แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องชนิดต่อเนื่อง *

Clinical Nursing Practice Guidelines for End Stage Renal Disease Patients with Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis

สุรางค์ วิมลธาดา**
พันเอกหญิง ดร. นงพิมล นิมิตรอานันท์***

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องชนิดต่อเนื่องมักมี ภาวะแทรกซ้อนที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนมีความรับผิดชอบที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อลดความเสี่ยงจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ โดยให้การดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนามาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งเป็นวิธีการหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่เป็นเลิศ ซึ่งเป็นการยืนยันว่าจะเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย บทความนี้ต้องการนำเสนอผลที่ได้จากการศึกษาวิทยานิพนธ์ที่ผู้ศึกษามีวัตถุประสงค์ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยการประยุกต์ใช้รูปแบบกระบวนการใช้ผลงานวิจัยของไอโอวา (The IOWA Model of Evidence based practice to promote of quality of care: Titler et. al., 2001:497 – 509) ร่วมกับหลักการวิเคราะห์ข้อมูลตามเกณฑ์การประเมินคุณภาพของหลักฐานของ เมนิคย์และไฟเอาท์-โอเวอร์ฮอลท์ (Melnyk & Fineout-Overholt, 2005) ผลการสืบค้นและคัดสรรผลงานวิจัยสามารถนำมาใช้สร้างเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลได้ 21 เรื่อง ซึ่งตีพิมพ์ระหว่าง ค.ศ.1995 – 2011 ผู้ทำการศึกษาสามารถนำมาใช้เรียบเรียงแนวปฏิบัติการพยาบาลประกอบด้วย 3 ชุดปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ 1) การสอนสุขศึกษาและการให้คำปรึกษา 2) การดูแลแผลช่องทางออกของสายล้างไต และ 3) การดูแลที่บ้าน แนวปฏิบัติดังกล่าวได้รับการตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คนตามเกณฑ์การประเมินเครื่องมืออะกรี (AGREE Collaboration, 2001) ผลการประเมินคุณภาพคิดเป็นร้อยละ 81.73 อีกทั้งผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมดลงฉันทามติให้สามารถนำแนวปฏิบัติไปใช้ได้ ผู้วิจัยจึงนำไปทดลองใช้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ จำนวน 5 ราย ณ โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรสาคร ในเดือนเมษายน พ.ศ. 2555 พบว่า มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริงในบริบทการให้บริการ อีกทั้งทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้นภายหลังได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาล

---

* ผลงานนี้เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร

*** อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ไปใช้อย่างเป็นระบบ โดยสนับสนุนให้ผู้ดูแลและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย

Abstract

The End – stage renal disease patients with continuous ambulatory peritoneal dialysis often have complication need to continuing care. Community nurse practitioner takes responsibility of risk factor reduction. Using a clinical nursing practice guideline which is one method to provide best nursing care. It confirms good outcomes for clients. This article is a summarize part of thesis in Master of Nursing Science Program. The purpose of study was to develop of clinical nursing practice guideline for these patients. The IOWA model of evidence – base practice to promote quality care (2001) was used as a framework of study. Based on the literature, the quality of scientific evidence was considered following the criteria suggested by Melnyk & Fineout-Overholt (2005). The results revealed that the CNPG analysis of 21 relevant research studies published between years 1995 – 2011. The CNPG consisted of 3 sets of guideline which were: 1) Health education and health counseling, 2) Exit site care, and 3) Home health care. The CNPG was validated by 5 experts by using criteria for Appraisal of Guideline for Research and Evaluation (AGREE, 2001). The appraisal result was 81.73% in the domain score and usage. The CNPG was tested in April 2012 with five patients at a secondary level hospital in Samut –Sakhorn province. The results revealed that the CNPG could be applied in the context of home-based care service system. Moreover, these patients gained higher knowledge of self-care and improved self-care behaviors after receiving nursing care service through this CNPG.

The researcher recommends that this guideline should be utilized for caring the CAPD patients as a system and support family involvement in patient care effectively, in order to enhance quality of life of the CAPD patients.

บทนำ

โรคไตเรื้อรังเป็นภาวะที่มีการทำงานของไตบกพร่อง ติดต่อกันเป็นเวลานาน 3 เดือน ขึ้นไปไม่สามารถคืนสู่สภาพปกติได้ ถึงแม้จะได้รับการแก้ไขสาเหตุที่ทำให้เกิดการทำลายไตในระยะเริ่มแรกแล้ว แต่การเสื่อมของไตยังคงดำเนินไปเรื่อยๆ เนื่องจากหน่วยไตจะถูกทำลายไปจนกระทั่งหน่วยไต ที่เหลือไม่สามารถทำงานชดเชยส่วนที่เสียไปได้ อาการของโรคไตเรื้อรังจะเริ่มเมื่อหน้าที่ของไตเสียมากกว่าร้อยละ 90 หากอัตราการกรองของไตลดลงเหลือน้อยกว่าร้อยละ 5 – 10 ของปกติ หรือ มีค่าซีรัมครีเอตินิน (Serum creatinine) ในเลือดสูงกว่าร้อยละ 10 จนเข้าสู่ระยะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End-stage renal disease: ESRD) เมื่อไตเสียหน้าที่ในการกรองของเสีย การรักษา

ความสมดุลของน้ำ เกลือแร่และกรด – ด่าง ตลอดจนการสังเคราะห์ฮอร์โมนและวิตามินดี ส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของอวัยวะระบบต่างๆ ภายในร่างกาย ซึ่งต้องทำงานประสานกัน ผู้ป่วยอาจจะมีอาการตั้งแต่เล็กน้อยถึงรุนแรง กระทั่งคุกคามชีวิตของผู้ป่วยได้ (สมชาย เอี่ยมอ่อง, 2551: 1–6) หลักการรักษาโรคไตเรื้อรังนั้น มีแนวทางการรักษา 2 ประการ คือ การรักษาเพื่อชะลอการเสื่อมของไต และการบำบัดทดแทนภาวะไตวาย (Renal replacement therapy) ซึ่งปัจจุบันมี 3 วิธี คือ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis: HD) การล้างไตทางช่องท้อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis :CAPD) และการผ่าตัดปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation : KT) (เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์, 2551 : 45)

จากนโยบายของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้มีการขยายการบริการรักษาพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือที่รู้จักในนาม “โครงการ30 บาทรักษาทุกโรค” ให้ครอบคลุมผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องการการบำบัดทดแทนไต ซึ่งสนับสนุนการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องชนิดต่อเนื่อง (เกรียง ตั้งสง่า, 2551: 62) แม้ว่าการรักษาด้วยวิธีดังกล่าว จะทำให้อาการของโรคไตวายเรื้อรังดีขึ้น แต่ก็ไม่ได้ทำให้หน้าที่ของไตดีขึ้นทั้งหมด ผู้ป่วยยังคงต้องเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง และความยุ่งยากในวิธีการรักษา ซึ่งเน้นการดูแลตนเองสูงกว่าปกติ ทั้งในเรื่องการปฏิบัติตนตามแนวทางการรักษา การเปลี่ยนน้ำยาเข้า–ออกวันละ 3–4 ครั้ง การควบคุมอาหาร การดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น การที่ผู้ป่วยจะประสบความสำเร็จในการรักษา ได้นั้น จึงขึ้นอยู่กับความร่วมมือในการรักษาและความเข้าใจในการดูแลตนเองเป็นสำคัญ เพราะหากผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่แสดงความเบื่อหน่าย ความท้อแท้ในการรักษา จนเกิดความพร่องในการดูแลตนเองย่อมส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น เกิดภาวะเยื่อบุช่องท้องอักเสบ (Peritonitis) การติดเชื้อบริเวณช่องทางออกของสาย (Exit site infection) ภาวะน้ำเกิน การสูญเสียการดึงน้ำของเยื่อบุช่องท้อง (Ultrafiltration failure) การสูญเสียโปรตีน (Protein loss) การปวดหลัง (Back pain) การดูแลตนเองของผู้ป่วยเป็นสิ่งจำเป็นต่อการควบคุมอาการของโรคและภาวะแทรกซ้อน อีกทั้งยังมีความสำคัญต่อการป้องกันอันตราย และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย การสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีศักยภาพในการดูแลตนเอง จึงเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้ด้วยการมีสุขภาพ และมีความเป็นอยู่ที่ดีตามขีดความสามารถและข้อจำกัดทางสุขภาพที่มีอยู่ให้ได้มากที่สุด (ชูชัย ศรชำนิ, 2551 : 28)

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า การดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องชนิดต่อเนื่อง ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลจำเป็นต้องมีความรู้มีทักษะและมีแหล่งประโยชน์ช่วยเหลือทางสังคมเพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีศักยภาพ ในประเทศไทยและต่างประเทศพบว่ามีงานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยซีเอพีดีมากมายแต่ยังขาดการรวบรวม การวิเคราะห์และการสังเคราะห์ความรู้เพื่อนำไปใช้ในการปฏิบัติ โดยเฉพาะ อย่างยิ่ง พบว่า ยังขาดแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องชนิดต่อเนื่อง ที่ได้มาจากการสังเคราะห์องค์ความรู้ ผลการวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based) เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best practice) ดังนั้น แนวปฏิบัติการพยาบาล (Clinical nursing practice guideline) จึงถูกนำมาใช้เป็นเครื่องมือที่ช่วยตัดสินใจของผู้ให้บริการด้านสุขภาพ สามารถดูแลผู้ป่วยได้เหมาะสมเป็นไปในทิศทางเดียวกันและเกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาล(Nursing outcome) สูงสุด ดังนั้น ผู้เขียนจึงได้พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องชนิดต่อเนื่อง โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ชื่อแนวปฏิบัติ

แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องชนิดต่อเนื่อง (CAPD)

2. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

2.1 ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธี CAPD ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่มีคุณภาพ

2.2 เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธี CAPD อย่างต่อเนื่องที่บ้าน

2.3 เป็นการพัฒนาองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธี CAPD ที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์

3. ขอบเขตในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้

3.1 ปัญหา/กลุ่มโรค ที่ได้รับการบำบัดดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายและการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องชนิดต่อเนื่อง

3.2 กลุ่มประชากรหรือบุคลากรที่มีส่วนร่วมในการสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ นักศึกษา (ผู้วิจัย) อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน อายุรแพทย์ ประจำคลินิกโรคไต ส่วนผู้ที่ได้รับประโยชน์จากการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล คือ พยาบาลที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้และพยาบาลผู้ให้การดูแลที่บ้าน

3.3 ประชากรเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธี CAPD ในโครงการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มารับการติดตามการรักษาหลังการวางสายล้างไตแล้ว

4. นิยามคำศัพท์ที่ใช้ในแนวปฏิบัติการพยาบาล

4.1 แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องชนิดต่อเนื่อง หมายถึง เอกสารที่เป็นข้อความแสดงกิจกรรมการพยาบาลที่พัฒนามาจากหลักฐานเชิงประจักษ์และจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ประกอบด้วย การดูแลแผลช่องทางออกของสายล้างไต เทคนิคปลอดเชื้อ การเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไต การควบคุมอาหารและน้ำ การใช้ยาที่บ้าน การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการสังเกตอาการและการแก้ไขภาวะผิดปกติเบื้องต้นที่อาจเกิดขึ้น โดยมีเป้าหมายในการส่งเสริมศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยเมื่ออยู่ที่บ้าน

4.2 ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องชนิดต่อเนื่อง หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่มีค่าอัตราการกรองของไต (Glomerular filtration rate : GFR) ต่ำกว่า 15 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวกาย 1.73 ตารางเมตร มีค่าระดับซีรัมครีเอตินินในเลือด 3-5 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และได้รับการรักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องชนิดต่อเนื่อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis: CAPD) ตามโครงการบริการบำบัดทดแทนไตของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมารับบริการตามนัด ณ คลินิกโรคไต

4.3 ความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธี CAPD หมายถึง ความจำและความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลสำคัญในการดูแลตนเอง ประกอบด้วย การดูแลแผลช่องทางออกของสายล้างไต เทคนิคปลอดเชื้อการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไต การควบคุมอาหารและน้ำ การใช้ยาที่บ้าน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การออกกำลังกาย การดูแลด้านอารมณ์ และการมาตรวจตามนัด ความรู้นี้สามารถประเมินได้ด้วยแบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

4.4 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธี CAPD หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยซีเอพีดี ที่ผ่านการเรียนรู้จากผู้วิจัยตามแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อควบคุม

อาการของโรคไม่ให้การดำเนินโรครุนแรงเพิ่มขึ้น และป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น พฤติกรรมการดูแลตนเอง นี้สามารถประเมินได้จากแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธี CAPD ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

5. ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

5.1 ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธี CAPD มีความรู้ที่ถูกต้องและมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมขณะอยู่ที่บ้าน

5.2 ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธี CAPD ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน

5.3 ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธี CAPD ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ เช่น แผลติดเชื้อ การติดเชื้อทางเยื่อบุช่องท้อง ภาวะน้ำเกิน รวมทั้งสามารถสังเกตอาการผิดปกติและแก้ไขเบื้องต้นได้

6. กระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

6.1 การค้นหา และคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ ผู้วิจัยทำการสืบค้นข้อมูลการวิจัยจากฐานและแหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ตั้งแต่แนวปฏิบัติ (Guideline) งานวิจัยด้วยการวิเคราะห์เมตา (Meta analysis) หลักฐานจากงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุมที่ออกแบบการวิจัยอย่างดี อย่างน้อย 1 เรื่อง (Randomized controlled trial:RCT) งานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental study) โดยเลือกงานวิจัยและวรรณกรรมที่ตีพิมพ์ตั้งแต่ ค.ศ.1995 – 2011 หรือ พ.ศ. 2538–2554 ค้นหาหลักฐานจากระบบฐานข้อมูล (Database) ได้แก่ www.guideline.gov,www.joannabriggs.au, Google Scholar, CINAHL, PUBMED, ProQuest, Thailist Digital Collection นอกจากนี้ ยังสืบค้นจากเอกสารอ้างอิงและสืบค้นจากแหล่งข้อมูลการวิจัยของมหาวิทยาลัยต่างๆ ผลของการสืบค้น ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidences) เป็นงานวิจัยที่ตรงประเด็นการศึกษาทั้งสิ้น 21 เรื่อง คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้น ได้แก่

