บทความวิจัย

The Development of a Chronic Renal Failure Prevention Model for Hypertensive Patients at Risk in Rural Communities in Doem Bang Subdistrict Doem Bang Nang Buat District, Suphanburi Province

Received: Oct 13, 2022
Revised: Dec 9, 2022
Accepted: Dec 19, 2022

Orawan Yusuwan, M.N.S[1]
Napaphen Jantacumma, Dr.PH[2]
Mukda Nuysri, Dr.PH[3]

Abstract

Introduction: Patients, multidisciplinary teams, and community networkers should take part in the prevention of chronic kidney disease (CKD).

Research Objectives: This research and development (R & D) study aimed to: 1) investigate the situation and problems of CKD prevention among at risk hypertensive patients in rural communities; 2) develop a model for CKD prevention in at risk hypertensive patients; and 3) examine the effects of CKD prevention model for at risk hypertensive patients in the rural communities of Doem Bang subdistrict, Doem Bang Nang Buat district, Suphanburi province.

Research methodology: This R & D study consisted of 3 phases as follows: 1) situation investigation, 2) model development, and 3) examination of model effectiveness. Research instruments were a self-care behavior questionnaire, and satisfaction assessment of both patients and healthcare providers. Qualitative data were analyzed using content analysis. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, t-test, and Wilcoxon-test.

Results: Findings revealed that 1) at the beginning of the study, there were no activities and plans regarding CKD prevention in the community. The roles of stakeholders were unclear; data was not linked; and there were lack of guidelines and manuals, and participation among community networks. 2) subsequently, a CKD prevention model was developed. A comprehensive treatment information system was implemented. Guidelines for giving feedback to patients, a clinical practice guideline, a manual to prevent CKD, and home visit guidelines were developed. Within this model, community networks took part in patient care. 3) at follow up, mean score of health behavior in patients was significantly higher than at base line ($p<.05$).

Conclusions: Stakeholder involvements, patients, multidisciplinary teams, and community networks, can prevent CKD.

Implications: The model can be used as a guideline for the development of a prophylactic model for end-stage renal disease in patients with at-risk diabetes mellitus and hypertension in rural communities.

Keywords: prevention model, chronic kidney disease, hypertensive patients, chronic care

[1]*Student of Master of Nursing Science Program in Community Health Nurse Practitioner. E-mail: orawan.j2729@gmail.com*
[2]*Corresponding author : Assistant Professor Doctor of School of Nursing. E-mail: napaphen_ja@hotmail.com*
[3]*Associate Professor Doctor of School of Nursing. E-mail: mukda9.nuy@gmail.com*
[2-3]*School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University, Nonthaburi , Thailand.*

การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงในชุมชนชนบท ตำบลเดิมบาง อำเภอเดิมบางนางบวช จังหวัดสุพรรณบุรี

Received: Oct 13, 2022
Revised: Dec 9, 2022
Accepted: Dec 19, 2022

อรวรรณ อยู่สุวรรณ พย.ม.[1]
นภาเพ็ญ จันทขัมมา ส.ด.[2]
มุกดา หนุ่ยศรี ส.ด.[3]

บทคัดย่อ

บทนำ: ผู้ป่วย ทีมสหสาขาวิชาชีพ เครือข่ายชุมชนมีส่วนร่วมในการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์และปัญหาในการป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยง 2) พัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยง 3) ศึกษาผลของการใช้รูปแบบฯ

ระเบียบวิธีวิจัย: เป็นการวิจัยแบบการวิจัยและพัฒนา แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบ ฯ ระยะที่ 3 การศึกษาผลการใช้รูปแบบฯ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามพฤติกรรม แบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติ การทดสอบทีและสถิติการทดสอบวิคคอคซันไซน์แรงค์ ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย: 1) การศึกษาสถานการณ์และปัญหาในการป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยง พบว่าไม่มีการจัดกิจกรรม บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบไม่ชัดเจน บันทึกข้อมูลไม่เชื่อมโยง ไม่มีแนวปฏิบัติและคู่มือ ขาดการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน 2) รูปแบบ ฯ ที่พัฒนามีการจัดทำแผน หน้าที่ความรับผิดชอบชัดเจน ข้อมูลครอบคลุม กำหนดแนวปฏิบัติทางคลินิก คู่มือ แนวทางการเยี่ยมบ้าน เครือข่ายชุมชนมีส่วนร่วม 3) ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพหลังใช้รูปแบบฯ ดีกว่าก่อนใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย: การมีส่วนร่วมระหว่าง ผู้ป่วย ทีมสหสาขาวิชาชีพ และเครือข่ายชุมชน สามารถป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังได้

ข้อเสนอแนะ: สามารถใช้รูปแบบฯ มาเป็นแนวทางในการพัฒนาการป้องกันโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงในชุมชนชนบทได้

คำสำคัญ: รูปแบบการป้องกันโรค โรคไตเรื้อรัง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง การดูแลโรคเรื้อรัง

[1]นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, E-mail: orawan.j2729@gmail.com

