

## ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของคลินิกหมอครอบครัว

รุ่งทิwa ศรีเดช พย.บ.\* จารุณี สรภฤช ปร.ด.\*\*

### บทคัดย่อ

คลินิกหมอครอบครัว เป็นรูปแบบการจัดบริการสาธารณสุขที่เป็นการทำงานร่วมกันของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อดูแลประชากรในพื้นที่ที่รับผิดชอบให้ได้รับการบริการทางสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ โดยใช้หลักการเวชศาสตร์ครอบครัว การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาปัญหาและความต้องการการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และศึกษาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของคลินิกหมอครอบครัว โดยใช้กรอบแนวคิดการดูแลโรคเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเจาะจง ทั้งหมด 130 คน คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จำนวน 85 คน บุคลากรทีมสุขภาพ จำนวน 20 คน และเครือข่ายภาคประชาชนในชุมชน จำนวน 25 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับบุคลากรทีมสุขภาพ และแนวทางการสนทนากลุ่มสำหรับเครือข่ายภาคประชาชน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย 1) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีปัญหาและความต้องการหลายด้าน ได้แก่ 1.1) ด้านสุขภาพต้องการมากที่สุดคือ ต้องการตรวจสุขภาพประจำปี การดูแลต่อเนื่องจากบุคลากรทีมสุขภาพทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การรักษา และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน 1.2) ด้านสังคม ต้องการให้ครอบครัวและชุมชน มีส่วนร่วมในการดูแล 1.3) ด้านเศรษฐกิจ ต้องการสนับสนุนค่าใช้จ่ายและอุปกรณ์ที่จำเป็น 1.4) ด้านสิ่งแวดล้อม ต้องการที่อยู่อาศัยให้ปลอดภัย รวมถึงสถานบริการสุขภาพที่มีบุคลากรและอุปกรณ์เพียงพอในการให้บริการ 2) ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ประกอบด้วย 2.1) ด้านนโยบายและทรัพยากรของชุมชนการกำหนดนโยบายการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ชัดเจน มีคณะกรรมการทั้งในหน่วยบริการและในชุมชน สนับสนุนให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 2.2) ด้านองค์กรให้บริการสุขภาพ จัดคลินิกโรคเรื้อรังแบบรวมหน่วยบริการ มีผู้จัดการดูแลภายในคลินิกหมอครอบครัวและในทุกหน่วยบริการ บุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพมีความรู้และทักษะการดูแลตามความเชี่ยวชาญ 2.3) ด้านการสนับสนุนการดูแลตนเอง มีการวางแผนการดูแลร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว บุคลากรทีมสุขภาพ 2.4) ด้านการออกแบบระบบบริการ จัดระบบบริการทั้งในหน่วยบริการและในชุมชน ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และแนวปฏิบัติเฉพาะโรคมาวางแผนการจัดการบริการ โดยการมีส่วนร่วมระหว่างหน่วยบริการสุขภาพและชุมชน 2.5) ด้านระบบข้อมูลทางคลินิก มีการจัดการข้อมูลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ และนำสารสนเทศไปออกแบบการบริการให้มีประสิทธิภาพ 2.6) การสนับสนุนการตัดสินใจ มีแนวทางการปฏิบัติงานทางคลินิก มีคู่มือและสื่อให้ความรู้เรื่องโรค และการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

**คำสำคัญ:** คลินิกหมอครอบครัว ระบบการดูแล โรคไตเรื้อรัง

เลขที่จริยธรรมการวิจัย HE672053 ผ่านการตรวจไม่คัดลอกผลงาน พิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน  
วันที่รับบทความ 4 พฤษภาคม 2568 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 30 กรกฎาคม 2568 วันที่ตอบรับบทความ 21 กุมภาพันธ์ 2569

\*นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

\*\*อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้ประพันธ์บรรณกิจ อีเมล scharunee@kku.ac.th

## Health care system for patients with chronic kidney diseases at primary care cluster

Rungtiwa Sridet B.N.S.\* Charunee Sorakrij Ph.D.\*\*

### Abstract

Primary care cluster is a public health service arrangement that involves collaboration between family medicine physicians and multidisciplinary teams to provide effective health care to the population within their service area, based on the principles of family medicine. This descriptive study aimed to explore the problems and care needs of patients with chronic kidney diseases (CKD), as well as to examine the existing care system within the Primary Care Cluster, using the Chronic care model (CCM) as a guiding framework. A purposive sample of 130 people was selected, including 85 patients with CKD, 20 healthcare team members, and 25 community network members. The research instruments consisted of a structured interview guide for patients with CKD, an in-depth interview guide for healthcare team members, and a focus group discussion guide for community network members. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, while qualitative data were analyzed using content analysis.

Results 1) Patients with CKD have diverse needs and challenges: 1.1) The most pressing health need is annual health check-ups and continuous care from the healthcare team, including health promotion, treatment, and complication prevention. 1.2) Socially, patients need support and involvement from their families and communities in their care. 1.3) Economically, they require financial support for necessary expenses and equipment. 1.4) Environmentally, they need safe and secure housing, as well as healthcare facilities with adequate personnel and equipment to ensure appropriate service delivery. 2) The CKD patient care system comprises: 2.1) Community policy and resources: Establishing clear CKD care policies, with committees at both the service unit and community levels, and encouraging family and community involvement in CKD care management. 2.2) Health Service Organizations: Establishing integrated chronic disease clinics with designated care managers within the primary care cluster and across all service units. Multidisciplinary teams possess the knowledge and skills necessary to provide care according to their areas of expertise. 2.3) Self-care support: Promoting collaborative care planning that involves patients, families, and healthcare teams. 2.4) Service system design: Implementing service systems in both healthcare facilities and community settings, utilizing evidence-based practices and disease-specific guidelines for service planning, with participation from healthcare facilities and the community. 2.5) Clinical information system: Ensuring systematic management of patient data and use of information to design effective service arrangements. 2.6) Decision support: Utilizing clinical practice guidelines, manuals, and educational materials related to the disease and health care to prevent complications.

**keyword:** chronic kidney disease; health care system; primary care cluster

Ethical approval: HE672053, Plagiarism checked, 3 Reviewers.