– คำสืบค้นภาษาไทย ได้แก่ แนวปฏิบัติการพยาบาล/ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย/การล้างไตทางช่องท้องชนิดต่อเนื่อง

– คำสืบค้นภาษาอังกฤษ (Key words) ได้แก่ Clinical nursing practice guideline/ End – stage renal disease patient/ Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis

6.2 แนวทางในการเลือกหรือคัดสรรหลักฐานเชิงประจักษ์/งานวิจัย ผู้วิจัยใช้หลักการ PICOT (Sackett et. al, 1997 cited in Craig, Smyth &Mullally,2002:23–24) ซึ่งประกอบด้วย

P: Patient population or problem (ประชากร) หมายถึง การเลือกงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยซีเอพีดีที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องชนิดต่อเนื่อง

I: Intervention or area of interest (การปฏิบัติ) หมายถึง การเลือกงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับวิธีปฏิบัติการดูแลหรือกิจกรรมการดูแลของพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธี CAPD ที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องชนิดต่อเนื่อง

C: Comparison intervention (การเปรียบเทียบการปฏิบัติ) หมายถึง การเปรียบเทียบวิธีการที่หลากหลายในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธี CAPD เพื่อความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลในการให้การติดตามดูแลต่อเนื่อง

O: Outcome (ผลลัพธ์) หมายถึง ผลที่ได้จากการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธี CAPD ที่รักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องชนิดต่อเนื่อง

T: Time (เวลา) หมายถึง การกำหนดช่วงระยะเวลาการค้นหางานวิจัย หรือบทความทางวิชาการที่เผยแพร่ในช่วงปี ค.ศ. 1995 – 2011 เนื่องจากแนวทางปฏิบัติยังไม่มีการพัฒนาอย่างแพร่หลายทำให้หลักฐานเชิงประจักษ์มีจำนวนไม่มาก จึงจำเป็นต้องขยายช่วงเวลาในการค้นหางานวิจัยดังกล่าว

6.3 การวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ มี 2 หลักเกณฑ์ ดังนี้

6.3.1 เกณฑ์ในการประเมินคุณภาพและระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐาน (Strength of evidence) ของเมลนิคและไฟเอาท์-โอเวอร์ฮอลท์ (Melnyk & Fineout – Overholt, 2005: 31-32) ซึ่งแบ่งเป็น 7 ระดับ (Level) เรียงลำดับคุณภาพจากมากไปน้อย กล่าวคือ ระดับ 1 เป็นรายงานการวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความน่าเชื่อถือสูงสุด ได้แก่ การวิจัยเชิงอภิมาน (Meta-analysis) ส่วนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความน่าเชื่อถือน้อยที่สุด ได้แก่ บทความทางวิชาการ เอกสารหรือตำราที่แต่งโดยนักวิชาการ (โดยไม่ผ่านการทดสอบด้วยกระบวนการวิจัย)

การวิเคราะห์ สังเคราะห์และพิจารณาความเป็นไปได้ของการนำไปใช้ทางคลินิคตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้นำเสนอในรูปของตาราง ดังแสดงตัวอย่างบางส่วนดังนี้

เรื่องที่ 1 : ประสิทธิผลทางคลินิกของวิธีต่างๆ ในการดูแลบริเวณทางออกของสายที่ใช้ในการระบายของเสียออกทางเยื่อบุช่องท้อง (Clinical Effectiveness of different approaches to peritoneal dialysis catheter exit-site care)

ผู้วิจัย (ปี) : แปลโดย ดร.โรจนีย์ จินตนาวัฒน์ (2547)

รูปแบบการวิจัย : การทบทวนรายงานการศึกษาการจัดการของบริเวณปลายสายทางออก

ระดับหลักฐาน : ระดับ 1

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์งานวิจัย	ทบทวนรายงานการศึกษาการจัดการของบริเวณปลายสายทางออก เพื่อระบุ ประเมิน และสรุปผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับวิธีการที่นำมาใช้ในการป้องกันการติดเชื้อบริเวณปลายทางออกของสาย
กลุ่มตัวอย่าง	รวบรวมรายงานการศึกษาในผู้ป่วย CAPD เลือกการศึกษาแบบการทดลองแบบสุ่มและควบคุม (Randomized controlled trials : RCT)
ผลการศึกษา / ข้อค้นพบ	กิจกรรมที่นำมาใช้ในการดูแลบริเวณปลายทางออกของสาย แบ่งได้ 4 ชนิด คือ 1) การใช้ยาปฏิชีวนะ 2) การใช้สารยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อโรค 3) ผลิตภัณฑ์ที่ใช้ในการทำลายเชื้อโรค 4) การใช้ผ้าปิดแผล (Dressing) 1) การป้องกันโดยการใช้ยาขี้ผึ้ง mupirocin ทาบริเวณทางออกของสายอาจช่วยลดความเสี่ยงของการติดเชื้อ Stephylococcus aureus บริเวณดังกล่าวได้ (ระดับ 3.3) 2) Povidine – iodine ที่ทาบริเวณทางออกของสาย อาจจะมีผลช่วยลดอัตราการติดเชื้อบริเวณดังกล่าวได้นานถึง 140 วัน หลังจากเริ่ม ทำการระบายของเสียออกทางเยื่อบุช่องท้อง หลังจากนั้นประเมินประสิทธิผลของการรักษาไม่ชัดเจน (ระดับ 2) 3) ไม่แนะนำให้ใช้วงแหวนเงิน (Silver ring) วางรอบสายบริเวณทางออกของสาย เพื่อป้องกันหรือลดการติดเชื้อบริเวณดังกล่าวหรือการอักเสบของเยื่อบุช่องท้อง (ระดับ 2) บริเวณทางออกของสาย เพื่อป้องกันหรือลดการติดเชื้อบริเวณดังกล่าวหรือการอักเสบของเยื่อบุช่องท้อง (ระดับ 2)
ข้อเสนอแนะ	การทบทวนอย่างเป็นระบบนี้ชี้ให้เห็นช่องว่างของความรู้ที่มีอยู่เกี่ยวกับการดูแลบริเวณทางออกของสายในผู้ป่วย PD ดังนั้นการศึกษาแบบ Long term RCT ที่มีกำลังเพียงพอร่วมกับการ Blinding ทั้งผู้ที่เก็บรวบรวมข้อมูลและกลุ่มตัวอย่างจึงมีความจำเป็น เพื่อให้ทราบประสิทธิผลของยาปฏิชีวนะ การยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อโรคและวิธีการทำความสะอาดและปิดบริเวณทางออกของสายในผู้ป่วย PD
ผลการวิเคราะห์เพื่อการนำไปใช้	วิธีการทำความสะอาดและการปิดแผลบริเวณทางออกของสายหรือลดการอักเสบของเยื่อบุช่องท้อง การดูแลผู้ป่วยขึ้นอยู่กับประสบการณ์ทางคลินิกและความสนใจของแพทย์