[2]Corresponding author: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช E-mail: napaphen_ja@hotmail.com

[3]รองศาสตราจารย์ ดร. E-mail: mukda9.nuy@gmail.com

[2-3]สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช นนทบุรี ประเทศไทย

บทนำ

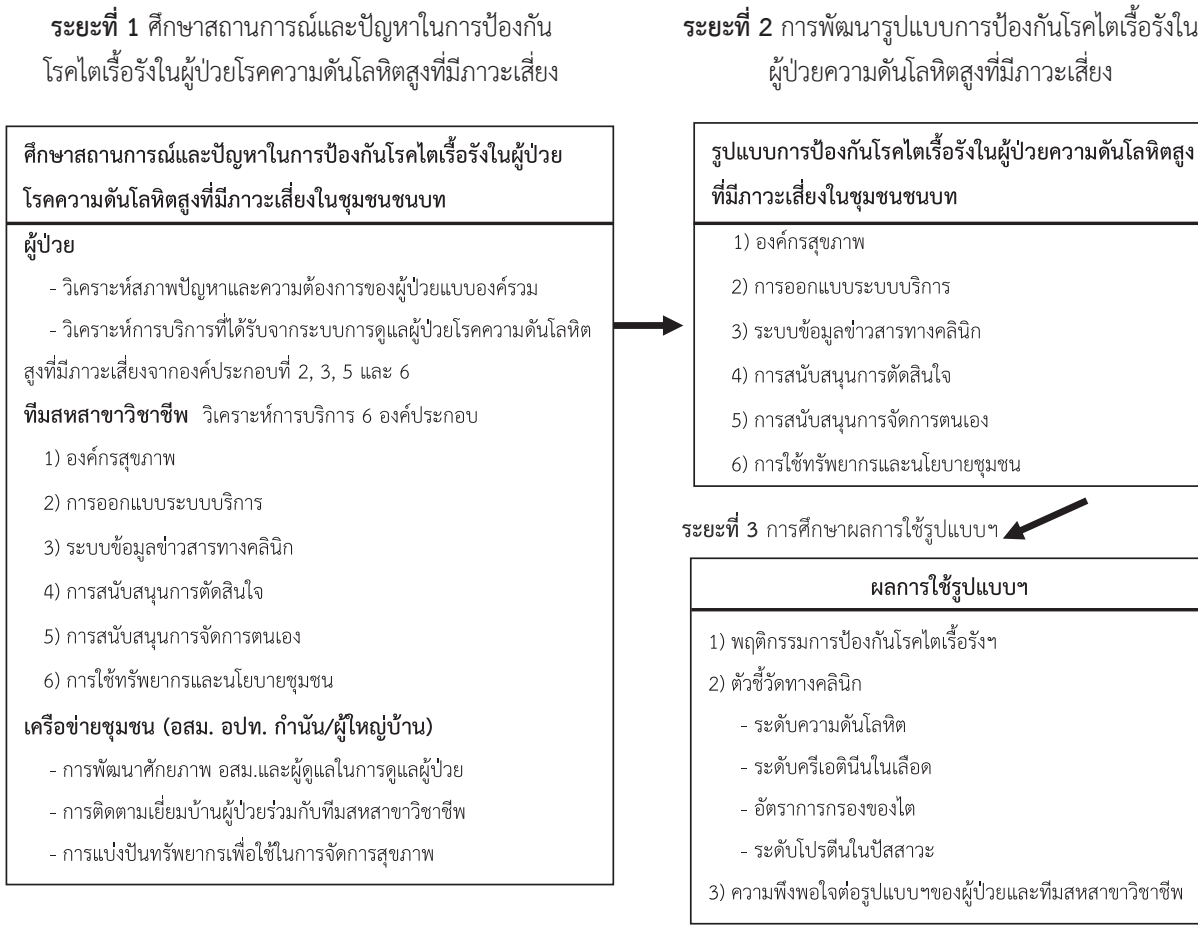
โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพประชาชน ทั่วโลกมีผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเกือบถึงพันล้านคน องค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ว่าจะมีความชุกของโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลกเพิ่มขึ้นถึง 1.56 พันล้านคน ในปี พ.ศ. 2568[1] สถานการณ์ในประเทศไทยโรคความดันโลหิตสูงยังคงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ ความชุกของความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 24.70 ในปี พ.ศ. 2557 เป็นร้อยละ 25.40 ในปี พ.ศ. 2562-2563[2] โรคความดันโลหิตสูงถือเป็น “ฆาตกรเงียบ” เนื่องจากไม่มีอาการแสดง จนทำให้หลายคนต้องเสียชีวิตจากโรคนี้ หากมีภาวะความดันโลหิตสูงแล้วไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ เป็นเวลานานจะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease : CKD) ซึ่งเป็นภาวะที่การทำงานของไตลดลงอย่างต่อเนื่อง นานเกิน 3 เดือน โดยมีอัตราการกรองของไต (Glomerular Filtration Rate: GFR) ต่ำกว่า 60 มิลลิลิตร/นาที/1.73 ตารางเมตร ทำให้เกิดภาวะไตวายเรื้อรังในเวลาต่อมา ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก 200 มิลลิเมตรปรอทหรือมากกว่าและความดันโลหิตไดแอสโตลิก ตั้งแต่ 130 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป จะเพิ่มแรงดันหลอดเลือดฝอยในเนื้อไต ทำให้เยื่อบุหลอดเลือดฝอยได้รับอันตราย หลอดเลือดเกิดการอักเสบ เกิดเป็นพังผืด[3] ไตที่เหลืออยู่ต้องปรับตัวทำหน้าที่ในการขับถ่ายของเสียมากขึ้น ผู้ป่วยจะมีอัตราการกรองของไตและปริมาณเลือดมาเลี้ยงที่ไตน้อยลงพร้อมกับหน่วยไตที่ลดลง หรือพบอัลบูมินในปัสสาวะ (urine albumin/creatinine ratio) มากกว่า 30 มิลลิกรัมต่อกรัม พบเม็ดเลือดแดงในปัสสาวะ หรือพบความผิดปกติของเกลือแร่ เมื่อเกิดขึ้นเป็นเวลานานจะทำให้เกิดภาวะไตวายในที่สุด ในประเทศไทยพบว่าในปี พ.ศ. 2555 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีภาวะแทรกซ้อนทางไตร้อยละ 15.16[4] และเพิ่มเป็นร้อยละ 40.36 ในปี พ.ศ. 2558[5] จะเห็นว่าภาวะแทรกซ้อนทางไตเพิ่มสูงเกือบ 3 เท่าในระยะเวลา 3 ปี ในปี พ.ศ. 2563 สาเหตุหลักของผู้เข้ารับการบำบัดทดแทนไต คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 42.30 รองลงมา คือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 41.50

