

การวิเคราะห์สถานการณ์: การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตในเขตชุมชนเมือง*

อังสุมาลิน กรมทอง พย.ม**

ณัฐชา ปันนิก วังศ์ชาติ ปส.ด.*** วิลาวัณย์ ชมนิรัตน์ ปส.ด****

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและโรคไตในหน่วยบริการปฐมภูมิของเทศบาลนครขอนแก่นด้วยวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ซึ่งอยู่ในขั้นตอนการวางแผนการวิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง จำนวน 57 คน สัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้างในกลุ่ม 1) ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนเป็นไตเรื้อรัง ระยะที่ 3 2) สมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลัก 3) ทีมสหวิชาชีพ และ 4) ผู้บริหารหน่วยบริการสุขภาพ ใช้การสนทนากลุ่มกับอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และผู้บริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยและคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 0.85 0.85 0.83 0.83 และ 0.85 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบประเด็นสำคัญคือ 1) ความรู้และทักษะการจัดการดูแลตนเองไม่มีประสิทธิภาพ 2) ระบบบริการไม่มีประสิทธิภาพ รูปแบบบริการสุขภาพขาดประสิทธิภาพ 3) ขาดการสนับสนุนการตัดสินใจที่เพียงพอ 4) ขาดการใช้ข้อมูลอย่างเป็นระบบ 5) ไม่ครอบคลุมนโยบายสาธารณะของชุมชนที่เอื้อต่อสุขภาพ 6) สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพไม่เพียงพอ และ 7) การเสริมพลังชุมชนไม่ได้ผล

มีข้อเสนอเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตในเขตเมืองมีความเหมาะสม ดังนี้ 1) ให้การสนับสนุนเชิงนโยบายในทุกระดับ 2) จัดระบบการทำงาน แนวทางการดำเนินงานและความรับผิดชอบที่กำหนดของผู้เข้าร่วมการดูแล และ 3) จัดสภาพแวดล้อมด้านสุขภาวะทางร่างกายและสังคมที่เอื้อต่อการดูแลและการเรียนรู้พยาบาลชุมชนสามารถนำข้อมูลเหล่านี้มาพิจารณาวางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยกลุ่มนี้

คำสำคัญ: การดูแลในชุมชน ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ภาวะแทรกซ้อนทางไต สถานการณ์การดูแล

วันที่รับบทความ 28 ธันวาคม 2565 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 8 มิถุนายน 2566 วันที่ตอบรับบทความ 10 มิถุนายน 2566

*งานวิจัยเรื่องนี้ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากทุนสนับสนุนฐานของมหาวิทยาลัยขอนแก่น

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 5 (หนองใหญ่) เทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

***อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้จัดทำบทความต้นฉบับ อีเมล nadcwo@kku.ac.th

****รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

A situational analysis: A care for patients with chronic diseases and renal complications in the Urban community*

Ungsumalin Kromthong M.N.S.**

Nadchanan Wongchalee Ph.D.*** Wilawan Chomnirat Ph.D.****

Abstract

This research is part of the development of a care system for patients with chronic diseases and kidney disease in the primary care unit of Khon Kaen Municipality using action research approach. This article was in the planning stage of its study. Fifty- seven informants were selected by using purposive sampling. Semi-structured in-depth interviews were conducted in 1) chronically ill patients with complications of stage 3 chronic kidney disease; 2) family members, who were primary caregivers; 3) multidisciplinary teams; and 4) health care unit administrators. focus groups were carried out with public health volunteers, community leaders, and health insurance fund administrators. Research instruments were verified and obtained content validity index at 0.85, 0.85, 0.83, 0.83, and 0.85, respectively. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and qualitative data were analyzed using content analysis.

The study findings revealed that main issues were: 1) ineffective self-management knowledge and skills; 2) inefficient service system and health service models; 3) inadequate decision support; 4) lack of systematic use of information; 5) not cover health promoting community public policies; 6) inadequate health-friendly environment; 7) unsuccessful community empowerment.

Proper care of patients with chronic disease and renal complications in urban areas, therefore, required 1) policy support at all levels; 2) work systems, operational guidelines and defined responsibilities of care participants; as well as 3) physical and social health environment that supports caring and learning. Thus, community nurses can use this information in planning of care and treatment for chronic ill patients with renal complication in order to improve their quality of life.

keywords: community care; patients with chronic diseases; renal complications; caring situation

Received 28 December 2022 Revised 8 June 2023 Accepted 10 June 2023

*This research was supported by the Fundamental Fund of Khon Kaen University

**Registered Nurse, Professional Level, Public Health Service Center 5 (Nong Yai) Khon Kaen Municipality, Khon Kaen Province

***Lecturer, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Corresponding author, E-mail: nadcwo@kku.ac.th

****Associate Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases: NCDs) เป็นโรคไม่ติดต่อประกอบด้วย โรคหัวใจและหลอดเลือด (โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง) โรคเบาหวาน โรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง โรคเบาหวาน¹ โรคไขมันในเลือดสูง ภาวะน้ำหนักเกิน และโรคอ้วน^{2,3} เป็นสาเหตุการเสียชีวิตหรือพิการของประชากรทั่วโลกมากกว่า ร้อยละ 65 ของการเสียชีวิตทั้งหมดโดยเฉพาะในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง^{1,4} มีความสัมพันธ์โดยตรงกับพฤติกรรมในการดำเนินชีวิต ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอเหมาะสม การบริโภคอาหารไม่เหมาะสมน้ำหนักเกิน^{2,5} สำหรับประเทศไทยจากรายงาน ปี พ.ศ. 2564 ของกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค พบประชากรไทยเสียชีวิตจากโรคเรื้อรังไม่ติดต่อด้วยโรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรังมากที่สุด อย่างไรก็ตามพบความชุกของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้น ร้อยละ 9.5 และ 25.4 ตามลำดับและมีแนวโน้มการป่วยเพิ่มมากขึ้นเมื่อเทียบกับโรคเรื้อรังอื่น ๆ² และการดำเนินโรคจะมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นหากไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้⁶ เกิดพยาธิสภาพและภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญต่อร่างกายผู้ป่วย ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคไตเรื้อรัง โรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease: CKD) เป็นโรคที่เกิดการเสื่อมของการทำงานของไตและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นโดยสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดโรคไตเรื้อรังในประเทศไทยเกิดจากผลกระทบจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง⁷ กลไกการเสื่อมจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเกิดจากระดับน้ำตาลในเลือดสูงเรื้อรังส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือดฝอย ผนังหลอดเลือดหนาขึ้น ต้องใช้ความเร็วและแรงดันเลือดที่เพิ่มขึ้น เลือดไหลไปส่วนปลายได้น้อยลงประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลงเกิดการเสื่อม

