

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม Development of Care Model for Chronic Kidney Disease Stage 3 in Nadoon District, Maha Sarakham Province

สุวคนธ์ เหล่าราช* ละออง เดิมทำรัมย์*

Suwakon Laorat, Laong Dermtamrum

Corresponding author : E-mail : suwanna_na123@hotmail.com

(Received: December 1,2020 ; Revised : December 8, 2020 ; Accepted: December 21, 2020)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม

รูปการการวิจัย : การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ผู้ดูแลผู้ป่วยทีมสหวิชาชีพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำชุมชน รวม 170 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบทดสอบความรู้ แบบสอบถามความพึงพอใจ และแบบสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน paired t-test และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย : 1) ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ พบว่า การประสานการดูแลผู้ป่วยในชุมชนอย่างต่อเนื่องยังไม่เป็นระบบที่ชัดเจน การมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาไม่น้อย ผู้ป่วยผู้ดูแล อสม. ผู้นำชุมชน ขาดความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังมีความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง อัตราการกรองของไต เฉลี่ย 46.91 มล./นาที่/1.73ตร.ม. 2) ระยะพัฒนารูปแบบ โดยการประชุมทีมสหวิชาชีพปรับปรุงแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุข ผู้ป่วย ผู้ดูแล อสม.และผู้นำชุมชน เรื่องโรคไตเรื้อรัง และประชุมเชิงปฏิบัติการใช้รูปแบบ 1ค+2อ+1ส. คือ 1ค.(ความรู้) โรคไตเรื้อรัง+2อ. (อาหาร ออกกำลังกาย)+1ส (สมาธิบำบัด SKT) 3)ระยะทดลองใช้รูปแบบ นำรูปแบบไปใช้ในคลินิกโรคไตเรื้อรัง และพัฒนาระบบบริการที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 4)ระยะประเมินผล พบว่า ผู้ป่วยมีอัตราการกรองของไตเพิ่มจากค่าเฉลี่ย eGFR 46.91 มล./นาที่/1.73 ตร.ม. เป็น 54.57 มล./นาที่/1.73 ตร.ม. ทีมสหวิชาชีพและผู้ดูแลมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด และหลังการฝึกอบรมบุคลากรสาธารณสุขผู้ดูแลและ อสม./ผู้นำชุมชนมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้น ($p < .001$)

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ส่งผลให้กลุ่มเป้าหมายมีอัตราการกรองไตและมีความรู้เพิ่มขึ้น

คำสำคัญ : รูปแบบการดูแล ; การมีส่วนร่วม ; โรคไตเรื้อรังระยะที่ 3

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลนาดูน

ABSTRACT

Purpose : The purpose of this study were development of care model for chronic kidney disease stage 3 in Nadoon District, Mahasarakham Province.

Design : Action research

Materials and Methods : Purposive sampling groups 170 persons included chronic kidney disease stage 3 patients, multidisciplinary team members, village health volunteers, and village headmen. Applied tools included satisfaction questionnaire, examination, and focus group discussion and observation. The analysis data used statistics, average, standard deviation and t -test, and content analysis.

Main findings : 1. Analyzing stage found that unclear and continuing coordination system, less participation, patients, village health volunteers, and village headmen lacked of knowledge and had incorrect belief and the average of eGFR in chronic kidney disease stage 3 patients was 46.91 mL/min/1.73 m² 2. Development stage found that organize a team to develop care model for chronic kidney disease stage 3 in diabetes mellitus and hypertension patients in Nadoon District by meeting multidisciplinary team members to improve guideline chronic kidney disease care, development potential workshop for health personnel patients, care givers, village health volunteers and village and this workshop using 1. Chronic kidney disease knowledge 2. Food and exercise 3. SKT meditation 3. Trail stage found that this model was used in chronic kidney disease clinic and linked to develop service system at health promoting hospital by taking 1. Chronic kidney disease knowledge 2. Food and exercise 3. SKT meditation to risk persons included chronic kidney disease stage 1-2, care givers, village health volunteers, village headmen, and multidisciplinary team members. Home visit to advise and mental support found that care givers participate to care patients about food, medicine, exercise and SKT meditation. 4. Evaluation stage found that increasing the average of eGFR from 46.91 to 54.57 mL/min/1.73 m², After intervention, health personnel, carers and volunteers / community leaders had increased knowledge of chronic kidney disease ($p < .001$)

Conclusion and recommendations : The results of this research that care model for chronic kidney disease stage 3 resulted a target group had increased glomerular filtration rate and knowledge.

Keywords : Care model; Participation ; Chronic kidney disease stage 3

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย สาเหตุของโรคไตเรื้อรังที่พบบ่อยเกิดจากโรคเบาหวานและภาวะความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรังระยะแรกมักไม่พบอาการผิดปกติ ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ทราบและตรวจพบเมื่อโรคดำเนิน การไปนานแล้วจนเข้าสู่ภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (End stage renal disease, ESRD)¹ จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 30 กันยายน 2562 พบว่ามีผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายทั้งสิ้น 59,830 ราย แยกเป็นผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง จำนวน 30,627 ราย การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจำนวน 26,633 ราย ผ่าตัดเปลี่ยนไตจำนวน 205 ราย และได้รับยากดภูมิ จำนวน 2,365 ราย² คนไทยป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังสูงถึง 8 ล้านคน คิดเป็น (17.00%) ของประชากรซึ่งสูงติดอันดับ 3 ในอาเซียน และมีแนวโน้มผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทุกปี

โรคไตเรื้อรังส่วนใหญ่เกิดจากโรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูง³ ซึ่ง 1 ใน 3 เสียชีวิตก่อนอายุ 60 ปี ดังนั้นการรักษาเมื่อผู้ป่วยมีการดำเนินโรคเข้าสู่ภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ได้แก่ 1) การบำบัดทดแทนไต มี 3 วิธี ได้แก่ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้อง การปลูกถ่ายไต 2) การรักษาแบบองค์รวมชนิดการประคับประคอง โดยแต่ละวิธีมีข้อดี ข้อด้อย และรายละเอียดในการดูแลทางการแพทย์และค่าใช้จ่ายต่างกัน เกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติ ช่วงเวลา ค่าใช้จ่าย สถานที่ทำ และการพึ่งพาผู้ดูแล ซึ่งทั้งหมดนี้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตมีความเครียดและสภาวะอารมณ์เปลี่ยนแปลงถึงร้อยละ 30⁴ และยังพบว่าระดับความสามารถในด้านต่างๆ ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายมีการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ ลดลง การเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกายของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายเป็นระยะที่มีอาการของเสียคั่ง (Uremia) ค่าซีรีมครีเอตินินมากกว่า 8 mg.% มีอัตราการกรองของไตน้อยกว่า 15 มิลลิลิตรต่อนาที ผู้ป่วยจะมีอาการแสดงการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในหลายระบบได้แก่ ระบบทางเดินอาหาร จะมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน การรับรสอาหารลดลง เบื่ออาหาร เยื่อช่องปากและเหงือกอักเสบ ระบบหายใจจะมีอาการน้ำท่วมปอด

เยื่อหุ้มปอดอักเสบ หายใจหอบ ระบบหัวใจและหลอดเลือดจะมีอาการความดันโลหิตสูง การทำงานของหัวใจผิดปกติ วังเวียน ปวดศีรษะเรื้อรัง ระบบขับถ่ายปัสสาวะ ผู้ป่วยจะบวม ปัสสาวะออกน้อย ระบบผิวหนัง ผู้ป่วยจะมีอาการผิวแห้ง ผิวดำและคัน ระบบเลือดจะมีอาการซีดจากภาวะไขกระดูกสร้างเม็ดเลือดแดงลดลง และเม็ดเลือดแดงแตกทำลายมากขึ้น เกร็ดเลือดลดลง เลือดออกง่าย การทำงานของเม็ดเลือดขาวลดลง ระบบภูมิคุ้มกันลดลงเกิดการติดเชื้อแทรกซ้อนได้ง่าย ระบบประสาทจะมีอาการชา ที่แขน ขา ปลายมือ ปลายเท้า เดินเซ ง่วงซึม สับสน ขาดสมาธิ การตัดสินใจไม่ดี ประสาทหลอน เพื่อ ชักและหมดสติ⁵ การรักษามีความซับซ้อน มีความยุ่งยากในการปฏิบัติตามวิธีการรักษา ก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย ทุกข์ทรมาน ท้อถอย และยากลำบากในการดำเนินชีวิตที่อยู่กับภาวะเจ็บป่วยไปตลอดชีวิต

เช่นเดียวกับโรงพยาบาลนาคนูน อำเภอนาคนูน จังหวัดมหาสารคาม เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียงและต้องดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเบาหวาน ความดันโลหิตสูงเป็นจำนวนมาก พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก็เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จากกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นหลัก โดยปี 2560-2562 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3 ในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 302, 328 และ 330 รายตามลำดับ อย่างไรก็ตาม การให้บริการในรูปแบบเดิม พบว่า กระบวนการทำงานในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงไม่ชัดเจน ไม่ครอบคลุมในทุกด้าน ขาดความเชื่อมโยงการทำงานและการประสานงานของทีมสหวิชาชีพ ตลอดจนถึงขาดการพัฒนาทักษะ ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง และการประชาสัมพันธ์ รมรณรงค์ให้เกิดความรู้ ยังไม่เข้าถึงประชาชนเท่าที่ควร ทำให้ประชาชนไม่เข้าใจและไม่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงยังไม่เชื่อมโยงถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.) สถานที่จัดบริการคลินิกโรคไตเรื้อรัง ไม่เอื้ออำนวยความสะดวกต่อบุคลากรที่ปฏิบัติงานและผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่มารับบริการ ผู้ป่วยกลุ่มนี้หากไม่ได้รับการรักษาดูแลอย่างถูกต้อง ก็จะมีส่งผลให้เกิดการเสื่อมของไตเร็วขึ้น

เป็นระยะที่ 4,5 หรือระยะสุดท้าย (End stage renal disease, ESRD) ที่ต้องรักษาโดยการฟอกเลือดหรือล้างไตทางหน้าท้อง รวมไปถึงการดูแลแบบประคับประคองเกิดความเครียดทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว

การช่วยให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นคือการชะลอความเสื่อมของไตและคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของไตให้ยาวนานที่สุด จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การมีส่วนร่วมในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล บุคลากรสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) แกนนำชุมชน และผู้เกี่ยวข้องโดยร่วมจัดกิจกรรม การให้ความรู้ การฝึกทักษะ การเยี่ยมบ้านร่วมกัน สร้างความตระหนักทั้งแบบกลุ่มและรายบุคคลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยาอย่างสมเหตุผลที่ถูกต้องเหมาะสม รวมทั้งการดูแลในชุมชนโดยชี้แนะสนับสนุนให้การดูแลแบบองค์รวมปรับสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมตามบริบทของผู้ป่วย^{6,7,8} เป็นกลวิธีหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากปัญหาและแนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพดังกล่าวข้างต้น จึงมีความจำเป็นในการพัฒนาการดูแลเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม โดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ผู้ดูแล ทีมสหสาขาวิชาชีพ และภาคีเครือข่าย เพื่อให้ได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ อันจะเป็นประโยชน์ผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งการพัฒนากระบวนการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาและพัฒนารูปแบบการดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ขอบเขตพื้นที่ ดำเนินการในพื้นที่อำเภอนาดูน 9 ตำบล 94 หมู่บ้าน

2. ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ครั้งนี้ประกอบด้วย

2.1 ผู้ร่วมวิจัยหลัก ได้แก่ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อำเภอนาดูน จำนวน 60 คน ผู้ดูแลผู้ป่วยจำนวน 60 คน และทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัดจำนวน 20 คนโดยใช้วิธีการเลือกแบบจำเพาะเจาะจง

2.2 ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ ผู้บริหาร ผู้นำชุมชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น อสม.ตัวแทนประชาชนจำนวน 30 คน โดยใช้วิธีการเลือกแบบจำเพาะเจาะจง ขั้นตอนและกระบวนการวิจัย แบ่งเป็นได้ 4 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาโดยวิเคราะห์สถานการณ์ โดยดำเนินการ คือ