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเดิมบางมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั้ง 5 ระยะ ในปี พ.ศ. 2560 - พ.ศ. 2561 และ พ.ศ. 2562 ระยะที่ 1 จำนวน 15, 13 และ 15 คน ระยะที่ 2 จำนวน 29, 39 และ 69 ระยะที่ 3 จำนวน 71, 85 และ 102 คน ระยะที่ 4 จำนวน 19, 16 และ 15 คน และระยะที่ 5 มีจำนวน 2, 4 และ 6 คน ตามลำดับ[9] พฤติกรรมการดูแลสุขภาพพบว่ารับประทานอาหารสำเร็จรูป ยาแก้ปวด ยาชุด ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ เป็นต้น จะเห็นได้ว่าโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2 มีจำนวนมากขึ้น ซึ่งผู้ป่วยจะไม่มีอาการ จึงเสี่ยงต่อการพัฒนาไปสู่โรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 โดยไม่รู้ตัว ดังนั้นจึงจำเป็นต้องป้องกันผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงหรือเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงนั้น ผู้วิจัยจึงเลือกใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (chronic care model) ของ Wagner และคณะ[10] มาประยุกต์ใช้ในรูปแบบการป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยง ทั้ง 6 องค์ประกอบ ครอบคลุมทั้งการจัดการในระบบสุขภาพและการบริการ รวมถึงการเชื่อมโยงสู่ชุมชน ซึ่งทำให้สามารถอธิบายผลลัพธ์ทางสุขภาพและตอบโจทย์การดูแลรักษาโรคไตเรื้อรังในระดับปฐมภูมิได้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) ประยุกต์แบบจำลองการดูแลโรคเรื้อรัง (chronic care model) ซึ่งมี 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) องค์กรสุขภาพ 2) การออกแบบระบบบริการ 3) ระบบข้อมูลข่าวสารทางคลินิก 4) การสนับสนุนการตัดสินใจ 5) การสนับสนุนการจัดการตนเอง และ 6) การใช้ทรัพยากรและนโยบายชุมชน แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และปัญหาในการป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยง ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยง ระยะที่ 3 การศึกษาผลการใช้รูปแบบในการป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยง โดยการวัดพฤติกรรม ความดันโลหิต ครีเอตินีน อัตราการกรองของไต โปรตีนในปัสสาวะ รวมถึงความพึงพอใจต่อ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

รูปแบบฯ ของผู้ป่วยและทีมสหสาขาวิชาชีพ แสดงในภาพที่ 1

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหาในการป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยง
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยง
3. เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยง

ระเบียบวิธีวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง แบ่งตามขั้นตอนของการวิจัย ออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ประชากร คือ 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรังหรือเป็นโรคไตเรื้อรังระดับ 2 (อัตราการกรองของไต = 60-89.99 มิลลิลิตร/นาที/1.73 ตารางเมตร) ติดต่อกันนานเกิน 3 เดือน ในตำบลเดิมบาง อำเภอเดิมบางนางบวช จังหวัดสุพรรณบุรี 2) ทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร นักวิชาการสาธารณสุข และเจ้าพนักงานสาธารณสุข วิชาชีพละ 2 คน ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลเดิมบางนางบวชและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเดิมบาง 3) เครือข่ายชุมชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในตำบลเดิมบาง อำเภอเดิมบางนางบวช จังหวัดสุพรรณบุรี