ของไต⁸ ร่วมกับการเสื่อมของไตจากกระบวนการเสื่อมของร่างกายหรือการสูงอายุ⁹ โรคไตเรื้อรัง นิยมคิดตามค่าอัตราการกรองของไต (Estimated Glomerular Filtration Rate: eGFR) อัลบูมินในปัสสาวะ แบ่งเป็น 5 ระดับ เป้าหมายการดูแลที่สำคัญในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต โดยผู้ป่วยที่มีค่า eGFR ระดับ 1-3 เน้นการป้องกันความเสื่อมของไต และผู้ป่วยที่มีค่า eGFR ระดับ 4-5 เน้นการชะลอการเกิดไตวายเรื้อรัง¹⁰ โดยภาวะแทรกซ้อนจากไตเรื้อรังในระยะที่ 1-3 จะไม่สามารถสังเกตได้หรือไม่ค่อยส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยมากนักแต่เริ่มมีการเสื่อมของไตอย่างชัดเจนในระยะที่ 3 และจะปรากฏชัดต่อผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยมีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 4 โดยพบอาการแสดงคือซีด อ่อนเพลีย ปัสสาวะออกลดลง บวม¹¹ และรบกวนการใช้ชีวิตประจำวันเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (end stage renal disease: ESRD) โดยพบอาการแสดงที่สำคัญคือ ขาและหน้าบวม นอนราบไม่ได้ หายใจหอบเหนื่อย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาจเจียน น้ำหนักลด โดยระยะนี้จะต้องได้รับการรักษาทดแทนไตด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องหรือการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม¹² ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวทั้งด้านจิตใจ ด้านเศรษฐกิจ และด้านสังคม เช่น เกิดภาวะวิตกก ภาวะเครียด เกิดการปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ของผู้ป่วยหรือครอบครัว การเพิ่มของรายจ่ายในการดูแลรักษาของผู้ป่วยและครอบครัว เป็นต้น¹³

การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ประสบความสำเร็จเชิงประจักษ์ประกอบด้วย 3 รูปแบบ ได้แก่ 1) รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (chronic care model: CCM) มุ่งเน้นผลลัพธ์และการให้บริการทางคลินิก¹⁴ 2) รูปแบบนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง (innovative care for chronic conditions: ICC) มุ่งเน้นนโยบายการดูแลใน 3 ระดับให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระยะยาว¹⁵ และ 3) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังภาคขยาย (the expanded chronic care model: ECCM) ได้รับการพัฒนาต่อยอดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรค

เรื้อรัง (chronic care model: CCM) โดย Victoria J. Barr และคณะ¹⁶ โดยบูรณาการการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพและสนับสนุนการทำงานร่วมกันของหน่วยงานสุขภาพและองค์กรปกครองท้องถิ่นและชุมชน ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อชุมชน ครอบครัวและผู้ป่วยในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ศูนย์บริการ สาธารณสุขที่ 5 จังหวัดขอนแก่น ตั้งอยู่ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น จากรายงานปีที่ผ่านมาปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นปัญหาสำคัญของพื้นที่ นอกจากนี้ยังพบผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตเพิ่มขึ้นมากขึ้น โดยมีอัตราการกรองของไต (eGFR) ลดน้อยกว่า 90 ร้อยละ 37.99 และ 31.19 ตามลำดับของผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้งหมด ได้รับการรักษาทดแทนไตด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องหรือการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ร้อยละ 3.06 และเสียชีวิตจากภาวะไตวายเรื้อรัง ร้อยละ 1.22 ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต (ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 5 จังหวัดขอนแก่น, 2562) ด้วยเป็นหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิในสังกัดขององค์กรปกครองท้องถิ่น และต้องจัดบริการการดูแลสุขภาพเช่นเดียวกับหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิของกระทรวงสาธารณสุข จึงต้องเชื่อมโยงประสานนโยบายของทั้ง 2 องค์กรในการจัดบริการดูแลสุขภาพในชุมชน โดยได้รับความร่วมมือจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ส่งแพทย์เวชปฏิบัติสับเปลี่ยนมาร่วมออกตรวจในคลินิกโรคเรื้อรังร่วมกับทีมเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 5 อย่างไรก็ตามการดูแลโรคเรื้อรังยังเน้นการดูแลในคลินิก การวางแผนดูแลอย่างต่อเนื่องหรือการติดตามเยี่ยมบ้านยังไม่ต่อเนื่องครอบคลุมเนื่องจากบริบทของชุมชนเมือง ดังนั้นเพื่อให้เกิดการบูรณาการในการส่งเสริมป้องกันสุขภาพเกิดการทำงานเชื่อมประสานร่วมกันระหว่างหน่วยบริการสุขภาพองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชนและครอบครัวในการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องในระยะยาว คณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตในเขตชุมชนเมือง

เทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาและการจัดการดูแลตามบริบทของชุมชนต่อไป ซึ่งบทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ศูนย์สุขภาพชุมชน เทศบาลนครขอนแก่น โดยเป็นการศึกษาในระยะวิเคราะห์สถานการณ์ เพื่อให้ได้ข้อมูล ข้อเท็จจริงในบริบทของพื้นที่เพื่อนำไปสู่การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ศูนย์สุขภาพชุมชน เพื่อให้ระบบการดูแลมีความสอดคล้องกับปัญหาและบริบทของพื้นที่