1.1 การทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยประเด็นที่ทบทวน คือ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ อัตราการกรองของไต (Estimated glomerular filtration rate, eGFR)

1.2 ทบทวนแนวทางปฏิบัติการรักษาของทีมสหวิชาชีพ และระบบการดำเนินงาน

1.3 สทนากลุ่ม แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ และนักกายภาพบำบัด เพื่อค้นหาปัญหาอุปสรรคของการดูแลผู้ป่วย และความต้องการในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3

1.4 สทนากลุ่มกับญาติที่ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 อสม. ผู้นำชุมชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อค้นหาปัญหาอุปสรรคการดูแลและหาแนวทางแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น

1.5 สัมภาษณ์เชิงลึกกับทีมนำระดับผู้บริหาร เช่น นายอำเภอนาดูน นายกเทศบาลนาดูน นายกองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนาดูน หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล เป็นต้น เพื่อขอทราบปัญหาในการให้บริการดูแลเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังในชุมชน และหาแนวทางแก้ไขปัญห

1.6 วิเคราะห์ข้อมูล สรุปผลการวิเคราะห์สถานการณ์ ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ จัดประชุมเพื่อนำเสนอผลการวิเคราะห์สถานการณ์ต่อบุคลากรที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3

ระยะที่ 2 ดำเนินวางแผนการสร้างแนวทางพัฒนา

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 มีขั้นตอนดังนี้

2.1 สร้างทีมพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 มีการพัฒนาแนวปฏิบัติงาน วางแนวทางการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3

2.2 คัดเลือก สภาปัญหาที่ค้นพบให้แก่ทีมซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ และนักกายภาพบำบัด ผู้นำชุมชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น อสม. ประชาชน ตัวแทนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ผู้ดูแลผู้ป่วยเพื่อรับทราบปัญหาโรคไตเรื้อรังที่พบในพื้นที่ เพื่อวางแผนหาแนวทางการแก้ไขปัญหาดังกล่าว

2.3 ประชุมระดมความคิดเห็น ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ และนักกายภาพบำบัด ผู้นำชุมชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น อสม. ประชาชนจำนวน 50 คน เพื่อสร้างรูปแบบเครือข่ายดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 อำเภอนาดูน โดยได้กำหนดรูปแบบการให้ความรู้ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 โดยมีรูปแบบ 1ค.(ความรู้โรคไตเรื้อรัง)+2อ.(อาหาร/ การออกกำลังกาย)+1ส.(สมาธิบำบัดSKT3 ท่า)

ระยะที่ 3 ทดลองการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัย ของโรงพยาบาลนาดูน ผู้วิจัยได้ทดลองการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 โดยใช้รูปแบบ 1ค+2อ+1ส มีการชี้แจงวัตถุประสงค์ ของการวิจัย การเก็บข้อมูล การใช้แนวทางในการปฏิบัติโดยทีมสหวิชาชีพ จำนวน 20 คนซึ่งนำไปทดลองใช้แนวทางปฏิบัติ ที่พัฒนาขึ้นกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 จำนวน 60 คน และนำรูปแบบไปขยายให้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทุกแห่งในอำเภอนาดูน

ระยะที่ 4 ระยะประเมินผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ประเมินดังนี้

4.1 ผู้วิจัยและผู้เกี่ยวข้องได้ประเมินผลจากแบบสังเกตเกี่ยวกับการพัฒนาความรู้และทักษะการบริการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 จำนวน 60 คน

4.2 สัมภาษณ์เชิงลึก นายอำเภอนาดูน นายกเทศบาลตำบลนาดูน นายกองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน เพื่อรับทราบปัญหาและหาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3

4.3 ประเมินความรู้การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 โดยใช้แบบทดสอบความรู้

4.4 แบบประเมินความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการและนักกายภาพบำบัด

4.5 แบบประเมินความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่เข้าร่วมโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยใช้เครื่องมือการวิจัยที่ปรับปรุงมาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและงานวิจัยที่ผ่านมาดังมีรายละเอียดดังนี้

1. แบบบันทึกการทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วย ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการเจ็บป่วย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การรักษา ผลลัพธ์ทางคลินิก ผลลัพธ์ทางการรักษา

2. แบบสอบถามความพึงพอใจของบุคลากรสหวิชาชีพ ในรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ซึ่งครอบคลุมเกี่ยวกับมิติการดูแลด้านสุขภาพมีข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ เป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) จำนวน 5 ระดับ ตั้งแต่มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด (5 คะแนน) มีความพึงพอใจในระดับมาก (4 คะแนน) มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง (3 คะแนน) มีความพึงพอใจในระดับน้อย (2 คะแนน) มีความพึงพอใจในระดับน้อยที่สุด (1 คะแนน) เกณฑ์ค่าเฉลี่ย 4.51– 5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.51– 4.50 หมายถึง ระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.51 – 3.50 หมายถึง ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.51 – 2.50 หมายถึง ระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.50 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด นำไปหาความตรงด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .85 และมีการหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยกับกลุ่มที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .87

3. แบบสอบถามความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยมีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) จำนวน 5 ระดับ ตั้งแต่ มีความ พึงพอใจในระดับมากที่สุด (5 คะแนน) มีความพึงพอใจในระดับมาก (4 คะแนน) มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง (3คะแนน) มีความพึงพอใจในระดับน้อย (2 คะแนน) มีความพึงพอใจในระดับน้อยที่สุด (1 คะแนน) เกณฑ์ค่าเฉลี่ย 4.51– 5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.51 – 4.50 หมายถึง ระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.51 – 3.50 หมายถึง ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.51 – 2.50 หมายถึง ระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.50 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด นำไปหาความตรงด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .85 และมีการหาความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยกับกลุ่มที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน มีความเที่ยง เท่ากับ .80

4. การสนทนากลุ่มเป็นลักษณะคำถามปลายเปิดเชิงซักถามเหตุผลและค้นหาคำตอบ ประเด็นในการตั้งคำถามกำหนดจากวัตถุประสงค์ของการวิจัย และเน้นให้ผู้สนทนากลุ่มแสดงและความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคของการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังและความต้องการในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย ไตเรื้อรังระยะที่ 3 จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย สภาพและปัญหาในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรัง ผลกระทบที่เกิดขึ้น วิธีการหรือแนวทางการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น

