 2) แบบประเมินผู้ป่วยรายกรณี 3) แนวทางให้คำปรึกษาเพื่อสนับสนุนการจัดการดูแลสุขภาพตนเอง 4) แบบบันทึกข้อมูลลักษณะประชากรและการควบคุมโรค และ 5) เครื่องวัดปริมาณโซเดียมในอาหาร วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาและข้อมูลเชิงปริมาณด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Wilcoxon signed-rank test ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ พบว่า 1) การให้บริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ยังไม่มีการแยกห้องตรวจเฉพาะโรคและผลลัพธ์ของการดูแลยังต่ำกว่าเป้าหมาย 2) การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยมีน้อย พยาบาลยังให้ความรู้ไม่เพียงพอ และการติดตามเพื่อแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยไม่ต่อเนื่อง 3) พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยส่วนมากเป็นอาหารท้องถิ่นที่มีรสเค็ม รูปแบบการดูแลเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมประกอบด้วย 1) การค้นหาและคัดกรอง 2) การจัดการรายกรณี 3) การให้บริการรักษา 4) การสนับสนุนการจัดการดูแลสุขภาพตนเอง 5) การติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและเสริมพลัง และ 6) การประเมินผลลัพธ์ ผลการทดสอบใช้รูปแบบในเวลา 4 เดือน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ย eGFR ก่อนและหลังการทดลอง เท่ากับ 47 และ 51 มล./นาที/1.73 $ม^2$/ปี ตามลำดับ มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = 1.129$, p-value = .259) และร้อยละ 33.33 มีระยะของไตดีขึ้น ร้อยละ 66.67 มีระยะของไตคงเดิม

ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่า รูปแบบการดูแลเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างทีมสหวิชาชีพและผู้ป่วย การสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการจัดการการดูแลตนเองและลดการบริโภคเค็มจะส่งผลดีต่อการชะลอภาวะไตเสื่อม การวิจัยครั้งต่อไปควรมีกลุ่มเปรียบเทียบและมีจำนวนตัวอย่างที่มากขึ้น

คำสำคัญ: การชะลอภาวะไตเสื่อม โรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 3 การพัฒนารูปแบบ

Abstract

This action research aimed to develop a care model to slow the progression of disease in patients with the third-stage chronic kidney disease (CKD) in San Pa Tong District, Chiang Mai Province. From December 2020 to September 2021, the research process consisted of two stages: 1) The first stage involved analyzing the current care situation and developing a care model based on group discussion with 15 patients with third-stage CKD and group meetings with 8 multidisciplinary teams over 3 months. 2) The second stage involved testing and improving the model with 10 third-stage CKD patients over 4 months. The research instruments consisted of: 1) group discussion guidelines, 2) a case management assessment form, 3) consultation guidelines to

support self-management, 4) demographic and disease control forms, and 5) an instrument measuring sodium consumption in food. Qualitative data were analyzed by content analysis, while quantitative data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and Wilcoxon signed-rank test. The results from the care situation analysis revealed that: 1) there was no specific outpatient department for patients with the third-stage CKD, and care outcomes were lower than the standard goal; 2) there was limited access to the services, inadequate health education provision by nurses, and no sufficient surveillance for patients with the third-stage CKD; 3) the food consumption behavior of patients mostly included local foods with high sodium. The care model developed to slow the progression of CKD Patients is comprised of: 1) screening, 2) case management, 3) care provision, 4) support for self-management, 5) monitoring and empowerment, and 6) outcome evaluation. The results from testing the model over 4 months showed that the mean eGFR before and after testing was 47 and 51 ml/min/1.73 m^2/yr, respectively, but it was not statistically significant (Z = 1.129, p-value =. 259). However, 33.33% of patients experienced improved CKD stages, and 66.67% remained at the same stage.

The study reflected that the care model to slow the progression of third-stage CKD requires collaboration between the multidisciplinary team and patients, and the involvement of patients in the self-management of reducing sodium shows an advantage in slowing the progression of CKD. Future research should test the model with a comparative group and a larger sample size.

Keywords: slow progression of CKD, Chronic Kidney Disease stage 3, model developing

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease) เป็นภาวะที่ไตมีการทำงานเสื่อมลงอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในระดับโลกและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยพบอัตราความชุกของโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-5 เฉลี่ยทั่วโลกร้อยละ 10[1] ในประเทศไทยพบอัตราความชุกโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ในกลุ่มอายุ 18 ปีขึ้นไป ร้อยละ 5.3 (4.8-5.8%) และกลุ่มอายุ 40 ปีขึ้นไป ร้อยละ 16.3 (9.2-12.2)[2] อัตราการเสียชีวิตในทุกกลุ่มอายุ พ.ศ. 2559-2563 เพิ่มขึ้นจาก 14.24 เป็น 16.49 ต่อแสนประชากร[3] แสดงให้เห็นว่าอัตราความชุกของโรคไตเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามอายุและมีการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น[2,3]

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคไตเรื้อรัง คือ อายุที่เพิ่มขึ้น เพศ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคยูริกในเลือดสูง[2] และพฤติกรรมการบริโภคเค็ม[4,5] ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจึงต้องมีการควบคุมโรคประจำตัว ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดการบริโภคเค็ม เพราะโซเดียมในอาหารมีผลต่อภาวะไตเสื่อม[6,7] ขณะที่คนไทยตระหนักถึงโรคไตเรื้อรังน้อย ร้อยละ 1.9[2] เท่านั้น หากไม่สามารถชะลอภาวะไตเสื่อมได้จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคได้ ดังนั้น บุคลากรสุขภาพจึงต้องหากลวิธีที่จะสร้างความตระหนักสะท้อนให้ผู้ป่วยเห็นปัญหาและปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรค โดยผู้ป่วยหรือญาติมีส่วนร่วมในการบอกเล่าปัญหาและความต้องการ ร่วมออกแบบบริการที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของตนด้วยความสมัครใจ และเป็นกิจกรรมที่จัดให้บริการโดยมีเป้าหมายช่วยผู้ป่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการสุขภาพตนเองได้

สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข[8] ได้กำหนดแนวทางการดูแลโรคไตเรื้อรังไว้ 7 มาตรการ คือ 1) เฝ้าระวังติดตาม คัดกรองโรคและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค 2) การสร้างความตระหนักในระดับประชากรและกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ 3) การเสริมสร้างสิ่งแวดล้อม ลดเสี่ยงและการจัดการโรคไตเรื้อรังโดยชุมชน 4) การให้คำปรึกษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 5) การพัฒนาคุณภาพการบริการ 6) การเสริมสร้างศักยภาพผู้ดำเนินงานทุกระดับ และ 7) การกำกับ ติดตามและประเมินผล และมีระบบสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามในการนำมาตรการสู่การปฏิบัติยังพบปัญหาและอุปสรรคที่ไม่สามารถดำเนินการเพื่อชะลอไตเสื่อมได้ คือ 1) จำนวนบุคลากรไม่เพียงพอ 2) การให้ความรู้ยังไม่ครอบคลุมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3) การติดตามเยี่ยมบ้านไม่ครอบคลุมทุกราย 4) ไม่มีการจัดการระบบข้อมูลการติดตามผู้ป่วย 5) กลไกการเชื่อมโยงงานสู่ชุมชนไม่ชัดเจน[8] ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการแก้ไขตามบริบทของพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม และเกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ชัดเจนและดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่อง

รูปแบบการดูแลโรคไตเรื้อรังมีหลายรูปแบบ ได้แก่ การพัฒนาคลินิกชะลอไตเสื่อม[8] การจัดการรายกรณี การทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ การประเมินปัญหาของผู้ป่วย การให้ความรู้ทั้งรายกลุ่ม รายบุคคล การติดตามเยี่ยมบ้าน และการเสริมพลัง[9-12] การสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบโค้ชชิ่ง[12] นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาโปรแกรมชะลอไตเสื่อมด้วยงานวิจัยกึ่งทดลองที่มีผลลัพธ์สามารถชะลอไตเสื่อมได้[13] ด้วยวิธีการและได้ผลลัพธ์ที่แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ รูปแบบที่

พัฒนาขึ้นดังกล่าวยังมีข้อจำกัดในการนำไปใช้ในสถานการณ์จริง เนื่องจากโรงพยาบาลส่วนใหญ่มีปัญหาและอุปสรรคตามที่ได้กล่าวมา[8]

อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ใน พ.ศ. 2563 มีผู้ป่วยไตเรื้อรังมารักษาในโรงพยาบาลสันป่าตอง[14] แบ่งเป็นระยะที่ 3-5 จำนวน 536 คน (44.04%), 270 คน (22.19%), และ 123 คน (10.11%) ตามลำดับ ผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 120 คน (12.92%) และทางหน้าท้อง 117 คน (12.59%) เมื่อวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 จำนวน 536 คน มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล 465,082.98 บาทต่อปี ทำให้ภาครัฐต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายมากขึ้น ในขณะเดียวกันประชาชนภาคเหนือมีการบริโภคโซเดียม 3,238.8 มิลลิกรัม/วัน[15] ซึ่งเกินเกณฑ์มาตรฐาน (2,000 มิลลิกรัม/วัน) รวมถึงผู้ป่วยในอำเภอสันป่าตองมีการปรุงอาหารท้องถิ่นด้วยถั่วเน่า กะปิ น้ำปลา เครื่องปรุงรสต่าง ๆ ซึ่งมีเกลือโซเดียมสูง ดังนั้น การพัฒนารูปแบบการดูแลเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมจึงต้องคำนึงถึงพฤติกรรมการบริโภคเค็มและประชาชนต้องมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง

ผู้วิจัยเห็นความสำคัญของปัญหาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีแนวโน้มสูงขึ้น โดยเฉพาะจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลสันป่าตองมีจำนวนมาก[14] โดยมีการจัดคลินิกเฉพาะทางให้บริการร่วมกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ ทุกวันและมีผู้ป่วยจำนวนมาก ประกอบกับยังไม่มีรูปแบบการให้บริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 โดยเฉพาะกิจกรรมลดการบริโภคเค็มอย่างเป็นรูปธรรมซึ่งเป็นข้อแนะนำระดับ 1C ที่มีหลักฐานยืนยันว่าระดับโซเดียมในเลือดสูงจะทำให้ความดันโลหิตในไตสูงด้วย[6,7] ดังนั้นจึงมีความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการดูแลเพื่อชะลอไตเสื่อมให้เหมาะสมตามบริบทของพื้นที่

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis S. และ McTaggart R.[16] แบ่งเป็น 2 ระยะ แต่ละระยะประกอบด้วย 1) การวางแผน (plan) 2) การปฏิบัติ (action) 3) การสังเกต (observation) และ 4) การสะท้อนคิด (reflection) โดยใช้หลักการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 การวางแผนครอบคลุมการประเมินประเด็นปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและทีมสหวิชาชีพ การปฏิบัติโดยทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เครื่องมือและกิจกรรมตามองค์ประกอบของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ซึ่งได้นำแนวทางการจัดการรายกรณี (case management) และการสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเอง (self-management support) มาใช้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายบุคคล พร้อมทั้งสังเกตและบันทึกข้อมูลในทุกขั้นตอน และขั้นตอนสุดท้ายเป็นการสะท้อนคิดเพื่อปรับปรุงรูปแบบให้มีความสมบูรณ์ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยมีผลลัพธ์ทางคลินิก และการจัดการสุขภาพของตนเองตามระยะของโรคได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การจัดการบริการโรคไตเรื้อรังในโรงพยาบาลสันป่าตอง