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตในเขตชุมชนเมือง เทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์กรอบแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังภาคขยาย (expanded chronic care model) ของ Victoria J. Barr และคณะ¹⁶ เป็นกรอบในการศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตในเขตชุมชนเมือง ที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแบบบูรณาการและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเรื้อรังแบบองค์รวม เป็นกรอบในการศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตในเขตชุมชนเมือง ดังนี้ 1) การจัดการดูแลตนเองและการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (self-management/develop personal skill) 2) การออกแบบระบบบริการและการจัดรูปแบบบริการสุขภาพใหม่ (delivery system design/re-orient health services) 3) การสนับสนุนการตัดสินใจ (decision support) 4) ระบบข้อมูลสารสนเทศ (information systems) และระดับชุมชน ประกอบด้วย 5) การสร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ (build healthy public

policy) 6) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (create supportive environments) และ 7) การเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชน (strengthen community action)

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) ตามกรอบแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart¹⁷ ซึ่งมีกระบวนการพัฒนา 4 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะวางแผน (planning) ซึ่งจะประกอบด้วย ขั้นตอนการวิเคราะห์สถานการณ์ และนำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์มาวางแผนในการพัฒนา 2) ระยะปฏิบัติตามแผน (action) 3) ระยะสังเกตการณ์ (observation) 4) ระยะสะท้อนการปฏิบัติ (reflection) กระบวนการและผลของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และปรับปรุงแผนการปฏิบัติงาน (re-planning) แล้วนำไปสู่การปรับแผนใหม่อย่างต่อเนื่องเป็นวงจร สำหรับบทความนี้ได้นำเสนอการศึกษาในขั้นตอนการวิเคราะห์สถานการณ์ สถานการณ์ เพื่อให้ได้ข้อมูลข้อเท็จจริงในบริบทของพื้นที่เพื่อนำไปสู่การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ศูนย์สุขภาพชุมชน

ผู้ให้ข้อมูลและพื้นที่ในการศึกษา

พื้นที่ในการศึกษาคครั้งนี้ เป็นชุมชนเมืองในเขตเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น มีประชากร 5,100 คน อยู่ในความรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 5 จังหวัดขอนแก่นเป็นพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตสูง

ผู้วิจัยเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยเป็นผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ตรงในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงผู้ที่ทำหน้าที่รับผิดชอบกับการออกแบบระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะที่ 3 ประกอบด้วย 3 กลุ่มใหญ่ ได้แก่ (1) ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะที่ 3 (2) ผู้ดูแลหลักที่เป็นบุคคลในครอบครัว (3) ผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแล

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ประกอบด้วย (1) ทีมสหสาขาวิชาชีพ (2) ผู้บริหารของหน่วยงาน (3) อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน (4) ประธานชุมชนหรือผู้แทนประธานชุมชน และ (5) ผู้รับผิดชอบงานกองทุนสุขภาพของเทศบาลนครขอนแก่น รวมทั้งหมด 57 คน

เครื่องมือในการวิจัย

1) แนวทางสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับ 1.1) กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ประเด็นคำถามเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนดูแลจากครอบครัวและเจ้าหน้าที่หรือชุมชน ความต้องการการช่วยเหลือดูแลด้านต่างๆ 1.2) กลุ่มสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลหลัก ประเด็นคำถามเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่และชุมชน ความต้องการการช่วยเหลือดูแลด้านต่างๆ 1.3) กลุ่มทีมสหสาขาวิชาชีพ ประเด็นคำถามเกี่ยวกับระบบการดูแล แนวทางการดูแล การจัดเก็บข้อมูลและการส่งเสริมสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวและ 1.4) กลุ่มผู้บริหารหน่วยงาน ประเด็นคำถามเกี่ยวกับการรับทราบข้อมูลสถานการณ์ นำใช้ข้อมูลและแผนงานนโยบายเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต

2) แนวทางสนทนากลุ่มสำหรับกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน ประธานชุมชนและผู้รับผิดชอบงานกองทุนสุขภาพ ประเด็นเกี่ยวกับการรับรู้ข้อมูลสถานการณ์ แผนงาน กิจกรรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต รวมถึงข้อเสนอแนะต่างๆ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ด้วยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน คำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) ดังนี้ 1) แบบสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้างสำหรับกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต กลุ่มสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลหลัก กลุ่มทีมสหสาขาวิชาชีพ และกลุ่มผู้บริหารหน่วยงาน

มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.85, 0.85, 0.83, และ 0.83 ตามลำดับ 2) แบบสนทนากลุ่มสำหรับกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน ประธานชุมชนและผู้รับผิดชอบงานกองทุนสุขภาพ มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.85

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

การศึกษานี้ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยหลักสามเส้า (triangulation techniques)¹⁸ โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลหลายวิธีเพื่อยืนยันความถูกต้องของข้อมูล เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง การสนทนากลุ่ม การจัดหมวดหมู่ข้อมูลตามบุคคล เวลา สถานที่ และการปรึกษาหารือกับอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญข้อมูลเชิงคุณภาพ

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขโครงการ HE631094 ณ วันที่ 16 เมษายน 2563 และผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ของโรงพยาบาลขอนแก่น เลขโครงการ KEMOU63015 ณ วันที่ 11 มิถุนายน 2563 โดยผู้ให้ข้อมูลสามารถตัดสินใจเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา การให้ข้อมูลเลือกช่วงเวลาที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวก โดยข้อมูลจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลในภาพรวมไม่ระบุตัวตนและถูกทำลายภายหลังการวิจัยเสร็จสิ้น

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับความยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการเข้าพื้นที่แบบกึ่งทางการและแบบทางการ รายละเอียดดังนี้ 1) การสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง ผู้วิจัยเข้าพื้นที่ผ่านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จากนั้นทำการนัดหมายผู้ให้ข้อมูลตามในเวลาที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวก และขออนุญาตบันทึกข้อมูลระหว่างสัมภาษณ์ การสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละคน ใช้เวลาประมาณ 60-90 นาที 2) การสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยทำหนังสือ

นัดหมายกลุ่มผู้ให้ข้อมูลล่วงหน้า 1 สัปดาห์และขออนุญาตบันทึกข้อมูลระหว่างดำเนินการ ใช้เวลาในการสนทนากลุ่ม 90 นาที ถอดเทป เขียนสรุปข้อความที่ได้จากการสัมภาษณ์ ตีความ จัดประเด็นตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย เมื่อพบว่าข้อมูลยังไม่อิ่มตัว ผู้วิจัยได้ขอนัดหมายกลุ่มผู้ให้ข้อมูลเพื่อทำการสัมภาษณ์เพิ่มเติมจนข้อมูลอิ่มตัว

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)¹⁸ โดยถอดเทป พิจารณากลุ่มคำ ข้อความของผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย ทำความเข้าใจเนื้อหา ทบทวน ตีความหรือให้ความหมาย การจับประเด็นสำคัญ จัดหมวดหมู่ประเด็นย่อย คัดเลือกข้อความที่ให้อยู่ละเอียดตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยได้ที่สุด โดยใช้กรอบแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังภาคขยาย (expanded chronic care model) ของ Victoria J. Barr และคณะ¹⁶ เป็นแนวทางในการทำความเข้าใจและสรุปผลการศึกษาเนื้อหา

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล จำนวน 57 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่มใหญ่ ได้แก่ (1) ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต จำนวน 17 คน แบ่งเป็นเพศหญิงร้อยละ 64.7 เพศชาย ร้อยละ 35.5 ส่วนมากเป็นผู้สูงอายุ อายุระหว่าง 70-79 ปี ร้อยละ 58.80 ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังระหว่าง 1-3 ปี (2) ผู้ดูแลหลักที่เป็นบุคคลในครอบครัว จำนวน 14 คน แบ่งเป็นเพศชาย ร้อยละ 28.6 เพศหญิง ร้อยละ 71.4 (3) ผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ประกอบด้วย (3.1) ทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 8 คน (3.2) ผู้บริหารของหน่วยงานจำนวน 2 คน (3.3) ผู้รับผิดชอบงานกองทุนสุขภาพของเทศบาลนครขอนแก่น จำนวน

1 คน (3.4) อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน จำนวน 12 คน (3.5) ประธานชุมชน จำนวน 3 คน

2. สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตในเขตชุมชนเมือง จังหวัดขอนแก่น รายละเอียด ดังนี้

2.1) ความรู้ของผู้ป่วยยังไม่เพียงพอที่จะช่วยให้สามารถจัดการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนมากผู้ป่วยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรังจากการให้ความรู้ในวันที่เข้ารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรังจากพยาบาลและแพทย์ซึ่งส่วนมากเป็นความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง ไม่ได้ลงรายละเอียดในกลุ่มของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ผู้ป่วยเคยได้รับคำแนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับโรค การรับประทานยาตามแผนการรักษาจากทีมสหวิชาชีพ อย่างไรก็ตามพบผู้ป่วยดื่มเครื่องดื่มผงสำเร็จรูปทุกวัน (กาแฟซอง เครื่องดื่มซอง) โดยดื่มควบคู่กับขนมปังขนมปังกรอบ ปาท่องโก๋ในตอนเช้าหรือไม่รับประทานอาหารเช้าแต่ดื่มเพียงกาแฟซองสำเร็จรูป

“...ตอนเช้าบางทีก็ไม่ได้กินข้าวติดกินกาแฟวันละซอง บางวันก็กินกับขนมปัง 1-2 แผ่นขนมหวานก็มีกินบ้างอาทิตย์นึงก็จะกิน 1-2 ครั้ง... (P02)”

“...กินกาแฟซองยี่ห้อ..... กินทุกมื้อละยามมื้อเช้า (กินทุกวันตอนเช้า) มื้อละซอง (วันละซอง) บกินมันอยู่ได้เหงาตกชก... (P04)”

นอกจากนั้นพบการดื่มเครื่องดื่มผสมน้ำตาลสำเร็จรูป (น้ำอัดลม นมเปรี้ยวขวด นมถั่วเหลืองชนิดกล่อง) และขนมหวานในผู้ป่วย 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์

ผู้ป่วยนิยมรับประทานผลไม้ตามฤดูกาลหรือหาได้ง่าย ได้แก่ กล้วย ส้ม มะม่วงสุก ชนิดใดชนิดหนึ่ง รับประทานทุกวัน หรือรับประทานให้หมดก่อนที่ผลไม้ชนิดนั้นจะสุกงอมหรือเน่าเสียจากความเสียหาย

ด้วยข้อจำกัดทางด้านการดำรงชีวิตและวัยสูงอายุ ผู้ป่วยยังประกอบอาชีพและมีอาการ

เหน็ดเหนื่อยเมื่อยล้าจากการทำงาน พบผู้ป่วยไม่มีการออกกำลังกายหรือการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ เนื่องจากข้อจำกัดด้านสูงวัย หกล้ม ปวดเมื่อยและส่วนมากเหนื่อยมากการประกอบอาชีพ ใช้การทนายบรรเทาอาการปวดเมื่อย ถ้าต้องกินยาจะเลือกใช้ยาแก้ปวด paracetamol

“...ไม่ค่อยได้ออกกำลังกายหรอก กลับจากทำงานก็ต้องทำงานบ้านแค่นี้ก็เหนื่อยแล้วถึงเวลานอนเราก็นอนเวลาकिनเราก็กิน... (P01)”

ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะสามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันและรับประทานยาตามแพทย์สั่งในการรักษาโรคเรื้อรังประจำตัว ยังสามารถพบการหลงลืมรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังประจำตัวเกิดขึ้น 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์ ส่วนมากเป็นยาหลังรับประทานอาหารเช้าเนื่องจากไปทำกิจกรรมอื่นจนเกินเวลามากกว่า 30 นาทีหลังรับประทานอาหารเช้า

นอกจากนั้นยังการแสวงหาการรักษาทางเลือกเพื่อใช้ในการบำรุงสุขภาพร่างกาย โดยพบการใช้ยาบำรุงหรือยาสมุนไพรติดต่อกันทุกวัน ได้แก่ อ้อยแดงต้ม กระชายดำต้ม สาหร่ายแดงต้ม ยากษัยเส้นถึงเช้า จากการฟังโฆษณาเชิญชวนด้านสรรพคุณรักษาอาการปวดหรือบำรุงร่างกายทางวิทยุและโทรทัศน์ทั้งแบบผู้ป่วยซื้อเองหรือลูกหลานซื้อให้รับประทาน