5. แบบทดสอบความรู้สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 ผู้นำชุมชน อสม. ประชาชนเป็นข้อคำถามที่มีตัวเลือกแบบกา ถูก-ผิด ตัวเลือกมีเนื้อหาที่ครอบคลุมเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง ด้านอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายสมาธิบำบัด การใช้ยาและผลิตภัณฑ์อาหารเสริม จำนวน 15 ข้อ ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา KR 20 = 0.76

6. แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังสำหรับบุคลากรสาธารณสุข ที่ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จำนวน 15 ข้อ ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา KR 20 = 0.75

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลโดยหา จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบ paired t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีวิเคราะห์เชิงเนื้อหา มีการตรวจสอบข้อมูลความถูกต้องโดยแบบตรวจสอบสามเส้า ซึ่งใช้หลายวิธีการในการเก็บข้อมูล และเปิดโอกาสให้ผู้ร่วมศึกษาตรวจสอบความถูกต้องของการวิเคราะห์ข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยของโรงพยาบาลนาอน วันที่ 3 มกราคม พ.ศ. 2562 เลขที่จริยธรรมวิจัย ND 01/2019 คณะผู้วิจัยได้แจ้งวัตถุประสงค์และสอบถามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างให้เวลาในการ

ตัดสินใจก่อนเข้าร่วมดำเนินกิจกรรมทุกขั้นตอน ไม่เปิดเผยนามผู้ให้ข้อมูล เก็บเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมทั้งให้อิสระผู้ร่วมศึกษาถอนตัวหรือยุติการเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดเวลาที่รู้สึกจะไม่สะดวก

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 สถานการณ์ปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 จากการทบทวนเวชระเบียนพบว่ามีกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ปี 2560-2562 จำนวน 1,705 ราย 1,870 ราย และ 1,962 รายตามลำดับ และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ปี 2560-2562 จำนวน 1,591 ราย 1,772 ราย และ 1,968 รายตามลำดับ จากการทบทวนผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่า eGFR เดือน มกราคม 2562 พบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3a อำเภอนาอน มีค่า eGFR 45-60 มล./นาที/1.73ตร.ม.เท่ากับ 250 คน ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3b มีค่า eGFR <45 มล./นาที/1.73ตร.ม.เท่ากับ 82 คน รวมมีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 อำเภอนาอนจำนวน 332 คน ซึ่งมีแนวโน้มที่จะเป็นระยะที่ 4 เพิ่มขึ้น

การสนทนากลุ่มพบปัญหาอุปสรรคดังนี้ 1) การทำงานเป็นทีมยังไม่มีประสิทธิภาพไม่มีโครงสร้างองค์กรและบทบาทที่ชัดเจนในการทำงานไม่มีการวางแผนการทำงานอย่างเป็นระบบ สถานที่จัดให้บริการ ไม่เป็นสัดส่วน แออัด 2) ด้านกระบวนการดำเนินงานไม่มีการบริหารจัดการแก้ปัญหาอย่างจริงจังไม่มีแนวทางการปฏิบัติงาน ไม่มีทีมสหวิชาชีพ ไม่มีระบบการติดตามเยี่ยมบ้าน ข้อมูลไม่เป็นปัจจุบัน 3) ด้านผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และผู้ดูแลพบว่า ขาดผู้ดูแลต่อเนื่อง ขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคที่เป็น รวมถึงพฤติกรรมบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสม อีกทั้งผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 จะเป็นกลุ่มคนที่มีอายุมาก 4) ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน ไม่มีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วย ชุมชนขาดความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันโรคไตเรื้อรัง

ระยะที่ 2 กระบวนการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 เป็นการนำผลการวิจัยจากระยะที่ 1 มาวิเคราะห์และหาแนวทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ดังต่อไปนี้

2.1 จัดตั้งทีมสหวิชาชีพ ร่วมกันจัดทำแนวทางการ

ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ให้ได้ตามมาตรฐาน สร้างทีมพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ และนักกายภาพบำบัด

2.2 ทำแผนปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วยให้สอดคล้องกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของเขตสุขภาพที่ 7 เป้าหมายเพื่อชะลอการเสื่อมของไต และระวังรักษาภาวะแทรกซ้อนโดยมีแนวทาง การดูแลผู้ป่วยบูรณาการร่วมกับคลินิกโรคเรื้อรัง

2.3 ทำแผนการจัดอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรสาธารณสุข อสม. ผู้นำชุมชนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และผู้ดูแล

2.4 ทำแผนจัดระบบบริการในโรงพยาบาลโดยกำหนดสถานที่จัดทำคลินิกโรคไตเรื้อรัง การนัดหมายผู้ป่วยมีการจัดเตรียมแฟ้มประวัติของผู้ป่วยล่วงหน้า 1 วัน มีการซักประวัติการเจ็บป่วย ตรวจคัดกรอง ประเมินอาการ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ มีการวางแผนร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ จัดตารางการให้สุขศึกษา การฝึกปรุงอาหารเพื่อเรียนรู้ร่วมกัน มีการจัดเก็บข้อมูลโดยใช้โปรแกรม Hos-Xp มีการติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ ร่วมกับ อสม. ผู้นำชุมชน จัดระบบเพื่อให้มีการสนับสนุนการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนการทำกลุ่มการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และผู้ดูแล

2.5 เสริมสร้างพลังในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ/หรือผู้ดูแลรวมทั้งจัดการอารมณ์โดยได้จัดรูปแบบการบริการแก่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ในรูปแบบ 1ค+2อ+1ส ดังนี้ 1ค : ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง 2อ: คือความรู้เรื่องอาหารในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและการออกกำลังกายที่เหมาะสม 1ส: สมาธิ SKT 3 ท่า