6.3.2 การประเมินงานวิจัยเพื่อนำไปใช้ตามเกณฑ์ของ โพลิต เบคและฮังเลอร์ (Polit, Beck, & Hungler, 2001: 444-450) ประกอบด้วย ปัจจัย 3 ประการ คือ 1) ความสอดคล้องของงานวิจัยกับปัญหาทางคลินิก (Clinical relevance) 2) การมีความหมายในเชิงศาสตร์ (Scientific merit) และ 3) แนวโน้มที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติได้ (Implementation potential) สำหรับการประเมินงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประเมินจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มาจากการสังเคราะห์งานวิจัยทั้งหมด โดยการอ่านงานวิจัยแล้วนำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ สกัดเนื้อหาที่สำคัญในแต่ละเรื่อง พิจารณาใส่ตารางอันประกอบด้วย ผู้ศึกษา ปีที่ศึกษา กลุ่มประชากรที่ศึกษา สาระสำคัญที่ค้นพบจากงานวิจัยและการนำไปใช้ หลังจากนั้นนำข้อความที่สกัดได้มาสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องชนิดต่อเนื่อง ทั้งนี้ พิจารณาเกณฑ์ 3 ประการ ได้แก่ 1) ความสอดคล้องของงานวิจัยกับปัญหาทางคลินิก 2) การมีความหมายในเชิงศาสตร์ หลักฐานเชิงประจักษ์ที่คัดเลือกมามีความน่าเชื่อถือ และ 3) การเทียบเคียงความรู้ที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์สู่การปฏิบัติในสถานการณ์จริง รวมทั้งประโยชน์ ความคุ้มค่าคุ้มทุนเมื่อนำไปใช้ (Cost-benefit ratio)

6.4 วิธีการที่ใช้ในการวิเคราะห์หลักฐาน การวิเคราะห์หลักฐานในการทบทวนหลักฐานโดยผู้สร้างแนวปฏิบัติ ในส่วนของงานวิจัยได้วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อเสนอที่ได้จากงานวิจัย แต่ละเรื่อง ลงในตาราง จากนั้นนำมาวิเคราะห์และนำผลการวิเคราะห์มาสังเคราะห์ เพื่อใช้พัฒนาแนวทางการพยาบาลในการดูแลผู้กลุ่มนี้

6.5 วิธีการตรวจสอบความแม่นตรงของแนวปฏิบัติการพยาบาล แนวปฏิบัติการพยาบาลที่สร้างขึ้นได้รับการตรวจสอบความตรงโดยพิจารณาจากความถูกต้อง ความครอบคลุมของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ตามเกณฑ์เครื่องมืออะกรี (The Appraisal of Guideline for Research and Evaluation Instrument: AGREE Instrument, 2001; ศากุล ช่างไม้, 2549: 15-19) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน

6.6 โครงการนำร่องเพื่อทดลองใช้แนวปฏิบัติกับผู้ป่วยซีเอพีดี ที่มารับการติดตามการรักษาต่อเนื่อง ที่คลินิกโรคไต หน่วยงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกระทุ่มแบน จำนวน 5 ราย โดยผู้วิจัยเป็นผู้ปฏิบัติในแต่ละขั้นตอนของแนวปฏิบัติ ทั้งนี้เนื่องจากโรงพยาบาลนี้ยังไม่มีแนวทางการดูแล/การพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่ชัดเจนโดยเฉพาะการประยุกต์จากหลักฐานเชิงประจักษ์หรือผลงานวิจัย การให้บริการแก่ผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกวิชาชีพที่มีส่วนเกี่ยวข้องโดยการบูรณาการทั้งองค์ความรู้ สมรรถนะของบุคลากรและแหล่งประโยชน์ ตลอดจนการประสานงานอย่างเป็นระบบระหว่างสถานบริการในชุมชนระดับต่างๆ เพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพบริการ และสร้างหลักประกันให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องที่ได้มาตรฐาน และยังลดค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาวที่เกิดจากการกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาลซ้ำ (Re - admission) จากภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้

7. เนื้อหาของแนวปฏิบัติการพยาบาลและขั้นตอนการนำไปใช้ (Recommendation)

เมื่อผู้วิจัยคัดสรรงานวิจัยซึ่งเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ตามขั้นตอนดังกล่าวแล้วนำมาสรุปเป็นข้อเสนอแนะในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธี การล้างไตทางช่องท้องชนิดต่อเนื่อง ประกอบด้วยแนวปฏิบัติ 3 เรื่อง คือ

7.1 การสอนสุขศึกษาและการให้คำปรึกษา (Health education and health counseling)

7.2 การดูแลแผลช่องทางออกของสายล้างไต (Exit site care)

7.3 การดูแลที่บ้าน (Home health care)

ดังมีรายละเอียดของแนวปฏิบัติ ดังนี้

เรื่องที่ 1 การสอนสุขศึกษาและการให้คำปรึกษา

วัตถุประสงค์

1. ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล มีความรู้ ความเข้าใจและทักษะในการดูแลตนเอง

2. ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ได้ค้นพบแนวทางแก้ปัญหาและส่งเสริมการปรับตัว

กิจกรรมการพยาบาล ประกอบด้วย 2 กิจกรรมย่อย คือ

1.1 การสอนสุขศึกษา (Health education) (Level 1 : Bernardini, Price & Figueiredo, 2006; Level 3 : นุชจรีย์ รัตนประภาศิริ, 2539; ปานจิตต์ เอี่ยมสำอาง, 2546; สุนันทา ครองยุทธ, 2547; วิมลรัตน์ ผลงาม, 2549; กนกวรรณ พูนพานิชย์, 2549; Cook,1995)

1) พยาบาลต้องสอนสุขศึกษาแก่ผู้ป่วย โดยใช้แนวคิดการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ (Adult learning) โดยคำนึงถึงพื้นฐานความรู้ ประสบการณ์เดิมและความพร้อมในการเรียนรู้ของผู้เรียน/ผู้ป่วยที่เป็นผู้ใหญ่

2) เนื้อหาในการสอน ประกอบด้วยหัวข้อดังนี้ ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง การล้างไตทางช่องท้องชนิดต่อเนื่อง การดูแลแผลช่องทางออกของสายการล้างมือที่ถูกวิธีและเทคนิค ปลอดเชื้อ การจัดสภาพแวดล้อมสำหรับการเปลี่ยนน้ำยาล้างไต การเปลี่ยนน้ำยาล้างไต การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การควบคุมอาหารและน้ำ การพักผ่อน การแก้ไขปัญหาฉุกเฉิน การบริหารยาฉีดและยารับประทาน การจัดการขยะติดเชื้อ การมาตรวจตามนัด