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3

3. เพื่อทดสอบรูปแบบการดูแลเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research)[16]

ผู้ร่วมวิจัยและกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์และพัฒนารูปแบบ (plan) ดำเนินการเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564 รวม 3 เดือน ผู้ร่วมวิจัยประกอบด้วย

1) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 จำนวน 15 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เกณฑ์ในการคัดเข้าคือ 1) เป็นผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 มีโรคร่วม คือ โรคเบาหวาน หรือโรคความดันโลหิตสูง 2) รับบริการที่โรงพยาบาลสันป่าตอง 3) อายุ < 70 ปี 4) สามารถพูด ฟัง และแสดงความคิดเห็นได้ และ 5) สมัครใจเข้าร่วมวิจัย เกณฑ์ในการคัดออก คือ 1) มีการเจ็บป่วยจนไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ต่อเนื่อง

2) ทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของโรงพยาบาลสันป่าตองและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 แห่ง (n = 8) คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วย อายุรแพทย์โรคไต 1 คน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียม 2 คน พยาบาลคลินิกโรคไต 1 คน พยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง 1 คน เภสัชกร 1 คน โภชนากร 1 คน และพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 คน

ระยะที่ 2 การทดสอบรูปแบบการดูแลเพื่อชะลอไตเสื่อม (action) ดำเนินการระหว่างเดือนมีนาคม ถึงเดือนมิถุนายน 2564 รวม 4 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 จำนวน 10 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เกณฑ์ในการคัดเข้าและเกณฑ์คัดออกเหมือนระยะที่ 1

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ พัฒนาโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิเคราะห์สถานการณ์ คือ แนวทางการสนทนากลุ่ม มีคำถามจำนวน 7 ข้อ ตัวอย่าง เช่น ท่านทราบระยะไตเรื้อรังของท่านอย่างไร ท่านทราบปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ระยะไตเรื้อรังของท่านลดลงอย่างไร จากประสบการณ์การมารับบริการทุกครั้งท่านอยากจะบอกปัญหาหรือความต้องการเพื่อปรับปรุงการให้บริการอย่างไร

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดสอบความเป็นไปได้ของการใช้รูปแบบ ประกอบด้วย

2.1 แบบประเมินผู้ป่วยรายกรณี พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม เรื่อง การจัดการรายกรณี[17] ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ประเมินปัญหาทางคลินิก ปัญหาชีวิตความเป็นอยู่ การตั้งเป้าหมายการชะลอไตเสื่อม การจัดการปัญหา การวางแผนพบทีมสหวิชาชีพ และการนัดติดตาม

2.2 แนวทางให้คำปรึกษาเพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเอง พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม เรื่อง การสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเอง[18] เป็นข้อคำถามให้กลุ่มตัวอย่างได้ไตร่ตรองด้วยตนเองตามแนวทาง “รู้ปัญหา พาแก้ไข” เช่น รู้จักไตของฉัน อาหารโปรตีน และการบริโภคเค็ม

2.3 เครื่องวัดโซเดียมในอาหาร[19] เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดปริมาณเกลือโซเดียมในอาหารที่เป็นของเหลวโดยการวัดประจุไฟฟ้าของเกลือโซเดียม (NaCl)

3. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบบันทึกข้อมูลลักษณะประชากรและการควบคุมโรค แบ่งเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ส่วนที่ 2 การควบคุมโรค ผลการตรวจเลือด ความดันโลหิต อัตราการกรองของไต ระยะของไตเรื้อรัง

การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. แบบประเมินผู้ป่วยรายกรณี และแนวทางให้คำปรึกษาเพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเอง ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อายุรแพทย์โรคไต พยาบาลหน่วยไตเทียม และพยาบาลผู้จัดการรายกรณี คำนวณความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) ได้ 0.8 และ 0.9 ส่วนแบบบันทึกข้อมูลลักษณะประชากรและการควบคุมโรคผู้วิจัยแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

2. เครื่องวัดโซเดียมในอาหาร ผ่านการสอบเทียบโดยการทดสอบความเข้มข้นของเกลือโซเดียมโดยใช้ 0.9% NSS

การปกป้องสิทธิของผู้ร่วมวิจัย

การวิจัยนี้ได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสันป่าตอง กระทรวงสาธารณสุข COA No. 014/2563 เลขที่โครงการวิจัย SPT REC 014/63 วันที่รับรอง 1 ธันวาคม พ.ศ. 2563 และผู้ร่วมวิจัยได้รับทราบวัตถุประสงค์การวิจัย สิทธิและการตัดสินใจในการให้ข้อมูลระหว่างการสนทนากลุ่ม การลงนามเข้าร่วมวิจัย และการรักษาความลับของข้อมูลการวิจัย