2.6 การดูแลต่อเนื่องในชุมชน โดยความร่วมมือของ อสม. กลุ่มผู้นำชุมชนร่วมจัดตั้งชุมชนรักไตต้นแบบ มีการกำหนดมาตรการ การดูแลชุมชนตนเอง โดยจัดตั้งคณะกรรมการหมู่บ้าน รับผิดชอบห้ามการจำหน่ายยาชุด ลดการกินน้ำหวาน น้ำอัดลม ให้ความรู้เรื่องอาหารรสเค็ม การปรุงอาหารรับประทานเอง มีการทำเศรษฐกิจพอเพียงในครอบครัว เช่น การปลูกผัก การเลี้ยงไก่ เลี้ยงปลา

2.7 มีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่

3 ซึ่งเดิมไม่มีรูปแบบที่แน่นอน ทำงานโดย อสม.และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่เท่านั้น ต่อมาการจัดตั้งชมรมคนรักไตทุกตำบลโดยความร่วมมือของผู้นำชุมชน อสม. และประชาชนในพื้นที่

2.8 มีจิตอาสาหรือเรียก Care giver ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน

ระยะที่ 3 ได้นำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 สู่การปฏิบัติ ดังนี้

3.1 การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ในโรงพยาบาล มีการดำเนินงานดังนี้

(1) มีการจัดตั้งคลินิกโรคไตเรื้อรังในโรงพยาบาลนาตุน จัดสถานที่คลินิกพิเศษ กำหนดให้บริการทุกวันจันทร์และวันพุธ คือ 2 วัน/สัปดาห์ให้บริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และกำหนดผู้รับผิดชอบงานชัดเจนมีคำสั่งเป็นลายลักษณ์อักษร

(2) พัฒนาศักยภาพบุคลากรประกอบด้วย ทีมสหวิชาชีพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม.ผู้นำชุมชน ผู้ดูแลโดยการอบรมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้ ในรูปแบบ 1ค+2อ+1ส

(3) พัฒนาการประสานงานและการส่งต่อ เพื่อให้เกิดความสะดวกรวดเร็วในการปฏิบัติงาน โดยใช้รูปแบบเอกสารส่งต่อ เอกสารอิเล็กทรอนิกส์ เช่น LINE กลุ่มข้อความอิเล็กทรอนิกส์โทรศัพท์เคลื่อนที่

(4) พัฒนาแนวทางการให้คำปรึกษาโรคไตเรื้อรัง โดยมีแพทย์และพยาบาล ผู้รับผิดชอบงานให้คำปรึกษาประจำกลุ่มงานโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลนาตุน

(5) จัดบริการในคลินิกโรคไตเรื้อรัง โดยใช้รูปแบบกิจกรรม 1ค+2อ+1ส

(6) มีขั้นตอนการให้บริการ ในคลินิกโรคไตเรื้อรัง มีพยาบาลวิชาชีพ เป็นผู้ประสานงานในการบริหารจัดการดูแลในภาพรวม โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และมีทีมสหวิชาชีพร่วมวางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วย ทั้งด้านสุขภาพทางกาย สุขภาพจิตและสังคม

(7) กำหนดขั้นตอนการทำกิจกรรมกลุ่มให้ความรู้พบทีมสหวิชาชีพ โดยแบ่งผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ออกเป็น 2 กลุ่มใช้รูปแบบกิจกรรม 1ค+2อ+1ส ในการทำกิจกรรมกลุ่ม ได้มีการติดตามประเมินผลการตรวจ eGFR

(8) มีทีมติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ทุก 3 เดือน เพื่อเสริมสร้างกำลังใจ และติดตามอาการ

ทบทวนพฤติกรรมการดูแลตนเอง

3.2 การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ในชุมชน มีการดำเนินงานดังนี้

(1) โรงพยาบาลนาคูนและ รพ.สต. ทั้ง 12 แห่ง ได้จัดบริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต โดยนำรูปแบบการจัดกิจกรรม 1ค +2อ+1ส มาใช้ และดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

(2) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 มีการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนทางไต มีการตรวจ eGFR 2 ครั้ง/ปี ได้นำข้อมูลมาพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 อำเภอนาคูน

(3) ประสานงานให้คำปรึกษาระหว่างทีมสหวิชาชีพ เชื่อมโยงไปถึง รพ.สต.และมีการส่งต่อผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้ง่าย และได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

(4) จัดตั้งชุมชนรักษไตต้นแบบ ในปี 2560 จำนวน 1 แห่ง ที่บ้านหนองหิน ม.10 ต.หัวดง อ.นาคูน จ.มหาสารคาม มีการดำเนินงานโดย 1) มาตรการเฝ้าระวัง ติดตาม และการคัดกรองโรคและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคระดับชุมชน 2) การสร้างความตระหนักในการดูแลสุขภาพในระดับชุมชน 3) จัดมาตรการเสริมสร้างสิ่งแวดล้อมลดเสี่ยงและการจัดการโรคไตเรื้อรังโดยชุมชน

ระยะที่ 4 การประเมินผลการพัฒนารูปแบบ

4.1 ผลการประเมินทดสอบความรู้ ของบุคลากรสาธารณสุข พบว่าหลังการฝึกอบรมมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการฝึกอบรม โดยคะแนนเฉลี่ยของความรู้บุคลากรสาธารณสุขก่อนและหลังการฝึกอบรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการทดสอบความรู้บุคลากรสาธารณสุข (n=20)

การทดสอบ	Mean (SD.)	Mean difference	t	p-value
ก่อนเรียน	11.00 (0.85)	3.45	10.26	<.001
หลังเรียน	14.45 (1.05)			

4.2 ผลการประเมินทดสอบความรู้ของผู้ดูแล พบว่าหลังการฝึกอบรมมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการฝึกอบรมโดยคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลังการฝึกอบรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <.001) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการทดสอบความรู้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3 (n=60)

การทดสอบ	Mean(SD.)	Mean difference	t	p-value
ก่อนเรียน	9.72 (0.82)	2.25	11.83	<.001
หลังเรียน	11.97 (0.93)			

4.3 ผลการประเมินทดสอบความรู้ของ อสม./ผู้นำชุมชน พบว่า หลังการฝึกอบรมมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการฝึกอบรมโดยคะแนนเฉลี่ยความรู้ อสม./ผู้นำชุมชน ก่อนและหลังการฝึกอบรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <.001) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการทดสอบความรู้ อสม./ผู้นำชุมชน (n=30)

