รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต

วิทยานิพนธ์
ของ
ปรัตถกร วงศ์กาฬสินธุ์

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต
พฤศจิกายน 2564
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต

วิทยานิพนธ์
ของ
ปรัตถกร วงศ์กาฬสินธุ์

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต
พฤศจิกายน 2564
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Model of Quality of life Development for Pre - Dialysis Chronic Kidney Disease Patients

Paratthakon Wongkalasin

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements

for Doctor of Public Health (Doctor of Public Health)

November 2021

Copyright of Mahasarakham University

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนายปรัตถกร วงศ์กาฬสินธุ์ แล้วเห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(รศ. ดร. จุฬาภรณ์ โสตะ)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รศ. ดร. สุมัทนา กลางคาร)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
(รศ. ดร. แพทย์หญิงศิรินาถ ตงศิริ)

.....กรรมการ
(รศ. ดร. วรพจน์ พรหมสัตยพรต)

.....กรรมการ
(รศ. ดร. ธิดารัตน์ สมดี)

.....กรรมการ
(ผศ. ดร. สุณีรัตน์ ยั่งยืน)

มหาวิทยาลัยอนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

.....	.....
(รศ. ดร. สุมัทนา กลางคาร)	(รศ. ดร. กริสน์ ชัยมูล)
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์	คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต
ผู้วิจัย ปรัตถกร วงศ์กาฬสินธุ์
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. สุมัทนา กลางคาร
รองศาสตราจารย์ ดร. แพทย์หญิงศิรินาถ ตงศิริ
ปริญญา สาธารณสุขศาสตรดุษฎี **สาขาวิชา** สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต
บัณฑิต
มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม **ปีที่พิมพ์** 2564

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นแบบผสมผสานวิธี มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร และศึกษาผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบที่สร้างขึ้น ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง กลุ่มเป้าหมายที่ใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น ได้แก่ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถามคุณภาพชีวิตและแบบวัดความรู้เรื่องการจัดการตนเอง ข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย stepwise multiple regression, pairedt-test และ independent t-test

ผลการวิจัย พบว่า รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การได้รับการดูแล ภาวะซึมเศร้า อายุ เพศ และโรคร่วมอื่น ๆ เป็นปัจจัยที่สามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตได้ ร้อยละ 49.3 รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต มี 4 องค์ประกอบที่สำคัญ คือ 1) บุคคล 2) ผู้ดูแล 3) ระบบบริการสุขภาพ และ 4) สิ่งสนับสนุนซึ่งเชื่อมโยงประสานกันเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ในการทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไตดีขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเพิ่มองค์ความรู้เรื่องการจัดการตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไต หลังจากใช้รูปแบบที่สร้างขึ้น พบว่ากลุ่มเป้าหมายมีความรู้และคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001, p<0.001 ตามลำดับ) ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการของกลุ่มทดลอง ได้แก่ eGFR, Glucose, Serum Creatinine และ Systolic BP พบว่ามีค่าดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง การใช้สิ่งสนับสนุน ได้แก่ สื่อวีดีทัศน์ให้ความรู้ คู่มือการจัดการตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไต และช่องทางการสื่อสารเพื่อให้ความรู้ คำแนะนำรวมไปถึงการให้คำปรึกษาเพื่อแก้ไขปัญหาหรือข้อสงสัยต่าง ๆ เกี่ยวกับการดูแลตนเองที่สามารถทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงได้ง่าย จะช่วยส่งเสริมและสนับสนุนการเรียนรู้ที่จะดูแลตนเองของผู้ป่วยทำให้เกิดผลลัพธ์

ตามเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : คุณภาพชีวิต, โรคไตเรื้อรัง, การชะลอไตเสื่อม

TITLE Model of Quality of life Development for Pre - Dialysis Chronic Kidney Disease Patients

AUTHOR Paratthakon Wongkalasin

ADVISORS Associate Professor Sumattana Glangkarn , Ph.D.

Associate Professor Sirinart Tongsiri , M.D.

DEGREE Doctor of Public Health **MAJOR** Doctor of Public Health

UNIVERSITY Mahasarakham University **YEAR** 2021

ABSTRACT

This research was a mixed method aimed to develop of model of quality of life for pre - dialysis chronic kidney disease patients at Sakonnakhon Hospital, and studied from the outcomes of testing the developed model. Participants of the developed model including medical personnel, chronic kidney disease patients, and caregiver. Participant of testing the outcomes were 60 pre - dialysis chronic kidney disease patients, divided into 2 groups were experimental and control groups. The tools used questionnaires of quality of life and knowledge of self-management support program for delayed progression of nephropathy. Content analysis was used to analyze qualitative data and frequency, percentage, stepwise multiple regression, paired t-test and independent t-test.

The results revealed that incomes, caregiver, depression, age, sex, and co-diseases together could explain 49.3 percent of the variability in quality of life. The development of model comprises of four vital components: 1) individual 2) caregiver 3) health service and 4) supporting facilities. These four aspects needed to link together aims to achieve the goal of increasing quality of life in pre - dialysis chronic kidney disease patients effectively. Increasing knowledge of self-management support program for delayed progression of nephropathy. The results after using the implement, the experimental group had knowledge of self-management support program for delayed progression of nephropathy and quality of life better than

control group (p<0.001, p<0.00, respectively). The experimental group had laboratory results including eGFR, Glucose, Serum Creatinine and Systolic BP better than before experiment. Supporting facilities including Instructional media, Advice, Discuss problem and Communication channel that patients can easily to access. These will help encourage and support the patient's learning to care for themselves effectively to achieve the goals.

Keyword : quality of life, chronic kidney disease, delayed progression of nephropathy

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยสำหรับนิสิตระดับบัณฑิตศึกษา งบประมาณเงินรายได้ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 จากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ผู้ศึกษาจึงขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ ที่นี้

ขอขอบพระคุณความอนุเคราะห์จาก รศ.ดร.สุมัทนา กลางคาร อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ที่คอยให้คำแนะนำและให้คำปรึกษาในการปรับปรุงแก้ไขผลงาน เพื่อให้ได้มาซึ่งงานวิจัยที่มีคุณภาพ ขอขอบพระคุณ รศ.ดร.พญ.ศิรินาถ ตงศิริ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่คอยให้คำปรึกษา ชี้แนะแนวทาง จนงานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณคุณพ่อ คุณแม่ ที่คอยสนับสนุนลูกคนนี้ในทุก ๆ ด้านเป็นกำลังใจที่สำคัญในการดำเนินงานวิจัยให้สำเร็จได้ ขอบพระคุณคุณพ่อและคุณแม่ของภรรยา ภรรยาและครอบครัวที่น่ารักและอบอุ่น ที่คอยสนับสนุนและให้กำลังใจเป็นแรงผลักดันให้มีแรงสู้ในการศึกษาในครั้งนี้ให้ผ่านไปด้วยดี สำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งใจไว้

ขอขอบพระคุณโรงพยาบาลศูนย์สกลนคร บุคลากรทางการแพทย์ผู้ดูแลงานโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง คลินิกโรคไตและผู้เชี่ยวชาญทุกท่าน ที่ได้เสียสละเวลา ช่วยเหลือและสนับสนุนให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

ปรัตถกร วงศ์กาฬสินธุ์

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย ..... ง

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ..... ฉ

กิตติกรรมประกาศ ..... ช

สารบัญ ..... ฌ

สารบัญตาราง ..... ฏ

สารบัญรูปภาพ ..... ฑ

บทที่ 1 บทนำ 1

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา 1

1.2 คำถามการวิจัย 4

1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย 4

1.4 ขอบเขตของการวิจัย 4

1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ 5

บทที่ 2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 6

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต 6

2.2 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง 8

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการพัฒนา 26

2.4 แนวคิดเกี่ยวกับกลุ่มช่วยเหลือตนเอง 27

2.5 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 32

2.6 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับ CIPP Model 36

2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต 39

2.8 กรอบแนวคิดในการวิจัย 43

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย 45
3.1 การศึกษาระยะที่ 1 เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และเชิงคุณภาพ (Qualitative) เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร 46
3.2 การศึกษาระยะที่ 2 เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อสร้างรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร 60
3.3 จริยธรรมในการวิจัย 72
บทที่ 4 ผลการวิจัย 73
4.1 ข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร 73
4.2 รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร 88
4.3 ผลลัพธ์การใช้รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร 103
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ 107
5.1 สรุปผลการวิจัย 107
5.2 อภิปรายผล 111
5.3 ข้อเสนอแนะ 115
บรรณานุกรม 116
ภาคผนวก 127
ภาคผนวก ก เอกสารรับรองการวิจัย 128
ภาคผนวก ข หนังสือขออนุญาตทดลองใช้เครื่องมือ 131
ภาคผนวก ค หนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย 133
ภาคผนวก ง รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย 135
ภาคผนวก จ ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 137

ภาคผนวก ฉ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก 158
ภาคผนวก ช ตัวอย่างสื่อวีดีทัศน์ให้ความรู้เรื่องการจัดการตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไต 163
ภาคผนวก ซ ตัวอย่างสมุดคู่มือการจัดการตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไต 165
ประวัติผู้เขียน 169

พหูน ปณฺ ฑิโต ชีเว

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 ระยะของโรคไตเรื้อรังแบ่งตามอัตราการกรองของไต (Glomerular Filtration Rate) . 11

ตารางที่ 2 จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังแยกตามหน่วยบริการ 49

ตารางที่ 3 แสดงระยะของโรคไตเรื้อรัง 63

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ลักษณะทางประชากรของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนครจำแนกตามลักษณะทางประชากร..... 75

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ลักษณะทางประชากรของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนครจำแนกตามลักษณะทางประชากร (ต่อ) . 76

ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ลักษณะทางประชากรของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนครจำแนกตามลักษณะทางประชากร (ต่อ) . 77

ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนครจำแนกตามค่าคะแนนระดับภาวะซึมเศร้า 78

ตารางที่ 8 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด - ค่าต่ำสุดของระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนครจำแนกตามค่าคะแนนระดับคุณภาพชีวิต 78

ตารางที่ 9 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลระดับคุณภาพชีวิตรายด้านของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร (347 คน) 80

ตารางที่ 10 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร 81

ตารางที่ 11 แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านต่าง ๆ ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร โดยใช้สถิติ Multiple Linear Regression ด้วยวิธี Stepwise 82

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบขั้นตอนการให้บริการในคลินิกโรคไตเรื้อรังแบบเดิมและแบบใหม่..... 91

ตารางที่ 13 เปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจเรื่องการจัดการตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไตและระดับคุณภาพชีวิต (n = 10) ด้วยสถิติ Pair t-test 93

ตารางที่ 14 เปรียบเทียบความแตกต่างของระยะโรคไตเสื่อมก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง (n = 10) 93

ตารางที่ 15 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย eGFR ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง (n = 10) ด้วยสถิติ Pair t-test 93

ตารางที่ 16 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อสื่อวีดีทัศน์และคู่มือการจัดการตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไตหลังเข้าร่วมการทดลองของกลุ่มทดลอง (n = 10) 94

ตารางที่ 17 เปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจเรื่องการจัดการตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไตและระดับคุณภาพชีวิต ($n_{ควบคุม}$=30, $n_{ทดลอง}$=30) 97

ตารางที่ 18 เปรียบเทียบความแตกต่างผลตรวจทางห้องปฏิบัติการก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ($n_{ควบคุม}$=30, $n_{ทดลอง}$=30) 98

ตารางที่ 19 เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงผลตรวจทางห้องปฏิบัติการก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ($n_{ควบคุม}$=30, $n_{ทดลอง}$=30) 98

ตารางที่ 20 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อสื่อวิดีทัศน์และคู่มือการจัดการตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไตหลังเข้าร่วมการทดลองของกลุ่มทดลอง (n = 30) 99

สารบัญรูปภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 วงจรของการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart (1988) 35

ภาพที่ 2 กรอบแนวคิด (Conceptual Framework) 44

ภาพที่ 3 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย 69

ภาพที่ 4 สรุปวงจรปฏิบัติการการพัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร 70

ภาพที่ 5 ความชุกของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 – 5 ที่มารับบริการในโรงพยาบาลศูนย์สกลนคร จังหวัดสกลนคร ระหว่างปี 2561 และปี 2562 74

ภาพที่ 6 วงจรปฏิบัติการรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร วงรอบที่ 1 95

ภาพที่ 7 วงจรปฏิบัติการรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร วงรอบที่ 2 100

ภาพที่ 8 สรุปรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไตที่พัฒนาขึ้น 103

บทที่ 1
บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease, CKD) ถือเป็นสาเหตุที่สำคัญของการเจ็บป่วยของประชากรทั่วโลกรวมถึงประเทศไทย ซึ่งในช่วงสามทศวรรษที่ผ่านมา โรคไตวายเรื้อรังเป็นโรคที่พบบ่อยมากขึ้น จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข พบว่าคนไทยป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังร้อยละ 17.60 ของประชากรหรือประมาณ 8 ล้านคน และเพิ่มขึ้นปีละประมาณ 7,800 คน และเสียชีวิตจากภาวะไตวายจำนวน 13,536 คน ซึ่ง 1 ใน 3 เสียชีวิตก่อนอายุ 60 ปี (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2559) ในปี 2561 ประเทศไทยมีผู้ป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังประมาณ 8 ล้านคน และมีจำนวนของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยในปี 2559 มีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังที่เข้ามารับบริการที่หน่วยบริการของโรงพยาบาลทั่วประเทศ จำนวน 913,779 คน และในปี 2560 มีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังที่เข้ามารับบริการที่หน่วยบริการของโรงพยาบาลทั่วประเทศ จำนวน 1,215,400 คน ซึ่งมีจำนวนเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 33 ของผู้ป่วยที่เข้ามารับบริการที่หน่วยบริการของโรงพยาบาลทั่วประเทศ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2561b)

โรคไตเรื้อรังถือได้ว่าเป็นโรคที่รุนแรงและส่งผลกระทบต่อร่างกายในทุก ๆ ส่วน ทั้งในเรื่องของภาวะแทรกซ้อนและการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น มีอาการปวดบวมตามร่างกาย เบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน และอาการผิดปกติอื่น ๆ ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นสาเหตุสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม (ธนันดา ตระการวนิช และอรอัชฌา ศิริมงคลชัยกุล, 2560) การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างเหมาะสมตั้งแต่ระยะต้น ๆ และมีการปรับแผนการรักษาให้สอดคล้องและมีความเหมาะสมหรือสอดคล้องกับระยะการดำเนินไปของโรค ตลอดจนควบคุมภาวะแทรกซ้อนหรือส่งเสริมปัจจัยต่าง ๆ รอบด้านของผู้ป่วย มีเป้าหมายที่สำคัญเพื่อลดอัตราการเสียชีวิต หรือชะลอการดำเนินไปของโรค ชะลอการเข้ารับการบำบัดทดแทนไต (Renal Replacement Therapy) เพื่อเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ลดการสูญเสียโอกาสต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแล ลดภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์ ลดค่าใช้จ่ายทั้งทางตรงและทางอ้อมจากโรคไตเรื้อรัง รวมถึงภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย และงบประมาณด้านสาธารณสุขและสังคมของประเทศ และก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทางด้านคุณภาพชีวิตและส่งผลต่อการรักษาให้เกิดประโยชน์สูงสุด ซึ่งผลลัพธ์ทางการรักษาพยาบาลนี้ อาจหมายถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ที่จะนำมาใช้ประเมินผลการรักษาพยาบาล (กิ่งกาญจน์ เพียรไพรงาม, 2560) แต่อย่างไรก็ตามระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังนั้นยังมีปัจจัยทางด้านกายภาพและทางด้าน

จิตใจเป็นตัวกำหนดระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอีกด้วย (กมลรัตน์ บัญญัตินพรัตน์ และศิริรัตน์ อนุตระกูลชัย, 2560) และส่วนใหญ่ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอยู่ในระดับปานกลาง (จำรัส สาระขวัญ และคณะ, 2560; รวีวรรณ พงศ์พุฒิพัชร และคณะ, 2556) และยังไม่มีรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังให้อยู่ในระดับดี และยังพบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิต ซึ่งเกิดจากการที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับภาวะของโรคไต ผลกระทบจากการรักษาที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิต ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะความเครียด และความวิตกกังวล และซึมเศร้า ซึ่งภาวะดังกล่าวนี้เป็นปัญหาทางด้านจิตใจที่สำคัญและพบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยเฉพาะในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิต โดยพบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต (จันทนา หล่อตระกูล และคณะ, 2561; รวีวรรณ พงศ์พุฒิพัชร และคณะ, 2556)

ในจังหวัดสกลนครมีประชากรทั้งหมด จำนวน 1,153,390 คน (สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง, 2562) ในปี 2559 มีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังที่เข้ามารับบริการที่หน่วยบริการของโรงพยาบาลในจังหวัดสกลนคร จำนวน 35,862 คน และในปี 2562 มีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังที่เข้ามารับบริการที่หน่วยบริการของโรงพยาบาลในจังหวัดสกลนคร จำนวน 45,375 คน ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่เข้ามารับบริการที่หน่วยบริการของโรงพยาบาลในจังหวัดสกลนครเพิ่มขึ้นร้อยละ 26.53 (กระทรวงสาธารณสุข, 2562) จากการสัมภาษณ์เกี่ยวกับสภาพคุณภาพชีวิตของตัวแทนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร พบว่าทางด้านร่างกาย ผู้ป่วยมีอาการหอบ เหนื่อยง่าย ปวด บวม หายใจติด ๆ ขัด ๆ ไอ ไม่มีเรี่ยวแรง เป็นปัญหาในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน เช่น การออกกำลังกาย ทางด้านจิตใจ พบว่า ผู้ป่วยบางรายรู้สึกรับได้กับสภาวะของโรคที่เป็นอยู่ ในบางรายรู้สึกท้อแท้ หมดหวังและสิ้นหวังที่จะเข้ารับการรักษาและดำเนินชีวิตต่อไป ทางด้านสัมพันธภาพทางสังคม พบว่า จากสถานภาพในปัจจุบันที่อยู่ในสถานะของผู้ป่วย ผู้นำชุมชนหรือคนในชุมชนให้ความเอาใจใส่ด้วยการ แวะเวียนมาเยี่ยมเยียนสอบถามอาการบ่อยขึ้น ในบางชุมชนผู้นำชุมชนจัดให้มีการดูแลและเฝ้าติดตามผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) แต่ก็ปฏิเสธไม่ได้ถึงการมีส่วนรวมภายในชุมชนที่ลดลงของตัวผู้ป่วย สาเหตุเนื่องมาจากโรคที่เป็นอยู่ ทางด้านสิ่งแวดล้อม พบว่า ส่วนใหญ่ลักษณะของที่อยู่อาศัย รวมไปถึงสภาพแวดล้อม ไม่มีความเหมาะสม เช่น ที่อยู่อาศัยคับแคบ แออัด บ้านเช่าทำให้ไม่มีความมั่นคงในการอยู่อาศัย ห่างไกลจากโรงพยาบาลที่ต้องเข้ามารับบริการบ่อยครั้ง และปัจจัยที่เป็นปัญหาสำคัญ ๆ ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร ได้แก่ ปัจจัยด้านการเงิน ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ใช้ในการดำเนินชีวิตรวมไปถึงใช้ในการเข้ามารักษาตัวที่โรงพยาบาล ปัจจัยด้านโรค สภาวะความรุนแรงของโรคที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวังและหมดหวังในการรักษา ปัจจัยด้านระบบบริการของโรงพยาบาล ที่ไม่ตอบสนอง

ต่อความต้องการของผู้ป่วยเท่าที่ควร ปัจจัยด้านที่พักอาศัย ที่ไม่เหมาะสมทั้งที่พักอาศัยและบรรยากาศโดยรอบบริเวณที่พักอาศัยของผู้ป่วยรวมไปถึงมลพิษต่าง ๆ ปัจจัยด้านการเดินทางที่มีความยากลำบากในเรื่องของยานพาหนะที่ใช้ในการเดินทางเข้ามารักษาที่โรงพยาบาล ปัจจัยด้านสวัสดิการของรัฐที่ไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือเข้ามาดูแลในเรื่องของค่าใช้จ่ายในการเดินทางเข้ามารับบริการที่โรงพยาบาล