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งเป็น 2 ระยะ 1) ระยะที่ 1 เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่ม เดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 2) ระยะที่ 2 เก็บข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลลักษณะประชากรและการควบคุมโรคของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดสอบรูปแบบในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2564 และหลังการทดสอบรูปแบบในเดือนมิถุนายน พ.ศ.2564 โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์และพัฒนารูปแบบ (plan) เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 จำนวน 15 คน ด้วยการสนทนากลุ่ม จำนวน 2 กลุ่มๆ ละ 7-8 คน ใช้เวลากลุ่มละ 3 ชั่วโมง โดยใช้แนวทางการสนทนากลุ่มและสะท้อนข้อมูลให้ผู้ป่วยตรวจสอบความถูกต้อง วิเคราะห์ข้อมูล และสรุปผลการสนทนากลุ่ม ทีมสหวิชาชีพ จำนวน 8 คน เข้าร่วมการวิจัยโดยประชุม จำนวน 4 ครั้ง ได้แก่ ครั้งที่ 1 นำเสนอข้อมูลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง การจัดบริการ ผลลัพธ์การให้บริการ การทบทวนวรรณกรรม และสรุปผลการสนทนากลุ่ม พร้อมทั้งตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลร่วมกัน ครั้งที่ 2 นำเสนอรูปแบบจำลองการดูแลเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อม โดยใช้คำถามในการประชุมกลุ่ม ครอบคลุมประเด็น 1) การเข้าถึงบริการ 2) การกำหนดผลลัพธ์ 3) การกำหนดเป้าหมาย 4) บทบาทหน้าที่ในการส่งเสริมการชะลอภาวะไตเสื่อม และ 5) แนวทางปฏิบัติในการดูแลเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมของทีมสหวิชาชีพ เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์

และวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดการบริโภคเค็มของผู้ป่วย ครั้งที่ 3 นำเสนอรูปแบบจำลองแนวทาง และเครื่องมือต่าง ๆ พี่พัฒนาและปรับปรุงแล้ว และครั้งที่ 4 สรุปรูปแบบและจัดทำแผนปฏิบัติการเสนอคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอสันป่าตองเพื่อพิจารณาและให้ข้อเสนอแนะก่อนนำรูปแบบไปทดสอบ

ระยะที่ 2 การทดสอบรูปแบบการดูแลเพื่อชะลอไตเสื่อม (action) กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมดังนี้ 1) การคัดกรองโดยพยาบาลวิชาชีพ 2) การจัดการรายกรณี โดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณีรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินผู้ป่วยรายกรณี 3) การให้บริการรักษาจากสหวิชาชีพ กิจกรรมที่ 2-3 รับบริการที่โรงพยาบาลสันป่าตอง จำนวน 3 ครั้ง 4) การสนับสนุนการจัดการดูแลสุขภาพตนเอง โดยประชุมกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 ครั้ง กลุ่มละ 4-5 คน เพื่อเรียนรู้เรื่องไตและรับคำปรึกษาตามแนวทาง “รู้ปัญหา พาแก้ไข” ฝึกวัดปริมาณโซเดียมในอาหาร และรับมอบอุปกรณ์ไปปฏิบัติที่บ้านเป็นเวลา 3 เดือน 5) ติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและเสริมพลังโดยทีมสหสาขาและผู้วิจัย ด้วยการไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วย 2 ครั้ง และ 5) ประเมินผลลัพธ์โดยประชุมกลุ่มเพื่อติดตามผลลัพธ์และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จำนวน 2 ครั้ง หลังจากการเยี่ยมบ้าน

การดำเนินการวิจัยในระยะที่ 1-2 ผู้วิจัยจะทำการสังเกต (Observe) การสนทนากลุ่มของผู้ป่วย การประชุม การรับบริการหรือร่วมกิจกรรม การใช้เครื่องมือหรือแนวทางต่าง ๆ รวมทั้งปัจจัยที่เอื้อต่อการพัฒนารูปแบบหรือปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ และการสะท้อนคิด (Reflection) เพื่อปรับปรุงรูปแบบให้สมบูรณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ คือ ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาและนำข้อมูลสำคัญไปใช้ในการพัฒนารูปแบบการชะลอภาวะไตเสื่อม การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง eGFR และระยะของไต โดยใช้โปรแกรม SPSS วิเคราะห์ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Wilcoxon signed-rank test

ผลงานวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ สรุปประเด็นสำคัญได้ ดังนี้

1.1 การจัดบริการและคุณภาพการจัดบริการ ประกอบด้วย

1.1.1 จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-5 มีจำนวน 929 คน จำแนกเป็นไตเรื้อรังระยะที่ 3-5 จำนวน 536 คน (44.04%), 270 คน (22.19%), และ 123 คน (10.11%) ตามลำดับ[14] มีผู้ป่วยรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 120 คน (12.96%) และฟอกไตทางหน้าท้อง 117 คน (12.59%)

1.1.2 การจัดบริการคลินิกพิเศษสำหรับโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรังระยะที่ 4-5 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หอบหืด และผู้ป่วยรับยาวาร์ฟาริน ทั้งช่วงเช้าและบ่ายทั้ง 5 วัน การให้บริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 รวมอยู่ในคลินิกโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงและเป็นลักษณะบริการทั่วไป เช่น การรับคิว ซักประวัติ ตรวจจากแพทย์ รับยานัดตรวจครั้งต่อไป ได้รับคำแนะนำจากทีมสุขภาพแบบสั้น ๆ

1.1.3 การให้ความรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการชะลอภาวะไตเสื่อม ยังไม่มีการจัดบริการสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ยกเว้นเมื่อผู้ป่วยเริ่มมีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 3 จะส่งผู้ป่วยรับความรู้ที่หน่วยไตเทียม ไม่ได้ติดตามผลลัพธ์ทางคลินิกและไม่สามารถดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

1.1.4 คุณภาพการจัดบริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พบว่า ปีงบประมาณ 2563 มีผลลัพธ์ต่ำกว่าเป้าหมาย 3 ตัวชี้วัด คือ อัตราการกรองของไต (eGFR) ลดลง > 5 มล./นาที/1.73 $ม^2$/ปี 60.31% (เกณฑ์ ≥ 66%) 2) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเป็นโรคเบาหวานที่รับบริการมี HbA1C 6.5-7.5% เท่ากับ 13.79% (เกณฑ์ ≥ 40%) และได้รับยา ACEi/ARB 40.52% (เกณฑ์ ≥ 50%) ตัวชี้วัดที่มีผลงานผ่านเกณฑ์ คือ ระดับความดันโลหิต <140/90 mmHg 62.48% (เกณฑ์ ≥ 50%)[14]