การทดสอบ	Mean (SD.)	Mean difference	t	p
ก่อนเรียน	10.80 (1.54)	2.07	8.46	<.001
หลังเรียน	12.87 (1.00)			

4.4 ผลการตรวจ อัตราการกรองของไต (eGFR) ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 จำนวน 60 คน เก็บข้อมูล 2 ครั้ง พบว่าแต่ละกลุ่มมีค่าเฉลี่ย ครั้งที่ 1-2 มีดังนี้ 50.79 มล./นาที/1.73ตร.ม. และ 54.57 มล./นาที/1.73 ตร.ม. ตามลำดับ มีแนวโน้มดีขึ้น ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการค่า eGFR จำนวน 2 ครั้ง

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ	กลุ่ม eGFR (มล./นาที/1.73 ตร.ม.)	จำนวนคน	มค.	ครั้งที่ 1 เม.ย.	ครั้งที่ 2 ก.ค.
3a	45-60	38	54.18	57.20	60.86
3b	<45	22	39.63	44.38	48.28
		60	46.91	50.79	54.57

4.5 ความพึงพอใจของสหวิชาชีพ ต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 จำนวน 20 คน พบว่าพึงพอใจการวางแผน กำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการทำงานและในการให้บริการตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ระดับความพึงพอใจระดับมากที่สุด (Mean = 4.85 ,SD.= 0.37) และความพึงพอใจโดยรวมระดับมากที่สุด (Mean = 4.80 ,SD.= 0.41) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงผลความพึงพอใจของสหวิชาชีพ ต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3

รายการประเมิน	Mean	SD.	แปลผล
1. การวางแผนกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการทำงาน	4.85	0.37	มากที่สุด
2. ทำงานร่วมกัน	4.80	0.41	มากที่สุด
3. สามารถติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ	4.80	0.41	มากที่สุด
4. ความคล่องตัวในการทำงาน	4.75	0.44	มากที่สุด
5. ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล	4.75	0.44	มากที่สุด
6. การพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง	4.80	0.41	มากที่สุด
7. โอกาสแลกเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนาการทำงานร่วมกัน	4.75	0.44	มากที่สุด
8. ประเมินผลและร่วมกันทบทวนการทำงานเมื่อเสร็จสิ้นทุกครั้ง	4.80	0.41	มากที่สุด
9. การให้บริการตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3	4.85	0.37	มากที่สุด

ตารางที่ 5 (ต่อ) แสดงผลความพึงพอใจของสหวิชาชีพ ต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3

รายการประเมิน	Mean	SD.	แปลผล
ความพึงพอใจโดยรวม	4.80	0.41	มากที่สุด
4.6 ความพึงพอใจของญาติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 พบว่าแพทย์และพยาบาลให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษาและพยาบาลมีความสนใจในการดูแลผู้ป่วยและติดตามผลการรักษาเป็นอย่างดี ระดับความ	พึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.97, SD. = 0.18) และ ความพึงพอใจโดยรวมระดับมากที่สุด (Mean = 4.93, SD. = 0.25) ดังแสดงในตารางที่ 6		

ตารางที่ 6 ความพึงพอใจของญาติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3

รายการ	Mean	SD.	แปลผล
1. เจ้าหน้าที่ให้บริการด้วยความเต็มใจ ยินดี กระตือรือร้น	4.93	0.25	มากที่สุด
2. เจ้าหน้าที่ให้บริการด้วยความสะดวก รวดเร็ว	4.92	0.28	มากที่สุด
3. เจ้าหน้าที่แจ้งขั้นตอนและเงื่อนไขการให้บริการ ชัดเจน	4.92	0.28	มากที่สุด
4. สามารถสอบถามหรือขอคำแนะนำต่อบริการต่างๆ ได้อย่างสะดวก รวดเร็ว	4.93	0.25	มากที่สุด
5. ความสะดวกในการประสานงาน-การส่งต่อรักษา	4.93	0.25	มากที่สุด
6. การจัดลำดับขั้นตอนการบริการตามสภาพการเจ็บป่วย	4.93	0.25	มากที่สุด
7. การดูแลเอาใจใส่และการมีจิตสำนึกในการให้บริการ	4.93	0.25	มากที่สุด
8. แพทย์และพยาบาลให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษา	4.97	0.18	มากที่สุด
9. แพทย์มีความสนใจในการตรวจรักษาผู้ป่วยและติดตามผลการรักษาเป็นอย่างดี	4.95	0.22	มากที่สุด
10. พยาบาลมีความสนใจในการดูแลผู้ป่วยและติดตามผลการรักษาเป็นอย่างดี	4.97	0.18	มากที่สุด
โดยรวม	4.93	0.25	มากที่สุด

4.7 การสังเกตแบบมีส่วนร่วม โดยผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย สังเกตการทำงานของทีมสหวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในคลินิก โรคไตเรื้อรังและในชุมชนจากการดำเนินงานตามรูปแบบ ดังกล่าวพบว่า ผลการตรวจ ค่า eGFR ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 3 จำนวน 60 คน มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น ด้านผู้ดูแลพบว่ามีความรู้ และตระหนักในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ด้าน บริการที่คลินิกโรคไตเรื้อรัง ได้รูปแบบการทำการกิจกรรมกลุ่ม โดยทีมสหวิชาชีพ คือ 1ค+2อ+1ส ในชุมชนเกิดชุมชนรักษ์ ไตต้นแบบให้กับชุมชนอื่น ปัญหาและอุปสรรคที่พบคือ ความต่อเนื่องในการจัดรูปแบบการบริการ ตลอดจนถึงการ เยี่ยมติดตามผู้ป่วยยังไม่ต่อเนื่อง

4.8 ผลจากการสนทนากลุ่มพบว่ามีความคิดเห็น สอดคล้องกันเกี่ยวกับการปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยโรค ไตเรื้อรังระยะที่ 3 มีความรู้เพิ่มมากขึ้น เพิ่มทักษะในการ

ปฏิบัติงานมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย อีกทั้งมีแนวทาง ในการทำงานที่เป็นรูปธรรมชัดเจนสามารถลดขั้นตอนการ ดูแลผู้ป่วยให้ง่ายต่อการปฏิบัติงานทำให้เกิดคุณภาพและ ประสิทธิภาพ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความซับซ้อนในการดูแล รักษา ดังนั้นการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 เจ้าหน้าที่ทุกคนที่เกี่ยวข้อง จึงต้องมีความรู้ ความชำนาญ และใส่ใจผู้ป่วยให้รอบด้าน ยึดตามมาตรฐานการให้ บริการ

4.9 ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไต เรื้อรังระยะที่ 3 โดยนำข้อมูลจากการดำเนินการรูปแบบเดิม และรูปแบบใหม่มาเปรียบเทียบกันพบว่า รูปแบบการดูแล ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 แบบใหม่มีคำสั่ง นโยบาย ขั้นตอนการดำเนินงาน กระบวนการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งมีเครือ ข่าย ที่ชัดเจนกว่ารูปแบบเดิม ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ตารางการเปรียบเทียบ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 รูปแบบเดิมและรูปแบบใหม่

รูปแบบ	เดิม(ก่อน)	ใหม่(หลัง)
คำสั่งนโยบาย	- ไม่มีเป็นลายลักษณ์อักษร	- มีการแต่งตั้งคณะทำงานชัดเจนเป็น รูปธรรม - กำหนดนโยบาย ชัดเจนตาม แนวทางจังหวัด และเขตสุขภาพที่ 7
กระบวนการดูแล ผู้ป่วย	- บริการร่วมกับคลินิกโรคเรื้อรัง - ตรวจรักษาโดยแพทย์ประจำคลินิกโรค เรื้อรัง ไม่มีแพทย์ พยาบาลประจำคลินิก - มีสหวิชาชีพบางสาขาที่ร่วมให้บริการ - ไม่มีการทำงานเป็นทีม	- จัดตั้ง คลินิกโรคไตเรื้อรัง - กำหนดผู้รับผิดชอบงาน ชัดเจน - มีทีมสหวิชาชีพ ครบทุกงานที่ เกี่ยวข้อง - มีการเชื่อมโยงข้อมูลในการดูแล ผู้ป่วย - มีแนวทางการปฏิบัติในหน่วยงาน
การเยี่ยมบ้าน	- ไม่มีแนวทางการทำงาน ที่ชัดเจน - ไม่มีข้อมูลผู้ป่วยมาตามนัด/ ขาดนัด - ไม่มีการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย	- มีรูปแบบการทำกลุ่มคือ 1ค+2อ+1ส - จัดเก็บข้อมูลขาดนัด เพื่อติดตาม เยี่ยมบ้าน - มีการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ อสม
ระบบข้อมูล	- การจัดเก็บข้อมูลไม่เป็นปัจจุบัน	- มีการจัดเก็บข้อมูลโดยใช้โปรแกรม Hos-Xp - ข้อมูลเป็นปัจจุบัน สืบค้นสะดวกรวดเร็ว
การส่งต่อ เครือข่ายและ ชุมชน	- ตามแนวทางรักษาของแพทย์ - ไม่มี	- มีแนวทางปฏิบัติส่งต่อทุกระดับ - มีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยมีชุมชน รักษ์ต้นแบบและ มีจิตอาสาดูแล ผู้ป่วยในชุมชน

วิจารณ์

ผลการศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดมหาสารคาม พบว่าได้รับแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล โดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมระหว่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ผู้ดูแล บุคลากรสุขภาพ อสม. และแกนนำชุมชน ได้แก่ นายกองค์การบริหารส่วนตำบล กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ตัวแทนประชาชน เป็นต้น มีกิจกรรมหลักที่สำคัญ คือรูปแบบกิจกรรม 1ค+2อ+1ส ทั้งนี้เนื่องจาก การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ เป็นการให้บุคคลเข้ามามีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรม อีกทั้งการมีส่วนร่วมในผลประโยชน์เกี่ยวกับคุณภาพการบริการ ซึ่งผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือสนับสนุนและให้กำลังใจ รวมทั้งกระตุ้นเตือนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ อสม. มีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้ในชุมชนและเป็นผู้นำด้านสุขภาพภาคประชาชน สนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการประสานงานบุคลากรสุขภาพมีบทบาทสำคัญในการจัดระบบบริการให้ได้ตามมาตรฐานผู้ป่วยได้รับการบริการสุขภาพที่เหมาะสมให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเฝ้าระวัง ติดตามปัญหาสุขภาพในชุมชน และชุมชนมีบทบาทสำคัญในการสร้างความตระหนักถึงความรุนแรงของโรคไตเรื้อรัง ปัจจัยเสี่ยงของโรครวมถึงร่วมมือในการเสริมสร้างสิ่งแวดล้อมที่ดี ลดเสี่ยง และเอื้อต่อสุขภาพดี ซึ่งการมีส่วนร่วมในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพร่วมกัน ก่อให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่อง ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ ช่วยให้เกิดความตระหนักในปัญหาสุขภาพของตนเองและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อชะลอไตเสื่อม สอดคล้องกับการศึกษาของสุนิรัตน์ สิงห์คำ⁹ ในการเสริมสร้างพลังภาคีเครือข่ายของผู้ดูแลโรคไตเรื้อรังที่มีรูปแบบความร่วมมือของภาคีเครือข่ายต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง มีการพัฒนาศักยภาพชมรมโรคไตเรื้อรังครอบคลุม รพ.สต. ทุกแห่งพัฒนาศักยภาพเยาวชนจิตอาสาในโรงเรียนต้นแบบในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เชิงปฏิบัติการมีการนำเสนอสถานการณ์ข้อมูลโรคไตเรื้อรังในพื้นที่คืนสู่ชุมชนมีกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยใช้โมเดล 4C คือClass, Camp, Club, CoPs และกิจกรรมเชิงปฏิบัติการ 4 ฐาน คือฐานที่ 1 ฐานความรู้ ฐานที่ 2 ฐานยา ฐานที่3 ฐานอาหาร ฐานที่ 4 ฐานการออกกำลังกายและสุขภาพจิต และพบว่าสามารถชะลอไตเสื่อมและลดระยะ