จากปัญหาดังกล่าวข้างต้นผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร จังหวัดสกลนคร โดยมุ่งเน้นไปที่กลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไตในระยะที่ 3 – 5 จากคลินิกเบาหวานและความดันโลหิตสูงในกลุ่มของผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตหรือแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรัง และกลุ่มของผู้ป่วยที่ได้รับการลงทะเบียนเข้ารับการรักษาในคลินิกโรคไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีโอกาสในการเพิ่มระดับความรุนแรงของโรคและมีโอกาสที่ไตจะกลับคืนสู่สภาพเดิมได้ยาก หรือมีการดำเนินของโรคได้อย่างรวดเร็ว ซึ่งไม่รวมถึงผู้ป่วยโรคไตที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis : HD) และ ผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดผ่านทางช่องท้องแบบถาวร (Continuous ambulatory peritoneal dialysis : CAPD) เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตทั้ง 2 รูปแบบนี้มีบริบทในการดูแลตนเองและการเข้ารับบริการที่แตกต่างกัน ทั้งในเรื่องของสิทธิ์การรักษา รูปแบบกระบวน ขั้นตอนการรักษา (Guideline) ที่มีความแตกต่างกันอย่างชัดเจนย่อมส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันด้วย โดยผลการวิจัยสามารถนำมาประกอบการวางแผนในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังให้เหมาะสม รวมทั้งสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการเพิ่มประสิทธิภาพระบบการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและเป็นแนวทางในการปฏิบัติตนเองของผู้ป่วยและเป็นแนวทางในการดูแลให้กับผู้ดูแล เพื่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี ลดปัญหาและอุปสรรค กับผู้ป่วยทั้งในเรื่องของการดำเนินชีวิตในปัจจุบันและการดำรงชีวิตร่วมกับโรคที่เป็นอยู่ อีกทั้งยังเป็นการส่งเสริมให้ให้ผู้ป่วยตระหนักถึงคุณค่าในตนเองปราศจากความเหลื่อมล้ำทางสังคมหรือไม่เสียโอกาสในการเข้าถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อระดับคุณภาพชีวิต รวมถึงเป็นประโยชน์ต่อผู้ให้บริการไม่ว่าจะเป็นระดับจังหวัด หรือระดับอำเภอที่จะส่งเสริมและคงไว้ซึ่งรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เต็มกำลังความรู้ความสามารถ และทำให้การปฏิบัติงานด้านการรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังประสบผลสำเร็จในทุกด้านและเกิดผลลัพธ์ทางการรักษาสูงสุด

1.2 คำถามการวิจัย

รูปแบบการพัฒนาระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร เป็นอย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.3.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร

1.3.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

1.3.2.1 เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร

1.3.2.2 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร

1.3.2.3 เพื่อสร้างรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร

1.3.2.4 เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร

1.4 ขอบเขตของการวิจัย

1.4.1 ขอบเขตด้านประชากร

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยของโรงพยาบาลศูนย์สกลนคร จังหวัดสกลนคร จำนวน 3,179 คน (กระทรวงสาธารณสุข, 2562)

1.4.2 ขอบเขตด้านเนื้อหา

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร

1.4.3 ขอบเขตด้านเวลา

ระยะเวลาที่ทำการศึกษาระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน 2562 ถึง 30 เมษายน 2564

1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ

1.5.1 คุณภาพชีวิต หมายถึง เป็นความรู้สึกของการอยู่อย่างพอใจต่อองค์ประกอบต่าง ๆ ของชีวิตโดยมีชีวิตที่สมบูรณ์ในด้านบวกทั้งร่างกายและจิตใจ ตามสภาพการณ์และสิ่งแวดล้อมที่มีอยู่ได้รับอยู่หรือเป็นอยู่ ด้วยการรับรู้ร่วมกับการตัดสินใจของมนุษย์ ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งที่อาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ตามกาลเวลาและสภาพการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงไปทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม รวมไปถึงด้านอื่น ๆ ที่มีอีกด้วย

1.5.2 โรคไตเรื้อรัง หมายถึง สภาวะที่ไตถูกทำลาย ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการการทำงานของไตลดลง เช่น การรักษาสมดลของของเหลวในร่างกาย การควบคุมแร่ธาตุต่าง ๆ และน้ำในเลือด รวมไปถึงการขับของเสียออกจากเลือด การกำจัดยาและพิษออกจากร่างกาย การหลั่งฮอร์โมนเข้าสู่กระแสเลือด

1.5.3 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง หมายถึง ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่เข้ารับบริการ ณ คลินิกโรคไต คลินิกเบาหวานและความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคไต หรือมีภาวะแทรกซ้อนทางไตร่วมกับโรคอื่น ๆ อยู่ในระยะที่ 3 – 5

1.5.4 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต หมายถึง ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่เข้ารับบริการ ณ คลินิกโรคไต คลินิกเบาหวานและความดัน โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคไต หรือมีภาวะแทรกซ้อนทางไตร่วมกับโรคอื่น ๆ อยู่ในระยะที่ 3 – 5 ที่ยังไม่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis : HD) และ การฟอกเลือดผ่านทางช่องท้องแบบถาวร (Continuous ambulatory peritoneal dialysis : CAPD)

1.5.5 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต หมายถึง ผู้ป่วยที่เป็น โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ เข้ารับบริการ ณ คลินิกเบาหวานและความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร ที่แพทย์วินิจฉัยว่ามีภาวะไตแทรกซ้อน อยู่ในระยะที่ 3 - 5

1.5.6 โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ระดับตติยภูมิ จำนวน 1,000 เตียง สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตั้งอยู่ที่อำเภอเมืองสกลนคร จังหวัดสกลนคร

บทที่ 2
วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องผู้ศึกษาได้ค้นคว้าข้อมูลจากเอกสาร วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาเป็นพื้นฐานในการศึกษาและทำความเข้าใจเกี่ยวกับรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร ซึ่งผู้ศึกษาได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยนำเสนอในประเด็น ดังนี้

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

2.2 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการพัฒนา

2.4 แนวคิดเกี่ยวกับกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

2.5 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

2.6 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับ CIPP Model

2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.8 กรอบแนวคิดในการวิจัย

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

การดำรงชีวิตอยู่ภายใต้การเจ็บป่วยจากโรคจำเป็นที่จะต้องมีความเข้าใจในและรู้สึกพึงพอใจในชีวิตของแต่ละบุคคลในแต่ละด้านต่าง ๆที่มีความสำคัญต่อบุคคลซึ่งก็จะมีความหลากหลาย แตกต่างกันตามกาลเวลา ศาสนา วัฒนธรรม สถานที่ สิ่งแวดล้อม รวมไปถึงการรับรู้และการให้ความสำคัญหรือการให้คุณค่าต่อคุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคลด้วย

2.1.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต

ได้มีผู้ให้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิต ไว้ดังนี้

Walton (1974) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตการทำงานที่ดี คือการตอบสนองความต้องการและความปรารถนาของบุคคลในการทำงานให้ดีขึ้น

UNESCO (1978) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตไว้ว่า คุณภาพชีวิตเป็นความรู้สึกของการอยู่อย่างพอใจต่อองค์ประกอบต่าง ๆ ของชีวิตที่มีส่วนสำคัญมากที่สุดของบุคคล สรุปได้ว่า คุณภาพชีวิตหมายถึง การดำรงชีวิตอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี มีความสุข มีความสมบูรณ์ ทั้งร่างกาย และจิตใจ สามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมและสังคมที่ตนอยู่ได้อย่างดี ขณะเดียวกันก็ สามารถเผชิญปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถใช้ศักยภาพส่วนบุคคลสร้างสรรค์ พัฒนาตนเองและ

สังคมให้อยู่รวมกันได้อย่างสันติสุข ซึ่งดูได้จาก รายได้ของครอบครัวที่พอเพียงแก่การดำรงชีวิตขั้นต้น การมีงานทำที่เพียงพอแก่การยังชีพ การศึกษาและอัตราการเรียนรู้หนังสือของประชาชน โอกาสการมีส่วนร่วมในการปกครองประเทศ การมีเอกราชของชาติที่ปราศจากการแทรกแซงครอบงำจากรัฐบาลอื่น

Ferrans and Powers (1985) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตหมายถึง ความรู้สึกผาสุก ซึ่งเกิดจากความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจในแต่ละด้านของชีวิตที่บุคคลให้ความสำคัญ

The WHOQOL Group (1994) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตหมายถึง การรับรู้ของบุคคลภายในบริบทของวัฒนธรรม ระบบคุณค่าต่าง ๆ ของเขาสัมพันธ์กับเป้าหมายของชีวิต ความคาดหวัง มาตรฐาน และสิ่งต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องอยู่ และหมายถึงแนวความคิดที่มีขอบเขตกว้างขวางอันเป็นผลซับซ้อนจากสุขภาพทางกายของบุคคล สภาพจิตใจ ระดับความเป็นอิสระ ความสัมพันธ์ทางสังคมและความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมในชีวิตของบุคคลเป็นสำคัญ

อนุชาติ พวงสาลี และอรทัย อาจอ่า (2541) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตเป็นระดับของการมีชีวิตที่ดี ความสุข ความพึงพอใจในชีวิตเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสภาพความเป็นอยู่การดาเนินชีวิตของปัจเจกบุคคลในสังคม

เกษม จันทร์แก้ว (2560) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตในแง่ของสิ่งแวดล้อม หมายถึง การศึกษาความเป็นอยู่ของมนุษย์ที่เกี่ยวของกับสถานภาพการศึกษา เศรษฐกิจและอนามัย ตามลักษณะของของสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ได้แก่ เชื้อชาติ วัฒนธรรม และวิธีการเลี้ยงดู โดยที่คุณภาพชีวิตนั้นขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อมทั่วไปทางชีวภาพ หากบุคคลใดที่อยู่ในทรัพยากรแวดล้อมที่อุดมสมบูรณ์ก็ย่อมจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าบุคคลที่อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ขาดแคลนและยังขึ้นกับความพอใจที่มีความแตกต่างกันไปของแต่ละตัวบุคคล

กรมการส่งเสริมสุขภาพ (2553) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง การดำรงชีวิตของมนุษย์ในระดับที่เหมาะสมตามความจำเป็น เหมาะสม และเป็นไปตามความต้องการขั้นพื้นฐานในสังคมนั้น ๆ ณ ช่วงเวลาใด เวลาหนึ่ง ซึ่งคุณภาพชีวิตของประชากรจะดีนั้น ครอบครัวหรือชุมชนจะต้องบรรลุเกณฑ์ความจำเป็นขั้นพื้นฐานได้อย่างครบถ้วน

อรวรรณ น้อยวัฒน์ (2555) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต เป็นเป้าหมายหลักในการพัฒนาคุณภาพของประชากร ในทางการแพทย์ได้กำหนดให้คุณภาพชีวิตนั้นเป็นเป้าหมายในการให้บริการการรักษาพยาบาลและเป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางการรักษา ภาวะของการเจ็บป่วยเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิต ประกอบด้วย คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทางกาย คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทางจิตใจ และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทางสังคม

วนิดา วิชัยศักดิ์ และคณะ (2561) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต เป็นความรู้สึกพอใจในชีวิตของแต่ละบุคคลตามสภาพที่ตนดำรงอยู่เป็นการรับรู้และตัดสินโดยบุคคลนั้น ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับกิจกรรม

ทุกอย่างของชีวิต เช่น ความสามารถในการปฏิบัติภารกิจตามบทบาทในสังคม แม้ในบุคคลที่เจ็บป่วยและต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานทั้งร่างกายและจิตใจแต่ผู้ป่วยก็พยายามที่จะตอบสนองความต้องการของตนเองเท่าที่จะทำได้เพื่อการดำรงอยู่และดำเนินชีวิตต่อไปอย่างมีคุณภาพ

สรุปได้ว่า คุณภาพชีวิต เป็นความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตของตนเองเพื่อการดำรงชีวิตในระดับที่เหมาะสม ตามความจำเป็นขั้นพื้นฐานในช่วงเวลาหนึ่ง และในสังคมนั้น ๆ ซึ่งมีความเกี่ยวโยงกับกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิต เช่น ความสามารถในการปฏิบัติภารกิจต่าง ๆ ตามบทบาทหน้าที่ในสังคม เพื่อให้เกิดความสัมพันธ์ทางสังคมและความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมในชีวิตของบุคคลนั้น ๆ อย่างมีประสิทธิภาพ รวมไปถึงการดำรงชีวิตอยู่ภายใต้การดำเนินของโรคเรื้อรังที่เป็นไปอย่างราบรื่น ลดปัญหาและอุปสรรคจากโรคประจำตัว ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ๆ ได้แก่ คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และสามารถแบ่งออกเป็น 8 มิติย่อย ได้แก่ 1) มิติด้านภาวะการทำงานของร่างกาย 2) มิติด้านบทบาทที่ถูกจำกัดอันเนื่องจากสุขภาพทางกาย 3) มิติด้านความเจ็บปวด 4) มิติด้านการรับรู้สุขภาพทั่วไป 5) มิติด้านการทำหน้าที่ทางสังคม 6) มิติด้านพลังงาน 7) มิติด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์ 8) มิติด้านสุขภาพจิตทั่วไป

2.2 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง

2.2.1 ความหมายของโรคไตเรื้อรัง

โรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease, CKD) หมายถึง ภาวะที่มีการทำลายของเนื้อไตอย่างช้า ๆ แต่เป็นไปอย่างถาวร เป็นภาวะที่มีการทำงานของไตบกพร่องติดต่อกันเป็นเวลานาน ไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติได้ ถึงแม้จะได้รับการแก้ไขสาเหตุที่ทำให้เกิดการทำลายไตในระยะแรกแล้ว แต่การเสื่อมของไตยังคงดำเนินต่อไปเรื่อย ๆ จนถึงภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (end-stage renal disease ,ESRD) (สมฤทัย วัชราวิวัฒน์, 2560) สมาคมโรคไตแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา (National Kidney Foundation, NKF) ให้คำจำกัดความของโรคไตเรื้อรังว่า คือภาวะที่ไตมีความเสียหายติดต่อกันนานมากกว่าหรือเท่ากับ 3 เดือน ทำให้โครงสร้างการทำหน้าที่ของไตผิดปกติ ผู้ป่วยจะมีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่งในสองข้อ โดยมีภาวะไตผิดปกติและมีการคั่งของของเสียในเลือด (azotemia) นานติดต่อกันเกิน 3 เดือน โดยใช้เกณฑ์ระดับ serum creatinine (SCr) มากกว่า 3 mg/dl อาจมีอัตราการกรองของไต (glomerular filtration rate: GFR) ผิดปกติหรือไม่ก็ได้

สรุป โรคไตเรื้อรัง หมายถึงโรคที่เกิดขึ้นกับอวัยวะหนึ่งนั่นก็คือ ไตหรือมีไตเป็นส่วนประกอบหนึ่งของโรคนั้น ๆ นอกจากระบบไตก็ได้ และอาการทางไตอาจเป็นต้นเหตุที่ทำให้เกิดโรคอื่น ๆ นอกจากระบบไตร่วมด้วยหรือโรคอื่น ๆ อาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคไตเรื้อรังก็ได้ เช่น

โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เป็นต้น โดยที่โรคไตเรื้อรังเกิดจากการที่ไตมีความผิดปกติของโครงสร้าง หรือรวมไปถึงการทำงานของไตโดยอาจมีอัตราการกรองของไตลดลงหรือไม่ก็ได้

2.2.2 สาเหตุของการเกิดโรคไตเรื้อรัง

(สมชาย เอี่ยมอ่อง และเกรียง ตั้งสง่า, 2538; สมชาย เอี่ยมอ่อง และคณะ, (2550) สามารถจำแนกสาเหตุของการเกิดโรคไตเรื้อรังออกเป็น 3 สาเหตุหลัก ๆ ได้ดังนี้

สาเหตุก่อนไต (Pre - renal cause) เกิดจากการมีปริมาณเลือดไปเลี้ยงไตน้อยลง หรือมี พยาธิสภาพก่อนถึงเนื้อไต ได้แก่ ร่างกายมีการไหลเวียนเลือดผ่านไตน้อยลงเกิดจากการมีพยาธิสภาพที่หัวใจ เช่น หัวใจล้มเหลวเลือดคั่ง (Congestive heart failure) กล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial infarction) มีการคั่งของของเหลวหรืออากาศในช่องเยื่อหุ้มหัวใจ (Pericardial tamponade) หรือ จากพยาธิสภาพของหลอดเลือด เช่น หลอดเลือดอักเสบ (Vasculitis) ความดันโลหิตสูงรุนแรง หรือ เกิดจากการเสียเลือด และภาวะขาดโซเดียม โดยเกิดจากการสูญเสียโซเดียมออกจากร่างกายในปริมาณมาก เช่น ท้องร่วงรุนแรง อาเจียนรุนแรง ซึ่งทำให้ปริมาณเลือดไปเลี้ยงไตลดลงได้ ภาวะขาดน้ำในผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว ผู้ที่ไตสูญเสียหน้าที่ในการควบคุมความเข้มข้นของปัสสาวะ และผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ภาวะเครียด หรือมีปัญหาการรบกวนสมดุลของร่างกาย เช่น การเกิดบาดแผลรุนแรงภาวะหลังผ่าตัดใหญ่ หรือการได้รับยาสลบเป็นเวลานาน ซึ่งรบกวนการหลั่ง สาร antidiuretic hormone และทำให้ปริมาณสารกระตุ้นการหดตัวของหลอดเลือด (Vasoconstrictor) ทำให้ปริมาณเลือดไหลเวียนผ่านไตลดลง

สาเหตุที่ไต (Intrarenal cause) เกิดเนื่องจากพยาธิสภาพที่เนื้อไตมักเกิดบริเวณหลอดเลือดโกลเมอรูรัสหลอดเลือดฝอยของไต หรือเนื้อเยื่อแทรกระหว่างเซลล์และหลอดฝอยไต สาเหตุเกิดจาก การได้รับสารพิษที่ทำลายเนื้อไต เช่น ยาปฏิชีวนะ กลุ่มเซฟฟาโลสปอริน (Cephalosporin) และอะมิโนไกลโคไซด์ (Aminoglycoside) การทำลายไมโอโกลบินในกล้ามเนื้อ หรือการทำลายกล้ามเนื้อ สารพิษนี้จะตกตะกอนที่หลอดฝอยไต (Renal tube) ทำให้เกิดการอักเสบ หรือการตายอย่างเฉียบพลันของหลอดฝอยไต หรือเกิดความผิดปกติของหลอดเลือดและระบบไหลเวียนเลือด เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคเกี่ยวกับหลอดเลือด ทำให้เซลล์ของไตขาดเลือดและถูกทำลายลง หรือเกิดการอุดตันในเนื้อไต เช่น นิ่วในไต เนื้องอก ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ไตถูกทำลายโดยตรง

สาเหตุนอกไต (Post - renal cause) เกิดจากการอุดตันของทางเดินปัสสาวะตั้งแต่กรวยไตลงไป มักมีสาเหตุมาจากนิ่ว ลิ่มเลือด ต่อมลูกหมากโต หลอดปัสสาวะตีบจากการติดเชื้อ ทำให้เกิดการทำลายหน่วยไตจากความร้อน มีการอักเสบของเยื่อบุช่องท้อง (Peritonitis) ภาวะติดเชื้อในร่างกาย ภาวะตับวาย เมื่อเนื้อเยื่อไตถูกทำลายจากสาเหตุที่กล่าวมาข้างต้นทำให้ประสิทธิภาพใน

การ ทำงานของไตลดลงเรื่อย ๆ หากไม่ได้รับการแก้ไขสาเหตุแล้ว ความเสียหายที่เกิดขึ้นต่อเนื้อเยื่อของไตนี้จะค่อย ๆ ดำเนินไปอย่างช้า ๆ ซึ่งอาจแสดงอาการผิดปกติหรือไม่ก็ได้

2.2.3 ระยะของโรคไตเรื้อรัง

National Kidney Foundation (2002) สามารถจำแนกระยะของโรคได้ออกเป็น 4 ระยะ ตามความรุนแรงของโรคได้ ดังนี้

1. ระยะที่มี Renal reserve ลดลง ระยะนี้ผู้ป่วยยังไม่มีอาการผิดปกติ ค่า Serum creatinine จะสูงกว่าปกติเล็กน้อยคือ อยู่ระหว่าง 1.5 - 2 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ค่า Creatinine clearance ประมาณ 40-50 มิลลิลิตรต่อนาที แต่มักพบมีโปรตีนในปัสสาวะเพิ่มขึ้นกว่าเกณฑ์ปกติแล้ว

2. ระยะ Chronic Renal Insufficiency อาจเริ่มมีอาการผิดปกติ คือปัสสาวะกลางคืนบ่อย ความดันโลหิตสูง หรือบางรายยังคงไม่มีอาการ ค่า Serum creatinine ประมาณ 2 - 4 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ค่า Creatinine clearance ประมาณ 20-40 มิลลิลิตรต่อนาที

3. ระยะ Renal Failure มีอาการปัสสาวะกลางคืนบ่อยทุกราย อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย เนื่องจากมีภาวะซีด ความดันโลหิตสูง ค่า Serum creatinine ประมาณ 4 - 8 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ค่า Creatinine clearance ประมาณ 10 - 20 มิลลิลิตร/นาที

4. ระยะสุดท้าย (End-Stage) หรือ Uremia มีอาการผิดปกติตามระบบต่าง ๆ ชัดเจนที่พบ บ่อยคือ คลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร ซึมลง เป็นต้น ระยะนี้ Serum creatinine มากกว่า 8 มิลลิกรัม ต่อเดซิลิตร ค่า Creatinine clearance น้อยกว่า 10 มิลลิลิตรต่อนาที

ในปัจจุบันได้มีการแบ่งการทำงานของไตออกเป็นระยะต่าง ๆ (Stage of Chronic Kidney Disease) โดยเป็นการแบ่งระยะการทำงานของไตซึ่งใช้ค่าอัตราการขจัดของเสียของไต (Glomerular Filtration Rate : GFR) ในการแบ่งระยะต่าง ๆ ออกเป็น 5 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ไตเสียหายร่วมกับอัตราการกรองไตปกติหรือเพิ่มขึ้น (Kidney Damage with Normal Filtration) คือ มีอาการของไตเริ่มเสื่อมแต่ยังมีค่าอัตราการขจัดของเสียของไตปกติ หมายถึง ระยะที่ค่า GFR ของผู้ป่วยมากกว่า 90 มิลลิลิตรต่อพื้นที่ผิวของร่างกาย (Body Surface Area : BSA) 1.73 m^2