1.2 ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย

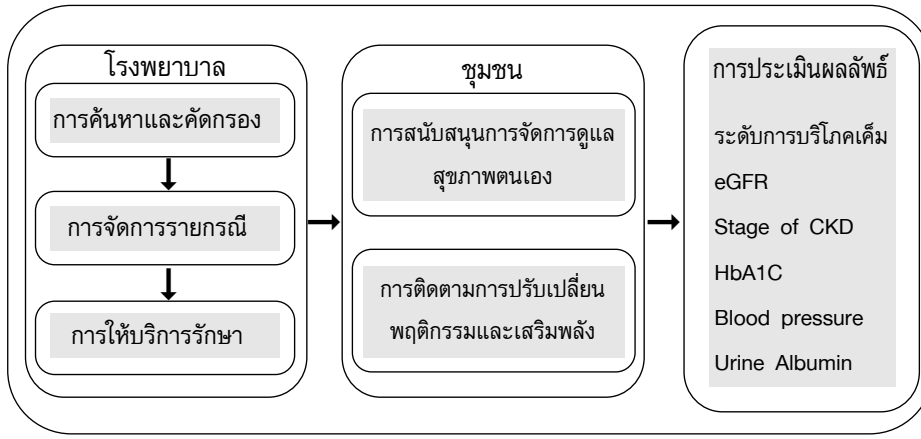
1.2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและการเข้าไม่ถึงบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

จากการสนทนากลุ่มกับผู้ป่วย จำนวน 2 กลุ่ม ๆ ละ 7-8 คน พบว่า ผู้ป่วยไม่มีความรู้และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง ผู้ป่วยมารับบริการที่คลินิกโรคเบาหวานหรือคลินิกโรคความดันโลหิตสูงตามนัดอย่างต่อเนื่อง ทราบว่ามีโรคแทรกซ้อนคือโรคไตเรื้อรัง *'มีไตร่วมด้วย'* แต่ไม่ทราบความหมายหรือรายละเอียดเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังว่าเป็นอย่างไร *'ไตเสื่อม ไตเรื้อรัง และไตวาย คืออันเดียวกันไหม'* ส่วนใหญ่จะบอกระยะของไตได้ เพราะได้รับทราบข้อมูลจากทีมสหวิชาชีพ สำหรับการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังยังไม่ได้รับความรู้และไม่รู้วิธีการปฏิบัติตัวหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม *'รู้ว่าไตเสื่อม ไตระยะที่ 2 ระยะที่ 3 แต่ไม่รู้จะทำอย่างไร' หรือ 'ไม่รู้จะไปถามใคร'* นอกจากนี้ผู้ป่วยยังให้ข้อมูลเกี่ยวกับการมารับบริการทุกครั้งว่า *'หลังจากซักประวัติที่คลินิกโรคเบาหวานหรือโรคความดันโลหิตสูง และรู้ข้อมูลจากพยาบาลว่าไตเสื่อม หรือไตอยู่ในระยะที่ 2 หรือ 3 ก็รอคิวเพื่อเข้าห้องตรวจต่อไป การรับบริการก็เป็นแบบนี้ทุกครั้ง ... ก็ไม่รู้จะไปถามใครจริง ๆ ว่าจะดูแลไตได้อย่างไร พยาบาลก็ต้องซักประวัติ คนไข้ก็รออยู่เป็นจำนวนมาก จะถามมากก็เกรงใจ'* ครอบครัวของผู้ป่วยให้ความใส่ใจเรื่องปฏิบัติตัวเมื่ออยู่ที่บ้าน เช่น ค้นหาข้อมูลตัวอย่างอาหารในคอมพิวเตอร์และพิมพ์ออกมาให้ดูรูปอาหาร ฯลฯ

1.2.2 ความต้องการและสมัครใจเข้าร่วมการชะลอภาวะไตเสื่อม ส่วนใหญ่มองว่ามีประโยชน์ ควรจัดบริการ ส่วนมากยินดีเข้าร่วม ร้อยละ 80 เนื่องจากต้องการมีชีวิตที่ยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดี แต่ส่วนน้อย ร้อยละ 20 คือกลุ่มที่ต้องประกอบอาชีพทุกวัน มีรายได้น้อย จะปฏิเสธไม่เข้าร่วม

ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้ผู้วิจัยและทีมสหวิชาชีพได้เรียนรู้และได้ข้อสรุปร่วมกันว่ารูปแบบชะลอภาวะไตเสื่อมควรเป็นลักษณะการจัดกระทำแบบกลุ่ม (group intervention) โดยการจัดการรายกรณีให้คำปรึกษาการสนับสนุนการจัดการดูแลสุขภาพตนเอง การเยี่ยมบ้าน การประชุมกลุ่ม เป็นการดำเนินการที่อยู่ในงานประจำ และมีเครือข่ายการดูแลต่อเนื่องเชื่อมโยงกับชุมชน เน้นผู้ป่วยที่มีความตระหนักและสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม

2. รูปแบบชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 จึงมีลักษณะการจัดกระทำแบบกลุ่ม โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 รูปแบบชะลอภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3