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์การป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงในชุมชน

ชนบท โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) **ประชากร** แบ่งเป็น 2 กลุ่ม 1) ผู้ป่วย จำนวน 73 คน 2) ทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 10 คน **กลุ่มตัวอย่าง** แบ่งเป็น 2 กลุ่ม 1) ผู้ป่วยถูกคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) จากผู้ป่วยที่สมัครใจ 6 หมู่บ้าน ๆ ละ 1 คน จำนวน 6 คน 2) ทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 6 คน โดยเลือกแบบเจาะจงจากเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษา ผู้ป่วย HT และ CKD ในรพ.เดิมบางนางบวชและ รพ.สต.เดิมบาง วิชาชีพละ 1 คน

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงในชุมชนชนบท ประชากร แบ่งเป็น 3 กลุ่ม 1) ผู้ป่วย จำนวน 73 คน 2) ทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 10 คน 3) เครือข่ายชุมชน จำนวน 101 คน **กลุ่มตัวอย่าง** แบ่งเป็น 3 กลุ่ม 1) ผู้ป่วย จำนวน 50 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยค่า effect size 0.35 กำหนดให้อำนาจการทดสอบ (Power of test) = 0.80 ระดับความเชื่อมั่น (α) = .05 คำนวณค่า effect size จากผลการศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย ของ Khuanphet และคณะ[11] กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 1-3a โดยการพัฒนารูปแบบฯ ใช้แนวคิดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่าหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีอัตราการกรองของไตเฉลี่ย 80.19 มิลลิลิตร/นาที/1.73 ตารางเมตร (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 16.70) ในขณะที่ก่อนการทดลองมีอัตราการกรองของไตเฉลี่ย 74.03 มิลลิลิตร/นาที/1.73 ตารางเมตร (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 17.60) ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 50 คน 2) ทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 6 คน 3) เครือข่ายชุมชน จำนวน 8 คน เครือข่ายชุมชนเลือกแบบเจาะจง คือ กำนัน ตำบลเดิมบาง 1 คน กองสาธารสุขเทศบาลตำบลเดิมบาง 1 คน และอสม. จากหมู่บ้าน 6 หมู่บ้าน หมู่บ้านละ 1 คน รวมเป็น 8 คน

ระยะที่ 3 การประเมินผลรูปแบบการป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงในชุมชนชนบท ประชากร แบ่งเป็น 2 กลุ่ม 1) ผู้ป่วย จำนวน 73 คน 2) ทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 10 คน กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม 1) ผู้ป่วย จำนวน 50 คน 2) ทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 6 คน ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างเดียวกับกลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 2

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ 1) แนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ป่วย 2) แนวคำถามในการสนทนากลุ่มกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบฯ สัปดาห์ที่ 1-2 ประเมินภาวะสุขภาพ ทำแบบประเมินพฤติกรรม สุขภาพ ประเมินผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ วัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนักและวัดรอบเอวสัปดาห์ที่ 3-4 ให้ความรู้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยง สัปดาห์ที่ 5-11 ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังที่บ้าน สัปดาห์ที่ 7-8 ทีมสุขภาพติดตามเยี่ยมบ้าน สัปดาห์ที่ 9 ทบทวนความรู้และความเข้าใจในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย

ระยะที่ 3 การประเมินผลรูปแบบฯ ได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษาสูงสุด สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ฐานะทางเศรษฐกิจ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ยารักษาโรคความดันโลหิตสูง การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ข้อมูลทางคลินิก ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการดูแลตนเอง จำนวน 51 ข้อ ประกอบด้วยพฤติกรรมรวม 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร 2) พฤติกรรมการออกกำลังกาย 3) พฤติกรรมการใช้ยา 4) พฤติกรรมการสูบบุหรี่ แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย จำนวน 13 ข้อ และแบบประเมินความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 6 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

การตรวจสอบหาความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบสอบถามพฤติกรรม แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและทีมสหสาขาวิชาชีพ เสนออาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา มีการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้ สัมภาษณ์เชิงลึกและสอบถามกับกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือเป็นแนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ป่วยและทีมสหสาขาวิชาชีพ แบบสอบถามพฤติกรรม และแบบประเมินความพึงพอใจ ได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไต

จำนวน 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมากกว่า 30 ปี จำนวน 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 2 ท่าน มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) 0.94 , 0.93 และ 0.90 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยผ่านการพิจารณาและออกเอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เลขที่ 20/2564 ก่อนทำการเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้ชี้แจงข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่างถึงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนในการเข้าร่วมการวิจัย การสมัครใจเข้าร่วมโดยอิสระ การขอถอนตัวโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ รวมทั้งขออนุญาตบันทึกเทปและจดบันทึก ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อให้คำยินยอมในแบบฟอร์มการให้คำยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (consent form)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และปัญหาในการป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงในชุมชนชนบท โดยผู้วิจัยเป็นผู้รวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ป่วย 6 คน คนละ 1 ชั่วโมง สนทนากลุ่มกับทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 6 คน ได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร นักวิชาการสาธารณสุข และเจ้าพนักงานสาธารณสุข ใช้เวลา 3 ชั่วโมง