ความรุนแรงของโรคไตเรื้อรัง และการศึกษาของแพรวทิพย์ สุธีรประเสริฐ และวราทิพย์ แก่นการ¹⁰ ที่พบว่า โปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อชะลอโรคไตเรื้อรังในชุมชนเมือง จังหวัดขอนแก่น ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการชะลอไตเสื่อม ได้แก่ ผู้ป่วยมีอัตราการครองชีพที่ดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม ส่วนผลลัพธ์เกี่ยวกับดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวไม่แตกต่างกันและสอดคล้องกับการศึกษาของวิภาพร สติศาสตร์และคณะ¹¹ ที่พบว่า อสม.เป็นแกนนำหลักทางสุขภาพของชุมชน เป็นผู้ทำงานกับชุมชน

นอกจากนี้ รูปแบบกิจกรรม 1ค+2อ+1ส เป็นกิจกรรมที่มีความเหมาะสมกับบริบทผู้ป่วยพื้นที่ อำเภอหาดใหญ่ เพราะเป็นรูปแบบที่ผ่านการทำเวทีประชาคมในระดับหมู่บ้านระดับตำบล ระดับอำเภอมีการระดมแนวคิดจากหลายภาคส่วน จึงเกิดรูปแบบนี้ขึ้นมา พบว่าผลดี ด้านบุคลากรสุขภาพซึ่งได้นำรูปแบบ 1ค+2อ+1ส ไปดำเนินกิจกรรมการให้บริการ ทุก รพ.สต. และมีการปรับใช้ ตามสภาพปัญหาและบริบทในพื้นที่นั้น ก่อให้เกิดความยั่งยืนในการดำเนินงานด้านผู้ป่วยและผู้ดูแล มีความรู้เพิ่มขึ้น นำมาสู่ความตระหนักในการเจ็บป่วย ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองให้ดียิ่งขึ้น ส่งผล ทำให้ชะลอไตเสื่อมได้ จะเห็นได้ว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลโดยมีปัจจัยเงื่อนไขที่ส่งเสริมความสำคัญในการพัฒนารูปแบบและนำรูปแบบไปใช้ ได้แก่ บุคลากรสุขภาพ มีทีมงานที่เข้มแข็ง มุ่งมั่นตั้งใจ และดำเนินงานอย่างต่อเนื่องด้านผู้ป่วยและผู้ดูแลให้ความร่วมมือในการดูแลสุขภาพของตนเองเป็นอย่างดี ชุมชนมีเครือข่ายในการสนับสนุนช่วยเหลือการดำเนินงานให้บรรลุวัตถุประสงค์

ข้อเสนอแนะ

1. ก่อนนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ไปใช้ควรมีการอบรมบุคลากรให้มีความรู้เฉพาะเกี่ยวกับเรื่องการประเมินอาการและการดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 เพื่อเพิ่มความเข้าใจของพยาบาลให้สามารถใช้แนวปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 โดยรูปแบบ 1ค+2อ+1ส ที่พัฒนาขึ้นควรได้รับการปรับปรุง

อย่างต่อเนื่องให้สอดคล้องกับบริบทในการให้บริการ และพัฒนาให้สอดคล้องกับความรู้และวิทยาการที่เกิดขึ้นใหม่

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยและทีมงาน ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลนาคูที่ให้การสนับสนุนการวิจัย ในครั้งนี้ นอกจากนี้ผลสำเร็จของการดำเนินงาน เกิดจากความร่วมมือเป็นอย่างดีของทีมสหวิชาชีพ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกคน รวมถึง ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และผู้ดูแลทุกท่าน ที่กรุณาให้ข้อมูลและมีส่วนร่วมจนทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ตลอดการวิจัยครั้งนี้คณะผู้วิจัยจึงขอขอบพระคุณทุกๆ ท่าน มา ณ ที่นี้

เอกสารอ้างอิง

1. ประเสริฐ ธนกิจจารุ. สถานการณ์ปัจจุบันของโรคไตเรื้อรังในประเทศไทย. วารสารกรมการแพทย์ 2558 ; 5(5) : 17.
2. กองการแพทย์ทางเลือก กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข. คู่มืออาหารบำบัดโรคไตเสื่อม. 2563 ; 6-9.
3. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการเสริมสร้างสุขภาพ. คนไทยป่วยโรคไตติดอันดับ 3 ของอาเซียน [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการเสริมสร้างสุขภาพ ; 2561. [เข้าถึงเมื่อ 18 พฤษภาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก : <http://www.thaihealth.or.th/Content/30963.html>.
4. จุฑามาศ วาริแสงทิพย์. การฟื้นฟูคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยธรรมปฏิบัติ. กรุงเทพฯ : เอ็มเอ็นเตอร์ไพรส์ ; 2553.
5. ศัทธิตยา อุดติ, ญัฐนิช จันทจิราภิวัต. ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยวิธีการขจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องต่อเนื่อง. สงขลานครินทร์เวชสาร 2550 ; 25(3) : 171-7
6. สุนิรัตน์ สิงห์คำ. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน โดยการเสริมสร้างพลังภาคีเครือข่ายแบบมีส่วนร่วม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2559 ; 13(3) : 92-9.
7. Domrongkitchaiporn S, Sritara P, Kitiyakara C. Risk factors for development of decreased kidney function in a Southeast Asian population : a 12-year cohort study. J Am Soc Nephrol 2005 ; 16(3) : 791-9.
8. Guntachuvessiri S, Pothishat S, ngowsiri J. Guideline screening and treatment of diabetes and hypertension in kidney disease patients (1st Edition). Bangkok. Thailand Healthy Strategic Management Office .The Agricultural co- perative Rederation of Thailand, LTD. 2012.
9. สุนิรัตน์ สิงห์คำ.การเสริมสร้างพลังภาคีเครือข่ายของผู้ดูแลโรคไตเรื้อรัง. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2562 ; 16(3), 149-58.
10. แพรวทิพย์ สุธีรประเสริฐ ,วราทิพย์ แก่นการ. ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อชะลอโรคไตเรื้อรังในชุมชนเมือง จังหวัดขอนแก่น. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2561 ; 36 (4) : 43-51.
11. วิภาพร สิทธิศาสตร์, ฤทธิ เตชาดิวัฒน์, นิทรา กิจธีระวุฒินิช, ศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์. ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์ กับผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนในการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2558 ; 9(1) : 25-31.