องค์ประกอบของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีดังนี้

1) การค้นหาและคัดกรอง หมายถึง การคัดกรองกลุ่มเป้าหมายโดยพยาบาลวิชาชีพ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 อายุต่ำกว่า 70 ปี เป็นโรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูง CKD stage 3b มี eGFR ลดลง > 5 มล./นาที/1.73 $ม^2$/ปี มีภูมิลำเนาอยู่ในหมู่บ้านเดียวกัน หรืออยู่ในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเดียวกัน รวมทั้งสมัครใจและมีเวลาเข้าร่วมกิจกรรม

2) การจัดการรายกรณี หมายถึง กระบวนการดูแลผู้ป่วยโดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณี โดยรวบรวมข้อมูลการรักษาของผู้ป่วย พบผู้ป่วยจำนวน 3 ครั้ง ๆ ละ 30-60 นาที ซักประวัติ บันทึกข้อมูลลงในแบบประเมินผู้ป่วยรายกรณี ทำการประเมินปัญหาทางคลินิก เช่น ผู้ป่วยที่มี eGFR ลดลง > 5 มล./นาที/1.73 $ม^2$/ปี ไม่ได้รับยา ACEI หรือ ARB ควบคุมระดับน้ำตาล หรือความดันโลหิตไม่ได้ รวมทั้งพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ฯลฯ ให้คำปรึกษา จัดการปัญหา และประสานงานส่งต่อทีมสหวิชาชีพ

3) การให้บริการรักษา หมายถึง การให้บริการตรวจรักษาโรคโดยแพทย์ การใช้ยาของผู้ป่วยโดยเภสัชกร การให้บริการด้านโภชนาการโดยนักโภชนากร การให้บริการจัดการรายกรณีโดยพยาบาล รวมถึงบริการต่าง ๆ ในโรงพยาบาลและการดูแลต่อเนื่องโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

4) การสนับสนุนการจัดการดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง กิจกรรมที่จัดขึ้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในวันหยุดสุดสัปดาห์ ประชุมกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 4-5 คน จำนวน 1 ครั้ง ๆ ละ

4 ชั่วโมง โดยทีมสหวิชาชีพให้คำปรึกษากับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 1 ครั้ง เพื่อเตรียมให้กลุ่มตัวอย่างมีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพ ตามแนวทางให้คำปรึกษา **"รู้ปัญหา พาแก้ไข"** ด้วยการจัดกิจกรรมการเรียนรู้โรคไต กราฟแสดงระยะไต อาหารโปรตีน การลดการบริโภคเค็ม ฝึกใช้เครื่องมือวัดปริมาณโซเดียมในอาหาร และตั้งเป้าหมายชะลอไตเสื่อม

5) การติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและเสริมพลัง หมายถึง การเยี่ยมติดตามของทีมสหวิชาชีพ ด้วยการเยี่ยมบ้าน 2 ครั้ง ๆ ละ 4 ชั่วโมง ภายใต้แนวทาง **"ให้ความใส่ใจและติดตามผล"** และ **"เชื่อมโยงและแลกเปลี่ยน"** การสนับสนุนอุปกรณ์ รวมทั้งการเสริมพลังให้ผู้ป่วยมีความมุ่งมั่นและการจัดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 2 ครั้ง

6) การประเมินผลลัพธ์ หมายถึง การรวบรวมข้อมูลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ระดับการบริโภคเค็ม eGFR stage of CKD HbA1C ความดันโลหิต และแอลบูมินในปัสสาวะเพื่อประเมินความก้าวหน้าของการชะลอไตเสื่อม พร้อมทั้งสะท้อนผลลัพธ์ให้ผู้ป่วยทราบ

4. ผลการทดสอบรูปแบบการดูแลเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อม เป็นการทดสอบเพื่อประเมินความเป็นไปได้ของรูปแบบกับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง 10 คน ระยะเวลา 4 เดือน ถูกคัดออกจำนวน 1 คน เนื่องจากผู้ป่วยมีนิ่วในไต ต้องเข้ารับการรักษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 60-69 ปี (90.00%) เป็นเพศชาย (80.00%) การศึกษาประถมศึกษา (100.00%) สถานภาพสมรสคู่ (100.00%) อาชีพเกษตรกรรม (100.00%) มีรายได้ 5,001-9,999 บาท/เดือน (60.00%) มีโรคประจำตัว คือ โรคเบาหวาน (10.00%) โรคความดันโลหิตสูง (40.00%) โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง (50.00%) ส่วนใหญ่รักษาด้วยยาจำนวน 1 ขนาน (60%) มีภาวะไขมันในเลือดสูง (80%) รับประทานอาหารรสเค็มจัด (20.00%) มีประวัติรับประทานยาสมุนไพรมาก่อน (20.00%)

ผลลัพธ์การทดสอบก่อนและหลังการใช้รูปแบบ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไตแตกต่างกัน โดยหลังการทดสอบรูปแบบ กลุ่มตัวอย่าง มี eGFR เพิ่มขึ้น 5 คน ลดลง 4 คน ค่าเฉลี่ยของ eGFR ก่อนและหลังการทดสอบ เท่ากับ 47 และ 51 มิลลิลิตร/นาที/1.73 ม^{2}ต่อปี แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = 1.129$, p-value = .259) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบผลต่างลำดับของอัตราการกรองของไต ก่อนและหลังการทดสอบรูปแบบเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อม (n = 9)

อัตราการกรองของไต (มล./นาที/1.73 ม^2/ปี)	จำนวน (n)	ค่าเฉลี่ย (Mean)	ส่วนเบี่ยงเบน (SD)	Mean Rank	Wilcoxon signed-rank Test	p-value
ก่อนทดลอง	9	47	7.38	6.40	1.129	.259
หลังทดลอง	9	51	10.50			