ระยะที่ 2 ไตเสียหายร่วมกับอัตราการกรองไตลดลงเล็กน้อย (Kidney Damage with Mildly Decreased Filtration) คือ มีอาการของไตที่ผิดปกติและมีค่าอัตราการขจัดของของเสียลดลง หมายถึง ระยะที่ค่า GER ของผู้ป่วยอยู่ในช่วง 60 – 89 มิลลิลิตรต่อพื้นที่ผิวของร่างกาย (Body Surface Area : BSA) 1.73 m^2

ระยะที่ 3 อัตราการกรองไตลดลงปานกลาง (Moderately Decreased Filtration) คือ มีอาการของไตที่ผิดปกติโดยที่มีค่าอัตราการขจัดของของเสียลดลงประมาณครึ่งหนึ่ง หมายถึง ระยะที่ค่า GFR ของผู้ป่วยอยู่ในช่วง 30 – 59 มิลลิลิตรต่อพื้นที่ผิวของร่างกาย (Body Surface Area : BSA) 1.73 m^2

ระยะที่ 4 อัตราการกรองไตลดลงมาก (Severely Decreased Filtration) คือมีอาการผิดปกติของไตโดยที่มีค่าอัตราการขจัดของของเสียลดลงมาก หมายถึง ระยะที่ค่า GFR ของผู้ป่วยอยู่ในช่วง 15 – 29 มิลลิลิตรต่อพื้นที่ผิวของร่างกาย (Body Surface Area : BSA) 1.73 m^2

ระยะที่ 5 ไตวายระยะสุดท้าย (End-Stage Kidney Disease : ESRD) คือ มีอาการผิดปกติของไตอย่างรุนแรงโดยจัดว่าเป็นไตเรื้อรังระยะสุดท้ายซึ่งต้องได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต (Renal Replacement Therapy) หมายถึง ระยะที่ค่า GFR ของผู้ป่วยอยู่ต่ำกว่า 15 มิลลิลิตรต่อพื้นที่ผิวของร่างกาย (Body Surface Area : BSA) 1.73 m^2 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระยะของโรคไตเรื้อรังแบ่งตามอัตราการกรองของไต (Glomerular Filtration Rate)

ระยะ	ลักษณะ	อัตราการกรองของไต GFR (มล./นาที/1.73 ตร.ม.)
Hight Risk	กลุ่มผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิด โรคไตเรื้อรัง	≥ 90 (ร่วมกับมีปัจจัยเสี่ยง)
1	ไตเสียหายร่วมกับอัตราการกรองไตปกติหรือเพิ่มขึ้น	≥ 90
2	ไตเสียหายร่วมกับอัตราการกรองไตลดลงเล็กน้อย	60 - 89
3	อัตราการกรองไตลดลงปานกลาง	30 - 59
4	อัตราการกรองไตลดลงมาก	15 - 29
5	ไตเรื้อรังระยะสุดท้าย/ไตวาย	< 15 (ต้องการบำบัดทดแทนไต)

ที่มา :(สมฤทัย วัชราวิวัฒน์, 2560)

2.2.4 ระยะของโรคไตเรื้อรัง

นรินทร์ชัย พัฒนพงศา และคณะ (2542) ได้อธิบายถึงการวินิจฉัยของโรคไตเรื้อรัง ไว้ดังนี้

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง หมายถึง ผู้ป่วยที่มีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่งใน 2 ข้อต่อไปนี้

2.2.4.1 ผู้ป่วยที่มีภาวะไตผิดปกตินานติดต่อกันเกิน 3 เดือน ทั้งนี้ผู้ป่วยอาจมีอัตราการกรองของไต (glomerular filtration rate, GFR) ผิดปกติหรือไม่ก็ได้ ภาวะไตผิดปกติหมายถึง พบลักษณะตามข้อ ใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้

2.2.4.1.1 ตรวจพบความผิดปกติจากการตรวจปัสสาวะอย่างน้อย 2 ครั้ง ในระยะเวลา 3 เดือน ดังต่อไปนี้

1) ตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะ

- ถ้าผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวาน และตรวจพบ microalbuminuria

- ถ้าผู้ป่วยไม่ได้เป็นโรคเบาหวาน และตรวจพบ proteinuria มากกว่า 150 มิลลิกรัมต่อวัน หรือมากกว่า 150 มิลลิกรัม/กรัม

2) ตรวจพบเม็ดเลือดแดงในปัสสาวะ

2.2.4.1.2 ตรวจพบความผิดปกติทางรังสีวิทยา

2.2.4.1.3 ตรวจพบความผิดปกติทางโครงสร้างหรือพยาธิสภาพ

2.2.4.2 ผู้ป่วยที่มีอัตรากรองของไตน้อยกว่า 60 มิลลิลิตร/นาที/ 1.73 m^2 ติดต่อกันเกิน 3 เดือน โดยที่อาจจะ ตรวจพบหรือไม่พบว่ามีร่องรอยของไตผิดปกติก็ได้

2.2.5 ผลกระทบของโรคไตเรื้อรัง

Mobley (2009) กล่าวว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1 และ 2 จะยังไม่มีอาการแสดงของโรค และจะเริ่มเกิดอาการ แทรกซ้อนต่อระบบต่าง ๆ เมื่อมีอัตราการกรองของไตน้อยกว่า 60 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวร่างกาย 1.73 m^3 หรือในระยะที่ 3 ผู้ป่วยมักมาพบแพทย์ด้วยอาการอ่อนเพลีย และเมื่อเข้าสู่ระยะที่ 5 อาการจะชัดเจนมากยิ่งขึ้นจากภาวะยูรีเมีย ทำให้มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต และภาวะโภชนาการของผู้ป่วยภาวะยูรีเมียจะส่งผลกระทบต่ออวัยวะต่าง ๆ ดังนี้

2.2.5.1 ความผิดปกติของสมดุลน้ำ เกลือแร่ และกรดด่าง

2.2.5.1.1 สมดุลของน้ำและโซเดียม การเพิ่มขึ้นของโซเดียมและน้ำในร่างกายจะทำให้เกิด ภาวะความดันโลหิตสูง เมื่อเข้าสู่ระยะท้าย ๆ ของโรคจะมีการขับน้ำออกจากร่างกายลดลง เกิดภาวะน้ำเกินได้ง่าย ร่วมกับมีการขับของโซเดียมลดลง ทำให้โซเดียมในร่างกายสูงขึ้น ในผู้ป่วยที่มีโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วย จะทำให้มีความดันโลหิตสูงมากขึ้น เกิดภาวะหัวใจวายเลือดคั่งได้ง่าย

2.2.5.1.2 สมดุลของโปแตสเซียม โรคไตเรื้อรังจะทำให้การขับแร่ธาตุของร่างกายผิดปกติโดยขับโปแตสเซียมได้ลดลง เกิดการคั่งของโปแตสเซียมในร่างกาย ในระยะแรกไตสามารถ

ปรับตัวทำให้ระดับโปแตสเซียมในร่างกายอยู่ในภาวะปกติ จนกระทั่งในระยะท้าย ๆ ของโรคไตเรื้อรัง จะทำให้มีปริมาณโปแตสเซียมในร่างกายสูงขึ้น ส่งผลให้เกิดหัวใจเต้นผิดจังหวะ และหัวใจหยุดเต้นได้

2.2.5.1.3 สมดุลของกรดด่าง ซึ่งไตจะมีหน้าที่ในการขับไฮโดรเจนอิออนออกจากร่างกายผ่านทางปัสสาวะในรูปของแอมโมเนียและเมื่อไตสูญเสียหน้าที่ก็จะทำให้การขับไฮโดรเจนอิออนลดลง การสร้างแอมโมเนียลดลง ร่วมกับมีการรั่วของไบคาร์บอเนตที่หลอดไตส่วนต้น ทำให้ร่างกายมีภาวะเป็นกรด (Metabolic acidosis)

2.2.5.2 ความผิดปกติของกระดูกโดยระดับของฟอสเฟตในร่างกายจะเพิ่มสูงขึ้น ทำให้มีการดึงเอาแคลเซียมออกจากกระดูกส่งผลให้เกิดภาวะกระดูกพรุน นอกจากนี้ไตจะไม่สามารถสร้างหรือ สังเคราะห์วิตามินดีได้ ร่วมกับมีการหลั่งฮอร์โมนพาราธัยรอยด์มากขึ้น ทำให้ระดับแคลเซียมสูงขึ้น แล้วรวมตัวกับฟอสเฟตเป็นแคลเซียมฟอสเฟต ไปเกาะตามเนื้อเยื่อและอวัยวะต่าง ๆ รวมทั้งกระดูก ทำให้มีอาการปวดตึงกระดูก กล้ามเนื้ออ่อนแรง และกระดูกหักได้

2.2.5.3. ความผิดปกติทางระบบโลหิตวิทยา

2.2.5.3.1 ภาวะโลหิตจาง ไตมีหน้าที่ในการสังเคราะห์ฮอร์โมน Erythropoietin ซึ่งจะกระตุ้นให้ไขกระดูกสร้างเม็ดเลือดแดง เมื่อไตสูญเสียหน้าที่จะทำให้เกิดภาวะโลหิตจาง ซึ่งจะเริ่มตรวจพบอาการเมื่ออยู่ในระยะที่ 3 นอกจากนี้อาจเกิดจากการขาดธาตุเหล็ก จากอาการเบื่ออาหารหรือการจำกัดอาหาร ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการอ่อนเพลีย อ่อนล้า ซึมเศร้า นอนไม่หลับ กระบวนการรู้คิดลดลง และส่งผลต่อการทางานของหัวใจ

2.2.5.3.2 การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายจะมีการลดลงของ platelet factor III และมีการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ ทำให้มีภาวะเลือดหยุดยาก เช่นมีเลือดกำเดาไหล ประจำเดือนออกมาก เลือดออกในกระเพาะอาหาร และเลือดออกใต้ผิวหนัง เกิดจากความผิดปกติของการทำหน้าที่ของเกร็ดเลือด เนื่องจากการเสื่อมหน้าที่ของการรวมตัวกันของเกร็ดเลือด

2.2.5.4 ความผิดปกติของหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นสาเหตุการเจ็บป่วย และเป็นสาเหตุการตายของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทุกระยะ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดตั้งแต่ในระยะที่ 1 และจะเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 20 เมื่อการดำเนินโรคนาน 5 ปี (สมชาย เอี่ยมอ่อง และคณะ, 2553)

2.2.5.4.1 ความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังตั้งแต่เริ่มแรกทำให้เกิดภาวะหัวใจห้องล่างซ้ายโต เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของอัตราการเจ็บป่วยและอัตราการตายในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

2.2.5.4.2 โรคหัวใจล้มเหลว (Heart Failure) เป็นความผิดปกติของการทำงานของหัวใจทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หัวใจห้องล่างซ้ายโต หลอดเลือดหัวใจตีบ ร่วมกับมีการคั่งของโซเดียมและน้ำ ทำให้หัวใจวาย และปอดบวมน้ำ ซึ่งจะพบในโรคไตเรื้อรังระยะท้าย เกิดจากภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะโลหิตจาง โรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง และการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ

2.2.5.4.3 โรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือด (Ischemic Vascular Disease) จะสามารถพบได้ใน ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทุกระยะ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดภาวะหัวใจขาดเลือด หลอดเลือดโคโรนารีตีบตัน รวมไปถึงโรคหลอดเลือดสมองและโรคหลอดเลือดส่วนปลาย

2.2.5.5 ความผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร ภาวะยูรีเมียจะทำให้เกิดอาการ ปวดท้อง เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน มีเลือดออกในกระเพาะอาหาร ท้องเดิน ท้องผูก หายใจได้กลิ่นปัสสาวะ (Uremic fetor) การรับรสชาติอาหารผิดปกติ และมีอาการสะอึกเป็นระยะ

2.2.5.6 ความผิดปกติของกล้ามเนื้อและระบบประสาท จะเริ่มพบในผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะที่ 3 ผู้ป่วยมักจะมีอาการ ขยับเท้าตลอดเวลา (Restless Leg Syndrome) ร้อนที่เท้า ชา กด แล้วเจ็บ เดินเท้าห่าง การทรงตัวไม่ดี ถ้าเป็นมากอาจมีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงร่วมด้วย เป็นตะคริว ต่อมเหงื่อทำงานลดลง มีผลต่อระบบประสาทส่วนกลางทำให้ไม่มีสมาธิ เฉื่อยชา พูดช้า การรับรู้ต่าง ๆ ลดลง หลงลืมง่าย มึนงง ระดับความรู้สึกตัวผิดปกติ (Disorientation) อ่อนเพลีย นอนไม่หลับในเวลากลางคืน ง่วงซึมในเวลา กลางวัน ถ้าไม่ได้รักษาจะมีอาการซึมลง ชัก และ Coma (สมชาย เอี่ยมอ่อง และคณะ, 2553)

2.2.5.7 ความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจะมีภาวะปอดบวมน้ำ มีการติดเชื้อในปอด เยื่อหุ้มปอดอักเสบ และมีน้ำในเยื่อหุ้มปอด มีการหายใจลึกจากภาวะเลือดเป็นกรด ลมหายใจมีกลิ่นยูเรีย มีเสมหะเหนียวข้น กลไกการไอลดลง ร่วมกับระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง ทำให้มีโอกาสเกิดการติดเชื้อในปอด

2.2.5.8 ความผิดปกติของระบบผิวหนัง ภาวะยูรีเมียทำให้ผิวหนังแห้ง ตกสะเก็ด มีอาการคันโดยอาการคันมักเป็นทั้งตัว เป็น ๆ หาย ๆ เป็นระยะ ๆ อาจเกิดจากภาวะ Hyperparathyroidism ทำให้แคลเซียมในเลือดสูง และไปจับที่ผิวหนังกระตุ้น Mast cell ให้หลั่งฮีสตามีน นอกจากนี้ยังทำให้ผิวหนังมีจ้ำเลือด มีสีผิว ซีด และออกสีเทาดำเนื่องจากสีของ Urochrome

2.2.5.9 ความผิดปกติของระบบสืบพันธุ์ อาจเกิดจากภาวะยูรีเมีย ความผิดปกติของระบบประสาท ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ ภาวะจิตใจ และยาบางชนิด ทำให้ในเพศชายมีความต้องการทางเพศลดลง ในเพศหญิงมีประจำเดือนมาไม่สม่ำเสมอ ไม่มีประจำเดือน หรืออาจเป็นหมันได้

2.2.5.10 ผลกระทบทางด้านจิตใจ การเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย เกิดความวิตกกังวล กลัว กระวนกระวายใจ มีภาวะซึมเศร้า มีสาเหตุเนื่องมาจากลักษณะของอาการที่เปลี่ยนแปลงไปตามระดับความรุนแรงของโรค การปรับเปลี่ยนแผนการรักษาของแพทย์ตามอาการที่รุนแรงขึ้น ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำนายความเจ็บป่วยได้อย่างชัดเจน

2.2.6 แนวทางการรักษาโรคไตเรื้อรัง

Joseph et al. (2008) ได้อธิบายจุดมุ่งหมายของการรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ว่าเป็นการลดอัตราการเสียชีวิตโดยการ ชะลอการเสื่อมของไต ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนของระบบหัวใจและหลอดเลือด และเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ซึ่งการรักษาโรคไตเรื้อรังมี 2 แนวทาง คือ การรักษาเพื่อชะลอการเสื่อมของไตร่วมกับ การรักษาภาวะแทรกซ้อน และการบำบัดทดแทนภาวะไตวาย การพิจารณาเลือกแนวทางการรักษาขึ้นกับระดับความรุนแรงตามระยะการดำเนินของโรคไตเรื้อรัง ดังนี้

1. การรักษาเพื่อชะลอการเสื่อมของไต

เป็นการรักษาเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของการทำงานของไตเพื่อช่วยชะลอการเปลี่ยนแปลงของโรคจากระยะแรกเข้าสู่ไตวายระยะสุดท้าย มีแนวทางในการรักษาตั้งแต่ระยะที่ 1 อยู่ 2 แบบ คือ

1.1 การรักษาโดยไม่ใช้ยา (Non – Pharmacological Treatment) เป็นการให้คำปรึกษาแนะนำแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวโดยทั่วไปเพื่อช่วยชะลอการดำเนินไปของโรค ได้แก่

1) การลดน้ำหนัก คือผู้ป่วยที่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กิโลกรัมต่อเมตร มีความเสี่ยงต่อการดำเนินของโรคเข้าสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมากกว่าผู้ป่วยที่มีค่าดัชนีมวลกายน้อยกว่า ควรลดน้ำหนักเพื่อรักษาค่าดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 18.5-24.9 กิโลกรัมต่อเมตร และเส้นรอบเอวควรน้อยกว่า 102 เซนติเมตรสำหรับเพศชาย 88 เซนติเมตรสำหรับเพศหญิง เพื่อช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง

2) การงดการสูบบุหรี่ คือการงดสูบบุหรี่จะช่วยชะลอการดำเนินของโรคเข้าสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจและหลอดเลือด และลดการขับออกของโปรตีนทางปัสสาวะการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นโรคแทรกซ้อนที่สำคัญ (Joseph et al., 2008; Levin et al., 2008)

3) การควบคุมการบริโภคโปรตีน โดยการควบคุมปริมาณโปรตีนจะช่วยชะลอการเสื่อมของไตโดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานร่วมด้วย ในคนไข้ที่มีภาวะไตวายเรื้อรังควรจำกัดการ

บริโภคโปรตีนให้อยู่ในช่วง 0.60-0.75 กรัมต่อกิโลกรัมต่อวัน กรณีผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากการขาดโปรตีนและพลังงานสามารถเพิ่มการบริโภคโปรตีนเป็น 0.9 กรัมต่อกิโลกรัมต่อวัน (นรินทร์ชัย พัฒนพงศา และคณะ, 2542)

4) การควบคุมการบริโภคเกลือ เพื่อช่วยในการป้องกันการเกิดความดันโลหิตสูงและลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดควรจำกัดการบริโภคปริมาณเกลือไม่เกิน 100 มิลลิโมลต่อวัน กรณีที่ผู้ป่วยมีความดันโลหิตสูงร่วมด้วย ควรบริโภคเกลืออยู่ในช่วง 65-100 มิลลิโมลต่อวัน (Levin et al., 2008)

5) การควบคุมการบริโภคฟอสเฟต โดยภาวะฟอสเฟตในเลือดสูงและแคลเซียมในเลือดต่ำทำให้ระดับพาราไทรอยด์ฮอร์โมนสูงขึ้น เพื่อช่วยชะลอการเสื่อมของไตควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีปริมาณฟอสเฟตสูง เช่น เนื้อสัตว์ ไข่แดง นมสด เมล็ดพืช เป็นต้น ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังควรรับประทานฟอสเฟตน้อยกว่า600 มิลลิกรัมต่อวัน (เกรียง ตั้งสง่า และสมชาย เอี่ยมอ่อง, 2542)

6) การควบคุมการดื่มแอลกอฮอล์ มีการศึกษาพบว่าการดื่มแอลกอฮอล์ปริมาณมาก (มากกว่าเบียร์ 1 กระป๋อง หรือไวน์ 1-2 แก้วต่อวัน) ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการดำเนินโรคเข้าสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายถึง 4 เท่า (Perneger, Whelton, Puddey, and Klag, 1999)

7) การควบคุมปริมาณน้ำ ไตจะสูญเสียความสามารถในการขับน้ำเมื่ออัตราการกรองของเหลวผ่านหน่วยไตต่ำกว่า 10 มิลลิลิตรต่อนาที โดยสามารถดูค่าประมาณอัตราการกรองของเหลวผ่านหน่วยไตได้จากการบวม ให้จำกัดการดื่มน้ำให้เท่ากับปริมาณปัสสาวะต่อวันร่วมกับการสูญเสียน้ำทางผิวหนังและปอด (insensible loss) ประมาณ 500 ลิตรต่อวัน อาจน้อยกว่านี้หากบวมหรือมีน้ำคั่งในปอด (นรินทร์ชัย พัฒนพงศา และคณะ, 2542)

8) การออกกำลังกาย ควรออกกำลังกายโดยใช้แรงปานกลางต่อเนื่องอย่างน้อย 30-60 นาที เพื่อช่วยควบคุมความดันโลหิตและเพิ่มคุณภาพชีวิตทางด้านอารมณ์ (Johansen, 2005)

1.2 การรักษาด้านเภสัชวิทยา (Pharmacological Treatment) (Wühl and Schaefer, 2008)

1) ยาลดความดันโลหิตและการรั่วของโปรตีนในปัสสาวะ ยาลดความดันโลหิตสูงและการรั่วของโปรตีนทางปัสสาวะ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดต่ออัตราการเสื่อมของไต แนวทางการรักษาเพื่อชะลอการเสื่อมของไต คือ การควบคุมความดันโลหิตไม่ให้สูงกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท ในผู้ป่วยที่มีโปรตีนในปัสสาวะน้อยกว่า 1 กรัมต่อวัน และ ต่ำกว่า 125/75 มิลลิเมตรปรอท ในผู้ป่วยที่มีโปรตีนในปัสสาวะมากกว่า 1 กรัมต่อวัน ยาที่นิยมใช้ คือ ยาที่ออกฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของระบบเรนิน-แองจิโอเทนซิน-อัลโดสเตอโรน (renin angiotensin aldosterone) ได้แก่ กลุ่มยับยั้งเอนไซม์กระตุ้นการเปลี่ยนแปลงแองจิโอเทนซิน (angiotensin converting enzyme inhibitor) และกลุ่มยับยั้งแองจิโอเทนซินรีเซพเตอร์(angiotensin II receptor blocker) เนื่องจากมีฤทธิ์ในการ