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงในชุมชนชนบท นำรูปแบบฯ ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วย จำนวน 50 คน กิจกรรมที่ปฏิบัติในชุมชนมีรายละเอียด ดังนี้ สัปดาห์ที่ 1-2 ประเมินภาวะสุขภาพ สัปดาห์ที่ 3 - 4 ให้ความรู้กับผู้ป่วย สัปดาห์ที่ 7 - 8 ติดตามเยี่ยมบ้าน สัปดาห์ที่ 9 ทบทวนความรู้และความเข้าใจในการปฏิบัติตัว ประเมินปัญหาและอุปสรรค สัปดาห์ที่ 12 ประเมินผลพฤติกรรม ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ระยะที่ 3 การศึกษาผลของการใช้รูปแบบการป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงในชุมชนชนบท ระยะนี้เป็นช่วงการศึกษาผลจากการใช้รูปแบบฯ ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างเดิมที่เป็นผู้ป่วย จำนวน 50 คน ห่างจากระยะที่ 2 เป็นเวลา 1 สัปดาห์ ด้วยการให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบแบบสอบถามพฤติกรรมและแบบประเมินความพึงพอใจ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เจาะลึกและการสนทนากลุ่ม ซึ่งเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เนื้อหา

2. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. ระดับของพฤติกรรมในการป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงและระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยและทีมสหสาขาวิชาชีพต่อการบริการและการปฏิบัติตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นวิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนาด้วยการหาร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4. เปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรัง ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยและหลังใช้รูปแบบฯ โดยใช้สถิติการทดสอบที (t-test) และ การทดสอบวิลคอคซันไซน์แรงค์ (Wilcoxon Signed Rank test) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 (α=.05)

ผลการวิจัย

ระยะ 1 และระยะที่ 2 ผลการศึกษาสถานการณ์และปัญหาในการป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงในชุมชนชนบทและการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงในชุมชนชนบท

จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยจำนวน 6 คน และสนทนากลุ่มกับทีมสหวิชาชีพจำนวน 6 คน ได้มีการวิเคราะห์ข้อมูลโดยมีขั้นตอนในการวิเคราะห์ ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 จัดเตรียมข้อมูล โดยนำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมมาจัดการ เช่น ถอดเสียงเป็นข้อความ นำเอกสารมาสังเคราะห์ ขั้นตอนที่ 2 กำหนดประเด็นวิเคราะห์ โดยนำกรอบการวิเคราะห์มากำหนด ขั้นตอนที่ 3 การเข้ารหัสข้อมูล เช่น การนำ

เอกสาร อักษร ข้อความมาให้รหัสตามประเด็นวิเคราะห์มาจัดหมวดหมู่ ขั้นตอนที่ 4 วิเคราะห์และนำเสนอผลการวิจัย ภายหลังจากขั้นตอนการวิเคราะห์ดังกล่าวข้างต้น ได้ผลลัพธ์การวิจัยเป็นหัวข้อ ดังนี้

1. องค์กรสุขภาพ (health system organization) ไม่มีการจัดกิจกรรม แผนงาน โครงการ ไม่มีนโยบายการจัดทำแนวทางการดูแลและไม่มีการจัดกิจกรรมพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่และอสม. หลังการพัฒนารูปแบบได้จัดทำแผนการดำเนินงาน ได้แก่ โครงการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่และอสม. จัดทำแนวทางการดูแล การพยาบาล การเยี่ยมบ้าน

2. การออกแบบระบบบริการ (delivery system design) เจ้าหน้าที่มีบทบาทหน้าที่ไม่ชัดเจน ขาดแนวทางการปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม พยาบาลซักประวัติ วัดความดันโลหิต ตรวจรักษา และจ่ายยาเอง ทำให้ไม่มีเวลาให้ความรู้รายกลุ่ม หรือให้คำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หลังการพัฒนารูปแบบมีการกำหนดขั้นตอนการรับบริการคลินิกโรคเรื้อรัง กำหนดบทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ให้มีความชัดเจนขึ้น ร่วมกันติดตามเยี่ยมบ้านเสริมพลังเครือข่ายชุมชน

3. ระบบข้อมูลข่าวสารทางคลินิก (clinical information systems) รพ. มีการบันทึกข้อมูลในโปรแกรมสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล (HOSxP) รพ.สต. บันทึกข้อมูลในโปรแกรมสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (HOSxP PCU) ซึ่งทั้งสองโปรแกรมไม่เชื่อมต่อกัน การลงบันทึกในสมุดประจำตัวไม่ครอบคลุม ไม่มีการคืนข้อมูลสุขภาพ ไม่มีการวิเคราะห์ข้อมูล หลังการพัฒนารูปแบบมีการแจ้งเตือนระยะอัตราการกรองของไต แฟ้มประวัติลงข้อมูลครอบคลุมมากขึ้น มีผลเลือดอยู่ในหน้าแรกของเวชระเบียน มีการแจ้งคืนข้อมูลให้กับผู้ป่วย บันทึกผลเลือดประจำปีลงในสมุดประจำตัว