2.2) ระบบบริการของหน่วยบริการสุขภาพยังมีประสิทธิภาพไม่เพียงพอ การจัดบริการสุขภาพใช้รูปแบบการดูแลเป็นทีมสหสาขาวิชา (team based approach) โดยให้บริการในคลินิกเรื้อรัง ซึ่งให้บริการร่วมกันกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ในลักษณะคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ ในกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลหรือความดันโลหิตได้จะเน้นย้ำให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ตามหลัก 3อ 2ส การให้คำแนะนำเฉพาะปัญหาของผู้ป่วยยังจำกัดด้วยทรัพยากรด้านบุคคลและระยะเวลาในการให้บริการ

“บุคลากรไม่เพียงพอที่จะจัดห้องให้คำปรึกษา ปัจจุบันเลยทำแค่ให้คำปรึกษาตรงจุดซัก

ประวัติ ซึ่งก็ต้องรับให้คำแนะนำแล้วก็ส่งผู้ป่วยเข้าไปพบแพทย์... (N02)”

การบริการในเชิงรุกเป็นไปตามลำดับความจำเป็นเร่งด่วน โดยผู้ป่วยโรคเรื้อรังหรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตเป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานการเยี่ยมบ้านอย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี ร้อยละ 41.2 โดยลักษณะการลงติดตามเยี่ยมบ้านจะเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่หรือพยาบาลที่รับผิดชอบงานด้านโรคเรื้อรังร่วมกับเภสัชกร โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นหน่วยสนับสนุนในการติดตามผู้ป่วยจากการประสานการติดตามประเมินความดันโลหิตและค่าน้ำตาลหรือผู้ป่วยขาดนัดหมาย รวมถึงให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพทั่วไปตามหลัก 30 2ส อย่างไรก็ตามการจัดบริการยังขาดความเชื่อมโยงข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วยไปสู่บุคคลและชุมชน

2.3) การสนับสนุนการตัดสินใจสำหรับผู้ให้บริการสุขภาพยังไม่เพียงพอ แนวปฏิบัติที่นำไปใช้ในการดูแลและให้คำแนะนำผู้ป่วยที่ใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงาน ได้แก่ 1) แนวทางการให้คำแนะนำการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2558 2) คู่มือปฏิบัติการเพื่อดำเนินงานลดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง 2015 3) แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562 4) แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560 และ 5) แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 สำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิ (นวัตกรรมพื้นที่พัฒนาจากวิชานวัตกรรม) ซึ่งแนวทางมีหลากหลายแหล่งข้อมูลไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ส่วนมากคำแนะนำในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจะแนะนำทั่วไปตามหลัก 302ส รวมทั้งยังไม่มีที่ให้คำแนะนำในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยจัดการตนเองรายกรณี เนื่องจาก 1) ผู้ให้บริการเป็นบุคลากรใหม่ ประสบการณ์ในการทำงานหน่วยบริการปฐมภูมิและการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังน้อย 2) ทักษะผู้ให้บริการไม่เพียงพอในการให้คำแนะนำผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต และ

3) ขาดการประชุมชี้แจงแนวทางปฏิบัติร่วมกัน

2.4) ขาดการนำใช้ข้อมูลสารสนเทศอย่างเป็นระบบ ระบบข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ศึกษา ประกอบด้วย 1) สมุดประจำตัวผู้ป่วยที่มีข้อมูลทางคลินิกเช่น น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าน้ำตาลปลายนิ้ว ค่าความดันโลหิต การรักษา วันนัด เป็นต้น 2) แฟ้มครัวเรือน มีข้อมูลทางคลินิกและการประเมินพฤติกรรมตามหลัก 302ส การตรวจตา ไต ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ยา วันนัด เป็นต้น 3) โปรแกรม Java health center information system (JHCIS) เพื่อบันทึกการเข้ารับบริการของผู้ป่วยที่ให้ข้อมูลทางคลินิกและบริการในวันนั้น และ 4) โปรแกรม Health data center (HDC) รวบรวมข้อมูลใช้ประกอบตัวชี้วัดหน่วยงานและจังหวัด ข้อมูลมีความเป็นปัจจุบันยังขาดการนำใช้ข้อมูลเพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนและจัดการดูแลเฉพาะในชุมชนร่วมกันระหว่างผู้ให้บริการ ผู้ป่วยและชุมชน

“...มีการคืนข้อมูลในเวทีกองทุนสุขภาพที่ให้คุณยแพทย์เป็นที่เลี้ยงแต่ละโครงการแต่เป็นการคืนในภาพรวมยังไม่ได้ทำเป็นรายชุมชน ซึ่งบริบทและจำนวนคนไข้ในแต่ละชุมชนจะไม่เหมือนกัน ส่วนการคืนข้อมูลในส่วนของ ศสมช. นั้น ในส่วนของข้อมูลตรงนี้ศูนย์ ศสมช. ไม่ได้ให้ใส่จำนวนคนไข้แบบแยกรายโรค มีแต่ให้ใส่ข้อมูลที่เป็นโรคเรื้อรังเบาหวาน ความดัน เท่านั้น ไม่มีข้อมูลในส่วนของคนไข้ไต หรือว่าโรคหลอดเลือดสมองทำให้ชุมชนไม่ได้รับทราบข้อมูลในส่วนนี้... (N02)”

2.5) นโยบายสาธารณะของชุมชนที่เอื้อต่อสุขภาพไม่ครอบคลุม ในการกำหนดนโยบายมี 2 ระดับคือ ระดับหน่วยงาน และระดับชุมชน ในการดำเนินงานระดับหน่วยงานส่วนมากจากบนลงล่างหรือการมอบหมายหน้าที่ ยังไม่มีนโยบายโดยตรงที่เกี่ยวข้องกับโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตร่วมกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงไม่ได้แยกออกจากกัน อีกทั้งหน่วยบริการสุขภาพยังไม่เคยจัดเวทีเพื่อรับทราบปัญหาและความต้องการ

จากครอบครัวผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต สำหรับระดับชุมชนนโยบายส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับสาธารณสุขปโภคโครงสร้างพื้นฐานมากกว่าด้านสุขภาพ รวมถึงยังไม่มีเวทีแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยบริการสุขภาพและชุมชน

“...ส่วนมากมีนโยบายสาธารณะทั่วไปเกี่ยวกับโครงสร้างพื้นฐาน สิ่งแวดล้อมดี ชุมชนเข้มแข็งยังไม่มียุทธศาสตร์เกี่ยวกับการดูแลภาวะสุขภาพของชุมชนโดยตรง... (HC02)”

2.6) สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ไม่เพียงพอเหมาะสม การสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมต่อการดูแลสุขภาพ ทั้งที่บ้านและชุมชนพบว่า พื้นที่สาธารณสุขมีสถานที่สำหรับออกกำลังกายอย่างเพียงพอ และชุมชนมีการจัดโครงการสุขภาพให้กับประชาชนทั่วไป อย่างไรก็ตามผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ส่วนมากเป็นกลุ่มผู้สูงอายุมีความเสื่อมถอยของร่างกาย จึงไม่สามารถออกกำลังกายตามสถานที่ที่ชุมชนจัดเตรียมได้

2.7) การสร้างเสริมพลังให้กับชุมชนยังไม่เพียงพอที่จะส่งผลให้ชุมชนสามารถจัดการสุขภาพประชาชนได้ การดำเนินงานในชุมชนส่วนมากจะแบ่งตามบทบาทหน้าที่ คือ ด้านสุขภาพภาคประชาชนส่วนมากดำเนินการโดย อสม. ตามปัญหาสุขภาพที่พบในชุมชน และเป็นชุดโครงการเดิมทุกปี เช่น การคัดกรองผู้ป่วยเบาหวานความดัน วัคซีนป้องกันไข้เลือดออก เป็นต้น ด้านโครงสร้างพื้นฐานในชุมชนเป็นบทบาทของผู้นำชุมชน แยกออกจากกันอย่างชัดเจน ยังไม่เกิดการบูรณาการในการทำงานร่วมกัน รวมถึงหน่วยบริการด้านสุขภาพยังขาดการเชื่อมโยงประสานงานด้านข้อมูลและการส่งต่อปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตในพื้นที่

“...โครงการกองทุนสุขภาพส่วนมากก็จะเป็นโครงการเดิมๆ ที่ชุมชนอยากทำ เป็นโครงการง่ายๆ ไม่ยุ่งยาก เน้นงานส่งเสริม ส่วนโครงการที่เกี่ยวกับคนไข้ยังไม่มีชุมชนไหนที่ทำเลย อาจจะเนื่องจาก

โครงการของกองทุนจะเน้นที่ภาคประชาชนมากกว่า ส่วนของศูนย์เรายังไม่ได้ทำโครงการอะไรที่เป็นของเราส่วนมากจะเป็นที่เลี้ยงโครงการอื่นที่มีมาอยู่แล้ว เราก็มีหน้าที่สนับสนุนด้านข้อมูลกับเป็นวิทยากร... (N01)”

“...พี่ว่าการที่จะสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน การคืนข้อมูลให้ชุมชนได้รับทราบและรับรู้ความสำคัญ ความรุนแรงของปัญหา ทำให้ชุมชนตระหนักและปรับเปลี่ยนมุมมองในการทำโครงการกองทุนสุขภาพให้เกิดประโยชน์กับประชาชนมากที่สุด... (FD01)”

การอภิปรายผล

จากการศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตในเขตชุมชนเมืองตามกรอบแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังภาคขยาย มีประเด็นสำคัญ

1) การจัดการดูแลตนเองและการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล ผู้ป่วยส่วนมากเป็นกลุ่มวัยสูงอายุ มีความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรังในระดับดีแต่เนื่องจากข้อจำกัดด้านการเชื่อมตามวัย การดำเนินชีวิตการประกอบอาชีพจึงอาจทำให้ไม่สามารถปฏิบัติจัดการดูแลตนเองด้านอาหารและการออกกำลังกายได้อย่างเหมาะสม พบว่าผู้ป่วยส่วนมากยังต้องการการสนับสนุนการจัดการดูแลตนเองจากผู้ดูแล ครอบครัว ชุมชน อย่างไรก็ตาม การสนับสนุนการจัดการดูแลตนเองในระยะสงบของโรคเรื้อรัง บุคคลจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาทักษะส่วนบุคคลให้มีสุขภาพที่ดีด้วยตนเอง จะต้องมีการจัดระบบบริการที่เอื้อในการเตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วยได้มีความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเองผ่านการให้ความรู้การสอนแบบกลุ่มเกี่ยวกับโรค การออกกำลังกาย การใช้ยาและมีกิจกรรมกลุ่มเสริมพลังการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จัดบันทึกและทบทวนปัญหาการดูแลตนเอง¹⁹ ตลอดจนการการเสริมพลังในการจัดการดูแลตนเองจากการติดตามเยี่ยมบ้าน นอกจากนี้ ผู้ป่วย ผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และทีมสหวิชาชีพควรมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต สามารถให้การปรึกษา

ร่วมวางแผนและมีส่วนในการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการชะลอความเสื่อมของไตในชุมชน²⁰