ลดความดันโลหิตทั่วร่างกาย ลดความดันที่โกลเมอรูลัส และการรั่วของโปรตีนทางปัสสาวะ ซึ่งเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดของการป้องกันการเสื่อมของไต

2) ยาจับฟอสเฟต (Phosphate binder) เพื่อลดการดูดซึมฟอสเฟตที่ลำไส้ทำให้ช่วยลดอัตราการเสื่อมของไต และยังช่วยลดความรุนแรงของการรั่วของโปรตีนไปกับปัสสาวะ ได้แก่ เกลือแคลเซียม เกลืออลูมิเนียม เกลือแมกนีเซียม

2. การบำบัดทดแทนไต (Renal Replacement Therapy)

2.1 การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis)

การฟอกเลือด หมายถึง กระบวนการแยกของเสียหรือสารพิษที่เกิดจากการสันดาปในร่างกาย ออกจากเลือดโดยผ่านเมมเบรน (membrane) ชนิด semipermeable และถูกนำออกไปกับน้ำยาฟอกเลือด (Dialysate fluid) (ทวี ศิริวงศ์, 2547)

การขจัดของเสียออกจากเลือดโดยการฟอกเลือด คือ ในผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะยูรีเมียร่างกายจะมีสารพิษสะสมเป็นจำนวนมากเนื่องจากไม่อาจขับออกทางไต โดยสารพิษส่วนใหญ่จะมีน้ำหนักโมเลกุลน้อยกว่า 500 คาลตัน และสามารถแพร่กระจายผ่านเมมเบรนที่มีคุณลักษณะเป็น semipermeable ได้ง่าย ส่วนสารที่มีขนาด 500 - 2,000 คาลตัน หรือที่เรียกสารโมเลกุลขนาดกลางจะผ่านเมมเบรนนี้ได้น้อย การขจัดสารพิษในการฟอกเลือดส่วนใหญ่เกิดขึ้นโดยการแพร่ (diffusion) คือ สารที่มีมากในเลือดจะแพร่ออกไปสู่น้ำยาฟอกเลือดที่ไม่มีสารเหล่านี้อยู่ นอกจากนี้ยังขจัดสารออกโดยการพา (Convection) ด้วยในกรณีที่มีการดึงน้ำออกด้วยวิธี ultrafiltration น้ำที่ถูกดึงออกจะพาเอาสารพิษที่ละลายออกไปด้วย

2.2 การล้างไตทางช่องท้อง (Continuous ambulatory peritoneal dialysis) การล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โดยอาศัยหลักการของการแลกเปลี่ยนสารละลายภายในช่องท้องโดยมี peritoneal membrane ทำหน้าที่เป็นเยื่อกั้น (semipermeable membrane) ระหว่างน้ำยา dialysis กับเลือดของผู้ป่วยโดยอาศัยความแตกต่างของความเข้มข้นของสารละลายในเลือดกับสารละลายในน้ำยา dialysis โดยมี 3 ขบวนการเกิดขึ้นพร้อมกันคือ 1) ขบวนการซึมผ่าน (Diffusion) เป็นขบวนการแพร่ของเสียและ potassium จากเลือด ซึ่งมีความเข้มข้นสูงกว่าผ่านเยื่อบุผนังช่องท้องออกไปยังน้ำยา dialysis ซึ่งมีความเข้มข้นต่ำกว่า 2) ขบวนการขจัดน้ำออกจากร่างกาย โดยอาศัยแรงดึงน้ำ (osmotic pressure) ของสาร osmotic agent ที่มีความเข้มข้นสูงภายในน้ำยา dialysis เรียก ultrafiltration 3) ขบวนการดูดซึมกลับ (reabsorption) เป็นขบวนการดูดซึมน้ำและ solute จากน้ำยาdialysate ในช่องท้องคืนสู่หลอดเลือดผ่านทางท่อน้ำเหลือง

2.3 การปลูกถ่ายไต (Kidney transplantation) การปลูกถ่ายไตเป็นวิธีการรักษาวิธีหนึ่งสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยการเปลี่ยนหรือปลูกถ่ายไตจากผู้บริจาคไต (donor) ไปยังผู้ป่วยหรือผู้รับ (Recipient) โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้บริจาคไตและผู้รับ รวมทั้งมีการ

ทดสอบความเข้ากันได้ของระบบภูมิคุ้มกัน การรักษาโดยการปลูกถ่ายไตเป็นวิธีที่ได้รับความนิยมมาก เนื่องจากทำให้สุขภาพของผู้ป่วยแข็งแรง มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ

โสมพันธ์ เจือแก้ว และศิราณี เครือสวัสดิ์ (2557) ได้อธิบายถึงแนวทางการรักษาโรคไตเรื้อรังในคู่มือการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายที่มารับการผ่าตัดใส่สายสวนระยะยาวเพื่อฟอกเลือดในระยะเตรียมก่อนผ่าตัดและระยะตรวจติดตามผลหลังผ่าตัดไว้ว่า ประกอบด้วยหลักการใหญ่ ๆ 3 ประการ ดังนี้

1. รักษาต้นเหตุที่ทำให้เกิดโรคไต

2. รักษาภาวะที่ทำให้หน้าที่ของไตเสียเพิ่มขึ้นอย่างเฉียบพลัน เช่น ความดันโลหิตสูงที่เกิดภายหลังภาวะไตวาย ความไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ หรือภาวะแทรกซ้อน เช่น เกิดจากการติดเชื้อ หรือภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาชนิดต่าง ๆ

3. ชะลอการเสื่อมอย่างรวดเร็วของไต (progressive) ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง การชะลอความเสื่อมของไตเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อชะลอความก้าวหน้าของโรคไม่ให้เข้าสู่ระยะไตวาย ป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น โดยจำเป็นต้องการรักษาสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคไตเรื้อรัง ค้นหาสาเหตุและแก้ไขสาเหตุนั้นเท่าที่ทำได้ เช่น การควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวาน ควบคุมความดันโลหิต ให้ยารักษาภาวะติดเชื้อ หยุดยาที่ส่งเสริมให้ภาวะของโรคเป็นมากยิ่งขึ้น หรือ ผ่าตัดรักษาอาการอุดตันของทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น

แนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ ได้แก่

1) การควบคุมความดันโลหิต

ภาวะความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยสำคัญ ที่ทำให้ไตเสื่อมสมรรถภาพลงอย่างรวดเร็ว ดังนั้นการควบคุมความดันโลหิตจึงนับเป็นสิ่งสำคัญที่สุดในการช่วยชะลอการเสื่อมของไต โดยทั่วไปผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังควรได้รับการควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ คือ ถ้าผู้ป่วยที่มีโปรตีนในปัสสาวะน้อยกว่า +1 ควรให้ความดันโลหิตสูงไม่เกิน 130/85 มม.ปรอท ถ้ามีโปรตีนในปัสสาวะตั้งแต่ +1ขึ้นไป ควรให้ความดันโลหิตสูงไม่เกิน 125/75 มม.ปรอท โดยผู้ป่วยมักได้รับยาลดความดันโลหิต ในกลุ่มต่อต้านเอ็นไซม์กระตุ้นการสลายแองจิโอเทนซิน (angiotensin converting enzyme inhibitor : ACEI) เช่น enalapril และยาขับปัสสาวะ เพื่อควบคุมความดันโลหิต และชะลอการเสื่อมของไต ทั้งนี้ผู้ป่วยควรได้รับการประเมินความดันโลหิต วัดค่าระดับครีตินิน และค่าระดับโปแตสเซียมในเลือดเป็นระยะและควบคุมอาหารเค็ม เพื่อช่วยให้ยากลุ่ม ACEI ออกฤทธิ์ได้ดีขึ้น

2) การควบคุมสมดุลน้ำ

ผู้ป่วยมักมีภาวะน้ำเกิน และมักต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวน้ำท่วมปอด การดูแลจำเป็นต้องประเมิน ให้ความรู้ และติดตามภาวะสมดุลน้ำของ

ผู้ป่วย ผู้ป่วยบางรายอาจมีภาวะขาดน้ำได้เช่นกัน โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ การให้น้ำทดแทนต้องทำอย่างระมัดระวังและคอยประเมินภาวะหัวใจล้มเหลวด้วย

3) การควบคุมสมดุลกรด – ด่าง

เนื่องจากภาวะเลือดเป็นกรด จะช่วยเร่งให้ไตเสื่อมสภาพเร็วขึ้น ผู้ป่วยควรได้รับยาโซดามินท์ (sodium bicarbonate) ในรูปแบบรับประทานหรือทางหลอดเลือดดำเพื่อรักษาระดับไบคาร์บอเนตในกระแสเลือดไม่ให้ต่ำกว่า 23 มิลลิอิควิวาเลนท์/ลิตร

4) การควบคุมระดับอิเล็กโทรไลต์

ที่สำคัญคือภาวะโปแตสเซียมในเลือดสูง ซึ่งเกิดขึ้นได้บ่อย เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย ต้องระมัดระวังเป็นพิเศษ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีปัสสาวะออกน้อย ในรายที่มีระดับโปแตสเซียมในเลือดสูงมากจะทำให้หัวใจทำงานผิดปกติ รักษาโดยให้ kayexalate, NaHCO3, กลูโคส และ อินซูลิน หรือพิจารณาทาการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เพื่อขจัดโปแตสเซียมออกจากร่างกาย ในรายที่มีภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ และฟอสเฟตในเลือดสูงอาจรักษาโดยให้แคลเซียมคาร์บอเนต แคลเซียมอะซิเตต เพื่อให้ยาจับกับฟอสฟอรัสในลำไส้ ทำให้เพิ่มระดับแคลเซียม และลดระดับฟอสฟอรัสให้เป็นปกติ

5) การควบคุมอาหาร

ผู้ป่วยควรได้รับอาหารที่เพียงพอเหมาะสมกับระยะของโรค ปริมาณอาหารที่ได้รับควรให้พลังงานประมาณ 30-45 กิโลแคลอรี่/กก./วัน โดยร้อยละ 60 ของพลังงาน ควรมาจากอาหารประเภทแป้งและน้ำตาล อีกร้อยละ 30 มาจากไขมัน ถ้าผู้ป่วยได้รับอาหารที่ให้พลังงานน้อยเกินไปจะทำให้มีการสลายกล้ามเนื้อเพื่อนำพลังงานมาใช้ เกิดการคั่งของของเสียเพิ่มมากขึ้น อาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยควรเป็นอาหารที่มีโปรตีน โปแตสเซียม โซเดียม และฟอสเฟตต่ำ หลีกเลี่ยงการรับประทาน ไข่แดง เนื้อสัตว์ นม เมล็ดพืชต่าง ๆ เนื่องจากมีปริมาณฟอสเฟตสูง การรับประทานอาหารที่มีฟอสเฟตต่ำ หรือรับประทานสารจับฟอสเฟต เช่น Calcium carbonate, Calcium acetate จะช่วยลดการดูดซึมฟอสเฟตในลำไส้ ลดอัตราการเสื่อมของไต ลดความรุนแรงของโปรตีนที่รั่วทางปัสสาวะ

ภาวะไขมันในเลือดสูง หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสัตว์ หรือกะทิมาก ควบคุมปริมาณคลอเรสเตอรอลไม่ควรให้ เกิน 300 มก./วัน ควบคุมอาหารกลุ่มโปรตีน โดยการรับประทานอาหารที่มีโปรตีนต่ำ เนื่องจากอาหารที่มีโปรตีนต่ำจะช่วยลดการทำงานของไต ลดการกรอง ในโกลเมอรูลัส ลดปริมาณการรั่วของโปรตีนในปัสสาวะ และลดระดับฮอร์โมนพาราธัยรอยด์ ในเลือด ซึ่งมีผลทำให้ ไตเสื่อมช้าลง การรับประทานอาหารโปรตีนต่ำตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของ โรคไตเรื้อรัง สามารถชะลอการเสื่อมของไตและช่วยลดการสะสมของเสียในร่างกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีโรคเบาหวานร่วมด้วย

6) การป้องกันและรักษาตามอาการต่าง ๆ

ผู้ป่วยควรได้รับการรักษาตามอาการ เช่น ในภาวะซีด ผู้ป่วยควรได้รับสารอาหารที่ช่วยในการสร้างเสริมเม็ดเลือดแดง เช่น ธาตุเหล็ก กรดโฟลิค และยาฉีดกระตุ้นไขกระดูกเพิ่มการสร้างเม็ดเลือดแดง (epoetinalfa) ได้รับวิตามินเสริมต่าง ๆ เช่น วิตามิน B1, B2, B6 และ B12 ได้รับยาลดการหลั่งกรดเพื่อป้องกันภาวะเลือดออกในทางเดินอาหาร เป็นต้น

7) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ผู้ป่วยทุกรายควรได้รับความรู้ และคำแนะนำ ให้ความช่วยเหลือเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อชะลอความเสื่อมของไต ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีอายุยืนยาวขึ้น เช่น งดการสูบบุหรี่ งดการดื่มสุราและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ลดน้ำหนัก ออกกำลังกาย รวมทั้งปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหารดังที่กล่าวไปแล้วข้างต้น

8) การระมัดระวังปัญหาจากเมตาบอลิซึมของยา (Drug Metabolism)

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมักได้รับยาหลายชนิดร่วมกันเพื่อรักษาโรค และประคับประคองอาการต่าง ๆ ควรหลีกเลี่ยงการใช้ยาที่มีผลต่อการทำงานของไต การมีพยาธิสภาพที่ไตทำให้มีผลต่อการดูดซึมการเผาผลาญ การแพร่กระจาย และการขับยาออกจากร่างกาย ทำให้มีโอกาสได้รับพิษจากยามากขึ้นการประเมินค่าระดับครีตินินในเลือด และค่าเคลียแรนซ์ครีตินินเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อนำมาปรับขนาดของยาที่เหมาะสม ผู้ป่วยเบาหวานและได้รับอินซูลินเมื่อ เข้าสู่ระยะที่ 3 และ 4 ของโรคไตเรื้อรังจำเป็นต้องพิจารณาปรับปริมาณอินซูลินลดลงตามความเหมาะสม เนื่องจากร้อยละ 30 ของอินซูลินที่ได้รับจะถูกขับออกทางไต เมื่อไตเสื่อมหน้าที่ ความสามารถในการขับอินซูลินก็ลดลงด้วย จึงมีระดับอินซูลินคงค้างในกระแสเลือด ดังนั้นการตระหนักถึงความสำคัญของการบริหารยา และคอยติดตามประเมินผลของยา พร้อมทั้งให้ความรู้แก่ผู้ป่วยอย่างเหมาะสม จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยในกลุ่มนี้ให้ดียิ่งขึ้น

เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะที่ 5 ซึ่งเป็นระยะไตวาย (kidney failure) ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติเกือบทุกระบบของร่างกาย ร่างกายจะเสียสมดุลของน้ำและอิเล็กโตรไลต์ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะของเสียคั่งในกระแสเลือด จึงจำเป็นที่จะต้องได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตเพื่อทดแทนการทำงานของไตที่สูญเสียไป

สรุป โรคไตเรื้อรัง เป็นภาวะที่ไตมีความเสียหายเกิดขึ้นเป็นเวลานานอย่างน้อย 3 เดือน จนก่อให้เกิดความผิดปกติทางโครงสร้างรวมถึงการทำงานของไตอย่างใดอย่างหนึ่งผิดปกติไป เช่น อาจมีความผิดปกติทางพยาธิวิทยาของไต หรือมีความผิดปกติที่เป็นตัวบ่งชี้ถึงความเสียหายของไต ได้แก่ ความผิดปกติของเลือด ความผิดปกติทางปัสสาวะ เป็นต้น โดยผู้ป่วยอาจมีค่าอัตราการกรองของไต (Estiamte Glomeular Filtration Rate, eGFR) ลดลงด้วยหรือไม่ก็ได้ ถ้ามี ค่า eGFR

จะต้องต่ำกว่า 60 มิลลิลิตร/นาที/1.73 ตารางเมตร ติดต่อกันอย่างน้อยเป็นเวลา 3 เดือน และอาจมีความผิดปกติทางพยาธิสภาพของไตร่วมด้วยหรือไม่ก็ได้

2.2.7 แนวทางการดูแลตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไต

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค (2559) ได้ทำการพัฒนารูปแบบและแนวทางการดำเนินงานโดยมุ่งเน้นเพื่อลดจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงแบบบูรณาการโดยความร่วมมือระหว่างชุมชนและบุคลากรทางด้านสาธารณสุขสหสาขาวิชาชีพ ตาม 7 มาตรการในการจัดการโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ มาตรการที่ 1 คือการเฝ้าระวัง คัดกรองโรคและติดตามพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังเพื่อเชื่อมโยกในการพัฒนาและยกระดับการให้บริการระดับชุมชนและสถานบริการ มาตรการที่ 2 คือการสร้างความตระหนักในในกลุ่มเป้าหมายเฉพาะโดยมุ่งเน้นไปที่การสร้างความตระหนักในระดับประชากรเป็นหลัก มาตรการที่ 3 คือการเสริมสร้างสิ่งแวดล้อมลดความเสี่ยงหรือผลกระทบและการจัดการโรคไตเรื้อรังในชุมชน มาตรการที่ 4 คือการให้คำปรึกษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมาย มาตรการที่ 5 คือการพัฒนาคุณภาพบริการ มาตรการที่ 6 คือการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดำเนินงานที่เกี่ยวข้องทุกระดับให้มีความเข้มแข็งมากขึ้น มาตรการที่ 7 คือการติดตาม กำกับและประเมินผลและให้มีระบบสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ

กลุ่มพัฒนาระบบสาธารณสุข สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ใช้หลักในการดูแลตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้หลัก 3อ 2ส เป็นแนวทางในการดูแลตนเอง ซึ่งหลักการนี้ประกอบด้วย อ1. คืออาหาร อ2. คืออิริยาบถ ออกกำลังกาย ออกแรง อ3.คือออกกำลังใจหรือการดูแลในเรื่องของอารมณ์ ส1. คือสูบบุหรี่ และ ส2. คือสุรา แอลกอฮอล์

จากการทบทวนวรรณกรรม สามารถสรุปได้ว่าการดูแลตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไตนั้นเป็นการดูแลตนเองตามสภาวะที่เบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพมุ่งเน้นไปที่การปฏิบัติตนของผู้ป่วยที่อยากให้ตนเองมีสุขภาพที่ดี ลดความก้าวหน้าของโรคหรือเป็นการชะลอการเสื่อมของไตให้ช้าลงโดยประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีการดูแลตนเอง ได้แก่ การแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้อื่นที่เชื่อถือได้ รับรู้สนใจและดูแลผลของพยาธิสภาพ ปฏิบัติตามแผนการรักษาและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น มีการดูแลสุขภาพของตนเองในด้านที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย การบริโภคอาหาร การออกกำลังกายหรือกิจกรรมทางกาย การจัดการความเครียดหรือการจัดการด้านอารมณ์ การดูแลตนเองโดยหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อโรคไตเสื่อม การดูแลตนเองด้านการใช้ยา และด้านการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากโรค

การดูแลตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไต พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไต ได้แก่ ระยะเวลาของการเป็นโรค การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ไม่ดี การควบคุมระดับความดันโลหิตสูงไม่ได้ การรับประทานอาหารรสเค็มจัด การรับประทานอาการ

ประเภทโปรตีนสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่และปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ดังนั้นการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถสรุปหลักสำคัญของพฤติกรรมหรือการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไต ประกอบด้วย 1) การดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหาร 2) การดูแลตนเองด้านการออกกำลังกาย 3) การดูแลตนเองด้านการจัดการความเครียดหรือด้านอารมณ์ 4) การจัดการตนเองด้านการใช้ยา 5) การดูแลตนเองโดยเหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงหรือปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการก้าวหน้าของโรค 6) การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนโดยมีความรับผิดชอบต่อตนเองอย่างเคร่งครัดในเรื่องของการรักษา เช่น การตรวจเลือดเพื่อเช็คระดับน้ำตาลในเลือดเป็นประจำ การวัดความดันโลหิตและจดบันทึกอย่างสม่ำเสมอ และแปรผล การเข้ารับการคัดกรองโรคไตเสื่อม รวมไปถึงการเสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไตและการปฏิบัติตนเบื้องต้นเพื่อให้เกิดความเหมาะสมกับสภาวะสุขภาพของตนเองในปัจจุบัน ดังนี้

1) การดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหาร คือการปฏิบัติตนเองเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ลักษณะของการรับประทานอาหาร และการเลือกรับประทานอาหารที่มีความเหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย เพื่อให้ได้รับสารอาหารครบทั้ง 5 หมู่ในแต่ละมื้อและมีคุณค่าทางโภชนาการที่ดีผู้ป่วยจึงต้องมีการควบคุมปริมาณอาหารที่รับเข้าไป ดังนี้ การบริโภคเกลือโซเดียม ไม่เกิด 2000mg/day หรือไม่เกิน 5 ช้อนชาต่อวัน ซึ่งการจำกัดปริมาณเกลือโซเดียมจะช่วยลดระดับความดันโลหิตสูงได้และยังพบว่าการลดปริมาณเกลือโซเดียมในอาหารจะสามารถเพิ่มประสิทธิภาพการลดโปรตีนในปัสสาวะของผู้ป่วยโรคไตเสื่อมได้ หากร่างกายได้รับปริมาณโซเดียมเกินอาจส่งผลทำให้ระดับความโลหิตสูงขึ้นได้ จึงควรมีอาการจำกัดการบริโภคโปรตีน ไม่เกิด 0.8 g/kg/day หรือไม่เกิน 8 ช้อนโต๊ะต่อวัน การลดปริมาณการรับประทานโปรตีน ในคนปกติควรได้รับเฉลี่ย 1 g/kg/day ลดลงมาเป็น 0.6 – 0.8 g/kg/day ทำให้ไตทำงานน้อยลงส่งผลให้การรั่วของโปรตีนไข่ขาวในปัสสาวะของผู้ป่วยลดลง และชะลอการทำลายไตได้ (ศิริลักษณ์ ถุงทอง, 2560) อาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต ได้แก่ ข้าว แป้ง เป็นกลุ่มที่ให้พลังงานในรูปน้ำตาลและมีส่วนประกอบของโปรตีนและหากมีปริมาณโปรตีนมากจะทำให้ไตทำงานหนักขึ้นจึงควรควบคุมอาหารประเภทแป้งหรือข้าว ผู้ป่วยไตเสื่อมระยะที่ 1-2 มีอัตราการกรองของไตมากกว่าหรือเท่ากับคนปกติ คือ 60 มิลลิลิตรต่อนาทีจึงควรได้รับอาหารที่มีปริมาณโปรตีนและพลังงานเหมือนคนปกติคือ 30-35 กิโลแคลอรีต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน ผู้ป่วยไตเสื่อมในระยะที่ 3 มีอัตราการกรองของไตเท่ากับ 30-59 มิลลิลิตรต่อนาทีควรได้รับพลังงานจากอาหารในปริมาณ 30 – 35 กิโลแคลอรีต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน รับประทานอาหารที่มีโปรตีนในปริมาณ 0.6 - 0.8 กรัมต่อ น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน ซึ่งอย่างน้อยร้อยละ 50 ของปริมาณโปรตีนที่บริโภคควรเป็นโปรตีนคุณภาพสูง ถ้าผู้ป่วยรับประทานอาหารโปรตีนต่ำโดยได้รับโปรตีนเพียง 0.3 - 0.6 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน อาหารประเภทไขมัน เป็นสารอาหารที่ให้พลังงานสูง ผู้ป่วยควรเลือกรับประทานในปริมาณ และชนิดที่เหมาะสมกับโรค กรดไขมันที่อิ่มตัวสูง

เช่น ไขมันจากสัตว์ มันหมูจะทำให้ระดับ โคเลสเตอรอลในเลือดสูงขึ้นง่าย ดังนั้นควรใช้ไขมันจากพืช เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันดอกทานตะวัน น้ำมันมะกอก ปรุงอาหารแทน หรือปรับวิธีการปรุงอาหารด้วยการต้ม นึ่ง ย่าง หรืออบแทนการทอด (3) เกลือแร่ แร่ธาตุในอาหารที่สำคัญเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วย ได้แก่ เกลือโซเดียม ซึ่งมีหน้าที่ควบคุมสมดุลของเหลวในร่างกาย โดยไตจะขับโซเดียมออกทางปัสสาวะ หากร่างกายได้รับปริมาณโซเดียมมากเกินไปอาจมีผลทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ในผู้ป่วยไตเสื่อมควรจำกัดโซเดียมไม่เกินวันละ 2,000 มิลลิกรัมโดยทั่วไป (WHO, 2017) เกลือได้ครึ่งช้อนชาต่อวันหรือเติมน้ำปลา ซีอิ้วรวมกันได้ไม่เกิน 3 ช้อนชาต่อวัน และต้องไม่เติมเครื่องปรุงเพิ่มในระหว่างการรับประทานอาหาร รวมทั้งต้องหลีกเลี่ยง อาหารประเภทของหมักดอง อาหารตากแห้ง อาหารแปรรูป และขนมขบเคี้ยว น้ำพริก แกงใส่ปลาร้า กะปิ หรืออาหารที่มีรสเค็มจัด

2) การดูแลตนเองด้านการออกกำลังกาย คือการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อและส่วนต่าง ๆ ของร่างกายที่ต้องใช้พลังงาน รวมถึงการออกกำลังกาย และการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิตประจำวันในแต่ละวัน โดยคำนึงถึงสุขภาพของตนเองเป็นสำคัญ โดยประเมินถึงวิธีการ และความสม่ำเสมอในการออกกำลังกายของบุคคล รวมทั้งการคงไว้ซึ่งความสมดุลของร่างกายในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งที่เป็นรูปแบบและไม่เป็นรูปแบบ ได้แก่ การเคลื่อนไหว การใช้พละกำลังในการประกอบอาชีพ กิจกรรมด้านร่างกายอื่น ๆ ได้แก่ การทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง การทำงานอดิเรกที่ตนเองชอบ เช่น การทำงานบ้านเบา ๆ รดน้ำต้นไม้ เป็นต้น เพื่อควบคุมน้ำหนัก ควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือด ควบคุมระดับความดันโลหิต ลดน้ำหนักและรอบเอว การลดปริมาณการรับประทานอาหารเพื่อลดพลังงานเข้าสู่ร่างกายเป็นเรื่องที่สำคัญ การเคลื่อนไหวออกแรงหรือการออกกำลังจะช่วยเสริมให้มีการลดน้ำหนักโดยเฉพาะไขมันมากขึ้น การเคลื่อนไหวร่างกายเป็นการออกกำลังที่ดีมาก

ประโยชน์ในการออกกำลังกาย ได้แก่ เสริมสร้างร่างกายให้สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้เป็นปกติ เพิ่มหรือคงความแข็งแรงให้กล้ามเนื้อ ควบคุมความดันโลหิต ช่วยเพิ่มอัตราการนำไปใช้ของไขมันหรือลดไขมันชนิดเลว (Low Density Lipoprotein : LDL) เพิ่ม ไขมันชนิดดี (high density lipoprotein : HDL) ลดระดับน้ำตาลในเลือด ช่วยให้นอนหลับดี ช่วยควบคุมน้ำหนัก ลดความเครียด ภาวะซึมเศร้าและความกังวล ช่วยลดระดับความต้านทานอินซูลิน เสริมสร้างระบบหัวใจและหลอดเลือด เสริมสร้างการทำงานของไต ตับ และระบบย่อยอาหาร

ประเภทของการออกกำลังกาย แบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ

1. การออกกำลังการแบบ Cardio เพื่อความสมบูรณ์แข็งแรงของระบบหัวใจและหลอดเลือด เป็นการออกกำลังกายที่มีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อมัดใหญ่เป็นจังหวะซ้ำ ๆ เช่น การเดิน การวิ่งเหยาะ ๆ การปั่นจักรยาน การเต้นแอโรบิก หรือการว่ายน้ำ เป็นต้น โดยออกกำลังการ

ต่อเนื่องกันอย่างน้อย 150 นาที/สัปดาห์ หรือระยะเวลาอย่างน้อยวันละ 30 นาที ประโยชน์จากการออกกำลังกายในรูปแบบนี้ ได้แก่ ทำให้ปอด หัวใจ หลอดเลือดแข็งแรง เพราะต้องทำหน้าที่ส่งออกซิเจนไปสู่กล้ามเนื้อให้เพียงพอตลอดเวลา ช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดตีบได้ ทำให้สมรรถภาพหัวใจดีขึ้น สูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ได้มากขึ้น ทำให้ชีพจรเต้นช้าลง ทำให้ร่างกายนำไขมันไปใช้ได้ดีกว่าผู้ที่ไม่ออกกำลังกาย

2. การออกกำลังกายแบบ Resistance Training คือการเพิ่มความแข็งแรงทนทานของกล้ามเนื้อ โดยเป็นการเคลื่อนไหวร่างกายในลักษณะต่าง ๆ โดยมีแรงต้านจากน้ำหนักของร่างกายเราเอง เช่น การดันพื้น การดึงข้อ การลุกนั่งเป็นต้น หรือใช้อุปกรณ์ประกอบในการออกกำลังกาย เช่น การยกดัมเบล การใช้ยางยืด เป็นต้น ในการออกกำลังกายประเภทนี้ ช่วยให้เพิ่มประสิทธาพในการใช้พลังงานของร่างกาย โดยผู้ที่ออกกำลังกายประเภทนี้จะมีมวลกล้ามเนื้อมากขึ้น ทำให้เกิดการใช้พลังงาน และมีการเผาผลาญพลังงานมากขึ้น ข้อควรระวังในการออกกำลังกายประเภทนี้คือผู้ที่มีโรคความดันโลหิตสูง ควรปรึกษาแพทย์และหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่มีการเกร็งค้าง ทำอย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์

3) การออกกำลังกายแบบ Flexibility Training เพื่อความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ โดยเป็นการยืดเหยียดกล้ามเนื้อเอ็น และข้อต่อต่าง ๆ เพื่อเสริมสร้างความยืดหยุ่นเช่น โยคะ เป็นต้น ประโยชน์ที่จะได้รับในการออกกำลังกายประเภทนี้ได้แก่ ช่วยให้ร่างกายยืดหยุ่นอ่อนตัว เคลื่อนไหวได้องศาเพิ่มขึ้น มีประสิทธิภาพมากขึ้น จึงลดโอกาสบาดเจ็บที่เกิดกับกล้ามเนื้อและข้อต่อ และยังช่วยคลายความตึงของกล้ามเนื้อ ลดอาการปวดหลัง บ่า ไหล่ คอได้ การออกกำลังการกายประเภทนี้สามารถได้ทำได้ทุกวัน ข้อควรระวังในการออกกำลังกายคือ การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ควรทำภายหลังการอบอุ่นร่างกายอย่างดีแล้ว และควรยืดเหยียดในจุดที่ตึงกำลังดี ไม่หักโหมจนเกินไป

3) การดูแลตนเองด้านอารมณ์และการจัดการความเครียด คือกิจกรรมที่บุคคลทำเพื่อช่วยให้ตนเองได้ผ่อนคลายความตึงเครียดโดยมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม มีการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ รวมถึงการพักผ่อนอย่างเพียงพอ ซึ่งความเครียดทำให้ร่างกายตอบสนองโดยการหลั่งสารแคทโคลามีน (Catecholamine) ที่ส่งผลต่ออัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น มีการทำลายเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ และเกิดการหดเกร็งของหลอดเลือด (Satirapoj and Adler, 2015; Tuttle et al., 2014)

4) การจัดการตนเองด้านการใช้ยา เนื่องจากยาบางอย่างอาจทำให้การทำงานของไตลดลงได้ ดังนั้นการใช้ยาในผู้ป่วยที่มีปัญหาจากภาวะทางไตเรื้อรังจึงมีความจำเป็นที่ต้องใช้ยาอย่างระมัดระวัง นอกจากนี้โรคไตเรื้อรังมีโอกาสได้รับผลข้างเคียงจากยามากกว่าคนที่การทำงานของไตปกติ เพราะยาจะอยู่ในร่างกายได้นาน และขับออกทางไตลดลงอันเป็นผลมาจากการทำงานของไตที่ลดลง ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการรับประทานยาควรปรึกษาแพทย์ทุกครั้งว่ายาเหล่านั้นสามารถใช้

ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้อย่างปลอดภัยหรือไม่ ซึ่งยาดังต่อไปนี้อาจส่งผลต่อการทำงานของไตลดลง ควรหลีกเลี่ยงหรือปรึกษาแพทย์ เภสัชกรทุกครั้งก่อนใช้หรือได้รับยา ได้แก่ 1) กลุ่มยาแก้ปวดแก้อักเสบ เป็นกลุ่มยาที่มิใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) ตัวอย่างยาในกลุ่มนี้ได้แก่ Ibuprofen (ไอบูโพรเฟน) Diclofenac (ไดโคลฟีแนค) Indomethacin (อินโดเมทาซิน) Naproxen (นาโปรเซน) และ Celecoxib (ซีลีคอกซิบ) Etoricoxib ผลข้างเคียงอาจทำให้เกิดอาการบวม ภาวะความดันโลหิตสูงอันเป็นผลมาจากการคั่งของน้ำและเกลือในร่างกาย และยังมีผลทำให้การทำงานของไตลดลงด้วย จึงควรหลีกเลี่ยงการใช้ยากลุ่มนี้ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 2) ยาสมุนไพร (Herbs) ปัจจุบันมีการนำยาสมุนไพรมาใช้กันอย่างแพร่หลายซึ่งอาจต้องใช้ด้วยความระมัดระวังโดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเนื่องจากข้อมูลการศึกษาของสมุนไพรในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังยังมีน้อยและยังขาดการตรวจสอบด้านมาตรฐานในการผลิต นำมาซึ่งสารพิษและสิ่งเจือปนซึ่งอาจมีผลทำให้การทำงานของไตลดลง เป็นต้น 3) ยาปฏิชีวนะ มีผลทำให้การทำงานของไตลดลง เช่น Gentamicin (เจนตามัยซิน) Amikacin (อมิกาซิน) การได้รับยากลุ่มนี้ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอาจทำให้การทำงานของไตลดลง และยาปฏิชีวนะบางตัวจะต้องมีการปรับลดขนาดยาลงในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ดังนั้นจึงไม่ควรซื้อยามารับประทานเอง 4) อาหารเสริม ปัจจุบันมีอาการเสริมหลายชนิดออกมาจำหน่ายมากมาย รวมถึงส่วนประกอบของผลิตภัณฑ์บางอย่างมีปริมาณมากเกินไป ไม่เหมาะสมที่จะบริโภคในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เช่น มีโปรตีนในปริมาณสูง ซึ่งอาจส่งผลเสียทำให้การทำงานของไตลดลงได้ หรือมีเกลือแร่บางอย่างในปริมาณสูง เช่น โพแทสเซียมสูง ส่งผลให้เกิดการคั่งของโพแทสเซียมในร่างกาย ซึ่งทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะ ดังนั้นการเลือกบริโภคอาหารเสริมจึงควรปรึกษาแพทย์ผู้ดูแลก่อนทุกครั้ง

5) การดูแลตนเองโดยหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงหรือปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการก้าวหน้าของโรค คือ การปฏิบัติตนเองโดยการลดปัจจัยกระตุ้นที่จะก่อให้เกิดโรคอื่นๆเพิ่มเติม เช่น การดื่มเหล้า สูบบุหรี่ การใช้สารเสพติด และการหลีกเลี่ยงการใกล้ชิดกับผู้สูบบุหรี่เป็นต้น เนื่องจากในสารนิโคตินเป็นตัวกระตุ้นให้ระบบประสาทซิมพาเทติกให้หลั่งสารอิพิเนฟริน (Epinephrine) และ นอร์อิพิเนฟริน (Norepinephrine) ที่ทำให้หลอดเลือดหัวใจหดตัวและหัวใจเต้นเร็วขึ้น ทำให้ความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นการไหลเวียนเลือดในไตลดลง

6) การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเสี่ยงต่อการเกิดภาวะปอดอักเสบ เยื่อหุ้มปอดอักเสบ ปลายประสาทอักเสบ ภาวะต่อมพาราไทรอยด์ทำงานมากเกินไป ภาวะไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง ซึ่งส่งผลให้หัวใจเต้นผิดจังหวะหรือหยุดเต้นได้

สรุป การดูแลตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไตเป็นกระบวนการที่ใช้ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีสุขภาวะที่ดี ช่วยชะลอการก้าวหน้าของโรคไตเรื้อรังให้ช้าลง และยังส่งเสริมพฤติกรรมที่ดีในการดูแลตนเองสอดคล้องกับแนวนิดทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem (2001) ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหาร 2) การดูแลตนเองด้านการออกกำลัง

กาย 3) การดูแลตนเองด้านอารมณ์และการจัดการความเครียด 4) การจัดการตนเองด้านการใช้ยา 5) การดูแลตนเองโดยหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงหรือปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการก้าวหน้าของโรค 6) การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการพัฒนา

ได้มีผู้ให้ความหมายของรูปแบบการพัฒนาได้ต่าง ๆ ไว้ดังนี้

Good (2005) กล่าวว่า รูปแบบมี 4 ความหมาย คือ 1) เป็นแบบอย่างของสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพื่อใช้เป็นแนวทางในการสร้างหรือทำซ้ำ ๆ 2) เป็นแผนภูมิหรือรูปสามมิติซึ่งเป็นตัวแทนของสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือหลักการหรือแนวคิดนั้น ๆ 3) เป็นตัวอย่างเพื่อเลียนแบบ เช่น ตัวอย่างในการออกเสียงภาษาต่างประเทศเพื่อให้ผู้เรียนได้เลียนแบบ 4) เป็นชุดของปัจจัย ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ ซึ่งกันและกันที่ได้รวบรวมเป็นตัวประกอบและเป็นสัญลักษณ์ทางระบบสังคม อาจจะเขียนออกมาเป็นสูตรทางคณิตศาสตร์หรือบรรยายเป็นภาษาก็ได้

คัมภีร์ สุดแท้ (2553) กล่าวว่า รูปแบบ หมายถึง สิ่งที่สร้าง หรือพัฒนาขึ้น แสดงให้เห็นถึงองค์ประกอบสำคัญๆ ของเรื่องให้เข้าใจง่ายขึ้น เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดาเนินงานต่อไป

ปัญญา ทองนิล (2553) กล่าวว่า รูปแบบ หมายถึง โครงสร้างที่เกิดจากทฤษฎี ประสบการณ์ การคาดการณ์ นาเสนอในรูปของข้อความหรือแผนผัง

ณัฐศักดิ์ จันทร์ผล (2552) กล่าวว่า รูปแบบหมายถึงโครงสร้างโปรแกรม แบบจาลองหรือตัวแบบที่จาลองสภาพความเป็นจริงที่สร้างขึ้นจากการลดทอนเวลาและเทศะ พิจารณาว่ามีสิ่งใดบ้างที่จะต้องนำมาศึกษาเพื่อใช้ทดแทนแนวคิดหรือปรากฏการณ์ใดปรากฏการณ์หนึ่ง โดยอธิบายความสัมพันธ์ขององค์ประกอบต่าง ๆ ของรูปแบบนั้น ๆ

มาลี สืบกระแส (2552) กล่าวว่า รูปแบบมีสองลักษณะ คือ รูปแบบจากการจำลองของสิ่งที่เป็นรูปธรรม เช่น ระบบการปฏิบัติงาน และรูปแบบที่เป็นแบบจำลองของสิ่งที่เป็นนามธรรม เช่น เครื่องคอมพิวเตอร์ รูปแบบอาจจะแสดงความสัมพันธ์ด้วยรูปแบบของเส้นโยงแสดงในรูปแผนภาพ หรือเขียนในรูปของสมการคณิตศาสตร์ หรือสมการในการพยากรณ์หรือเขียนเป็นข้อความ จำนวนภาพ หรือรูปสามมิติต่าง ๆ

สรุป รูปแบบหมายถึง แบบแผนในการดำเนินการเพื่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งให้บรรลุตามวัตถุประสงค์หรือบรรลุตามเป้าหมายของผู้ที่นำไปใช้หรือผู้ที่ทำซ้ำ รวมไปถึงเป็นแนวทางในการพัฒนากระบวนการหรือสิ่งหนึ่งสิ่งใดเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพอย่างสูงสุด อย่างเป็นรูปธรรมและดำเนินไปอย่างมีแบบแผนที่ถูกต้อง โดยรูปแบบอาจจะเป็นแนวทาง ขั้นตอนการปฏิบัติ กระบวนการต่าง ๆ สื่อให้ความรู้ รวมไปถึงเครื่องมือต่าง ๆ ที่ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติเพื่อให้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในด้านต่าง ๆ หรือด้านใดด้านหนึ่งให้ดีขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

2.4 แนวคิดเกี่ยวกับกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

การที่บุคคลมีเหตุการณ์ในชีวิตที่มีปัญหา มีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น การที่ได้รับแบบอย่างที่ดีกับบุคคลอื่นที่มีปัญหาในลักษณะเดียวกัน การได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์การใช้แหล่งประโยชน์จากสังคมที่อยู่รอบตัวของบุคคลที่มีปัญหานั้นถือว่าเป็นการกระตุ้นบุคคลใหม่ การปรับตัวต่อปัญหาที่มีผลกระทบกับชีวิต การเข้าร่วมของกลุ่มซึ่งมีลักษณะเป็นมิตรเน้นการพดูคุยที่เข้าใจกัน สมาชิกต่างให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ทั้งในสภาวะปกติและทุกระยะของการเจ็บป่วย กลุ่มช่วยเหลือตนเองก็ยึดหลักการนี้ (จุฬาภรณ์ โสตะ, 2554)

กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self-help group, Peer self group, Mutual help group, Mutual support group, Social support group) เป็นการร่วมกันของสมาชิกที่อาศัยแนวคิดในเรื่องการสนับสนุนทางสังคม ที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมที่ดีที่พอเพียง สามารถป้องกันการเกิดพยาธิสภาพต่าง ๆ จากภาวะวิกฤติได้ สามารถลดจำนวนการใช้ยาของผู้ป่วย ลดระยะเวลาของการเจ็บป่วยและช่วยให้ผู้ป่วยมามีส่วนร่วมในแผนการรักษาได้อย่างเหมาะสม (Barbara & Faith, 2006) บุคคลกลุ่มเล็ก ๆ ที่มีปัญหาอย่างเดียวกันหรือมีประสบการณ์อย่างเดียวกันมาแลกเปลี่ยนปัญหาของตนกับผู้อื่น ช่วยเหลือกันยอมรับซึ่งกันและกัน เพื่อให้การสนับสนุนซึ่งกันและกันในการเรียนรู้ ทักษะในการดูแลตนเอง เพื่อช่วยส่งเสริมสุขภาพ และการปรับตัวต่อปัญหาต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม ทำให้สมาชิกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

แนวคิดหลักของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

แนวคิดหลักพื้นฐานของกลุ่มช่วยเหลือตนเองคือ บุคคลที่ประสบความสำเร็จในการจัดการแก้ปัญหาของตนเองให้ผ่านพ้นวิกฤติระดับหนึ่ง จัดการกับความรู้สึกความเครียดประสบความสำเร็จถือว่าเป็นแบบอย่างที่ดีกับคนอื่นที่มีปัญหาเดียวกันอยู่ในสถานการณ์ สิ่งแวดล้อมเดียวกันเป็นความรู้สึกที่ดีได้ช่วยเหลือกัน

การจัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือตนเอง หรือการร่วมตัวของสมาชิกในกลุ่มที่มีการเผชิญปัญหา ที่คล้ายกันมารวมกลุ่มเพื่อทำกิจกรรม ได้แลกเปลี่ยนความรู้ความคิดเห็นประสบการณ์เพื่อเอาชนะปัญหาชนะความพิการการเจ็บป่วย หรือภาวะวิกฤตที่เผชิญอยู่สมาชิกต่างให้ความช่วยเหลือสนับสนุนซึ่งกันและกันโดยมีพื้นฐานความเชื่อว่าสมาชิกในกลุ่มจะได้รับการช่วยเหลือดูแลจากคนที่มีประสบการณ์กับการแก้ปัญหานั้น ๆ มาก่อน เป็นผู้ซึ่งจัดการกับปัญหาตนเองแก้ปัญหาตนเองได้ในระดับหนึ่งสมาชิกกลุ่มต่างก็เป็นอาสาสมัครเต็มใจที่จะมาร่วมกลุ่ม

กลไกการทำงานของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

การทำงานของกลุ่มช่วยเหลือตนเองก่อให้เกิดประโยชน์ต่อสมาชิกหลาย ๆ ประการ ซึ่งนักวิชาการหลายท่านได้อธิบายถึงกลไกการทำงานของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (ดรุณี ชุณหะวัต, 2546) โดยสรุป ดังนี้

1. สมาชิกของกลุ่มต่างก็มาจากบุคคลที่มีปัญหาเดียวกันทำให้เกิดความรู้สึกเหมือนลงเรือลำเดียวกัน (Being in the same boat) จึงแน่ใจว่าผู้ที่จะให้ความช่วยเหลือเข้าใจปัญหาอย่างแท้จริงมิใช่เป็นความรู้เฉพาะในทฤษฎีเท่านั้น จึงเกิดความต้องการที่จะกระทำกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหานั้น ๆ

2. ความช่วยเหลือที่สมาชิกแต่ละคนให้คนอื่น จะมีผลมาถึงตนเองเสมอเกิดเป็นลักษณะของผู้ให้และผู้รับความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

3. คำแนะนำที่ได้จากสมาชิกจะเป็นคำแนะนำในระดับที่ปฏิบัติได้โดยง่ายซึ่งจะหาไม่ได้จากคำแนะนำของนักวิชาการ ครอบครัว หรือ เพื่อน ยกเว้นเสียแต่ว่าบุคคลดังกล่าวประสบปัญหาอย่างเดียวกันมาก่อน

4. มิตรภาพที่เกิดขึ้นจากความรู้สึกเป็นพวกเดียวกันทำให้สมาชิกยอมรับซึ่งกันและกันบนพื้นฐานของความเข้าใจความเห็นอกเห็นใจซึ่งนำไปสู่การยอมรับคำแนะนำในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่าง ๆ เพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น

5. การที่สมาชิกได้พบเห็นบุคคลที่มีปัญหาและได้แก้ไขปัญหาต่าง ๆ จนเป็นผลดีจะทำให้ได้มองเห็นเป็นแบบอย่าง (Role model) ซึ่งสมควรจะปฏิบัติตาม และแน่ใจว่าตนเองจะสามารถผ่านพ้นปัญหาและภาวะวิกฤติเหล่านั้นได้เช่นกัน

6. การได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์อย่างเป็นกันเองกับบุคคลที่เป็นพวกเดียวกันทำให้ได้ระบายความรู้สึกทุกข์คับข้องใจความกลัว ความวิตกกังวล ความสิ้นหวังและปัญหาอื่น ๆ ได้โดยไม่ต้องกลัวหรือกังวลว่าเขาเหล่านั้นจะไม่เข้าใจแต่กลับได้รับการยอมรับในเรื่องดังกล่าวอย่างจริงใจ และให้ความช่วยเหลือ สนับสนุนและให้กำลังใจอย่างเต็มที่

7. การที่สมาชิกได้มีโอกาสช่วยเหลือบุคคลอื่น ทั้งในการให้ข้อมูลความรู้กำลังใจหรือสิ่งของอื่น ๆ ทำให้สมาชิกรู้สึกมีคุณค่าต่อสังคม

8. การเข้ากลุ่มอย่างสม่ำเสมอจะทำให้สมาชิกรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มที่จะเปิดเผยตนเองมากขึ้น มีความรู้สึกผูกพันกับเพื่อนสมาชิก (Cohesiveness) เกิดเป็นความช่วยเหลือซึ่งกันและกันอย่างต่อเนื่อง

9. สมาชิกที่เคยมีความรู้สึกเลวร้ายหรือมีตราบาป (Stigma) ที่เกิดปัญหาในชีวิต การได้พบปะคนอื่น ๆ ที่มีปัญหาเช่นเดียวกันทำให้รู้สึกไม่แตกต่างจากคนอื่น ไม่รู้สึกโดดเดี่ยวหรือสิ้นหวังทำให้ลดการแยกตัวออกจากสังคม

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

กลุ่มช่วยเหลือตนเองที่เกิดขึ้นนั้นจะมีลักษณะเฉพาะของกลุ่มขึ้นอยู่กับลักษณะทางจิตใจ สังคม เศรษฐกิจการเมืองและประเพณีตามความเข้าใจ ทัศนคติ และพฤติกรรมของสมาชิกในกลุ่ม โดยทั่วไปสิ่งที่ต้องให้ความสำคัญในการสร้างกลุ่มช่วยเหลือตนเอง มีดังนี้

1. ขนาดของกลุ่ม มีความสำคัญต่อการดำเนินงานของกลุ่ม การกำหนดจำนวนสมาชิกในการทำงานของกลุ่มขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของกลุ่ม ขนาดของกลุ่มที่เหมาะสมนั้นปัจจุบันยังเป็นที่ถกเถียงกันอยู่ สมาชิกที่เข้าร่วมทำกลุ่มไม่ควรมากหรือน้อยเกินไป เพราะสมาชิกกลุ่มที่มีจำนวนมากเกินไปจะขัดขวางกระบวนการกลุ่ม มีเวลาในการทำงานกลุ่มน้อย เนื่องจากสมาชิกทุกคนไม่มีโอกาสที่จะได้พูดหรือแสดงอารมณ์ และความคิดเห็นต่าง ๆ ส่วนจำนวนสมาชิกที่มีน้อยเกินไปจะส่งผลให้สมาชิกเกิดความวิตกกังวล เนื่องจากจำนวนคนน้อยทำให้ต้องมีปฏิสัมพันธ์กันบ่อยครั้งอาจเป็นสาเหตุให้สมาชิกรู้สึกไม่ปลอดภัย วิตกกังวลในการเข้าร่วมกลุ่มเพิ่มมากขึ้น และถอนตัวออกจากกลุ่มในที่สุด ขนาดของกลุ่มที่มีความเหมาะสมที่สุดคือ 7 คน Yalom and Leszcz (1995) และนักวิชาการบางท่านแนะนำว่าขนาดของกลุ่มย่อยที่มีความเหมาะสมควรประกอบด้วยสมาชิกกลุ่มประมาณ 2–12 คน

2. ประเภทของกลุ่มช่วยเหลือตนเองจำแนกกลุ่มตามลักษณะการรับสมาชิกกลุ่มสามารถจำแนกได้ 2 ประเภท ดังนี้ (ดรุณี ชุณหะวัต, 2546; ธิดารัตน์ กำลังดี, 2543)

2.1 กลุ่มปิด (Closed group) คือกลุ่มที่ประกอบด้วย สมาชิกกลุ่มเดียวกันตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งปิดกลุ่ม กลุ่มนี้จะเริ่มต้นด้วยสมาชิกจำนวนหนึ่งและพบกันไปเรื่อย ๆ โดยไม่มีการเปิดรับ สมาชิกเพิ่มในระหว่างการเข้าร่วมกลุ่ม ไม่ว่ากลุ่มจะมีบรรยากาศเป็นอย่างไร หรือมีสมาชิกเพิ่ม ระหว่างการเข้าร่วมกลุ่ม ไม่ว่ากลุ่มจะมีบรรยากาศเป็นอย่างไร หรือมีสมาชิกที่น่าเบื่อหน่ายเช่นใดก็ตาม แต่กลุ่มชนิดนี้จะมีข้อดีคือกลุ่มจะมีการพัฒนาและก้าวสู่ช่วงเวลาที่มีการแก้ปัญหาซึ่งความเคลื่อนไหวนี้จำเป็นต้องใช้เวลาและความรู้สึกผูกพันเป็นหนึ่งเดียว การที่สมาชิกใหม่เข้ามาในกลุ่มอาจขัดขวางการพัฒนาของกลุ่มได้

2.2 กลุ่มเปิด (Open group) คือกลุ่มที่มีสมาชิกบางคนออกไปแล้วและมีการเปิดรับสมาชิกใหม่เข้าแทนที่สมาชิกใหม่ที่ออกไประยะ ๆ จนกระทั่งปิดกลุ่ม การเปิดรับสมาชิกใหม่จะกระทำได้ในกรณีที่สมาชิกกลุ่มจำนวนน้อยเกินไป สมาชิกขาดหาย สมาชิกลาออก หรือบรรยากาศซบเซา มีสมาชิกที่ไม่ค่อยพูดจำเป็นต้องรับสมาชิกที่พูดและเปิดเผยตนเอง ซึ่งการเปิดรับสมาชิกใหม่นี้จะส่งผลให้กลุ่มได้ประโยชน์ในการเพิ่มปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก มองโลกในแง่มุมต่าง ๆ ได้หลายมุมมองจากการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน

3. สถานที่ในการทำกลุ่มควรเป็นสัดส่วนหรือเป็นส่วนตัว (Privacy) สถานที่ควรเป็นสถานที่เงียบสงบไม่มีเสียงกลิ่นรบกวน หรือสิ่งที่เบี่ยงเบนความสนใจและมีบรรยากาศที่เหมาะสมกับการเรียนรู้ การจัดกิจกรรมกลุ่มควรจัดให้สมาชิกกลุ่มและผู้นำกลุ่มนั่งเป็นวงกลม ซึ่งการนั่งเป็นวงกลมถือ

เป็นตำแหน่งการนั่งที่ดีที่สุด (Yalom, 1995) ที่จะทำให้สมาชิกกลุ่มได้เห็นหน้าซึ่งกันและกัน มีการประสานตาในระหว่างการสนทนาเป็นการสร้างความไว้วางใจให้เกิดขึ้น (Goldberg and Stanitis, 1977)

4. เวลา ระยะเวลาที่ใช้ทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองควรเป็นระยะเวลาที่สมาชิกกลุ่มว่าง ควรกำหนดเวลาที่แน่นอนสำหรับการทำกลุ่ม ระยะเวลาในการทำกลุ่มควรใช้เวลาครั้งละประมาณ 1-1 ½ ชั่วโมง ความถี่ของการจัดกลุ่มอาจจัดสัปดาห์ละ1-2 ครั้งหรือขึ้นอยู่กับเป้าหมายและความพร้อมของกลุ่ม

5. บทบาทของผู้นำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มมีบทบาทสำคัญมากในการทำกลุ่ม ถ้าผู้นำกลุ่มมีความสามารถสูงโครงสร้างของการทำงานชัดเจน กลุ่มพร้อมที่จะทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้นำกลุ่มอาจได้มาจากการเลือกของสมาชิกหรือหมุนเวียนกันทำหน้าที่ผู้นำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มมีหน้าที่สำคัญดังนี้

5.1 ผู้นำกลุ่มมีหน้าที่เอื้ออำนวยให้สมาชิกทุกคนได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิก 3 ด้าน คือ 1) ความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย (Security) 2) ความรู้สึกเป็นเจ้าของกลุ่มหรือความรู้สึกเป็นสมาชิกกลุ่ม (Belonging) และ 3) ความรู้สึกเป็นเพื่อนกับผู้อื่น (Companionship)

5.2 ผู้นำกลุ่มต้องสร้างบรรยากาศและควบคุมสถานการณ์ให้สมาชิกทุกคนมีอิสระในการแสดงความรู้สึกแสดงความคิดเห็นในปัญหาและแนวทางการแก้ไขปัญหาแต่ต้องควบคุมบรรยากาศในกลุ่มไม่ให้กลุ่มอยู่ในภาวะตึงเครียดจนเกินไป

5.3 ผู้นำกลุ่มต้องรับผิดชอบให้กลุ่มดำเนินไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ มีการประเมินความก้าวหน้าของกลุ่มเป็นระยะ ๆ

5.4 ผู้นำกลุ่มต้องมีใจเป็นกลาง เป็นนักฟังไม่ผูกขาดการพูด เปิดโอกาสให้สมาชิกได้อภิปรายทุกคน ไม่สนปัญหาของสมาชิกคนใดคนหนึ่งเพียงคนเดียวเพราะจะทำให้สมาชิกคนอื่น ๆ รู้สึกไม่ได้รับความสนใจหรือไม่เกิดประโยชน์ในการเข้ากลุ่ม

5.5 ผู้นำกลุ่มควรเป็นผู้ปรับตัวได้ดีแล้ว เพื่อประโยชน์ของกลุ่มมากกว่าต้องการความมีหน้าตา เว้นแต่จะได้รับประโยชน์ทั้งสอง

6. บทบาทของสมาชิกกลุ่ม สมาชิกกลุ่มมีบทบาทที่สำคัญไม่น้อยไปกว่าผู้นำกลุ่ม ดังนั้นสมาชิกกลุ่มที่ดีมีหน้าที่คือคอยกระตุ้นสนับสนุนให้กำลังใจแก่เพื่อนสมาชิก ช่วยลดความขัดแย้ง ลดความตึงเครียดภายในกลุ่ม เป็นนักฟังที่ดีรับฟังความคิดเห็นต่าง ๆ ของเพื่อนสมาชิกกระตุ้นให้เพื่อนสมาชิกในกลุ่มมีการเสนอความคิดเห็น และรักษาความลับของเพื่อนสมาชิก

7. บทบาทของพยาบาลต่อกลุ่มช่วยเหลือตนเอง พยาบาลมีส่วนช่วยเหลือในการจัดตั้งและดำเนินงานของกลุ่มช่วยเหลือตนเองได้หลายประการ คือคัดเลือกสมาชิกกลุ่ม ติดต่อประสานงานกับทีมสุขภาพในรายที่ต้องได้รับการส่งต่อในการรักษา เป็นผู้กระตุ้นสนับสนุนให้สมาชิกเข้าร่วมประชุม

ลักษณะเฉพาะของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

กลุ่มช่วยเหลือตนเองจะมีลักษณะที่เด่นเฉพาะตัวและแตกต่างจากกลุ่มอื่น ๆ ดังนี้ (ธิดารัตน์ กำลังดี, 2543)

1. มีการให้การสนับสนุนและให้ความรู้โดยกลุ่มสมาชิก (Distinguished by their supportive and education aims)

2. เน้นไปที่เหตุการณ์ที่ทำให้ชีวิตยุ่งยากเพียงอย่างเดียว (Focus on a single life disrupting event)

3. จุดประสงค์เบื้อต้นคือ สนับสนุนให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลง (Primary purpose of supporting personal change)

4. เป็นกลุ่มนิรนาม และมีความเป็นส่วนตัว (Anonymous and confidential nature)

5. สมาชิกเข้าร่วมกลุ่มด้วยความสมัครใจ (Voluntary membership)

6. ผู้นำกลุ่มมาจากผู้ป่วยด้วยกันเอง (Member leadership)

7. ไม่มีการแสวงหากำไรหรือผลประโยชน์ใด ๆ จากการเข้ากลุ่ม (Absence of profit orientation)

ขั้นตอนการจัดกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

กลุ่มช่วยเหลือตนเองมีขั้นตอนการจัดกิจกรรม 3 ขั้นตอน ดังนี้ (Hight & Gibson, 2005)

1. ระยะเริ่มต้นหรือระยะสร้างสัมพันธภาพ (Introductory phase) ระยะนี้เป็นระยะเริ่มต้น สร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกภายในกลุ่ม และสมาชิกกลุ่มกับสมาชิกกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะต้องสร้างบรรยากาศแห่งการเป็นมิตร สร้างความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยให้กับสมาชิกกลุ่ม อธิบายให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจวัตถุประสงค์ของการดำเนินการกลุ่ม ระยะเวลา สถานที่และแนวทางในการปฏิบัติตัวในการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองครั้งแรกผู้นำกลุ่มควรเป็นพยาบาล ระยะนี้ใช้เวลาประมาณ 10-20 นาที

2. ระยะดำเนินการ (Working phase) เป็นระยะที่สมาชิกมีความรู้สึกไว้วางใจและเชื่อมั่นในกลุ่มช่วยเหลือตนเองผู้นำกลุ่มเป็นผู้กระตุ้นส่งเสริมให้สมาชิกได้แสดงความรู้สึกและความคิดเห็นอย่างเปิดเผย (Self-disclosure) แลกเปลี่ยนประสบการณ์อย่างอิสระและสร้างความไว้วางใจ (Trust) ผู้นำกลุ่มอธิบายให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจถึงผลดีของการที่สมาชิกได้พูดระบายปัญหาของตนเองให้สมาชิกภายในกลุ่มให้รับฟัง และผู้นำกลุ่มอธิบายให้สมาชิกทุกคนเข้าใจถึงข้อมูลการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เป็นความลับจะรับทราบเฉพาะภายในกลุ่ม การแสดงความคิดเห็นอย่างเปิดเผยจะนำไปสู่การยอมรับความเข้าใจและทัศนคติที่ดีในการร่วมกลุ่ม ให้สมาชิกในกลุ่มมีการ ระบายความรู้สึกนึกคิด แลกเปลี่ยนประสบการณ์ทางอารมณ์แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรักษาแนวทางการแก้ไขปัญหาและเปิดเผยตนเองมากขึ้น ระยะนี้สมาชิกจะเริ่มสนใจปัญหาที่แท้จริงยอมรับปัญหา

ต้องการให้กลุ่มแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้น มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างสมาชิกด้วยกันระยะนี้สมาชิกกลุ่มจะเป็นทั้งผู้ให้ข้อมูลและเป็นผู้รับฟังข้อมูล ทำให้สมาชิกแต่ละคนรู้สึกมีคุณค่าและสามารถเข้าใจปัญหาของตนเอง สามารถเลือกวิธีแก้ไขตลอดจนสามารถช่วยเหลือสมาชิกผู้อื่นให้เข้าใจ และแก้ไขปัญหาบางอย่างระยะนี้ใช้เวลาประมาณ 40-50 นาที

3. ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม (Terminating the group) เป็นระยะที่ผู้นำกลุ่มจะต้องสรุปประสบการณ์ทั้งหมดในการทำกลุ่ม ระยะนี้เกิดขึ้นในช่วง 10-20 นาทีก่อนการปิดประชุม ผู้นำกลุ่มจะต้องช่วยให้สมาชิกกลุ่มประเมินความก้าวหน้าความเปลี่ยนแปลงในการพัฒนาตนเองความสำเร็จของกลุ่ม และช่วยให้สมาชิกกลุ่มรู้สึกว่า ตนเองสามารถเผชิญกับปัญหาได้ด้วยตนเองต่อไป ก่อนสิ้นสุดการทำกลุ่มผู้นำกลุ่มควรมีการแจ้งสมาชิกล่วงหน้าอย่างน้อย 2-3 สัปดาห์ และในกรณีที่สมาชิกกลุ่มบางรายเกิดความวิตกกังวลที่จะมีการสิ้นสุดการทำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มกลุ่มควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเปิดเผยความรู้สึก พร้อมทั้งอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงประโยชน์ของการเข้ากลุ่ม