เมื่อเปรียบเทียบระยะของไตเรื้อรัง (stage of CKD) หลังการทดสอบใช้รูปแบบ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 33.33 มีระยะของไตดีขึ้น ร้อยละ 66.67 มีระยะของไตคงเดิม ดังตัวอย่างตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม stage of CKD ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ (n = 9)

ระยะของไตเรื้อรัง	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
(stage of CKD)	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
- ระยะที่ 2	0	0.00	1	11.12
- ระยะที่ 3a	3	33.33	4	44.44
- ระยะที่ 3b	6	66.67	4	44.44
รวม	9	100.00	9	100.00

การอภิปรายผล

1. การวิเคราะห์สถานการณ์ การจัดบริการและคุณภาพการจัดบริการ ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย พบว่า 1) จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 มีจำนวนมาก (44.00%) จึงเป็นเป้าหมายสำคัญในการชะลอภาวะไตเสื่อม ซึ่งต้องค้นหาและคัดกรองผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนให้เข้าถึงบริการ การให้การรักษายังไม่มีห้องตรวจเฉพาะโรค ส่งผลให้ผลลัพธ์การดูแลยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย สาเหตุจากข้อจำกัดด้านบุคคลากร เวลา และการจัดบริการ กล่าวคือ ไม่มีการจัดบริการการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน ไม่มีการให้ความรู้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และติดตามผลลัพธ์ สอดคล้องกับรายงานของกระทรวงสาธารณสุข[8]

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการลดการบริโภคเค็ม กลุ่มตัวอย่างได้ฝึกใช้เครื่องมือวัดปริมาณโซเดียมในอาหาร ทดลองวัดอาหารที่ซื้อมาจากร้านค้าในชุมชน อาหารที่นำมาจากบ้าน และเครื่องปรุงต่าง ๆ จนแปลผลได้ กลุ่มตัวอย่างที่ลดการบริโภคเค็มได้ดีมีลักษณะ 1) เป็นผู้ที่ปรุงอาหารเอง 2) ครอบครัวช่วยเหลือ และ 3) เห็นตัวอย่างผู้ป่วยฟอกไตทางหน้าท้อง ส่วนผู้ที่ทำได้ไม่ดีคือ 1) ภรรยาเป็นผู้ปรุงอาหารแต่ไม่ได้มาร่วมประชุมเรียนรู้ด้วย 2) รายที่ไปทำงานและรับประทานอาหารนอกบ้านจะลดการบริโภคเค็มได้น้อย ดังนั้นอาจจะต้องกำหนดประเด็นนี้เหล่านี้ไว้ในการคัดกรอง

2. การพัฒนารูปแบบการดูแลเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมเป็นรูปแบบที่ดำเนินการกับผู้ป่วยเป็นกลุ่ม มี 6 องค์ประกอบ 1) การค้นหาและคัดกรอง 2) การจัดการรายกรณี 3) การให้บริการรักษา 4) การสนับสนุนการจัดการดูแลสุขภาพตนเอง 5) การติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและเสริมพลัง และ 6) การประเมินผลลัพธ์ ผลลัพธ์ของการให้บริการตามรูปแบบนี้เกิดจากการ

คัดกรองผู้ป่วยและรับบริการหรือร่วมกิจกรรมตามองค์ประกอบที่ 2-5 ตามลำดับ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผลการวิจัยครั้งนี้คล้ายคลึงกับงานวิจัยที่มีการจัดการรายกรณี[9] การให้บริการแบบสหวิชาชีพและการสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม[10,12] ทำให้ปัญหาทางคลินิกของผู้ป่วยได้รับการแก้ไข นอกจากนี้การสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความมุ่งมั่นในการดูแลสุขภาพของตนเองมากกว่าการรอคอยการช่วยเหลือจากทีมสุขภาพ สอดคล้องกับแนวคิด self-management support[18] รวมทั้งสามารถงดหรือลดเครื่องปรุงรสที่ใช้เป็นประจำ โดยใช้เครื่องมือวัดปริมาณโซเดียมในอาหารได้ สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีมาตรการลดเค็มและส่งผลดีต่อการลดความดันโลหิตและการชะลอภาวะไตเสื่อม[8,10,15]

การทดสอบรูปแบบใช้ระยะเวลา 4 เดือน เป็นระยะเวลาที่เพียงพอ ทั้งนี้มีงานวิจัยที่ใช้ระยะเวลา 3 เดือน และมีผลลัพธ์ที่ดี[20] กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 33.33 มีระยะของไตดีขึ้น ร้อยละ 66.67 มีระยะของไตคงเดิม แม้ว่าผลการศึกษาครั้งนี้จะไม่พบความแตกต่างของก่อนและหลังการทดสอบอย่างมีนัยสำคัญ อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างที่ใช้มีจำนวนน้อยซึ่งเป็นประเด็นที่ต้องนำไปปรับปรุงต่อไป การพยายามแก้ไขข้อจำกัดในการนำรูปแบบที่มีอยู่ไปใช้ในเวลางานประจำไม่ได้ จึงไปทำกิจกรรมในวันหยุดสุดสัปดาห์ ยังถือว่าเป็นข้อจำกัดอยู่เพราะอาจจะทำให้การใช้รูปแบบไม่มีความยั่งยืน การประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบวัดตัวแปรเพียง eGFR และ stage of CKD ซึ่งได้เพิ่มเติมตัวแปรอีก 4 ตัวแปรตามข้อเสนอแนะของทีมวิจัยเพื่อให้รูปแบบสมบูรณ์มากขึ้น

สรุปรูปแบบการดูแลเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมที่พัฒนาขึ้น พบว่า มีความเป็นไปได้ในการนำสู่การปฏิบัติเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดี รวมทั้งช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคลดเค็มของผู้ป่วยด้วยความสมัครใจ ซึ่งจะเป็นผลดีต่อการชะลอไตเสื่อมได้