2) การออกแบบระบบบริการและการจัดรูปแบบบริการสุขภาพใหม่ จากการศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตได้รับการเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์มาตรฐานอย่างน้อย 1 ครั้งต่อปีต่ำกว่าร้อยละ 50 ภายใต้บริบทของพื้นที่ยังเน้นการบริการทางคลินิกและการรักษาโรค การติดตามเยี่ยมบ้านไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากจากข้อจำกัดด้านบุคลากรขาดการประสานงานและแนวทางการทำงานที่เป็นรูปธรรมทั้งผู้ปฏิบัติงานและผู้ป่วยและผู้ดูแลหรือชุมชน ดังนั้น การขยายบริการสุขภาพไปสู่ชุมชนมากขึ้น จำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบพี่เลี้ยงหรือระบบให้คำปรึกษา ทำมาตรฐานแนวทางการดูแลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติหน้าที่ (clinical practice guideline : CPG) ที่สามารถใช้ร่วมกันได้ทั้งเครือข่าย เช่น ระบบการดูแลผู้ป่วยตามกลุ่มภาวะสุขภาพ ระบบการรักษาและส่งต่อระหว่างสถานบริการ ระบบการคัดกรองและการส่งต่อตามระยะการทำหน้าที่ของไต ระบบการรายงานผลทางห้องปฏิบัติการเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่สอดคล้องกับระยะของโรค ระบบการติดตามเยี่ยมบ้าน ระบบการดูแลรายกรณี และการนำประสบการณ์ของพื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียงมาปรับในการปฏิบัติงาน²¹ หรือการประชุมชี้แจงแนวปฏิบัติร่วมกันทั้งผู้ป่วย ผู้ดูแล/ครอบครัว อสม. ผู้นำชุมชน เทศบาลและหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่สามารถเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการและการควบคุมโรคของผู้ป่วยได้มากขึ้น²²

3) การสนับสนุนการตัดสินใจ การมีคู่มือปฏิบัติที่เฉพาะกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตหรือแนวทางการดูแลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติหน้าที่ (clinical practice guideline : CPG) จะช่วยให้ผู้ให้บริการด้านสุขภาพ ผู้ป่วย ผู้ดูแล รวมถึงอาสาสมัครสาธารณสุขและชุมชนมีความมั่นใจในการทำหน้าที่นั้นมากขึ้น²³ พบว่า การใช้สมุดบันทึกร่วมกับแรงสนับสนุนจากเพื่อนที่เป็นเบาหวานหรือญาติในการ

ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้มีผลต่อพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมถึงการพัฒนาศักยภาพด้านความรู้และทักษะที่อธิบายเกี่ยวกับโรคเรื้อรังและภาวะแทรกซ้อนโรคไตเรื้อรังของบุคลากรที่ให้บริการผู้ป่วยไตเรื้อรัง อสม. และผู้นำชุมชนผ่านการอบรมหรือประชุมวิชาการและผ่านเครือข่ายออนไลน์การสื่อสารและการให้คำปรึกษา²⁰

4) ระบบข้อมูลสารสนเทศ ระบบฐานข้อมูลไม่ได้แยกข้อมูลผู้ป่วยเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อน และไม่มีการจัดทำแฟ้มแยกตามระยะการดำเนินของโรค และชุมชนไม่มีข้อมูลในชุมชน การจัดทำทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามระยะของโรคไตตามค่า eGFR และเชื่อมโยงกับตัวชี้วัดในฐานข้อมูลสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข (HDC) และข้อมูลงานบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ (JHCIS) ช่วยในการวางแผนและติดตามผลลัพธ์ของผู้ป่วยได้ทันที ในรูปแบบ OPD Card²⁰ google form²⁴ CKDNET²⁵ เป็นต้น

5) การสร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ ไม่มีโครงการหรือนโยบายที่สนับสนุนการดำเนินการเกี่ยวกับโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต นโยบายส่วนใหญ่เน้นโครงสร้างพื้นฐานและสาธารณูปโภคของชุมชน ดังนั้น การจัดพื้นที่ให้ผู้บริหาร ผู้นำชุมชน ชุมชน ร้านค้าเข้ามามีส่วนร่วมในการประชุมหรือวางแผนการให้บริการร่วมกันระบบแม่ข่าย²⁶ รวมถึงการนำข้อมูลสู่การประชุมประจำเดือนของหมู่บ้าน²² และจัดทีมที่ปรึกษาให้กับชุมชนในการเขียนแผนงานหรือโครงการด้านสุขภาพ²⁴ เพื่อเพิ่มโอกาสในการป้องกันควบคุมโรคและช่วยสนับสนุนให้เกิดกิจกรรมและการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตในชุมชน

6) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ในชุมชนมีพื้นที่สาธารณสุขที่รองรับการทำกิจกรรมทางกายอย่างเพียงพอ อย่างไรก็ตามการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตจะช่วยส่งเสริม

และพัฒนาความรู้และทักษะของบุคลากรที่ให้บริการสุขภาพ รวมถึงผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน²⁶

7) การเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชน หน่วยงานขาดการประสานเชื่อมโยงกับชุมชนในการสนับสนุนหรือส่งเสริมการดำเนินงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต อย่างไรก็ตามการจัดทำแผนงานโครงการด้านการให้ความรู้เรื่องโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตร่วมกับชุมชนโดยประสานความร่วมมือ อสม. ผู้นำชุมชน แกนนำสุขภาพในชุมชน ร้านค้า ในการจัดกิจกรรมเพื่อสร้างความตระหนักในการป้องกันและควบคุมโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตในชุมชน²¹ รวมถึงการสร้างเครือข่ายในชุมชน²⁴ เป็นการเพิ่มโอกาสในการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว

สรุปผลการวิจัย

แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังภาคขยายสามารถนำไปใช้ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ระยะที่ 3 ในชุมชนเพื่อสนับสนุนระบบการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม โดยข้อมูลที่ได้จากงานวิจัยนี้สามารถนำไปสู่การพัฒนาการดูแลตั้งแต่ระดับนโยบาย คู่มือแนวทางปฏิบัติงานสำหรับผู้ให้บริการ อาสาสมัครและชุมชน รวมถึงการพัฒนาทักษะการดูแลตนเองทั้งผู้ป่วย ผู้ดูแลและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ระยะที่ 3 เพื่อส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างเป็นองค์รวมให้แก่ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนต่อไป

References

1. World Health Organization. Noncommunicable diseases [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2022 [updated 2022 Sep 16; cited 2022 Sep 21]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