2.5 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

2.5.1 ความหมายการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเกิดขึ้นจากแนวความคิดของนักวิจัยกลุ่มสังคมศาสตร์เชิงวิพากษ์ (Critical social sciences) หรือปฏิบัตินิยม (Pragmatism) ที่มีแนวความคิดว่า กระบวนการหรือวิธีการวิจัยเชิงปริมาณไม่สามารถที่จะเข้าถึงในความหมายที่แท้จริงของสิ่งที่ศึกษาได้ มีการละเลยความสำคัญของบุคคลซึ่งเป็นปัจเจกบุคคล ทั้งในด้านของความรู้สึกนึกคิด และไม่สนใจต่อบริบททางสังคมในเชิงพลวัตร สวนการวิจัยเชิงคุณภาพขาด แนวทางที่ชัดเจน ประเด็นที่วิจัยเล็กเกินไป มองบริบทในระยะสั้น สามารถสรุปเป็นประเด็นสำคัญ ๆ ไม่วาวิธีการวิจัยทั้งสองเป็นการวิจัยเพื่อให้รู และหาข้อเท็จจริงหรือคำตอบมากกว่าที่จะปฏิรูป และสร้างการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นภายในสังคม นักวิจัยกลุ่มนี้ได้เสนอแนวความคิดว่า การวิจัยควรเป็นกระบวนการในการศึกษาค้นหว้า หรือปฏิรูปโดยมุ่งเน้นให้เห็นโครงสร้างที่แท้จริงของปัญหา เพื่อนำไปสู่การปฏิรูปหรือ การเปลี่ยนแปลงให้ดีขึ้นโดยใช้ทั้งวิธีการวิจัยเชิงปริมาณและวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพร่วมกัน และมุ่งเน้นการวิจัยให้มีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนที่มีความเกี่ยวข้อง ซึ่ง Kurt Lewin เป็นนักวิจัยคนแรกที่ได้นำกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการเข้ามาใช้ในการปรับปรุงวิธีการปฏิบัติงานของคนงาน (Streuber and Carpenter, 1999) ทำให้ Kurt Lewin ได้ขึ้นชื่อว่าเป็น “บิดาแห่งการวิจัยเชิงปฏิบัติการ” และได้รับการพัฒนาและนำมาใช้งานโดยนักวิชาการคนอื่น ๆ ในระยะต่อ ๆมาอีกหลายท่าน และมีผู้เชี่ยวชาญได้ให้ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติต่าง ๆ ไว้ดังนี้

Kemmis and McTaggart (1988) ให้คำนิยามว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นรูปแบบการวิจัยที่ใช้วิธีการศึกษาแบบส่องสะท้อนตนเองเป็นหมู่คณะของกลุ่มผู้ปฏิบัติงานในสถานการณ์ทาง

สังคม เพื่อที่ต้องการจะพัฒนาหาลักษณะที่ชอบธรรมในการปฏิบัติงาน เพื่อให้ได้รูปแบบหรือแนวทางในการปฏิบัติงานและนำไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพของการปฏิบัติงานและเพื่อพัฒนาความเข้าใจในการปฏิบัติงานนั้น ๆ ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง

Holloway and Wheeler (2013) ได้ให้ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ หมายถึง การเสาะแสวงหาความรู้ภายใต้หลักการดำเนินงานของผู้ปฏิบัติงานที่เป็นนักวิจัย เพื่อตรวจสอบประเด็นและหาปัญหาในสถานที่ปฏิบัติงานของตน โดยเป็นการนำแนวคิดไปปฏิบัติผ่านกระบวนการที่เป็นวงจร ซึ่งในแต่ละวงจะขึ้นอยู่กับวงก่อนหน้า การวิจัยเชิงปฏิบัติการไม่ใช่กระบวนการศึกษาที่บริสุทธิ์ แต่เป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาและมีวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลได้หลากหลายวิธี การวิจัยเชิงปฏิบัติการจึงเป็นทั้งการปฏิบัติและการวิจัยรวมเข้าด้วยกัน

ประวิต เอราวรรณ์ (2545) ได้ให้ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ หมายถึง เป็นกระบวนการศึกษาค้นคว้าร่วมกันอย่างเป็นระบบของกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน เพื่อทาความเข้าใจต่อปัญหาหรือข้อสงสัยที่กาลังเผชิญอยู่ และให้ได้แนวทางการปฏิบัติหรือวิธีการแก้ไขปรับปรุงที่ทาให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นในการปฏิบัติงาน

ศิริพร จิรวัฒน์กุล (2546) ได้ให้ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ หมายถึง เป็นการศึกษาวิจัยที่มีเป้าหมายเพื่อมุ่งเน้นที่จะแก้ไขปัญหา พัฒนากิจกรรมด้วยการปรับปรุงและเปลี่ยนแปลงโดยบุคคลที่กำลังเผชิญกับปัญหานั้น ๆ อยู่ และเป็นรูปแบบของการทำความเข้าใจในการปรับปรุงสถานการณ์ เฉพาะสถานการณ์ที่พบว่ามีปัญหาเพื่อต้องการแก้ไขและพัฒนาภายใต้หลักการ เหตุผล วิธีรวมถึงวิธีการปฏิบัติงานเพื่อการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงานนั้น ๆ

องอาจ นัยพัฒน์ (2548) ได้ให้ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ หมายถึง เป็นการวิจัยที่ทำขึ้นโดยนักวิจัยและคณะบุคคลที่เป็นผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงาน องค์กรหรือชุมชน โดยมีจุดมุ่งหมายหลักเพื่อนำผลการศึกษาวิจัยที่ค้นพบหรือรังสรรค์สร้างขึ้นไปใช้ปรับปรุงแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพ และกล่าวว่าการวิจัยเชิงปฏิบัติการมีลักษณะคล้ายกระบวนการทางพยาบาล ซึ่งประกอบไปด้วยขั้นตอนต่าง ๆ ได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observing) การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) และการปรับปรุงแผน (Re-planning) เพื่อนำไปปฏิบัติในวงจรต่อไปเรื่อย ๆ จนได้ผลที่น่าพึงพอใจ

ธีระวุฒิ เอกะกุล (2550) ได้ให้ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ หมายถึง เป็นการรวบรวมหรือและแสวงหาข้อเท็จจริง โดยใช้ขั้นตอนกระบวนการทางวิทยาศาสตร์เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อสรุป อันนำไปสู่การแก้ไขปัญหาที่เผชิญอยู่ ทั้งในด้านประสิทธิภาพและประสิทธิผลของงานในขอบข่ายที่รับผิดชอบ โดยผู้ศึกษามีการปรับปรุงแก้ไขการดำเนินงานซ้ำ ๆ หลาย ๆ รอบ จนกระทั่งผลการปฏิบัติงานนั้นบรรลุตามวัตถุประสงค์หรือสามารถแก้ไขปัญหาที่ประสบได้

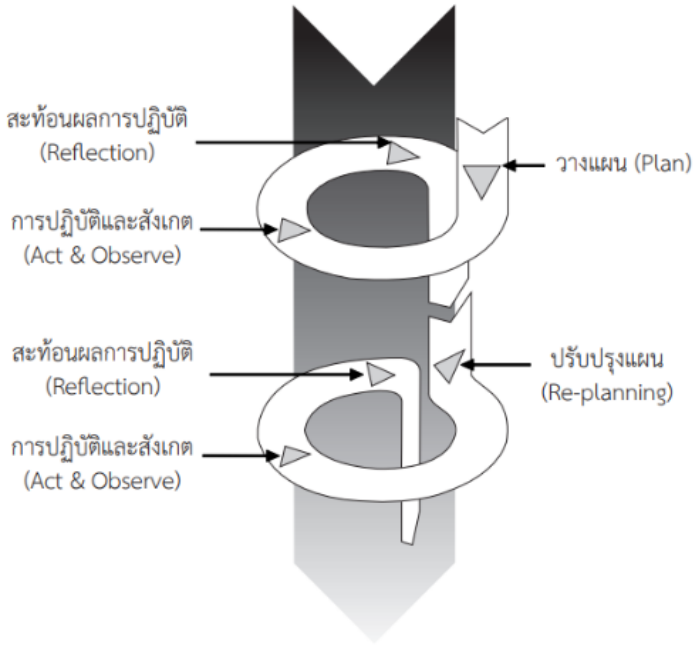
2.5.2 จุดมุ่งหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

ยาใจ พงษ์บริบูรณ์ (2537) ได้อธิบายจุดมุ่งหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการไว้ว่า เพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพของการปฏิบัติงานประจำให้ดีขึ้น โดยนำเอางานที่ปฏิบัติอยู่มาวิเคราะห์สภาพปัญหาเป็นเหตุให้งานนั้นไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร จากนั้นใช้แนวคิดทางทฤษฎีและประสบการณ์การปฏิบัติงานที่ผ่านมาเสาะแสวงหาข้อมูลและวิธีการที่คาดว่าจะแก้ปัญหาดังกล่าวได้ และนำวิธีการดังกล่าวไปทดลองใช้กับกลุ่มที่เกี่ยวข้อง

ประวิต เอราวรรณ์ (2545) ได้อธิบายจุดมุ่งหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการไว้ว่า มีวัตถุประสงค์เพื่อแก้ไขปัญหา และเพื่อปรับปรุงการปฏิบัติงานแบบมืออาชีพ โดยการนำเอากระบวนการวิจัยไปใช้เพื่อแก้ไขปัญหาและพัฒนางาน

2.5.3 ขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนั้นมีลักษณะการดำเนินงานในรูปแบบของวงจร ตามแนวคิดดั้งเดิมของ Kemmis and McTaggart จะแสดงให้เห็นว่าการวิจัยเชิงปฏิบัติการจะมี 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวางแผน (Planning) หลังจากที่มีการวิเคราะห์และกำหนดประเด็นปัญหาที่ต้องการการแกไข 2) การปฏิบัติตามแผนการดำเนินงานที่กำหนดไว้ (Action) 3) การสังเกตผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงาน (Observation) 4) การสะท้อนผลการดำเนินงาน หลังจากการปฏิบัติงานให้ผู้ที่มีส่วนร่วมได้วิพากษ์วิจารณ์ ซึ่งนำไปสู่การปรับปรุงแกไขในการปฏิบัติงานครั้งต่อไปได้ (Reflection and Revision) ซึ่งกระบวนการที่กล่าวมาข้างต้นนี้เรียกว่า วงจร P – A – O – R



ที่มา : Kemmis and McTaggart (1988)

ภาพที่ 1 วงจรของการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart (1988)

จากภาพแสดงให้การดำเนินงานจากแนวคิดของ Kemmis and McTaggart ซึ่งประกอบไปด้วยขั้นตอนหลักในการดำเนินงาน 4 ประการ ดังนี้

1. การพัฒนาแผน (Planning) การปฏิบัติเพื่อปรับปรุงสิ่งที่เกิดขึ้นแล้วให้ดีขึ้นจากเดิม ซึ่งผู้ร่วมงานจะต้องให้ความร่วมมือร่วมใจร่วมแรงในการอภิปราย (ทั้งในแงทฤษฎีและปฏิบัติ) เพื่อให้เกิดการวิเคราะห์และปรับปรุงพัฒนา การกำหนดแผนงานที่จะสามารถปฏิบัติได้จริงในสภาพที่เป็นอยู่

2. การปฏิบัติการตามแผน (Action) (นำแผนไปใช้ปฏิบัติ) เป็นการดำเนินงานตามความมุ่งหมายที่ตั้งไวมีการควบคุมการปฏิบัติงานและมีหลักฐานที่ตรวจสอบได้

3. การสังเกต (Observe) ผลการปฏิบัติเป็นการเก็บบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับผลที่ได้จากการปฏิบัติงานอย่างมีแบบแผนและมีรายงานหลักฐาน โดยการสังเกตทั้งกระบวนการและผลการปฏิบัติงาน

4. การสะท้อนผล (Reflect) เป็นการอภิปรายร่วมกันกันระหว่างผู้ร่วมงานตามที่ได้บันทึกไวจากการสังเกตเก็บข้อมูลเพื่อนำไปสู่การปรับปรุงแกไข/ปฏิบัติขั้นต่อไป ลักษณะการปฏิบัติงานทั้ง 4 ขั้นตอน มีความเชื่อมโยงเกี่ยวเนื่องติดต่อกันไป ซึ่งนำไปสู่การนำวิธีการใหม่ ๆ มาเริ่มดำเนินการตามวงจรการวิจัยในรอบใหม่อีกหลาย ๆ รอบต่อไป

สรุป จากแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ผู้ศึกษาได้นำแนวคิดทฤษฎีของ Kemmis & McTaggart (1988) ประกอบด้วยกระบวนการ 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1) วางแผน กำหนดแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิต ทำการสะท้อนข้อมูลคุณภาพชีวิตที่ได้จากการศึกษาในระยะที่ 1 ขั้นตอนที่ 2) ดำเนินการตามแผนกิจกรรมที่ได้กำหนดไว้ ขั้นตอนที่ 3) สังเกต ติดตาม ประเมินผล วิเคราะห์ผลและข้อค้นพบที่เกิดขึ้น ก่อน ระหว่างและหลังการนำเนินงาน ขั้นตอนที่ 4) สรุปผลการดำเนินงานและถอดบทเรียนรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต

2.6 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับ CIPP Model

ขั้นตอนสำคัญของการดำเนินโครงการคือ การประเมิน (Evaluation) เพื่อตรวจสอบว่าโครงการนั้นมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลตรงตามค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ เป็นกระบวนการที่ใช้ชี้วัดความสำเร็จของโครงการ รวมถึงการประเมินยังทำให้ผู้ดำเนินโครงการทราบจุดแข็งและจุดอ่อนในการดำเนินการที่สามารถนำไปพัฒนาปรับปรุงในการดำเนินงานต่อไปได้

สำหรับวิธีการประเมินมีด้วยกันหลายรูปแบบ โดยรูปแบบที่เป็นที่นิยมและได้รับการยอมรับรูปแบบหนึ่งก็คือ “CIPP Model” ซึ่งพัฒนาโดย แดเนียล สตัฟเฟิลบีม (Daniel Stufflebeam) เมื่อปี ค.ศ. 1971 โดยมีแนวทางสำคัญคือ การแบ่งแยกบทบาทการทำงานระหว่างฝ่ายประเมินกับฝ่ายบริหารโครงการออกจากกันอย่างชัดเจน กล่าวคือ ฝ่ายประเมินมีหน้าที่ระบุ จัดหา และนำเสนอข้อมูลให้กับฝ่ายบริหาร ขณะที่ฝ่ายบริหารมีหน้าที่เรียกหาข้อมูล และนำผลการประเมินที่ได้ไปใช้ประกอบการตัดสินใจเพื่อดำเนินกิจกรรมใด ๆ ที่เกี่ยวข้อง การแบ่งแยกนี้ทำขึ้นเพื่อป้องกันปัญหาอคติในการประเมิน ซึ่งผู้บริหารโครงการอาจประเมินเข้าข้างตนเอง

รูปแบบการประเมินแบบ CIPP Model

สตัฟเฟิลบีม ได้กำหนดประเด็นการประเมินออกเป็น 4 ประเภท ตามตัวอักษรภาษาอังกฤษตัวแรกของ “CIPP Model” ซึ่งมีรายละเอียด (Stufflebeam, 2000) ดังนี้

1. การประเมินสภาวะแวดล้อม (Context Evaluation : C)

เป็นการประเมินก่อนการดำเนินการโครงการ เพื่อพิจารณาหลักการและเหตุผลความจำเป็นที่ต้องดำเนินโครงการ ประเด็นปัญหาและความเหมาะสมของเป้าหมายโครงการซึ่งนำไปสู่การออกแบบโครงการ แผนงาน โดยมีวัตถุประสงค์ของการประเมิน ดังนี้

1.1. เพื่อให้ค่านิยามบริบท/สภาพแวดล้อมที่มีความเกี่ยวข้อง

1.2 ระบุจำนวนกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด และการประเมินความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย

1.3 จัดหาโอกาสที่จะตอบสนองความต้องการ

1.4 วิเคราะห์/วินิจฉัย ปัญหาที่เกิดจากพื้นฐานความต้องการ

1.5 ตรวจสอบเป้าหมายโครงการว่าสามารถตอบสนองความต้องการจาก การประเมินได้หรือไม่

สำหรับวิธีการประเมิน สามารถวิเคราะห์ระบบการสำรวจตรวจสอบเอกสาร การวิเคราะห์ข้อมูลชั้นที่ 2 การพิจารณา การตรวจสอบ การสัมภาษณ์ การทดสอบวินิจฉัยและการใช้เทคนิคเดลไฟล์ (Delphi Technique) ในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1) เป้าหมายเกี่ยวกับความต้องการร่วมกันและการใช้โอกาส

2) การลำดับความสำคัญก่อนหลังของการจัดสรรเวลาและทรัพยากร

3) จุดประสงค์ที่เกี่ยวข้องกับการแก้ไขปัญหาเพื่อการเปลี่ยนแปลง

4) กำหนดมาตรฐานในการตัดสินผลลัพธ์

2. การประเมินปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation : I)

เป็นการประเมินเพื่อพิจารณาถึงความเป็นไปได้ของโครงการ ความเหมาะสมและความพอเพียงของทรัพยากรที่จะใช้ในการดำเนินโครงการ เช่น งบประมาณ บุคลากร วัสดุอุปกรณ์ เวลา ฯลฯ รวมทั้ง เทคโนโลยีและแผนการดำเนินงาน โดยมีวัตถุประสงค์การประเมินดังนี้

2.1 เพื่อกำหนดและประเมินศักยภาพของระบบ แผนการของโครงการ การวางรูปแบบ ขั้นตอนกระบวนการ

2.2 เพื่อดำเนินการให้เป็นไปตามกลยุทธ์ งบประมาณ และกรอบระยะเวลาที่กำหนด สำหรับวิธีการประเมินใช้วิธีการจัดทำรายการ วิเคราะห์ทรัพยากรบุคคล สิ่งของ แผนการแก้ไขปัญหา การจัดรูปแบบกระบวนการตามหลักความสัมพันธ์การปฏิบัติใช้จริงและทุนเศรษฐศาสตร์ โดยศึกษาจากงานวิจัยที่มีผู้ทำไว้แล้วหรือใช้วิธีการวิจัยนำร่องเชิงทดลอง (Pilot Trials) ซึ่งการประเมินนี้จะต้องมีการสำรวจสิ่งที่มีอยู่เดิมก่อนว่ามีอะไรบ้างและตัดสินใจจะใช้วิธีการใด แผนการดำเนินงานแบบไหนหรือต้องใช้ทรัพยากรจากภายนอกหรือไม่

3. การประเมินกระบวนการ (Process Evaluation : P)

เป็นการประเมินเพื่อหาข้อบกพร่องของการดำเนินโครงการที่จะใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนา แก้ไข ปรับปรุง ในการดำเนินการช่วงต่อไปให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และเป็นการตรวจสอบกิจกรรมเวลา ทรัพยากรที่ใช้ในโครงการ ภาวะผู้นำ การมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการโดยมีการบันทึกไว้เป็นหลักฐานทุกขั้นตอน การประเมินกระบวนการนี้จะเป็นประโยชน์อย่างมากต่อการค้นหาจุดเด่นหรือจุดแข็งและจุดด้อยของนโยบาย/แผนงาน/โครงการซึ่งมักจะไม่สามารถศึกษา ได้ภายหลังจากสิ้นสุดโครงการแล้ว โดยมีวัตถุประสงค์การประเมิน ดังนี้

3.1 เพื่อระบุทำนายข้อบกพร่อง/ผิดพลาดในการจัดรูปแบบกระบวนการ การบรรลุเป้าหมาย

3.2 จัดหาข้อมูลเพื่อประกอบการตัดสินใจล่วงหน้าก่อนการปฏิบัติการ

3.3 เป็นการเก็บบันทึกรายงานและตัดสินกิจกรรมและขั้นตอนกระบวนการการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ

สำหรับวิธีการประเมิน จะติดตามควบคุมปัญหาอุปสรรคที่อาจจะเกิดขึ้นในกระบวนการปฏิบัติการและเฝ้าระวังอุปสรรคที่ไม่ได้คาดไว้ รับรู้ข้อมูลเฉพาะเพื่อการตัดสินใจของโครงการ อธิบายขั้นตอนกระบวนการที่เกิดขึ้นจริงและต่อเนื่อง ดำเนินการเรื่องการปฏิสัมพันธ์และสังเกตการณ์ การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่โครงการและบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องการประเมินกระบวนการนั้น เก็บบันทึกข้อมูลของข้อมูลขั้นตอนการดำเนินการจริงและนำมาใช้แปลผลสรุปต่อไป

4. การประเมินผลผลิต (Product Evaluation : P)

เป็นการประเมินเพื่อเปรียบเทียบผลผลิตที่เกิดขึ้นกับวัตถุประสงค์ของโครงการหรือมาตรฐานที่กำหนดไว้ รวมทั้งการพิจารณาในประเด็นของการยุบ เลิก ขยาย หรือปรับเปลี่ยนโครงการ อย่างไรก็ตามการประเมินลักษณะนี้มิได้ให้ความสนใจต่อเรื่องผลกระทบ (Impact) และผลลัพธ์ (Outcomes) ของนโยบาย/แผนงาน/โครงการเท่าที่ควร โดยมีวัตถุประสงค์การประเมินเพื่อเปรียบเทียบผลที่เกิดขึ้นจาการทำโครงการกับเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ เกณฑ์มาตรฐานของโครงการที่กำหนดไว้แต่ต้น

สำหรับวิธีการประเมินต้องมีการกำหนดเกณฑ์ชี้วัดและวัดผลตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ตามวัตถุประสงค์เป้าหมาย เปรียบเทียบผลกับเกณฑ์มาตรฐาน แปรผลโดยการวิเคราะห์เปรียบเทียบผลที่เกิดขึ้นกับวัตถุประสงค์ของโครงการ/ความต้องการ/เป้าหมาย โดยพิจารณาทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ และแปลความหมายถึงเหตุของสิ่งที่เกิดขึ้น

สตัฟเฟิลบีม (Stufflebeam, 2000) ยังได้นำเสนอประเภทของการตัดสินใจที่สอดคล้องกับประเด็นที่ประเมิน ดังนี้