3) รูปแบบการสอนสุขศึกษา

- การสอนสุขศึกษารายบุคคล (Individual health education)

- การสอนสุขศึกษาแบบกลุ่มหรือการอภิปรายกลุ่ม (Group health education or group discussion) โดยจัดผู้ป่วยเป็นกลุ่มย่อย กลุ่มละ 5-7 คน ใช้เวลาสอนสุขศึกษา 1 - 1½ชั่วโมง การอภิปรายกลุ่มแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะการสร้างสัมพันธภาพ ระยะดำเนินการ เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็น รวมถึงปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองช่วยกันหาวิธีแก้ไขปัญหา และ ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม เป็นการสรุปปัญหาอุปสรรคและแนวทางการแก้ไขปัญหา

4) สื่อการสอน ใช้สื่อการสอนหลากหลายที่เข้าใจง่าย น่าสนใจ และเหมาะสมกับพื้นฐานของผู้ป่วย เช่น วีดีทัศน์ คู่มือการศึกษาเรียนรู้ด้วยตนเองที่บ้าน หุ่นจำลอง อุปกรณ์การสาธิต หรือการสอนแสดงการใช้รูปภาพ ภาพพลิก และคู่มือการดูแลผู้ป่วย

1.2 การให้คำปรึกษาทางสุขภาพแบบกลุ่ม (Group health counselling) มี 4 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการเข้าใจตนเอง

1) สมาชิกกลุ่มแนะนำตนเอง

2) ผู้ให้คำปรึกษา กระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มอภิปรายเกี่ยวกับปัญหาที่พบจากการล้างไตทางช่องท้องชนิดต่อเนื่อง และสำรวจความคิดเห็นหรือความรู้สึกของตนเองเกี่ยวกับประเด็นปัญหานั้นๆ

3) ผู้ให้คำปรึกษา ให้ข้อมูลความรู้เพิ่มเติมและหรือตอบคำถามเพื่อแก้ไขประสบการณ์ที่ไม่เหมาะสม

4) ผู้ให้คำปรึกษาและสมาชิกกลุ่ม ร่วมกันสรุปแนวทางการแก้ปัญหาหรือ การจัดการกับปัญหา รวมทั้งเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มซักถามข้อสงสัย

5) ผู้ให้คำปรึกษาและสมาชิกกลุ่ม ตกลงการนัดหมายครั้งต่อไป

ขั้นตอนที่ 2 การเปิดเผยปัญหา ร่วมวิเคราะห์ปัญหา และหาวิธีแก้ไข

1) ผู้ให้คำปรึกษา กล่าวต้อนรับสมาชิกกลุ่ม

2) ผู้ให้คำปรึกษา เปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มซักถามปัญหาซึ่งกันและกัน เพื่อรับรู้ปัญหาร่วมกัน พร้อมที่จะทำหน้าที่ช่วยเหลือให้กำลังใจแก่กัน

3) ผู้ให้คำปรึกษา ติดตามความก้าวหน้าของการแก้ปัญหาและ/การเผชิญปัญหาการตอบปัญหา การให้ข้อมูลความรู้ที่สมาชิกกลุ่มต้องการเพิ่มเติม

4) ผู้ให้คำปรึกษา กระตุ้นให้สมาชิกคนอื่นๆ ร่วมปรึกษาหารือ วิเคราะห์ปัญหาอย่างกว้างๆ หลังจากนั้นร่วมอภิปรายกันว่าวิธีการใด เป็นวิธีการที่เหมาะสมกับเจ้าของปัญหามากที่สุด ให้เจ้าของปัญหาพิจารณาตัดสินใจเลือกวิธีที่ตนต้องการนำไปใช้แก้ไขปัญหา

5) ผู้ให้คำปรึกษาและสมาชิกกลุ่ม ร่วมกันสรุปการให้คำปรึกษา เปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มซักถามข้อสงสัย รวมทั้งการนัดหมายครั้งต่อไป

ขั้นตอนที่ 3 การวางแผนแก้ไขปัญหาและการปฏิบัติตามแผน

1) ผู้ให้คำปรึกษา กล่าวต้อนรับสมาชิกกลุ่ม ให้สมาชิกทบทวนประเด็นจากการอภิปรายครั้งที่แล้ว และผลที่สมาชิกกลุ่มได้นำไปทดลองปฏิบัติจริง หากมีปัญหาในเชิงปฏิบัติ ให้สมาชิกกลุ่มช่วยเสนอแนวทางปรับแผนการให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

2) ผู้ให้คำปรึกษา กล่าวเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มคนอื่นๆ เสนอปัญหาของตนเองที่ต้องการให้กลุ่มช่วยเหลือ ให้สมาชิกกลุ่มวิเคราะห์และเสนอแนวทางแก้ไขปัญหาต่อไป

3) ผู้ให้คำปรึกษา เป็นผู้อำนวยการให้กระบวนการกลุ่มดำเนินไปด้วยดีกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มร่วมแสดงความคิดเห็น หาแนวทางแก้ไขปัญหา และเลือกวิธีที่จะนำไปปฏิบัติร่วมกัน

4) ผู้ให้คำปรึกษาและสมาชิกกลุ่ม ร่วมกันสรุปการให้คำปรึกษา เปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มซักถามข้อสงสัย นัดหมายครั้งต่อไป

ขั้นตอนที่ 4 การยุติการให้คำปรึกษาและการประเมินผล

1) ผู้ให้คำปรึกษา กล่าวต้อนรับสมาชิกกลุ่ม ชี้แจงให้สมาชิกทราบว่า การให้คำ ปรึกษาครั้งนี้เปิดโอกาสให้ทุกคนได้เล่าเรื่องถ่ายทอดความรู้สึกของตนต่อกลุ่ม

2) ผู้ให้คำปรึกษา ให้สมาชิกกลุ่มร่วมสรุปวิธีการแก้ปัญหาต่างๆ ของสมาชิกแต่ละคน เพื่อให้มีความเข้าใจตรงกัน และสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางแก้ปัญหาต่อไปในการดำเนินชีวิตได้

3) ผู้ให้คำปรึกษา เปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัยต่างๆ เกี่ยวกับความคลุมเครือในการเจ็บป่วย ความซับซ้อนในการรักษาและระบบการดูแล ความรู้และข้อมูลต่างๆ ตลอดจนข้อมูลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะความเจ็บป่วย

4) ผู้ให้คำปรึกษา ให้สมาชิกแต่ละคนเสนอผลการเข้ากลุ่ม อภิปรายแลกเปลี่ยนความรู้สึกต่างๆ ที่ได้รับจากกลุ่ม

5) ผู้ให้คำปรึกษา กล่าวขอบคุณสมาชิกและปิดการให้คำปรึกษากลุ่ม

เรื่องที่ 2 การดูแลแผลช่องทางออกของสายล้างไต (Exit site care)