ข้อเสนอแนะ

ด้านการวิจัย ควรศึกษาผลของการใช้รูปแบบการดูแลเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมเพิ่มเติม โดยใช้การวิจัยกึ่งทดลอง เพิ่มจำนวนตัวอย่างให้เพียงพอ รวมทั้งวัดผลลัพธ์ของรูปแบบครอบคลุมทุกปัจจัย เช่น น้ำตาลสะสม ความดันโลหิต โซเดียมในปัสสาวะ และแอลบูมินในปัสสาวะ ฯลฯ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล รูปแบบการดูแลเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมที่พัฒนาขึ้นมีความเป็นไปได้ที่จะช่วยชะลอภาวะไตเสื่อม สามารถนำไปใช้หรือดัดแปลงให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละโรงพยาบาลโดยกำหนดเป็นนโยบายหรือแนวทางปฏิบัติที่สอดคล้องกับกิจกรรมต่าง ๆ สำหรับสหวิชาชีพให้สามารถปฏิบัติในทิศทางเดียวกันเพื่อคุณภาพของการบริการผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. International Society of Nephrology. ISN-Global kidney health atlas [Internet]. 2019 [cited 2022 Sep 1]. Available from: www.theisn.org/global-atlas.
2. Aekplakorn W, Chariyalertsak S, Kessomboon P, Assanangkornchai S, Taneepanichskul S, Neelapaichit N, et al. Women and other risk factors for chronic kidney disease of unknown etiology in Thailand: national health examination v survey. Sci Rep 2021;11:22674. doi: 10.1038/s41598-021-02191-5.
3. Wijitsoonthornkul K. Epidemiology and review of preventive intervention of chronic kidney disease [Internet]. Division of Non Communicable Diseases; 2022 [cited 2022 Sep 1]. Available from: http://thaincd.com/2016/media-detail.php?id=14423&gid=1-015-005.
4. GBD Chronic Kidney Disease Collaboration. Global, regional, and national burden of chronic kidney disease, 1990-2017: a systematic analysis for the global burden of disease study 2017. Lancet 2020;395(10225):709-33. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30045-3.
5. Kurathong S. Chronic kidney disease. In: Internal medicine. Bangkok: P. A Living; 2018. p. 99-123. (in Thai)
6. Nerbass FB, Calice-Silva V, Pecoits-Filho R. Sodium intake and blood pressure in patients with chronic kidney disease: a salty relationship. Blood Purif 2018;45(1-3): 166-72. doi: 10.1159/000485154.
7. Borrelli S, Provenzano M, Gagliardi I, Michael A, Liberti ME, Nicola LD, et al. Sodium intake and chronic kidney disease. Int J Mol Sci 2020;21(13):4744. doi: 10.3390/ijms21134744.
8. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Manual of practice for prevention of chronic kidney disease in patients with diabetes or hypertension. Bangkok: Printing Office of The War Veterans Organization of Thailand Under Royal Patronage of His Majesty the King; 2016. (in Thai).
9. Sarnthong P. The development model of diabetes and hypertension for to slow down the integrated kidney disease Renu Nakhon Hospital, Renu Nakhon district, Nakhon Phanom province. Mahasarakham Hospital Journal 2018;15(3):76-84. (in Thai)
10. Phaengkha W. Effectiveness of care for patients with diabetes mellitus and chronic kidney disease stage 2-4 with case management at Nam Nao Hospital Health networks, Phetchabun Province. Region 11 Medical Journal 2017;31(3):405-14. (in Thai)

11. Reaungboon A, Padee P, Pradittapong J, Riengisarang Y, Konsue A. A model for promotion and rehabilitation of glomerular filtration rate in patients with chronic renal disease. Journal of Health Science 2019;28(Suppl 2):S122-9. (in Thai)
12. Chowpontong S. Multidisciplinary pre-dialysis care in Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital. Journal of Preventive Medicine Association of Thailand 2015;5(3):197-206. (in Thai)
13. Seephom S, Prapaipanich W, Janepanich P, Pichaiwong W. The effect of self-management program for slow chronic kidney disease progression on knowledge, health behavior and blood pressure levels. Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing 2014;25(1):16-31. (in Thai)
14. Chiang Mai Public Health Office. Health data center [Internet]. (n.d). [cited 2022 Sep 1]. Available from: https://cmi.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat__id=e71a73a77b1474e63b71bccf727009ce. (in Thai)
15. Chailimpamontree W, Kantachuvesiri S, Aekplakorn W, Lappichetpaiboon R, Sripaiboonkij Thokanit N, Vathesatogkit P, et al. Estimated dietary sodium intake in Thailand: a nation-wide population survey with 24-hour urine collections. J Clin Hypertens 2021;23(4):744-54.
16. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3rd ed. Victoria: Deakin University; 1988.
17. Chinnawong T. Case management for clients with diabetes mellitus and hypertension in a community. Songklanagarind Journal of Nursing 2017;37(1):148-57. (in Thai)
18. Glasglow RE. 5 A's Behavior change model adapted for self-management support improvement [Internet]. 2022. [cited 2022 Sep 1]. Available from: https://www.uspreventive servicestaskforce.org/home/getfilebytoken/vGpPzqpTfEzP42Woby59Ds.
19. Kantachuvesiri S. Salt meter [Internet]. 2022 [cited 2022 Sep 1]. Available from: https://www. youtube.com/watch?v= __Wz9ckoktLM). (in Thai)
20. Panpeankunpak P. The effect of food control program for chronic kidney disease patients at CKD clinic, Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital. Journal of Preventive Medicine Association of Thailand 2016;6(3):205-15. (in Thai)