4. การสนับสนุนการตัดสินใจ (decision support) ไม่มีแนวทางปฏิบัติในการพยาบาล การเยี่ยมบ้านและคู่มือสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ เจ้าหน้าที่มีความรู้ความเข้าใจแต่ยังขาดทักษะในการสื่อสารกับผู้ป่วยในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต ไม่มีคู่มือเกี่ยวกับโรค ไม่มีแผ่นพับ ป้ายให้ผู้ป่วยระหว่างรอตรวจรักษา หลังการพัฒนารูปแบบฯ มีจัดทำแนวปฏิบัติทางคลินิก (Clinical Practice Guideline: CPG) เรื่อง การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงโรคไตเรื้อรังเพิ่มเติมจากแนวทางเดิม และจัดทำคู่มือการป้องกันโรคไตเรื้อรัง

5. การสนับสนุนการจัดการตนเอง (self-management support) พยาบาลให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นบางครั้ง ไม่มีแนวทางการดูแลที่ชัดเจน หลังการพัฒนารูปแบบฯ ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำในการดูแลตนเอง คืนข้อมูลภาวะสุขภาพ เช่น ระดับความดันโลหิตที่อยู่ในเกณฑ์ปกติ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สามารถลดระดับความดันโลหิตได้ การรับประทานยา อาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนนัด

6. การใช้ทรัพยากรและนโยบายของชุมชน (community resources and policies) ขาดการคืนข้อมูลสู่ชุมชน ทั้งเทศบาล ผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และอสม. ขาดการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องร่วมกัน หลังการพัฒนารูปแบบฯ มีแนวทางการเยี่ยมบ้าน สำหรับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. อสม. และเครือข่ายชุมชน เพื่อกระตุ้นเตือนเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและดูแลตนเอง

ระยะ 3 การศึกษาผลของการใช้รูปแบบการป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงในชุมชนชนบท

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงโรคไตเรื้อรังรวม 50 คน เพศหญิง ร้อยละ 76 (38 คน) อายุเฉลี่ย 72.30 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 7.53 ต่ำสุด = 55 ปี สูงสุด = 83 ปี) นับถือศาสนาพุทธ การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 94 (47 คน) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 62 (31 คน) ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 30 (15 คน) มีรายได้ต่อเดือนไม่เกิน 5,000 บาท ร้อยละ 82 (41 คน) มีโรคร่วม ร้อยละ 62 (31 คน) โรคร่วมที่พบ คือ โรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 62 (31 คน) ยาลดไขมันที่รับประทาน คือ Simvastatin 10 mg ร้อยละ 80.6 (25 คน) ระยะเวลาป่วย ค่าเฉลี่ย 12.1 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 4.97 ต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 23 ปี) ยาลด/ควบคุมความดันโลหิตที่ได้รับ คือ Amlodipine 10 mg ร้อยละ 60 (30 คน)

การเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกก่อนและหลังใช้รูปแบบ

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางคลินิก ก่อนและหลังใช้รูปแบบฯ พบว่าหลังใช้

รูปแบบฯ ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิก ความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลงจากก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ระดับซีรั่มครีเอตินีน และระดับโปรตีนในปัสสาวะหลังใช้รูปแบบฯ ลดลงจากก่อนใช้รูปแบบ แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .07, .16$ ตามลำดับ) ส่วนอัตราการกรองของไตหลังใช้รูปแบบเพิ่มขึ้นจากก่อนใช้รูปแบบ แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .08$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางคลินิกโดยใช้ Paired t-test (n = 50)

ข้อมูลทางคลินิก	ก่อนใช้รูปแบบ n = 50		หลังใช้รูปแบบ n = 50		t	P -value
	M	SD	M	SD		
ความดันโลหิตซิสโตลิก	139.82	23.03	129.66	15.60	3.91	0.00*
ความดันโลหิตไดแอสโตลิก	83.94	13.93	77.64	8.21	3.64	0.00*
ระดับซีรั่มครีเอตินีน	0.81	0.143	0.79	0.142	1.46	0.07
อัตราการกรองของไต	77.15	8.06	78.65	9.92	-1.36	0.08
ระดับโปรตีนในปัสสาวะ	1.02	0.14	1.00	0.00	1.00	0.16