(Level 1 : The Joanna Briggs Institute, 2004; Nephrology Dialysis Transplantation, 2005; Piraino, Bernardini & Bender, 2008; Level 2: Luzar, 1990; Level 4 : Kailash, et.al., 1994)

วัตถุประสงค์

1. ป้องกันการติดเชื้อของช่องทางออกของสายล้างไต

2. ส่งเสริม และให้ความรู้ในการดูแลแผลช่องทางออกของสายล้างไตที่ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

2.1 ประเมินลักษณะของการติดเชื้อ ดังนี้

1) การติดเชื้อช่องสายออก (Exit site infection) คือ มีหนองออกจากแผลช่องทางออกของสาย (Purulent draining) การติดเชื้อของผิวหนังและโพรง บริเวณช่องสายออกรวมถึงตำแหน่งคัฟฟ์ตัวนอก (Superficial cuff)

2) การติดเชื้อของอุโมงค์ (Tunnel infection) หมายถึง การติดเชื้อของส่วนที่เกิดขึ้นรอบๆ เนื้อเยื่อตามแนวของสายล้างช่องท้องที่อยู่ระหว่างคัฟฟ์ (Cuff) ตัวนอกและคัฟฟ์ (Cuff) ตัวใน อาจจะมีหรือไม่มีสิ่งคัดหลั่ง และผลเพาะเชื้อได้ผลบวก

3) การติดเชื้อทางเยื่อบุช่องท้อง (Peritonitis) คือ มีผลการตรวจเพาะเชื้อบวกจากสารน้ำที่ระบายออก

จากเยื่อบุช่องท้องในผู้ป่วยที่ไม่มีอาการแสดง หรือ มีผลการตรวจเพาะเชื้อบวกจากสารน้ำที่ระบายออกจากเยื่อบุช่องท้องในผู้ป่วยที่อาการแสดง เช่น มีไข้ ปวดท้อง ร่วมกับสารน้ำที่ระบายออกจากช่องท้องขุ่น (The Joanna Briggs Institute, 2004)

2.2 ประเมินอาการของการติดเชื้อที่แผลหน้าท้อง มีอาการ ดังนี้

1) บวมแดงรอบ ๆ แผลหน้าท้อง

2) ปวดเมื่อสัมผัสบริเวณผิวหนังรอบท่อล้างไต

3) มีหนองหรือเลือดไหลออกจากแผลที่หน้าท้อง

4) ปวดเมื่อสัมผัสบริเวณผิวหนังรอบๆ ท่อล้างไต แสดงว่ามีการติดเชื้อบริเวณใต้ผิวหนังรอบบริเวณท่อล้างไต

2.3 การดูแลแผลช่องทางออกของสาย

1) ทำความสะอาดวันละ 2 ครั้ง เช้า – เย็น หลังอาบน้ำ โดยขณะอาบน้ำใช้สบู่เหลวอ่อนๆ หรือสบู่เด็กฟอกล้างให้ทั่ว แล้วล้างน้ำสะอาดและซับให้แห้ง

2) ทำความสะอาดรอบแผลช่องทางออกของสาย วันละ 2 ครั้ง หรือหลังอาบน้ำทุกครั้ง และยึดสายให้ติดกับผนังหน้าท้อง แล้วรองผ้ากอซไว้ใต้สายเพื่อไม่ให้เสียดสีกับผิวหนัง กรณีแผลก้ำกึ่ง หรือแผลติดเชื้อ ใช้น้ำยาโพวิดีน (Povidine) แล้วเช็ดตามด้วยน้ำเกลือนอร์มัล กรณีแผลลักษณะปกติให้ใช้น้ำเกลือนอร์มัล

2.4 การให้ข้อมูลการดูแลแผลช่องทางออกของสายในระยะหลังวางสายล้างไตถึง 2 สัปดาห์แรก ดังนี้

1) ในระยะหลังวางสายล้างไต ระมัดระวังไม่ให้แผลเปียกน้ำ และยังไม่ต้องเปิด ผ้าก๊อซเพื่อทำแผล

2) การดูแลแผลหลังวางสาย ต้องดูแลด้วยเทคนิคปลอดเชื้อจนกว่าจะเข้าสู่ระยะ การหายของแผลต้องมีการตรึงสายเพื่อป้องกันการกระทบกระเทือนและการมีเลือดออก

3) ดูแลแผลไม่ให้แผลเปียกน้ำในช่วงหลังวางสาย ส่วนระยะที่เริ่มมีการหายของแผล แนะนำให้ผู้ป่วยทำแผลวันละครั้ง

4) ใช้ยาครีมมิวพิโรซิน (Mupirocin) หรือเจนตามัยซิน (Gentamycin) ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อลดการติดเชื้อช่องทางออกของสาย แต่อย่างไรก็ตามต้องมีการเพาะเชื้อ

5) ทำแผลวันละ 1 ครั้งหลังมีการหายของแผล

6) ใช้เทคนิคปลอดเชื้อในการทำแผล

2.5 การให้ข้อมูลในการดูแลแผลช่องทางออกของสายขณะอยู่ที่บ้าน

1) ปกติต้องทำความสะอาดแผลหน้าท้อง และช่องรอยต่อระหว่างสายยางหน้าท้องกับสายส่งน้ำยาเป็นประจำทุกวันเวลาเช้าหลังอาบน้ำ และทุกครั้งที่มีน้ำซึมเปื้อนผ้าก๊อซปิดแผล หรือสกปรก ต้องสังเกตปากแผลหน้าท้องทุกครั้ง ถ้าปากแผลมีอาการเจ็บ มีลักษณะบวมแดง ร้อน มีน้ำเหลือง มีน้ำหนอง หรือเลือดออก ให้รีบมาพบแพทย์โดยด่วน

2) ผู้ป่วยสามารถอาบน้ำจากฝักบัว หรือตักน้ำอาบราดตัวได้ แต่ไม่ควรแช่น้ำในอ่างอาบน้ำ และให้รีบทำแผลทันทีหลังอาบน้ำเสร็จ

3) ในกรณีที่ผู้ป่วยต้องการว่ายน้ำก็สามารถทำได้ แต่ต้องปรึกษาแพทย์เป็นการเฉพาะ เพราะจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์พิเศษปิดแผลไม่ให้น้ำเข้าไปได้ ทั้งนี้ห้ามว่ายน้ำในแม่น้ำลำคลองเด็ดขาด

4) ต้องเตรียมอุปกรณ์ในการทำแผลให้พร้อมก่อนเริ่มทำแผล และทำในสถานที่สะอาดเช่นเดียวกับการเปลี่ยนน้ำยา

5) ผู้ทำแผลต้องล้างมือ และสวมผ้าปิดปาก – จมูก ก่อนทำแผลทุกครั้ง

6) ควรตรึงสายล้างไตทางหน้าท้องให้แน่นเพื่อหลีกเลี่ยงการดึงรั้งของสาย และป้องกันการระคายเคืองบริเวณแผลหน้าท้อง ซึ่งเป็นสาเหตุของการติดเชื้อ