Received 4 May 2025, Revised 30 July 2025, Accepted 21 February 2026

\*A student of master of nursing science program in community nurse practitioner, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

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

## บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease; CKD) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในประเทศไทยและระดับโลก มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ประเทศไทยอัตราการเสียชีวิตโรคไตเรื้อรังปี พ.ศ.2562 จำนวน 17.41 ต่อแสนประชากร<sup>1</sup> และปี พ.ศ.2563 จำนวน 16.49 ต่อแสนประชากร และมีผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคไตเรื้อรัง ปีละ 10,000 คน<sup>2</sup> จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่เพิ่มสูงขึ้น พบว่า สาเหตุมาจากการป่วยด้วยโรคเบาหวาน (diabetes mellitus; DM) ความดันโลหิตสูง (hypertension; HT) ระบบทางเดินปัสสาวะอุดกั้น และโรคหลอดเลือดฝอยในไตอักเสบ ร้อยละ 36.3, 23.3, 4.79 และ 2.43 ตามลำดับ ปัจจัยอื่น ๆ ที่เสี่ยงการเกิดโรคไตเรื้อรังในประเทศไทย ได้แก่ การสูบบุหรี่ โรคอ้วน และมีประวัติทางพันธุกรรมจากโรคไม่ติดต่อ<sup>3</sup>

จากคลังข้อมูลสุขภาพปี พ.ศ.2565 มีจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จำนวน 9,810 คน โดยแบ่งเป็นระยะที่ 3, 4 และ 5 ร้อยละ 64.15, 23.87 และ 11.93 ตามลำดับ คลินิกหออกรับครัวหัวเข้าแตก สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิในรูปแบบการดูแลแบบรวมหน่วยบริการดูแลประชากร จำนวน 19,439 คน มีจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั้งหมด จำนวน 3,939 คน คิดเป็นอัตราชุก 20.26 รายต่อแสนประชากร และพบการวินิจฉัยโรคไตเรื้อรัง จำนวน 175 คน คิดเป็นร้อยละ 4.44 ของผู้ป่วยเรื้อรัง โดยแบ่งเป็น ระยะที่ 3, 4 และ 5 ร้อยละ 52.57, 30.86 และ 16.57 ตามลำดับ จากฐานข้อมูลสุขภาพของคลินิกหออกรับครัวหัวเข้าแตก มีผู้ป่วยไตเรื้อรังได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนการทำงานของไตด้วยวิธีฟอกเลือด (hemodialysis; HD) ร้อยละ 39 ได้รับการรักษาล้างไตทางหน้าท้อง (peritoneal dialysis) ร้อยละ 4.57 ปลูกถ่ายไต (kidney transplantation) ร้อยละ 1.14 และมีผู้ที่เสียชีวิตจากภาวะไตวายเรื้อรัง ร้อยละ 2.85 จะเห็นได้ว่า โรคไตเรื้อรังมีความรุนแรงและก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานกับโรคที่เป็นอยู่ ทำให้เสียชีวิตก่อนอายุขัยเฉลี่ย<sup>1</sup>

คลินิกหออกรับครัว (primary care cluster; PCC) เป็นการจัดบริการดูแลสุขภาพในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยใช้หลักการของเวชศาสตร์ครอบครัว มีทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกันดูแลประชาชน (catchment population) จำนวน 10,000 ประชากรต่อทีม พร้อมทั้งติดตามดูแลผลการรักษา เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและครอบครัว<sup>4</sup> เป็นกลไกสำคัญในการปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อเพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพให้กับประชาชน และลดต้นทุนค่าใช้จ่าย<sup>5</sup> จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การจัดการดูแลโรคไตเรื้อรังในปฐมภูมิ ต้องมีเจ้าหน้าที่และทีมสุขภาพทุกสาขาผ่านการอบรมให้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะ และแพทย์ต้องเสริมพลังให้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ให้สามารถจัดการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ<sup>6</sup> คลินิกหออกรับครัวหัวเข้าแตก จัดบริการสุขภาพโดยรูปแบบคลินิกหออกรับครัว ตั้งแต่ปี พ.ศ.2562 ประกอบด้วย หน่วยบริการปฐมภูมิ 6 หน่วย ได้แก่ 1) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัวเข้าแตก (รพ.สต.บ้านหัวเข้าแตก) ต.หนองเรือ 2) รพ.สต.บ้านหนองโพธิ์ ต.หนองโพธิ์ 3) รพ.สต.บ้านปลาขาว ต.สันป่าตอง 4) รพ.สต.บ้านหนองกุง ต.หนองกุง 5) รพ.สต.บ้านเขวาไร่ ต.เขวาไร่ 6) รพ.สต.บ้านหนองบัวแดง ต.เขวาไร่ รูปแบบการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของคลินิกหออกรับครัวหัวเข้าแตก ให้บริการในรูปแบบคลินิกโรคเรื้อรัง ร่วมกับโรคเรื้อรังอื่น ๆ มีบุคลากรร่วมให้บริการ ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร และเจ้าหน้าที่งานเภสัชกร จากโรงพยาบาลนาเชือก พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข (นวก.) และทีมสุขภาพของหน่วยคลินิกหออกรับครัว นอกจากนี้ มีบริการสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน แต่มีข้อจำกัดในการให้บริการเนื่องจากผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีภาวะสุขภาพปัญหาและความต้องการการดูแลที่แตกต่างกัน รวมทั้งยังไม่มีบริการเฉพาะคลินิกโรคไตเรื้อรัง แต่ยังคงดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทุกระยะ ซึ่งตามแนวทาง

การจัดบริการที่คลินิกหออกรับคือการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 1-3 ส่วนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 4-5 รับผิดชอบที่โรงพยาบาลนอก บริการดังกล่าวจึงไม่ครอบคลุม สะท้อนได้จากจำนวนผู้ป่วยรายใหม่และอัตราการสูญเสียจากไตวายเรื้อรังที่เพิ่มมากขึ้น รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (chronic care model; CCM) เป็นการเพิ่มคุณภาพการดูแลตามองค์ประกอบ 6 ด้าน ได้แก่ 1) ทรัพยากรและนโยบายของชุมชน 2) องค์กรให้บริการสุขภาพ 3) การสนับสนุนการจัดการตนเอง 4) การออกแบบระบบบริการสุขภาพ 5) ข้อมูลทางคลินิก และ 6) สนับสนุนการตัดสินใจ รวมถึงเสริมความเข้มแข็งของภาคีระหว่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ครอบครัว คนในชุมชน และระบบการบริการสุขภาพ หน่วยบริการปฐมภูมิช่วยสร้างเสริมบทบาทของชุมชน โดยการเพิ่มความตระหนักของชุมชน การช่วยระดมทรัพยากร และร่วมการจัดการดูแล เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีด้านสุขภาพ<sup>7</sup> การใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยองค์ประกอบของ CCM มาเป็นพื้นฐานในการดูแลเกิดการเชื่อมโยงกันในแต่ละองค์ประกอบ นำไปสู่ผลลัพธ์ทางคลินิกและพฤติกรรมไปในทิศทางที่ดีเพิ่มขึ้น มีการทำงานร่วมกันเป็นองค์รวม<sup>8-10</sup>

ในการศึกษาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของคลินิกหออกรับ เพื่อให้เข้าใจในความหลากหลาย ความหมายและความสัมพันธ์ของปรากฏการณ์ ในบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของปรากฏการณ์ในทัศนของผู้ให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง กับระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของคลินิกหออกรับ จำเป็นต้องใช้วิธีการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ การศึกษาที่ผ่านมา ยังไม่สะท้อนให้เห็นถึงการศึกษาระบบของบริการสุขภาพในบริบทของคลินิกหออกรับ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของคลินิกหออกรับ เพื่อทราบสถานการณ์ ปัญหา และความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและครอบครัว ภาคีที่เกี่ยวข้องและสนับสนุนให้เกิดระบบบริการสุขภาพและการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่เหมาะสมกับบริบทคลินิกหออกรับ

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง คลินิกหออกรับหัวเข่าแตก
2. เพื่อศึกษาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของคลินิกหออกรับหัวเข่าแตก

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ประยุกต์ใช้แนวคิดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CCM) ของ Wagner มีองค์ประกอบ 6 ด้าน ได้แก่ 1) นโยบายและทรัพยากรของชุมชน 2) หน่วยงานบริการสุขภาพ 3) การสนับสนุนการจัดการตนเอง 4) การออกแบบระบบการให้บริการ 5) การสนับสนุนการตัดสินใจ 6) ระบบข้อมูลทางคลินิก<sup>7</sup> และแนวคิดคลินิกหออกรับ (PCC)<sup>4</sup> เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาปรากฏการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พัฒนาเครื่องมือการวิจัยและสรุปผลการวิจัย

### ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research)

#### 1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากรผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น โรคไตเรื้อรัง และมีอัตราการกรองของไตต่ำกว่า 60 มล./นาที/1.73 ตร.ม. ติดต่อกันนานเกิน 3 เดือน พื้นที่ความรับผิดชอบดูแล

ของคลินิกหมอครอบครัวหัวเข้าแตก จังหวัดมหาสารคาม จำนวนทั้งหมด 303 คน (ฐานข้อมูล HDC จังหวัดมหาสารคาม วันที่ 31 ธันวาคม 2566)

1.1.1 บุคลากรทีมสุขภาพ หมายถึง ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในหน่วยบริการสุขภาพ 6 หน่วย

1.1.2 แกนนำเครือข่ายภาคประชาชนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในหน่วยบริการสุขภาพ 6 หน่วย

## 1.2 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง บุคลากรทีมสุขภาพ และแกนนำเครือข่ายในชุมชน

1.2.1 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น โรคไตเรื้อรัง และมีอัตราการกรองของไตต่ำกว่า 60 มล./นาที/1.73 ตร.ม. ติดต่อกันนานเกิน 3 เดือน ในพื้นที่ความรับผิดชอบดูแลของคลินิกหมอครอบครัวหัวเข้าแตก

คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรประมาณค่าเฉลี่ย<sup>11</sup> โดยในการศึกษานี้ทำการประมาณค่าเฉลี่ยความต้องการการดูแลของผู้ป่วยไตเรื้อรัง

$$\text{สูตร } n = \frac{N\sigma^2(Z_{\alpha/2})^2}{d^2(N-1) + \sigma^2(Z_{\alpha/2})^2}$$

กำหนดให้ N=จำนวนประชากร n=จำนวนขนาดตัวอย่าง  $Z_{\alpha/2}$  = ค่าสถิติภายใต้โค้งมาตรฐาน เมื่อระดับนัยสำคัญทางสถิติ  $\alpha = 0.05$  คือ 1.96  $\sigma^2$  = ค่าความแปรปรวนของประชากร แทนค่าด้วย SD ของ คะแนนความต้องการการดูแลของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังซึ่งเท่ากับ 0.24  $d^{2**}$  = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นได้ ผู้วิจัยกำหนด 0.05 เก็บข้อมูลกระจายใน 6 หน่วยบริการสุขภาพ ตามสัดส่วน (proportional to size) ผู้ป่วยแต่ละระยะ

1.2.2 บุคลากรทีมสุขภาพ หมายถึง ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการสุขภาพ สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในคลินิกหมอครอบครัวหัวเข้าแตก คัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 20 คน ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน 3 คน เภสัชกร จำนวน 3 คน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 6 คน นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 6 คน นักโภชนาการ จำนวน 1 คน และนักกายภาพบำบัด จำนวน 1 คน

1.2.3 แกนนำเครือข่ายภาคประชาชนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง คัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 25 คน ได้แก่ นายกองค้การบริหารส่วนตำบล 5 แห่ง จำนวน 5 คน ผู้ใหญ่บ้านตำบลละ 2 คน รวม 10 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลละ 2 คน จำนวน 10 คน

## 2. เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือวิจัยมี 3 ชุด ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง แบบสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับบุคลากรทีมสุขภาพ และการสนทนากลุ่ม สำหรับกลุ่มแกนนำเครือข่ายในชุมชน

2.1 แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลภาวะสุขภาพมี 15 ข้อ เป็นแนวคำถามที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลทั่วไป ภาวะสุขภาพ ประวัติการศึกษา ผู้ดูแลสุขภาพผู้ป่วยในชีวิตประจำวัน บริการสุขภาพที่ได้รับ ส่วนที่ 2 เป็นแนวคำถามความต้องการดูแลสุขภาพ มีจำนวน 11 ข้อ ลักษณะเป็นแบบเลือกตอบมาตราประเมินค่า (rating scale) 4 ระดับ คือ มาก

ปานกลาง น้อย ไม่มีความต้องการ ให้คะแนน 4,3,2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ แปลผลค่าคะแนนความต้องการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ค่าเฉลี่ย 1.0 ถึง 1.75 ไม่มีความต้องการ ค่าเฉลี่ย 1.76 ถึง 2.50 ความต้องการน้อย ค่าเฉลี่ย 2.51 ถึง 3.25 ความต้องการปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.26 ถึง 4.00 ความต้องการมาก

2.2 แบบสัมภาษณ์เชิงลึก สำหรับบุคลากรทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในคลินิกหออกรับ ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ประสิทธิภาพดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในคลินิกหออกรับ ตัวอย่างคำถาม ท่านมีประสบการณ์การทำงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอย่างไร ระบุงาน/กิจกรรม ส่วนที่ 2 ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เป็นแนวคำถามการสัมภาษณ์ตามประเด็น รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง: CCM องค์กรให้บริการสุขภาพ นโยบายการทำงานของหน่วยงาน การจัดการทรัพยากร การสนับสนุนการจัดการตนเอง การออกแบบระบบบริการโรคไตเรื้อรัง ระบบสารสนเทศทางคลินิก การจัดการข้อมูลสารสนเทศของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง การนำไปใช้ประโยชน์ การสนับสนุนการตัดสินใจ แนวทางการปฏิบัติงานทางคลินิก