* p-value น้อยกว่า <.001

การเปรียบเทียบระยะของอัตราการกรองของไตก่อนและหลังใช้รูปแบบ

ข้อมูลทางคลินิก พบว่า ก่อนใช้รูปแบบฯ ผู้ป่วยมีอัตราการกรองของไต อยู่ในระยะที่ 2 ร้อยละ 100 (50 คน) หลังใช้รูปแบบฯ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงโรคไตเรื้อรังมีอัตราการกรองของไต อยู่ในระยะที่ 2 ร้อยละ 92 (46 คน) อัตราการกรองของไตเปลี่ยนแปลงเป็นระยะที่ 1 ร้อยละ 8 (4 คน) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของอัตราการกรองของไตก่อนและหลังใช้รูปแบบ (n = 50)

ข้อมูลทางคลินิก	ก่อนใช้รูปแบบ n = 50		หลังใช้รูปแบบ n = 50	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อัตราการกรองของไต				
มากกว่า 90 ml/min/1.73 m^2 (ระยะที่ 1)	-	-	4	8
60 - 89 ml/min/1.73 m^2 (ระยะที่ 2)	50	100	46	92

การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยก่อนและหลังใช้รูปแบบฯ

เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม ก่อนและหลังใช้รูปแบบฯ พบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย หลังใช้รูปแบบฯ (M = 4.22, SD = 0.17) ดีกว่าก่อนใช้รูปแบบ (M = 3.72, SD = 0.27) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (p = .000) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงโรคไตเรื้อรังระหว่างก่อนและหลังใช้รูปแบบ

พฤติกรรมสุขภาพ	ก่อนใช้รูปแบบ n = 50			หลังใช้รูปแบบ n = 50			z	p-value
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
การรับประทานอาหารโซเดียมสูง	3.73	0.42	ดี	4.58	0.20	ดีที่สุด	-6.16	.00*
การรับประทานอาหารที่มีไขมัน	3.83	0.52	ดี	4.33	0.26	ดี	-6.04	.00*
การรับประทานแป้งและน้ำตาล	4.22	0.48	ดี	4.60	0.27	ดีที่สุด	-5.80	.00*
การรับประทานธัญพืช	2.79	0.36	ปานกลาง	3.09	0.32	ปานกลาง	-5.84	.00*
การดื่มน้ำ	3.56	1.18	ดี	4.44	0.57	ดี	-4.85	.00*
การดื่มแอลกอฮอล์และคาเฟอีน	4.06	0.89	ดี	4.41	0.58	ดี	-4.88	.00*
การออกกำลังกาย	2.13	1.32	ไม่ดี	2.49	1.33	ไม่ดี	-3.62	.00*
การใช้ยา	4.86	0.33	ดีที่สุด	5.0	0.00	ดีที่สุด	-3.12	.02*
การสูบบุหรี่	4.76	0.96	ดีที่สุด	4.76	0.96	ดีที่สุด	0.00	1.00
โดยรวม	3.72	0.27	ดี	4.22	0.17	ดี	-6.15	.00*

* p-value น้อยกว่า .05

ความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพและผู้ป่วยต่อการใช้รูปแบบฯ

ความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพหลังใช้รูปแบบฯ ความพึงพอใจโดยรวมระดับมากที่สุด (M = 4.6, SD = 0.2) โดยระดับความพึงพอใจมากที่สุดร้อยละ 83.33 พึงพอใจมากร้อยละ 16.67 ความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังใช้รูปแบบฯ ระดับความพึงพอใจโดยรวมระดับมากที่สุด (M = 4.2, SD = 0.1) ระดับความพึงพอใจมากที่สุดร้อยละ 11 พึงพอใจมากร้อยละ 89

การอภิปรายผล

การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model, CCM) ภายหลังการพัฒนาพบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมหลังใช้รูปแบบฯ ดีกว่าก่อนใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ Khuanphet และคณะ[11] พบว่าผู้ป่วยมีการบริโภคโซเดียมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .05) หลังจากผู้ป่วยได้เข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น ทำให้ผู้ป่วยได้รับความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง

เพิ่มขึ้น ได้รับการดูแลตามแนวทางปฏิบัติ ได้รับการเยี่ยมบ้านจากเจ้าหน้าที่ รพ.สต. เดิมบาง และอสม.มีแนวทางการเยี่ยมบ้านที่ชัดเจนมากขึ้น เข้าไปดูถึงการประกอบอาหารในครัว เครื่องปรุงต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยใช้ในการทำอาหาร อาหารที่รับประทาน ทำให้ผู้ป่วยเห็นถึงความใส่ใจในการดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในการดูแลตนเองมากขึ้น ระดับความดันโลหิต พบว่าหลังใช้รูปแบบฯ ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตแตกต่างจากก่อนใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Wajamun[12] ที่อธิบายว่า การพัฒนาการให้บริการผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะที่ 1-2 ประกอบด้วย 1) การพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่และการพัฒนาศักยภาพของ อสม. 2) การพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองของผู้ป่วย 3) การพัฒนาระบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วย 4) การพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้าน และ 5) การให้ชุมชนมีส่วนร่วมด้วยการเยี่ยมบ้านร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ส่งผลให้ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีขึ้น ร้อยละ 64.20 รูปแบบนี้ได้มีให้บริการในคลินิกและการติดตามเยี่ยมบ้านที่ชัดเจน ฐานข้อมูลเป็นปัจจุบันและเชื่อมโยงชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ทำให้ผู้ป่วยดูแลตนเองดีขึ้น ควบคุมความดันโลหิตได้ ระดับครีเอตินีน อัตราการกรองของไต ระดับโปรตีนในปัสสาวะ พบว่าหลังใช้รูปแบบมีความแตกต่างจากก่อนใช้รูปแบบอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากการศึกษานี้ใช้เวลาเพียง 3 เดือน ทำให้ไม่เห็นผลการเปลี่ยนแปลงชัดเจน

ผลการศึกษาครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่ารูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นทำให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมและผลลัพธ์ทางคลินิก ทีมสหสาขาวิชาชีพมีความรู้และสามารถประยุกต์ข้อมูล หลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการดูแลผู้ป่วย ความร่วมมือกัน การปฏิสัมพันธ์กันอย่างสร้างสรรค์ ระหว่างผู้ป่วย ทีมสหสาขาวิชาชีพและชุมชน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีศักยภาพในการป้องกันโรคไตเรื้อรังและดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง จึงก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่เปลี่ยนแปลง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. รูปแบบการป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงเหมาะสมกับบริบทของตำบลเดิมบาง อำเภอเดิมบางนางบวช จังหวัดสุพรรณบุรี หากสถานบริการอื่นจะนำไปใช้จะต้องพิจารณาถึงความต้องการของผู้ให้บริการ ผู้ใช้บริการ และความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

2. รูปแบบการป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงสามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไตเรื้อรังกับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการพัฒนารูปแบบฯ ยังไม่เห็นผลครีเอตินีนและอัตราการกรองของไตที่เปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจนจึงควรใช้ระยะเวลาการศึกษาให้นานกว่านี้เพื่อให้เกิดผลชัดเจนและเกิดความต่อเนื่อง เช่น 6, 9 หรือ 12 เดือน เป็นต้น

2. ควรทำการศึกษาพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและศึกษาผลลัพธ์ในการพัฒนาในทุกด้านอย่างต่อเนื่องให้ครอบคลุมภาวะแทรกซ้อนทางไตทุกระยะ เพื่อให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่องและยั่งยืน

References

1. World Health Organization (WHO). A global brief on hypertension silent killer, global public health crisis [Internet]. 2013 [cited 2021 January 9]. Available from:http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/global_brief_hypertension.
2. Kanjanapibulwong A, Khamwangsanga P, Kaewtha S. NCD situation report 2019, diabetes, hypertension and related risk factors. Bangkok: Publishers Graphic and Design Fonts; 2020. (in Thai).
3. The Nephrology Society of Thailand. Clinical practice recommendation for the evaluation and management of chronic kidney disease in adult [Internet]. 2015 [cited 2021 January 9]. Available from: http://www.nephrothai.org/ images/10-11-2016/Final/CKD.
4. Bureau of Non Communicable Disease, Ministry of Public Health. Annual report 2017 [Internet]. 2012 [cited 2021 January 9]. Available from:http://thaincd.com/2016/media-detail.php?id=12986&gid=1-015-008.
5. Thanakijjaru P, Bunnag S, Pichaiwong W. Thailand medical services profile 2011-2014 [Internet]. 2014 [cited 2021 January 10]. Available from: https://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/report/report8.pdf.
6. Ingsathit A, Thakkinstian A, Chaiprasert A, Sangthawan P, Gojaseni P, Kiattisunthorn K; the Thai-SEEK Group. Prevalence and risk factors of chronic kidney disease in the Thai adult population: Thai SEEK study. Nephrol Dial Transplant 2010;25:1567-75.
7. Thanakitjaru P, Bunnag S, Pichaiwong W. Thailand medical services profile 2011-2014. Nonthaburi: Department of Medical Services, Ministry of Public Health; 2014.
8. Thammathatchaaree J. World kidney day 65 [Internet]. 2022 [cited 2022 March 12]. Available from: https://www.hfocus.org/content/2022/03/24680.
9. Health Data Center Ministry of Public Health, Suphanburi. Information to meet the Kidney Branch Service Plan [Internet]. 2021 [cited 2021 April 10]. Available from: https://spb.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=e71a73a 77b1474e63b71bccf727009ce (in Thai).
10. Wagner, EH, Austin, BT, Davis, C, Hondmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: Translating evidence into action. [Internet]. 2021 [cited 2021 April 10]. Available from: http://content.healthaffairs.org/content/20/6/64.long.
11. Khuanphet P, Kawila R, Chaimuang A. Development of health service model for delaying kidney degeneration in chronic disease patients, health service networks of Mae Lao district, Chiang Rai province. Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice. 2020;7(1):57-74. (in Thai).
12. Wajamun J, Chomnirat W. The development of guideline for caring patients With diabetic nephropathy at secondary care, Nakhonratchasima province. Journal of Nursing and Health Care 2019;1:175-84. (in Thai).