7) ห้ามรัดเข็มขัดบริเวณแผลหน้าท้อง เพราะจะทำให้เกิดการอักเสบ และติดเชื้อได้ง่าย

8) ห้ามใช้ครีม โลชั่น แป้ง ยาหม่อง หรือน้ำมันนวด ทาแผลหน้าท้อง

9) ห้ามใช้น้ำยาอื่นๆ นอกเหนือจากแพทย์สั่งในการทำความสะอาดแผลหน้าท้อง และสายส่งน้ำยา

2.6 ฝึกทักษะการทำแผล โดยการสอนแสดงให้ผู้ป่วยเรียนรู้ก่อนและให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติ

เรื่องที่ 3 การดูแลที่บ้าน (Home health care)

(Level 1: Bernardini, Price & Figueiredo, 2006; Level 4: Anderson,1997; Wang, et.al., 2002; Level 6: รุ่งทิพย์ สืนวลแล, 2546)

วัตถุประสงค์

1. ส่งเสริมให้ผู้ป่วย สามารถดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวันได้ดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

2. ให้ญาติผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

กิจกรรมการพยาบาล มีดังนี้

3.1 การติดตามการดูแลที่บ้านโดยทีมสหสาขา โดยแต่ละครั้งใช้เวลา ประมาณ 30 –60 นาที

3.2 การประเมิน (Health assessment) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแล เพื่อใช้ในวางแผนการดูแลผู้ป่วย 2 กลุ่มปัจจัย คือ

1) ปัจจัยส่งเสริมการดูแลสุขภาพที่บ้าน ได้แก่ ระยะเวลาการรักษาด้วยวิธีล้างไตทางหน้าท้อง มากกว่า 1 ปี มีภาวะสุขภาพที่ดี ครอบครัวเสริมแรงกายใจ กลัวการติดเชื้อ ไม่ต้องการเป็นภาระคนอื่น ไม่อยากทำตัวเป็นผู้ป่วย เบิกค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้ ไม่มีปัญหาทางเศรษฐกิจในครอบครัวและผู้บังคับบัญชาช่วยเหลือเห็นใจ

2) ปัจจัยขัดขวางการดูแลสุขภาพที่บ้าน ได้แก่ การที่ผู้ป่วยและหรือญาติผู้ดูแลรู้สึกท้อแท้เบื่อหน่าย การควบคุมตนเองไม่ได้ การอยู่คนเดียว การไม่มีผู้ดูแลที่บ้าน และปัญหารายได้ ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายในครอบครัว

3.3 ติดตามทบทวนความรู้ให้กับผู้ป่วยเป็นระยะ (Bernardini, Price & Figueiredo, 2006; รุ่งทิพย์ สืนวลแล, 2546) เนื้อหาประกอบด้วยเรื่องต่างๆ ดังนี้ 1) ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการล้างไต 2) เทคนิคปลอดเชื้อ การล้างมือ การสวมผ้าปิดปาก – จมูก 3) ขั้นตอนการเปลี่ยนน้ำยาล้างไต 4) ภาวะฉุกเฉินเร่งด่วน การปนเปื้อนเชื้อโรค 5) การดูแลแผลช่องทางออกของสาย 6) ภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อเยื่อบุช่องท้อง ปัญหาการอุดตันของท่อระบายของเสีย ท้องผูก การติดเชื้อแผลช่องทางออกของสาย 7) การแก้ไขภาวะแทรกซ้อน 8) การจดบันทึกน้ำเข้า – ออก 9) การสำรองของใช้ที่จำเป็น เช่น น้ำยา อุปกรณ์ทำแผล 10) การมาตรวจตามนัด 11) การพักผ่อนหย่อนใจ การทำงานอดิเรก การออกกำลังกายหรือเล่นกีฬา 12) การประกอบอาชีพ

3.4 อุปกรณ์ สื่อการสอน เป็นอุปกณ์ที่วัสดุที่จัดหาง่าย เหมาะกับการอ่าน อาจเป็น วีดีโอ เทป อินเตอร์เน็ต โดยต้องเป็นตัวหนังสือขนาดใหญ่ๆ อ่านง่าย

3.5 สถานที่ เป็นสถานที่ที่เป็นสัดส่วน เงียบสงบ หรือที่บ้านของผู้ป่วย

3.6 เทคนิคการสอน อาจเป็น การแสดงบทบาทสมมติ (Role play) หรือ การค้นหาปัญหาของผู้ป่วย (Problem – solving approach) หรือการฝึกปฏิบัติ ต้องมีการทบทวนความรู้ความเข้าใจ การประเมินผล โดยอาจเป็นการตั้งคำถาม

3.7 การส่งต่อข้อมูลสำคัญในการดูแลไปยังสถานบริการสุขภาพในชุมชน

3.8 การโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วย

1) พยาบาลแนะนำตัว สอบถามภาวะสุขภาพทั่วไปของผู้ป่วย

2) สอบถามติดตามเพื่อการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองและประเมินความต้องการเรื่องระบบการส่งต่อ

3) ทบทวนเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ของแผนการรักษา

4) ยุติการสนทนา ส่งเสริมให้กำลังใจ และนัดหมายครั้งต่อไป

9. การทดลองคุณภาพแนวปฏิบัติการพยาบาลและการอภิปรายผล

ผลการประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติในภาพรวมตามหลัก AGREE โดยผู้ทรงคุณวุฒิ คิดเป็น

ร้อยละ 81.73 และให้ความเห็นว่าแนวปฏิบัติชุดนี้มีคุณภาพ เป็นที่ยอมรับได้เนื่องจากสร้างจากหลักฐาน (Evidences) ที่ดีและจะนำไปสู่การรับรองคุณภาพบริการ อนึ่ง จากการนำแนวปฏิบัติชุดนี้ไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธี CAPD จำนวน 5 ราย พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้และคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 5 รายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) อย่างไรก็ตาม เนื่องจากผู้วิจัยเป็นพยาบาลผู้ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยตรงและด้วยความจำกัดของเวลาการศึกษา จึงยังไม่มีโอกาสได้เผยแพร่ไปยังโรงพยาบาลอื่นๆ ให้ทดลองใช้และประเมินความคิดเห็นจากผู้ใช้แนวปฏิบัติชุดนี้ จึงมีข้อเสนอแนะว่าพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานที่ให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรศึกษาแนวปฏิบัตินี้ให้เข้าใจอย่างถ่องแท้เพื่อสามารถนำแนวปฏิบัตินี้ไปใช้ในแนวทางเดียวกัน มีการบริหารผลลัพธ์ทางการพยาบาล (Nursing outcome management) อย่างมีประสิทธิภาพ และทำความเข้าใจเกี่ยวกับผู้เกี่ยวข้องก่อนการประกาศใช้เป็นแนวปฏิบัติที่ดี (Best practice guideline) ขององค์กร ส่วนในด้านการวิจัย เสนอแนะว่าควรนำแนวปฏิบัตินี้ไปทดสอบผลสัมฤทธิ์ ด้วยกระบวนการวิจัยเชิงทดลอง (Quasi experimental study) เพื่อยืนยันความน่าเชื่อถือและการสามารถนำไปใช้ได้จริง อีกทั้งควรปรับปรุงแนวปฏิบัติอย่างต่อเนื่องให้ทันสมัยทุก 2 ปี