2. Ministry of Public Health, Department of Disease Control, Division of Non-Communicable Disease. NCD annual reports [Internet]. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2021 [cited 2022 Sep 21]. Available from: <https://online.fliphtml5.com/bcbgj/flap/#p=1> (in Thai)
3. Thongtang N. Noncommunicable diseases [Internet]. Faculty of Medicine Siriraj hospital: Mahidol University; 2019 [cited 2022 Sep 21]. Available from: <https://www.si.mahidol.ac.th/Th/healthdetail.asp?aid=1371> (in Thai)
4. Centers for Disease Control and Prevention. Noncommunicable diseases (NCDs) [Internet]. GA: CDC's Centers; 2021 [updated 2021 Dec 17 [cited 2022 Sep 21]. Available from: <https://www.cdc.gov/globalhealth/healthprotection/ncd/global-ncd-overview.html# print>
5. Wood S, Harrison SE, Judd N, Bellis MA, Hughes K, Jones A. The impact of behavioral risk factors on communicable diseases: A systematic review of reviews. BMC Public Health 2021;21(2110):1–16. Available from: <https://doi.org/10.1186 /s12889-021-12148-y>
6. Tannor EK, Sarfo FS, Mobula LM, Sarfo-Kantanka O, Adu-Gyamfi R, Plange-Rhule J. Prevalence and predictors of chronic kidney disease among Ghanaian patients with hypertension and diabetes mellitus: A multicenter cross-sectional study. J Clin Hypertens (Greenwich) 2019; 21(10):1542–50. Available from: <https://doi.org/10.1111/jch.13672>
7. Ingsathit A, Thakkinstian A, Chaiprasert A, Sangthawan P, Gojaseni P, Kiattisunthorn K,

- et al. Prevalence and risk factors of chronic kidney disease in the Thai adult population: Thai SEEK study. *Nephrol Dial Transplant* 2010;25(5):1567-75. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20037182/>
8. Thungtong S. Delayed progression diabetic nephropathy in patients with uncontrolled type 2 diabetes mellitus. *JRTAN* 2017;18(2):17-24. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/101576> (in Thai)
 9. Wongsaree C. Kidney & urinary disease: Medical and surgical nursing care. Bangkok: NP; 2016. (in Thai)
 10. Ministry of Public Health, Department of Disease Control, Division of Non-Communicable Disease. Guidelines for screening and treating kidney complications in people with diabetes and high blood pressure [Internet]. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2015 [cited 2022 Sep 21]. Available from: <http://e-lib.ddc.moph.go.th/pdf/material%20252/material%20252.pdf> (in Thai)
 11. American Kidney Fund. AKF's Medical Advisory Committee. Signs and symptoms of kidney disease [internet]. MD: The American Kidney Fund; 2022 Jan 6 [cited 2022 Sep 21]. Available from: <https://www.kidneyfund.org/all-about-kidneys/signs-and-symptoms-kidney-disease>
 12. Boonwan K, Wongsaree C, Cheypho K. Stage 3-4 of chronic kidney disease (CKD): Nursing care with health teaching. *EAU Heritage Journal Science and Technology* 2018;12(3): 48-61. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/EAUHJSci/article/download/157844/116270> (in Thai)
 13. Manns B, Hemmelgarn B, Tonelli M, Au F, So H, Weaver R, et al. The cost of care for people with chronic kidney disease. *Can J Kidney Health Dis* 2019;6. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/epub/10.1177/2054358119835521>
 14. Wagner EH. Managed care and chronic illness: Health services research needs. *Health Serv Res* 1997;32(5):702-14. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1070224/>
 15. World Health Organization. Innovative care for chronic conditions: building blocks for action [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2002 [cited 2022 Sep 21]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42500>
 16. Barr VJ, Robinson S, Marin-Link B, Underhill L, Dotts A, Ravensdale D, et al. The expanded chronic care model: An integration of concepts and strategies from population health promotion and the chronic care model. *Hosp Q* 2003;7(1):73-82. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14674182/>
 17. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3rd ed. Geelong: Deakin University; 1988.
 18. Speziale S. Action research method. In qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative. 3rd Speziale, S. & Carpenter, D.R. edit Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2003:253-68.

19. Juntachat A, Meepan M, Jabprapai P. The development of the self-management program for diabetes mellitus patients with third stage chronic kidney disease. *JPMAT* 2018;7(3):280-91. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JPMAT/article/view/129429> (in Thai)
20. Pantong U. Chronic kidney disease management with chronic care model at primary care in Nakhon Si Thammarat province. *Maharaj Nakhon Si Thammarat medical journal* 2018; 1(2):48-58. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/MNSTMedJ/article/view/248193/168061> (in Thai)
21. 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. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/apnj/article/download/234437/166305/848906> (in Thai)
22. Paimoolpiam P, Innjai P, Pantana W, Numyen C. Model development to improve accessibility of diabetes and hypertension patients with participation of community network, Maesakorn health promoting hospital, Wiang Sa district, Nan province. *Journal of Health Science* 2016;25(3):394-400. Available from: <https://thaidj.org/index.php/JHS/article/download/269/264/264> (in Thai)
23. Katasila A, Leethongdee S, Prasomluk P. Assessment of clinical skills and social support for self-care behavior and level of fasting blood sugar of patients with diabetes in Mahachanachai district, Yasothon province. *Journal of Science and Technology, Ubon Ratchathani University* 2017;19(1):233-43. Available from: https://li01.tci-thaijo.org/index.php/sci_ubu/article/view/86470/68593 (in Thai)
24. Pangbuddee M, Chomnirat W. Development practice guideline of hypertension patients for chronic kidney disease prevention in a community in Nongdaeng subdistrict, Si Chomphu district, Khon Kaen province. *Research and Development Health System Journal* 2021;14(3):179-91. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RDHSJ/article/download/252775/173438/929084> (in Thai)
25. Cha'on U, Wongtrangan K, Thinkhamrop B, Tatiyanupanwong S, Limwattananon C, Pongskul C, et al. CKDNET, a quality improvement project for prevention and reduction of chronic kidney disease in the Northeast Thailand. *BMC Public Health* 2020;20(1):1299. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32854662/>
26. Pragodpol P, Chaiyarit A, Chanpen U, Thainkumsri K, Sangthong K, Manyanon W, et al. The development of policy recommendation: Promoting health literacy for delayed progressive chronic kidney disease (CKD) of diabetes mellitus and hypertensive patients in the 4th public health region [Internet]. Bangkok: Health Systems Research Institute. 2022 Jan [cited 2022 Sep 21]. Available from: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5558?locale-attribute=th> (in Thai)