2.3 แนวทางการสนทนากลุ่ม ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน ในประเด็น สถานการณ์ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน ทิศทางสังคมและศักยภาพชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชนบทบาท อปท. ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน ตัวอย่างคำถาม 1. ท่านรับรู้สถานการณ์ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในพื้นที่อย่างไร (จำนวน ความรุนแรง การเสียชีวิต) 2. ท่านคิดว่าอะไรเป็นสาเหตุที่ทำให้จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในพื้นที่เพิ่มขึ้นหรือรุนแรงมากขึ้น 3. โรคไตเรื้อรัง ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน (สุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม อื่น ๆ) 4. ท่านคิดว่า การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในพื้นที่เป็นหน้าที่ของใคร และต้องดูแลในเรื่องอะไรบ้าง

### 3. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

3.1 การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity index; CVI) เท่ากับ 0.94

แบบสัมภาษณ์เชิงลึก และแนวทางการสนทนากลุ่ม ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน 2 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (advanced practice nurse; APN) ที่เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน จำนวน 2 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องชัดเจน ความตรงตามเนื้อหา ครอบคลุมเนื้อหา ตามกรอบแนวคิดและวัตถุประสงค์ของการวิจัย ครอบคลุมทั้งด้านความรู้ ภาษาและสำนวนที่ใช้ในแต่ละข้อคำถาม หลังจากผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยได้ปรับแก้ตามข้อเสนอแนะ

3.2 การทดสอบหาความเชื่อมั่น (reliability) ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ไปทดลองใช้ (try out) จำนวน 30 คน ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปอพาน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองสระแห้งละ 15 คน และนำมาหาความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91

### 4. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้ 1) การขออนุญาตเข้าถึงฐานข้อมูลผู้รับบริการ (HDC จังหวัดมหาสารคาม) ผู้วิจัยขอหนังสือจากมหาวิทยาลัยขอนแก่น พร้อมแนบเอกสารโครงร่างวิจัยที่ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนาเชือก และหน่วยบริการ

สุขภาพ 6 แห่ง เพื่อขออนุญาตเข้าโปรแกรมบันทึกข้อมูลผู้รับบริการของหน่วยบริการสุขภาพ 2) ขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูลในพื้นที่ ผู้วิจัยขอหนังสือจากมหาวิทยาลัยขอนแก่นถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนาเชือก และหน่วยบริการสุขภาพ 6 แห่ง 3) ผู้วิจัย เข้าพบหน่วยบริการสุขภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย ประสานงานกับพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการสุขภาพ ขอนัดหมายการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในวันที่มารับบริการคลินิกโรคเรื้อรังของแต่ละหน่วยบริการสุขภาพ 4) กลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ผู้วิจัยพบผู้ป่วย ณ คลินิกโรคเรื้อรังโดย เมื่อให้บริการเรียบร้อยแล้ว และเมื่ออยู่ในสภาวะที่สุขสบายดี ไม่อ่อนเพลีย แล้วจึงเข้าไป approach ชี้แจงวัตถุประสงค์และจริยธรรมการวิจัย สอบถามความสมัครใจในการให้สัมภาษณ์ ลงนามใบยินยอมเข้าร่วม การขอความ ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัวเขาแตก ยินยอมโดยบุคคลที่ 3 เป็นพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบคลินิกโรคเรื้อรัง เป็นผู้ชี้แจงและเป็นผู้ขอความยินยอม โดยผู้วิจัยได้ทำความเข้าใจและชี้แจงกับตัวแทนก่อนเพื่อป้องกันความเกรงใจของอาสาสมัคร ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลการสัมภาษณ์ ในการตอบแบบสัมภาษณ์ผู้วิจัยจะสัมภาษณ์ทีละข้อคำถามแล้วให้ท่านเป็นผู้ตอบ ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 30-45 นาที 5) กลุ่มบุคลากรที่มสุขภาพ ผู้วิจัย ประสานงานกับผู้รับผิดชอบคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลนาเชือกและหน่วยบริการสุขภาพทุกแห่ง นัดหมายวันเวลาที่กลุ่มเป้าหมายสะดวก ไม่มีบุคคลอื่นเข้ามารบกวนอาจเป็นห้องทำงานหรือที่สถานบริการที่ผู้ให้ข้อมูลปฏิบัติงาน ซึ่งผู้วิจัยจะเดินทางไปทำการสัมภาษณ์เชิงลึกเจ้าหน้าที่ ชี้แจงวัตถุประสงค์และจริยธรรมการวิจัย สอบถามความสมัครใจในการให้สัมภาษณ์ ลงนามใบยินยอมเข้าร่วมใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 30-45 นาที 6) แกนนำเครือข่ายภาคประชาชนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ผู้วิจัยประสานงานกับผู้ให้ข้อมูล นัดหมายวันเวลาที่กลุ่มเป้าหมายสะดวก สถานที่ที่กลุ่มเป้าหมายสะดวกที่จะให้ข้อมูลในวันหยุดหรือนอกเวลาราชการ โดยไม่ส่งผลกระทบต่อเวลางานของผู้ให้ข้อมูล ชี้แจงวัตถุประสงค์และจริยธรรมการวิจัย สอบถามความสมัครใจในการให้ข้อมูล ลงนามใบยินยอมเข้าร่วม แบ่งกลุ่มสนทนาเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ได้แก่ นายกองค้การบริหารส่วนตำบล จำนวน 5 คน ผู้ใหญ่บ้านจำนวน 10 คน รวม 15 คน กลุ่มที่ 2 ได้แก่ อสม. จำนวน 10 คน ใช้เวลาในการสนทนาการกลุ่ม 60-90 นาที

### 5. การวิเคราะห์ข้อมูล

5.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา นำเสนอข้อมูล ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

5.2 ข้อมูลเชิงบรรยาย ใช้กระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (content analysis) โดยการจำแนกหมวดหมู่ของข้อมูล เพื่อทำความเข้าใจในความหลากหลายของปรากฏการณ์ แยกแยะองค์ประกอบของปรากฏการณ์ ตามกรอบแนวคิดการวิจัย 6 องค์ประกอบของ CCM และทำความเข้าใจ ความหมาย และความสัมพันธ์ของข้อมูลเชิงระบบ ในบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในบริบทของคลินิกหมอครอบครัว

### 6. หลักจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE672053 ณ วันที่ 7 มิถุนายน 2567 และดำเนินงานโดยยึดหลักเกณฑ์ตามรายงานเบลมองต์ และ GCP in social and behavioral research หลักจริยธรรม 3 ประการ คือ การเคารพในบุคคล หลักสิทธิประโยชน์ และหลักยุติธรรม ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการวิจัย และให้สิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมการศึกษาหรือยุติการเข้าร่วมด้วยตนเอง มีการจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบและป้องกันการเข้าถึงข้อมูล การนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวม

## ผลการวิจัย

### 1. สถานการณ์ปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.2 อยู่ในกลุ่มอายุ 71 ปีขึ้นไป มากที่สุด ร้อยละ 41.2 อายุเฉลี่ย 66.8 ปี อายุมากที่สุด 88 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 84.7 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 80 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 85.9 บาท รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 2,485.9 บาท รายได้ต่ำสุด จำนวน 500 บาท และสูงสุด จำนวน 32,000 บาท ลักษณะครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยาย ร้อยละ 96.5 โรคไตเรื้อรัง ร่วมกับโรคเบาหวาน ร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 63.5 ระยะเวลาที่เป็นโรคไตเรื้อรัง ค่าเฉลี่ย 4.21 ปี ค่าสูงสุด 30 ปี มีโรคร่วม ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 63.5 ส่วนใหญ่ป่วยระยะที่ 3 ร้อยละ 67.0

ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ต้องการตรวจสุขภาพประจำปี (ร้อยละ 89.4) รองลงมา ต้องการทราบวิธีการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง/อาการผิดปกติ (ร้อยละ 83.5) และต้องการคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเอง (ร้อยละ 82.4) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (n=85)

ความต้องการ	ระดับความต้องการของผู้ป่วย				Mean (SD)
	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มีความต้องการ	
1. ต้องการทราบระยะของโรคไตเรื้อรังของตนเอง	66 (77.6)	18 (21.2)	1 (1.2)	-	3.75 (0.510)
2. ต้องการทราบแนวทางการรักษาโรคไตเรื้อรัง	68 (80.0)	16 (18.8)	1 (1.2)	-	3.78 (0.497)
3. ต้องการทราบวิธีการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง/ อาการผิดปกติ	71 (83.5)	12 (14.1)	1 (1.2)	1 (1.2)	3.80 (0.507)
4. ต้องการช่องทางติดต่อขอคำปรึกษาเมื่อมีอาการ เปลี่ยนแปลง	68 (80.0)	14 (16.5)	2 (2.4)	1 (1.2)	3.75 (0.554)
5. ต้องการคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเอง	70 (82.4)	14 (16.5)	1 (1.2)	-	3.80 (0.483)
6. ต้องการตรวจสุขภาพประจำปี	76 (89.4)	9 (10.6)	-	-	3.89 (0.310)
7. ต้องการได้รับการเยี่ยมบ้านจากบุคลากรทีมสุขภาพ	60 (70.6)	21 (34.7)	3 (3.5)	1 (1.2)	3.65 (0.612)
8. ต้องการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล	69 (81.2)	14 (16.5)	2 (2.4)	-	3.79 (0.465)
9. ต้องการให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแล	58 (68.2)	19 (22.4)	8 (9.4)	-	3.59 (0.660)
10. ต้องการการสนับสนุนค่าใช้จ่าย	69 (81.2)	14 (16.5)	2 (2.4)	-	3.79 (0.465)
11. ต้องการคู่มือการปฏิบัติตัวผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง	68 (80.0)	14 (16.5)	2 (2.4)	1 (1.2)	3.75 (0.554)



จากข้อมูลเชิงบรรยายที่ได้จากการสนทนากลุ่มแกนนำเครือข่ายภาคประชาชน พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีความต้องการหลายด้าน ดังนี้

1.1 ด้านสุขภาพ มีความต้องการให้บุคลากรทีมสุขภาพ ให้การดูแลเฉพาะโรคไตเรื้อรัง เนื่องจากการจัดบริการดูแลสุขภาพโรคไตเรื้อรังปัจจุบัน เป็นการดูแลในคลินิกโรคเรื้อรังในวันเดียว ยังไม่มีเฉพาะเจาะจง

1.2 ด้านสังคม ต้องการให้ชุมชนเข้าใจและช่วยสนับสนุนผู้ป่วย เช่น การถามไถ่ พุดคุย การเยี่ยมเยียน ต้องการโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน เช่น งานบุญประเพณี เพื่อให้รู้สึกมีคุณค่าและไม่ถูกโดดเดี่ยว ต้องการอสม. ติดตามเยี่ยมบ้าน

1.3 ด้านเศรษฐกิจ ต้องการลดภาระค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ในการรักษา ต้องการการสนับสนุนรายได้ในครอบครัว เนื่องจากเมื่อมีการเจ็บป่วยแล้วต้องเดินทางไปตรวจตามนัด การพอกไต การเดินทางของผู้ป่วยไปโรงพยาบาล การจัดซื้ออุปกรณ์สำหรับการดูแลที่บ้าน เช่น อาหารเสริม ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ และการสนับสนุนค่าใช้จ่ายอื่น ๆ เช่น ถูยั้งชีพ เบี้ยสวัสดิการ จัดงบประมาณสนับสนุนโครงการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชนในหมู่บ้าน

1.4 ด้านสิ่งแวดล้อม ต้องการดูแลด้านสิ่งแวดล้อมในสถานบริการสุขภาพ มีความต้องการของบุคลากรและอุปกรณ์ เช่น มีบุคลากรเพียงพอ ให้บริการเฉพาะโรค ห้องบริการสะอาด มีอุปกรณ์ช่วยเหลือชีวิต การปรับทางราบ ราวในห้องน้ำ รถเข็น ไม้ค้ำยัน จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย ด้านสิ่งแวดล้อมในชุมชน ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ต้องการสิ่งแวดล้อมที่สะอาด โดยเฉพาะผู้ที่ล้างไตทางช่องท้อง ต้องการการเดินทางที่ปลอดภัย ต้องการลดปริมาณเกลือในอาหารที่ชุมชนนำมาจำหน่าย มีการจัดกิจกรรมกลุ่มหรือชมรมรักสุขภาพ เช่น ชมรมออกกำลังกาย ชมรมจิตอาสาดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

2. ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของคลินิกหมอครอบครัว ผู้วิจัยสัมภาษณ์เชิงลึกบุคลากรทีมสุขภาพ และสนทนากลุ่มแกนนำเครือข่ายภาคประชาชน เพื่อศึกษาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตของคลินิกหมอครอบครัวหัวเขาแตก ซึ่งสรุปตามองค์ประกอบของ CCM ดังนี้ 1) ด้านนโยบายและทรัพยากรของชุมชน การกำหนดนโยบายการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังชัดเจน และมีการถ่ายทอดไปสู่การปฏิบัติ มีคณะทำงานทั้งในหน่วยบริการและในชุมชนครอบคลุมทุกหมู่บ้าน การสนับสนุนให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 2) ด้านองค์การให้บริการสุขภาพ การบริหารอัตรากำลังทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยจัดคลินิกโรคเรื้อรังแบบรวมหน่วยบริการ มีผู้จัดการประสานงานภายในคลินิกหมอครอบครัว และมีผู้ประสานงานทุกหน่วยบริการ โดยมีแพทย์และพยาบาลวิชาชีพของคลินิกหมอครอบครัวหัวเขาแตกเป็นหัวหน้าทีม บุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพทุกคน มีความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังตามความเชี่ยวชาญ 3) ด้านการสนับสนุนการดูแลตนเอง สนับสนุนให้มีการวางแผนการดูแลร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว บุคลากรทีมสุขภาพ จัดกิจกรรมให้ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง เป็นรายบุคคล มีการตั้งเป้าหมายของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีแบบบันทึกการติดตามการดูแลตนเองและเครือข่ายต่าง ๆ ในชุมชน มีชมรมออกกำลังกาย ชมรมอ่อนหวาน ทานจิต ชมรมรักไข้ไต กิจกรรมในสถานี่สุขภาพชุมชนแต่ละหมู่บ้าน 4) ด้านการออกแบบระบบบริการ มีการจัดบริการร่วมกับคลินิกโรคเรื้อรังอื่น ๆ ไม่มีการแยกจัดบริการโดยเฉพาะ ให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทุกระยะ เนื่องจากยังคงมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 4-5 จำนวนหนึ่งที่มีข้อจำกัดในการไปรับบริการสุขภาพที่โรงพยาบาลนาเชือก เช่น ขาดผู้ดูแลพาไปรักษาตามนัด การเดินทางไม่สะดวก ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย จึงต้องดูแลตามความเหมาะสมและความต้องการของผู้ป่วย มีแนวปฏิบัติเฉพาะโรคมาใช้วางแผนการดูแล จัดบริการเฉพาะรายสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีความซับซ้อน และมีการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมระหว่างหน่วยบริการสุขภาพและชุมชน 5) ด้านระบบข้อมูลทางคลินิก มีการ

รวบรวมและจัดการข้อมูลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ แยกกลุ่มข้อมูลตามภาวะสุขภาพ นำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ และวางแผนการจัดระบบบริการให้มีประสิทธิภาพ รวมถึงใช้เป็นฐานข้อมูลในการตัดสินใจวางแผนการดูแล ร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยและครอบครัว 6) การสนับสนุนการตัดสินใจ มีแนวทางการปฏิบัติงาน ทางคลินิก มีคู่มือและสื่อให้ความรู้เรื่องโรคและการดูแลสุขภาพ ทีมสหสาขาวิชาชีพ อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ป่วยและผู้ดูแล ได้รับการพัฒนาความรู้และเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

### อภิปรายผลการวิจัย

1. สถานการณ์ ปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในคลินิกหมอครอบครัว ผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และเป็นหัวหน้าครอบครัว ระยะเวลาที่ป่วยโรคไตเรื้อรัง 5-10 ปี โดยมีโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นโรคร่วม ส่วนใหญ่เจ็บป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 อธิบายได้ว่า ภาวะด้านสุขภาพและเศรษฐกิจผู้ป่วยเพศหญิงต้องเผชิญมากกว่าเพศชาย เนื่องจาก มีโอกาสเกิด ภาวะแทรกซ้อนร่วม เช่น ภาวะโลหิตจางและโรคกระดูกพรุน และบทบาทเพศหญิงที่ต้องดูแลผู้อื่น ในครอบครัว เมื่อเจ็บป่วยต้องสูญเสียรายได้ แบกรับค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการเดินทาง การรักษา ยิ่งเพิ่มความเครียด ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ทำให้ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องและการติดตามอย่างใกล้ชิด ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างป่วยด้วยโรคเรื้อรังมา 5-10 ปี และมีโรคร่วมนั้นเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่เร่งให้เกิดโรคไตเรื้อรัง ตามมา และผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 สามารถควบคุมและชะลอการเสื่อมของไตได้หากได้รับการดูแล อย่างเหมาะสม จึงเป็นโอกาสสำคัญในการวางแผนการดูแลให้มีประสิทธิภาพ เพื่อลดโอกาสเข้าสู่ภาวะไตวาย ภาวะสุดท้ายในอนาคต สอดคล้องกับการรายงานระดับชาติ ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข<sup>2</sup> และ Kazancioglu<sup>12</sup> ที่พบว่า การเกิดโรคไตเรื้อรังมีหลายปัจจัย ได้แก่ อายุ เพศ โรคเบาหวาน ความดันโลหิต สูง ความชุกจะเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น และพบโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 มากที่สุดทุกกลุ่มอายุ ระยะเวลาที่ป่วยไต เรื้อรัง 5-10 ปี ทำให้ร่างกายอ่อนเพลียเรื้อรัง การทำกิจกรรมด้วยตนเองลำบาก การทำงานลดน้อยลงหรือทำ ไม่ได้ สูญเสียรายได้ การพึ่งพาผู้อื่นในการดูแลและค่าใช้จ่ายที่เพิ่มเกิดปัญหาด้านจิตใจ เกิดความ วิตกกังวล ท้อแท้ สิ้นหวัง สอดคล้องกับพรพิมล วดีศิริศักดิ์ และคณะ<sup>13</sup> พบว่า ผู้สูงอายุป่วยโรคไตเรื้อรัง มักมี อาการอ่อนล้ามากที่สุด และอนุชา ไทยวงษ์ และคณะ<sup>14</sup> พบว่า อาการไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มี การรับรู้มากที่สุด คือ อาการชาปลายมือปลายเท้า อาการปวดกระดูก และข้อบวม ท้องผูก ตะคริว และ เคลื่อนไหวไม่สะดวก

2. ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังคลินิกหมอครอบครัว ที่พบว่า 1) ด้านสุขภาพ ผู้ป่วย มีความต้องการด้านการป้องกัน การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการรักษาสุขภาพ สะท้อนให้เห็นถึง ความตระหนักในการดูแลตนเองและความคาดหวังต่อระบบบริการสุขภาพ ในการสนับสนุนการดูแล แบบองค์รวมและต่อเนื่อง โดยมีทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมดำเนินการอย่างเป็นระบบ ทั้งในหน่วยบริการสุขภาพ และในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของ ยงยุทธ ติตินิลนินิ<sup>6</sup> พบว่า รูปแบบการให้บริการในการดูแลผู้ป่วย โรคไตเรื้อรังทุกระยะ ต้องมีทีมสหวิชาชีพที่คอยดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ช่วยชะลอไตเสื่อมได้อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.01 และการศึกษาของกนิษฐา จันทรรคณา และคณะ<sup>15</sup> พบว่า ครอบครัวที่สนับสนุนการดูแล สุขภาพและจากบุคลากรทีมสุขภาพ ได้แก่ ทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถ ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .01 2) ด้านสังคม พบว่า ต้องการให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแล ให้ชุมชนเข้าใจและช่วยสนับสนุนมี อสม. ติดตามเยี่ยมบ้าน สอดคล้อง กับการศึกษาของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย<sup>1</sup> พบว่า ผู้ป่วยต้องการการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน

การติดตามการรักษา ต้องการกำลังใจจาก อสม. ในการเยี่ยมบ้าน 3) ด้านเศรษฐกิจ พบว่า ผู้ป่วยมีความต้องการการสนับสนุนค่าใช้จ่ายด้านอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น ค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน ลดภาระหนี้สิน การดูแลช่วยเหลือในชีวิตประจำวันและการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของ จุฑามาศ เทียนสอาด และคณะ<sup>16</sup> พบว่า ภาระค่าใช้จ่ายนอกจากค่าใช้จ่ายในการพอกเลือด ยังมีค่าใช้จ่ายอื่น เช่น ค่าอาหาร ค่าเดินทาง ค่าจ้างผู้ดูแล 4) ด้านสิ่งแวดล้อม พบว่า มีความต้องการของบุคลากรที่มสุขภาพและอุปกรณ์ในการดูแลเพียงพอ มีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการรักษา การได้รับการสนับสนุนจากชุมชน จาก อสม. อปท. ผู้นำชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกิตติกร นิลมานันต์ และคณะ<sup>17</sup> พบว่า คุณค่าและความปรารถนาของผู้ป่วยรวมถึงการเข้าถึงแหล่งประโยชน์แหล่งสนับสนุนการดูแลหรือบริการอื่น ๆ ใช้ telemedicine เข้ามาช่วยในการเยี่ยมผู้ป่วย ส่งการรักษา การดูแลเบื้องต้นโดยลดภาระของผู้ป่วยและผู้ดูแลในการส่งต่อ สอดคล้องกับการศึกษาของศุภพร ไชยคำ<sup>18</sup> ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับการใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 โรงพยาบาลสันติสุข จังหวัดน่าน ด้านการรับประทานอาหาร การใช้ยาอย่างเหมาะสม การออกกำลังกายและการจัดการความเครียดเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ )

3. ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของคลินิกหมอครอบครัวหัวเขาแตก อภิปรายผลตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 6 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) นโยบายและทรัพยากรของชุมชน มีการกำหนดและถ่ายทอดนโยบายการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังบูรณาการกับโรคเรื้อรังอื่น ๆ มีสนับสนุนให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม มี อสม. รับผิดชอบงานดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง บูรณาการโรคไตเรื้อรังในชุมชนครอบคลุมทุกหมู่บ้าน แต่พบว่า กระบวนการสร้างนโยบายสาธารณะในพื้นที่เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง ยังไม่ชัดเจนและไม่เกิดความต่อเนื่อง ซึ่งนโยบายต้องมุ่งเน้นการชะลอการลุกลามของโรค ควบคุมอาการ และดูแลสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วย โดยมีการจัดการหลายด้าน เช่น การควบคุมอาหาร การใช้ยา การจัดการโรคประจำตัว และการบำบัดทดแทนไต (renal replacement therapy) สอดคล้องกับการศึกษาของอุไรวรรณ พานทอง<sup>19</sup> ที่ศึกษาการจัดการโรคไตเรื้อรังโดยใช้รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังในสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิจังหวัดนครศรีธรรมราช การกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพและมาตรการทางสังคมให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ จะสามารถป้องกันและชะลอการเสื่อมของไตได้ 2) องค์กรให้บริการสุขภาพ พบว่า อัตรากำลังบุคลากรให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพียงพอ มีการจัดทำแผนอบรมพัฒนาบุคลากร จัดหา วัสดุ ครุภัณฑ์ เครื่องมือต่าง ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของมนัชญา เสรีวิวัฒนา และคณะ<sup>20</sup> พบว่า การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ทีมสุขภาพและการจัดการบริการของ รพ.สต. เป็นองค์กรที่สำคัญในการพัฒนาศักยภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ญาติผู้ดูแลและ อสม. 3) การสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล ชุมชน โดยมี อสม. ในการดูแลติดตามเยี่ยมบ้านให้กำลังใจ มีชมรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และหน่วยบริการสุขภาพ มีการจัดบริการดูแลครอบคลุมผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทุกระยะการเจ็บป่วย และการศึกษาของอุไรวรรณ พานทอง<sup>17</sup> ที่ศึกษาเรื่อง การจัดการโรคไตเรื้อรังโดยใช้รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังในสถานบริการปฐมภูมิจังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองหลังการได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ ) 4) การออกแบบระบบการให้บริการ มีการจัดบริการดูแลในหน่วยบริการสุขภาพและในชุมชน คือ การจัดบริการดูแลในหน่วยบริการสุขภาพจัดบริการคลินิกโรคไตเรื้อรังร่วมกับคลินิกโรคเรื้อรังอื่น ๆ ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทุกระยะ เนื่องจาก

ผู้ป่วยระยะที่ 4-5 มีข้อจำกัดในการไปรับบริการสุขภาพแห่งอื่น จึงต้องดูแลตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยให้เหมาะสม ให้ข้อมูลสุขภาพแก่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั้งรายกลุ่มและรายเดี่ยว ในผู้ป่วยรายใหม่และรายเก่า การให้ความรู้ที่สอดคล้องกับการศึกษาของหลังพร อุตระศาสตร์ และคณะ<sup>21</sup> กล่าวว่า การจัดการสุขภาพผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยมี อสม. เข้ามามีส่วนร่วมสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับค่าไตดีขึ้น และอังสุมาลิน กรมทอง และคณะ<sup>22</sup> พบว่า ผู้บริหารและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ผลลัพธ์ทางคลินิก พบว่า ผู้ป่วยมีค่าความดันโลหิตลดลงร้อยละ 82.4 ค่าระดับน้ำตาลสะสมลดลงร้อยละ 60.0 ค่า eGFR เพิ่มขึ้นร้อยละ 52.9 5) ระบบข้อมูลทางคลินิก มีฐานข้อมูลเอกสารและโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ครอบคลุมกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย และกลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อน จัดเก็บและบันทึกข้อมูลการรักษาและติดตามผล มีผู้บันทึกกำหนดรหัสการเข้าถึงข้อมูลแต่ละบุคคล มีระบบแจ้งเตือนอัตโนมัติสำหรับการตรวจติดตามผลเลือดหรือการตรวจปัสสาวะ มีการส่งต่อโดยบันทึกในระบบคอมพิวเตอร์และบันทึกใบ บส.08 ส่งออกข้อมูลและนำเข้าคลังข้อมูลจังหวัดมหาสารคาม (health data center: HDC มหาสารคาม) แล้วนำใช้ข้อมูลมาวิเคราะห์ การจัดทำแผนสุขภาพ 6) การสนับสนุนการตัดสินใจ มีคู่มือแนวทางปฏิบัติ (clinical practice guideline: CPG) ของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ร่วมกับ CPG และจัดทำขึ้นของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอนาเชือก มีคู่มือในการดูแลดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จัดทำสื่อต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรคไตเรื้อรังที่ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของศิริลักษณ์ ฤงทอง<sup>23</sup> พบว่า การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง คือ การสร้างความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับโรคไต เน้นการจัดการความเสี่ยงของการเกิดโรคไตในชุมชน การควบคุมค่าระดับน้ำตาล ความดันโลหิตของผู้ป่วยให้ใกล้เคียงค่าปกติมากที่สุด

### ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัย

1. ควรมีการศึกษาประสิทธิผลระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของคลินิกหมอครอบครัว
2. ควรมีการศึกษาเชิงระบบในการจัดบริการคลินิกหมอครอบครัวสำหรับโรคเรื้อรังอื่น ๆ

ที่เหมาะสมกับบริบทแต่ละพื้นที่

### กิตติกรรมประกาศ

ผู้ศึกษาขอขอบพระคุณ อาจารย์ ดร.กำทร ดานา อาจารย์ ดร.อนุชา ไทยวงษ์ อาจารย์แพทย์โรงพยาบาลนาเชือก และ พว.ภัชราภรณ์ ฤงทอง ที่ให้ความกรุณาตรวจสอบเครื่องมือวิจัย ให้คำปรึกษา คำแนะนำ ตลอดจนให้กำลังใจในทุกขั้นตอนของการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะและพิจารณาบทความวิจัยให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น และขอบคุณผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง บุคลากรทีมสุขภาพคลินิกหมอครอบครัวหัวเขาแตก ผู้นำชุมชน อสม. ทุกท่านที่ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ยังต้องงานวิจัย สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

### References

1. The Nephrology Society of Thailand (NST). Recommendations for the care of patients with chronic kidney disease prior to renal replacement therapy. Bangkok: Sri Muang Printing; 2022. (in Thai)

2. Ministry of Public Health. 20-Year national strategic plan (Public health) [Internet]. 2011 [cited 2011 Apr 10]. Available from: [https://bps.moph.go.th/new\\_bps/sites/default/files/E-book%20indicators%2066.pdf](https://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/E-book%20indicators%2066.pdf) (in Thai)
3. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. NCD clinic plus & online operations guidelines manual. Bangkok: Aksorn Graphic and Design; 2021. (in Thai)
4. Office of Policy and Strategy, Ministry of Public Health. Primary care cluster operational guidelines for service units. Bangkok: Office of Policy and Strategy, Ministry of Public Health; 2016. (in Thai)
5. Suwanasaeng N, Paradorn Yingyoud P. Primary Care Cluster: Concept and management of registered nurses' roles. *Thai J Nurs Council* 2020;35(1):5-17. (in Thai)
6. Thitininniti Y. Development of comprehensive care model for every state of CKD in primary health care unit applying the concept of health literate organization: a case study at Pikunthong health center. *Multidisciplinary J Health* 2023;5(1):55-68. (in Thai)
7. World Health Organization. The world health report 2008: primary health care (now more than ever). Geneva: World Health Organization; 2008.
8. Sattayasomboon T, Sattayasomboon Y. Hypertension and type 2 diabetes mellitus patients: a systematic review on the Chronic Care Model (CCM) and Self-Management Support (SMS). *South Coll Netw J Nurs Public Health* 2020;7(2):232-43. (in Thai)
9. Teeranut A, Methakanjanasak N, Surit P, Ruaisungnoen W, Saensom D, Srina C, et al. Research project: development of a health service system to delay dialysis in patients with chronic kidney disease [Internet]. Bangkok: Ministry of Public Health; 2017 [cited 2023 Apr 20]. Available from: <http://164.115.27.97/digital/files/original/ebaf496c2b39433d1e10f381a91e94d3.pdf> (in Thai)
10. Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Aff (Millwood)* 2001;20(6):64-78.
11. Yensamer O. Spiritual care needs and spiritual care received among patients with end-stage renal disease receiving hemodialysis [master's thesis]. Songkla: Prince of Songkla University; 2017. (in Thai)
12. Kazancioglu R. Risk factors for chronic kidney disease: an update. *Kidney Int Suppl* (2011). 2013;3(4):368-71.
13. Wadeesirisak P, Thongcharoen W, Ronnaritwichai C, Sriyuktasuth A. Fatigue experience, management strategies, family support and quality of life in elderly patients with pre-dialysis chronic kidney disease. *J Nurs Res Innov Health* 2015;27(3):26-37. (in Thai)
14. Thaiwong A, Kanoksunthonrat N, Chaiwibuntham S. Relationship between unpleasant symptom clusters and quality of life among patients with chronic kidney disease. *J Nurs Ther Care* 2017;35(3):120-8. (in Thai)

15. Jantarakana K, Sitsira-at S. Factors related to self-care agency and happiness of end-stage renal disease patients. *Srinakharinwirot Res Dev J Humanit Soc Sci* 2017;9(17):1-13. (in Thai)
16. Tiansaard J, Chaiviboontham S, Phinitkhajorndech N. Perception of symptom burden, financial burden, and quality of life in patients with end-stage renal disease undergoing hemodialysis. *Nursing Research and Innovation Journal* 2017;23(1):60-77. (in Thai)
17. Nilmanat K, Thasaneesuwan S, Tinkaew P. Palliative Care for Chronic Renal Failure Patients: Issues and Recommendations for Development. *J Thai Nurse Midwife Council* [internet]. 2021 Sep. 23 [cited 2026 Apr. 4];36(04):5-16. available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJONC/article/view/248228> (in Thai)
18. Chaikham S. Effects of self-management combined with health information technology systems program on knowledge and self-care behaviors among patients with chronic kidney disease stage 3, Santisuk Hospital, Nan Province. *Health Res Dev Cent Nakhon Ratchasima Public Health Prov Off* 2024;4(1):106-23.
19. Pantong U. Chronic kidney disease management with chronic care model at primary care in Nakhon Si Thammarat Province. *Maharaj Nakhon Si Thammarat Med J* 2018;1(2):48-58. (in Thai)
20. Serewiwattana M, Thongtanunam Y, Limakara S. Development of quality care for delaying progression of kidney disease in chronic patients using the chronic care model of a sub-district health promotion hospital. *TJNMP* 2018;5(1):45-56. (in Thai)
21. Uttarasart L, Kankarn W, Anutrakulchai S. Effects of case management program and the participation of village health volunteers in caring for patients with chronic kidney disease. *Journal of Nursing and Health Care* 2021;39(2):13-21. (in Thai)
22. Kromthong U, Chomnirat W. Development of a care system for patients with chronic diseases and renal complications in Khon Kaen municipality primary care unit. *RDHSJ* 2021;14(3):29-41. in Thai)
23. Thungtong S. Delayed progression of diabetic nephropathy in patients with uncontrolled type 2 diabetes mellitus. *JRTAN* 2017;18(Suppl):17-24. in Thai)