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ ได้แก่ แพทย์หญิง ปิยะธิดา จึงสมาน อายุรแพทย์โรคไต หัวหน้าศูนย์ล้างไตทางช่องท้อง และแพทย์หญิงรุ่งระวี มหรรณพกุล อายุรแพทย์โรคไต หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) จังหวัดสมุทรสาคร นางชุติกาญจน์ ฉัตรรุ่ง อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดสุพรรณบุรี นางนุชจรีย์ หอมนาน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียม (สมาคมโรคไต) และผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์ – ศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น และ นาง นฤมล ศรีสม ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์ – ศัลยศาสตร์ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หัวหน้าหน่วยไตเทียม โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

บรรณานุกรม

กนกวรรณ พูนพานิชย์. (2549). *ผลของการใช้โปรแกรมการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาแบบประคับประคอง.* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เกรียง ตั้งสง่า. (2551). การจัดตั้งหน่วยบริการการล้างไตทางช่องท้อง ใน สมชาย เอี่ยมอ่อง และคณะ (บรรณาธิการ), *Textbook of Peritoneal Dialysis.* พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : แท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด.หน้า 62 – 75.

เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์. (2551). ข้อมูลการรักษาทดแทนไตด้วย CAPD ในประเทศไทย ใน สมชาย เอี่ยมอ่อง และคณะ (บรรณาธิการ), *Textbook of Peritoneal Dialysis.* พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : แท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด. หน้า 45 – 61.

ชูชัย ศรชำนิ. (2551). การพัฒนานโยบายการดูแลโรคไตระยะสุดท้ายและการบริหารค่าใช้จ่ายการบริหารจัดการโรคเพื่อดูแลโรคไตเรื้อรังและรักษาทดแทนไตด้วยการล้างไตทางช่องท้อง ใน สมชาย เอี่ยมอ่อง และคณะ (บรรณาธิการ), *Textbook of Peritoneal Dialysis.* พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : แท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด. หน้า 26 – 44.

นุชจรีย์ รัตนประภาศิริ. (2539). *ผลของการสอนแบบอภิปรายกลุ่มต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร.* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ปานจิตต์ เอี่ยมสำอาง. (2546). *ผลของโปรแกรมการสอนต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง.* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

ฟองคำ ติลกสกุลชัย. (2549). *การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์* : หลักการและวิธีปฏิบัติ. กรุงเทพฯ : พรี-วัน.

รุ่งทิพย์ สีนวลแล.(2546). *การติดตามการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร.* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

วิมลรัตน์ ผลงาม. (2549). *ผลของการให้ข้อมูลด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนด้านอารมณ์ต่อการปรับตัวทางจิตสังคมของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง.* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศากุล ช่างไม้. (2549). การประเมินแนวปฏิบัติเพื่อใช้ในการวิจัยและประเมินผล. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน, 12(1) : 15-19.

สุนันทา ครองยุทธ. (2547). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมโภชนาการต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง.* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สมชาย เอี่ยมอ่อง และคณะ. (2551). *Textbook of Peritoneal Dialysis.* พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: แท็กซ์ แอนด์ จอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2554). *คู่มือบริหารงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปีงบประมาณ 2554 : บทที่ 2 การจัดบริการล้างไตผ่านช่องท้องอย่างต่อเนื่อง.*

Anderson, J.E. (1997). Ten years' experience with CAPD in a nursing home setting. Peritoneal Dialysis International, 17 : 255-261.

AGREE Collaboration. (2001). *Appraisal of Guideline for Research & Evaluation (AGREEInstrument).* www.agreecollaboration.org.

Bender, F., Bernardini, J. & Piraino, B. (2000). Prevention of infection complication in peritoneal dialysis : best demonstration practice. *Kidney International,* 70 : S44 - 54.

Bernardini, J., Price, V., & Figueiredo, A. (2006). ISPD GUIDELINES/recommendations Peritoneal dialysis patient tranining. *Peritoneal Dialysis International,* 26: 625-632.

Craig, J.V. & Smyth, R.L. (2002). *The evidence-base practice manual for nurse.* London : Churchill Livingstone.

Cook, S. (1995). Psychology and education support for CAPD patients. *British Journal of Nursing,* 4(14) : 809-810, 827-828.

Kailash, K. & Jindal, D.J.H. (1994). Excellent technique survival on home peritoneal dialysis : Result of regional program. Peritoneal Dialysis International, 14 : 324-326.

Luzar, M.A. (1990). Exit-site care and exit-site infection in continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD) : Results of a randomized multi-center trial. *Peritoneal Dialysis International,* 10 : 25-29.

Melnyk, B.M. & Fineout - Overholt, E. (2005). *Evidence - based practice in nursing and healthcare : A guide to best practice.* Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins. Page 31-32.

Naylor, M.& Roe, B. (1997). A study of the efficacy of dressing in preventing infection of continuous ambulatory peritoneal catheter exit sites. *Journal of Nursing,* 6:17-24.

Nephrology Dialysis Transplantation. (2005). Three Peritoneal accesses. *Nephrology Dialysis Transplantation,* 20 (Supplement 9) : ix8-ix9.

NKF-DQRI Clinical Practice Guideline for Peritoneal Dialysis Adequacy. Guideline 1 and 2. (2006). *American Journal Kidney Disease,* 37 (Supplement 1): S68-71.

Piraino, B., Bernardini, J. & Bender, F.H. (2008). An analysis of methods to prevent peritoneal dialysis catheter infection. *Peritoneal Dialysis International,* 28: 437-443.

Polit, D.F., Beck, C.T.& Hungler, B.F. (2001). *Essentials in nursing research.* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Sackett, D.L., Rosenberg, W.M.C., Gray, J., Hayne, R.B. & Richardson, W.S. (1997). Evidence based medicine: What is it and what it isn't. *British Medical Journal*, 312 : 71-72.

The Joanna Briggs Institute. (2004). Clinical Effectiveness of different approaches to peritoneal dialysis catheter Exit- site care. Best Practice : *Evidence Based Practice Information Sheets for Health Professionals.* 8(1) : 1-7.

The National Guideline Clearinghouse. (2006). *http://www.guideline.gov, the Agency for Health Care Research and Quality.*

Titler, M. G., et.al. (2001). The Iowa Model of evidence - based practice to promote quality care. *Critical Care Nursing Clinics of North America,* 13 : 497-509.

Twardowski, Z.J & Prowant, B.F. (1996). Classification of normal and disease exit site. *Peritoneal Dialysis International,* 16(3) : S32-50.

Wang, T., et al. (2002). Peritoneal dialysis in the nursing home. *International Urology and Nephrology,* 34 : 405-408.

Wong K.F.Y., Chow S.K.Y., Chan T.M.F. (2010). Evaluation of a nurse-led disease management program for chronic kidney disease: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies,* 47 : 268-278.