1. การตัดสินใจเพื่อการวางแผน (Planning Decisions) เป็นการตัดสินใจที่ใช้ข้อมูล จากการประเมินสภาพแวดล้อมที่นำไปใช้ในการกำหนดจุดประสงค์ของโครงการให้สอดคล้องกับ แผนการดำเนินงาน

2. การตัดสินใจเพื่อกำหนดโครงสร้างของโครงการ (Structuring Decision) เป็นการตัดสินใจที่ใช้ข้อมูลจากปัจจัยนำเข้าที่ได้นำไปใช้กำหนดโครงสร้างของแผนงาน และขั้นตอนของการดำเนินการของโครงการ

3. การตัดสินใจเพื่อนำโครงการไปปฏิบัติ (Implementation Decisions) เป็นการตัดสินใจที่ใช้ข้อมูลจากการประเมินกระบวนการ เพื่อพิจารณาควบคุมการดำเนินการให้เป็นไปตามแผนและปรับปรุงแก้ไขการดำเนินการให้มีประสิทธิภาพมากที่สุด

4. การตัดสินใจเพื่อทบทวนโครงการ (Recycling Decisions) เช่น การตัดสินใจเพื่อใช้ข้อมูลจากการประเมินผลผลิต (Output) ที่เกิดขึ้น เพื่อพิจารณาการยุติ/ล้มเลิก หรือขยายโครงการที่จะนำไปใช้ในโอกาสต่อไป

2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อศึกษาประเด็นที่มีผู้ทำวิจัยไว้แล้ว ซึ่งจะเป็นส่วนสำคัญที่จะช่วยเติมเต็มประเด็นที่จะศึกษาให้ครอบคลุม และเป็นแนวทางในการศึกษาตลอดจนได้ทบทวนวิธีการดำเนินงานวิจัยในรูปแบบที่แตกต่างกันออกไปซึ่งจะส่งผลให้การศึกษาครั้งนี้มีคุณภาพยิ่งขึ้น

กุมาลีพร ตรีสอน (2561) ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ผลการศึกษาพบว่าผลการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีค่าเฉลี่ยคะแนนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 54.49, SD = 20.67) กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องมีค่าเฉลี่ยคะแนนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 54.56, SD = 25.92)

วนิดา วิชัยศักดิ์ และคณะ (2561) ทำการศึกษาการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยการฟอกเลือด หรือการล้างไตทางช่องท้อง และกลุ่มป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนไตในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผลการศึกษาพบว่า เมื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตรายด้านและโดยรวมของกลุ่มผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือด หรือล้างไตทางช่องท้อง คุณภาพชีวิตในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง

สุนีรัตน์ สิงห์คำ (2560) ทำการศึกษาการจัดการความรู้ เรื่อง การชะลอไตเสื่อมโดยรูปแบบ 4C Model ผลการศึกษาพบว่า สามารถชะลอไตเสื่อมได้และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วย

กมลรัตน์ บัญญัตินพรัตน์ และศิริรัตน์ อนุตระกูลชัย (2560) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผลการศึกษาพบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตด้านกายภาพและจิตใจ 52±19 และ 57±17 คะแนน ตามลำดับ ปัจจัยที่มีผลคุณภาพชีวิตด้านกายภาพได้แก่ อายุ เบาหวาน และคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ส่วนปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจได้แก่ อายุ การเสียค่าใช้จ่ายเอง และคุณภาพชีวิตด้านกายภาพและพบว่าคุณภาพชีวิตด้านกายภาพและด้านจิตใจมีความสัมพันธ์กันมาก (r = 0.79, *p-value* <0.001)

กานต์ธีรา ชัยเรียบ และคณะ (2561) ทำการศึกษาการพัฒนารูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมทั้งในโรงพยาบาลและการดูแลที่บ้าน ผลการศึกษาพบว่า การประเมินระดับคุณภาพชีวิตก่อนการให้บริบาลทางเภสัชกรรมและหลังการให้การบริบาลเภสัชกรรม อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

สอาด และคณะ (2560)ทำการศึกษาการรับรู้ภาระจากอาการ ภาระค่าใช้จ่าย กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่าการรับรู้ภาระค่าใช้จ่ายมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต EQ-5D (Vas) ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จำรัส สาระขวัญ และคณะ (2560) ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และที่ได้รับการขจัดของเสียทางเยื่อบุช่องท้องอย่างต่อเนื่อง มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 67.56, SD = 10.61 และ $\bar{x}$ = 68.15, SD = 10.07 ตามลำดับ) และพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านไม่แตกต่างจากผู้ป่วยที่ได้รับการขจัดของเสียทางเยื่อบุช่องท้องอย่างต่อเนื่องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

รวีวรรณ กลิ่นสุวรรณ, นันทิยา วัฒายุ, และนันทวรรณ สุวรรณธูป (2560) ทำการศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 90.11, SD = 13.77)

กิติมา เศรษฐ์บุญสร้าง และประเสริฐ ประสมรักษ์ (2559) ทำการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา จังหวัดยโสธร ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสำพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ อาชีพ (*p*–value = 0.038) ความสามารถในการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาได้ด้วยตนเอง (*p*–value = 0.011) ระดับการศึกษา (*p*–value = 0.038) และสถานะสุขภาพ (*p*–value = 0.001) และพบว่าการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติโดยการให้คำแนะนำผ่านสื่อคู่มือ หนังสือ และวิดีทัศน์เป็นรายบุคคล พร้อมทั้งติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ พบว่าความรู้ในการดูแลตนเอง พฤติกรรมในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตจองผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น

รุ้งราวัลย์ ยี่สุ่นแก้ว และคณะ (2559) ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมตามสิทธิที่กฎหมายกำหนดกรณีศึกษาโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ผลการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 246.83) เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตรายด้านพบว่า ด้านอาการโรคไตเรื้อรัง ($\bar{x}$ = 71.40) และด้านผลกระทบของโรคไตเรื้อรัง ($\bar{x}$ = 60.07) สูงกว่าด้านอื่น ๆ แต่ด้านภาระจากโรคไต ($\bar{x}$ = 35.85) และด้านสุขภาพร่างกาย ($\bar{x}$ = 34.86) มีค่าคะแนนต่ำสุด

สมพร ชินโนรส และชุติมา ดีปัญญา (2556) ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือด ผลการศึกษาพบว่าจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลางแต่เมื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดกับประชาชนทั่วไป ผู้ดูแลหรือผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไต พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดมีคุณภาพชีวิตไม่ดี

นันธิญา พันอินากูล (2553) ทำการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังภายหลังการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p–value = 0.001)

วิไลวรรณ แสนโฮม (2551) ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่โรงพยาบาลขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดโดยใช้แบบประ เมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อ ผู้ป่วยมีคุณ ภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

Cepeda Marte, Javier, Ruiz-Matuk, and Paulino-Ramirez (2019)ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตและภาวะโภชนาการของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการฟอกเลือด ผลการศึกษาพบว่า ระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอยู่ในระดับต่ำ และระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง

Rahimimoghadam, Rahemi, Sadat, and Mirbagher Ajorpaz, (2019) ทำการศึกษา การออกกำลังกายพิลาทิสและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่าก่อนการได้รับการออกกำลังกายพิลาทิส ระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านโรคไตเรื้อรัง อยู่ในระดับต่ำ และหลังจากได้รับการออกกำลังกายพิลาทิสพบว่า ระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านโรคไตเรื้อรัง อยู่ในระดับปานกลาง

Lazarus (2019) ทำการศึกษาประสิทธิผลของการให้ความรู้และการออกกำลังกายต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องฟอกไตเทียม ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องฟอกไตเทียมที่ได้รับความรู้และการออกกำลังกายมีระดับคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับความรู้และการออกกำลังกาย

Hall, Luciano, Pieper, and Colón-Emeric (2018) ทำการศึกษาความสัมพันธ์ของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังกับอัตราการเสียชีวิตและการนอนโรงพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการฟอกไต ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย อยู่ในระดับต่ำ ($\bar{x}$ = 34.5, SD = 9.9) ด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 50.9, SD = 10.4) ด้านกลุ่มอาการ อยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ = 78.5, SD = 15.6) ด้านผลกระทบจากโรค อยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ = 74.3, SD = 21.3) ด้านภาระจากโรค อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 52.6, SD = 29.4)

Li et al. (2016) ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตและความวิตกกังวล, ภาวะซึมเศร้า, กิจกรรมทางร่างกายและสมรรถนะของร่างกายในผู้ป่วยฟอกไตโดยใช้เครื่องมือ KDQOL-SF36 วัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ฟอกเมื่อเปรียบเทียบกลุ่มปกติกับกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน

Dedic, Milojkovic, Cukic, and Jovanovic (2015) ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตเทียมที่รอการปลูกถ่ายไต ผลการศึกษาพบว่า ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในกลุ่มที่รอการปลูกถ่ายไต ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านบทบาททางกายภาพ ด้านสังคม ด้านความเจ็บปวดทางร่างกาย อยู่ในระดับสูง

Peng et al. (2013) ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความผิดปกติทางจิตกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยโรคไตเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีความผิดปกติทางจิตเช่น กลุ่มภาวะซึมเศร้า กลุ่มภาวะวิตกกังวล จะมีระดับคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีความผิดปกติทางจิต

Poppe, Crombez, Hanoulle, Vogelaers, and Petrovic (2013) ทำการศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง: อิทธิพลของการยอมรับและปัจจัยส่วนบุคคล ศึกษาในแผนกผู้ป่วยนอกของหน่วยไตเทียมโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย GHENT ในปี 2009 - 2010 จากการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย (PHQL SF-36) อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 52.43, SD = 22.28) และ คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ (MHQL SF-36) อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 65.9, SD = 20.32)

Ahmed, Kamel, Salih, Fayez, and Abdulla (2011) ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยกำหนดคุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้ป่วยฟอกไตโดยใช้เครื่องมือ KDQOL-SF ศึกษาในหน่วยหนึ่งในซาอุดิอาระเบีย ผลการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง

Abdel-Kader, Unruh, and Weisbord (2009) ทำการศึกษาอาการภาระภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตด้านพละกำลังและด้านสุขภาพทั่วไปของผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายและผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอยู่ในระดับต่ำและด้านกายภาพของผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายและผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอยู่ในระดับปานกลาง

สรุปจากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่าโรคไตเรื้อรัง เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิต ทั้งในด้านของการดำเนินชีวิตในปัจจุบันและการอยู่ร่วมกับโรคที่เป็นอยู่ ซึ่งคุณภาพชีวิตประกอบด้วยองค์ประกอบต่าง ๆ ที่ต่างเป็นตัวเสริมซึ่งกันและกันเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม และยังประกอบด้วยมิติย่อยต่าง ๆ ดังนั้นการมีรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไตจะใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่เป็นแนวทางที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรม ผู้ศึกษาจึงได้นำผลการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาเขียนเป็นกรอบแนวคิดได้ดังนี้

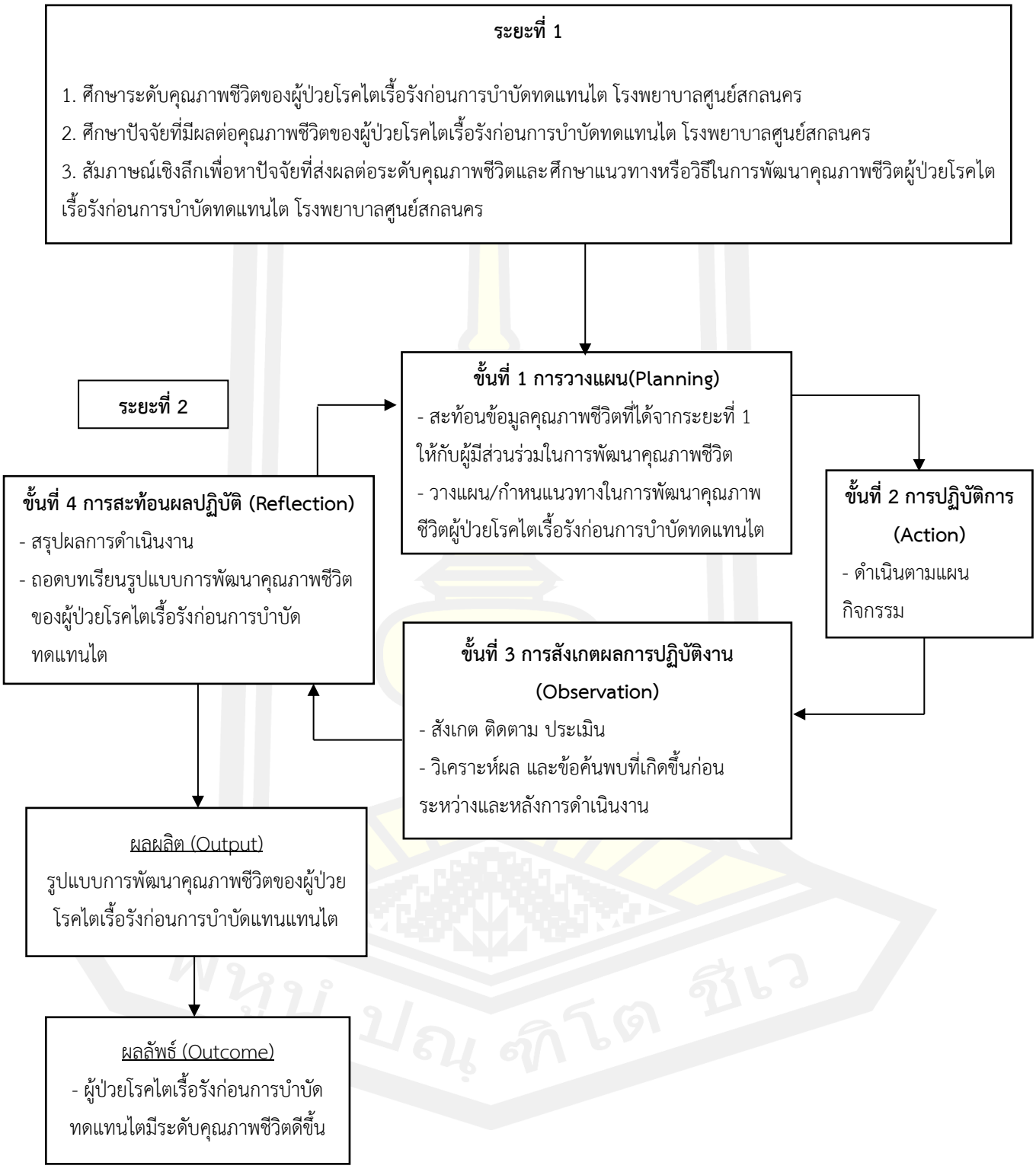
2.8 กรอบแนวคิดในการวิจัย

แบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 ศึกษาระดับคุณภาพชีวิตและศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร

ระยะที่ 2 สร้างรูปแบบในการพัฒนาระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร

เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไตต่อไป



ภาพที่ 2 กรอบแนวคิด (Conceptual Framework)

บทที่ 3
วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาเรื่อง รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method Research) โดยวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) และวิธีวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ซึ่งการศึกษาวิจัยครั้งนี้ แบ่งขั้นตอนการวิจัยออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ที่ใช้ทั้งข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Data) และข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Data) เพื่อประเมินระดับคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร

ระยะที่ 2 เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อสร้างรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร จังหวัดสกลนคร โดยใช้วงจร PAOR ของ Kemmis and McTaggart (1988) และนำรูปแบบที่ได้ไปพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลศูนย์ ซึ่งมีรายละเอียดวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. รูปแบบการวิจัย
2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
4. การเก็บรวบรวมข้อมูล
5. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้
6. จริยธรรมงานวิจัย

3.1 การศึกษาระยะที่ 1 เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และเชิงคุณภาพ (Qualitative) เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร

1. รูปแบบการวิจัย

1.1 การศึกษาเป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross – Sectional Descriptive Research) โดยเก็บข้อมูลแบบเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ด้วยแบบสอบถาม ร่วมกับการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative) ด้วยแบบสัมภาษณ์ เพื่อประเมินระดับคุณภาพชีวิตและหาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร

1.2 การศึกษาเป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ (Analytical Research) โดยการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ได้แก่ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต ณ คลินิกโรคไต ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตในคลินิกเบาหวานและความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคไต หรือมีภาวะแทรกซ้อนทางไตร่วมกับโรคอื่น ๆ อยู่ในระยะ ที่ 3 - 5 ทั้งหมดจำนวน 3,179 คน (กระทรวงสาธารณสุข, 2562)

2.2 กลุ่มตัวอย่างและขนาดตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต ณ คลินิกโรคไต และผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ที่แพทย์วินิจฉัยว่ามีภาวะแทรกซ้อนทางไตที่ลงทะเบียนเข้ารับการรักษา ณ คลินิกเบาหวานและความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร โดยมีคุณสมบัติเป็นไปตามเกณฑ์การคัดเลือกประชากรเข้าร่วมในการศึกษา (Inclusion Criteria) และเกณฑ์การคัดเลือกประชากรออกจากการศึกษา (Exclusion Criteria) ซึ่งมีขั้นตอนในการคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรของ (Daniel, 1995) ดังนี้

$$n = \frac{NZ^2_{\alpha/2}P(1-P)}{(N-1)d^2 + Z^2_{\alpha/2}P(1-P)}$$

เมื่อกำหนดให้ N = จำนวนประชากร

n = จำนวนขนาดตัวอย่าง

$Z_{\alpha/2}$ = ค่ามาตรฐานใต้โค้งปกติ เท่ากับ 1.96

d = ความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นในการประมาณค่าเฉลี่ย (d = 0.05)

P = ค่าสัดส่วนของลักษณะที่ต้องการศึกษา ในงานวิจัยนี้หมายถึง ค่าสัดส่วนของผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองโรคไตเรื้อรัง คิดเป็นร้อยละ 34.35 (P = 0.34) (*สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสกลนคร*, 2562)

เมื่อแทนค่าในสูตร

$$n = \frac{3{,}179 \times 1.96^2 \times 0.34 \times (1-0.34)}{(3{,}179 - 1)\ 0.05^2 + 1.96^2 \times 0.34 \times (1-0.34)}$$

$$n = 311.06$$

จากการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด 312 คน

ผลการคำนวณขนาดตัวอย่างพบว่า จำนวนขนาดตัวอย่าง มีจำนวนเท่ากับ 312 คน ขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ 312 คน แต่เพื่อป้องกันปัญหาความคลาดเคลื่อนที่อาจเกิดขึ้นในการเก็บข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ จึงมีการคำนวณเพื่อปรับเพิ่มจำนวนตัวอย่างดังนี้

$$n_{adj} = \frac{n}{(1-R)}$$

โดยกำหนดให้ n_{adj} = ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่มีการปรับขนาดแล้ว

n = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

R = อัตราการสูญเสีย โดยกำหนดให้อัตราการสูญเสียร้อยละ 10 (R = 0.1)

เมื่อแทนค่าในสูตร

$$n_{adj} = \frac{312}{(1-0.1)}$$

$$n_{adj} = 346.66$$

เมื่อปรับขนาดตัวอย่างแล้ว รวมเป็นจำนวนตัวอย่างในการศึกษาทั้งหมด จำนวน 347 คน

2.2.1 เกณฑ์การคัดเลือกประชากรเข้าร่วมในการศึกษา (Inclusion Criteria)

2.2.1.1 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ลงทะเบียนเข้ารับการรักษา ณ คลินิกโรคไต ตึกหัวใจเพื่อแผ่นดิน โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร

2.2.1.2 ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตก่อนการบำบัดทดแทนไต ที่แพทย์วินิจฉัยว่ามีภาวะแทรกซ้อนทางไตที่ลงทะเบียนเข้ารับการรักษา ณ คลินิกเบาหวานและความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร

2.2.1.3 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตก่อนการบำบัดทดแทนไต ที่แพทย์วินิจฉัยว่ามีภาวะแทรกซ้อนทางไตในคลินิกเบาหวานและความดัน ที่สามารถช่วยเหลือตนเอง สามารถตอบสนองและสื่อสารด้วยการพูด การฟัง การอ่านและการเขียน รวมไปถึงมีความเข้าใจในภาษาไทยได้เป็นอย่างดี ที่ไม่เป็นอุปสรรคต่อการเก็บข้อมูลทั้งการตอบแบบสอบถามและการสัมภาษณ์

2.2.1.4 เป็นผู้ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

2.2.2 เกณฑ์การคัดเลือกประชากรออกจากการศึกษา (Exclusion Criteria)

2.2.2.1 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis : HD) และ การฟอกเลือดผ่านทางช่องท้องแบบถาวร (Continuous ambulatory peritoneal dialysis : CAPD)

2.2.2.2 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีความผิดปกติทางจิตและผิดปกติทางร่างกาย เช่น มีความผิดปกติทางหู มีความผิดปกติทางด้านสายตาหรือมองไม่เห็น

2.2.2.3 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

2.2.2.4 ผู้ป่วยโรคไตที่มีโรคร่วมหรือโรคแทรกซ้อนรุนแรงอื่น ๆ ที่เป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมโครงการ ได้แก่ โรคมะเร็ง

2.3 การสุ่มขนาดตัวอย่าง

2.3.1 **การสุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถาม** โดยใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified random sampling) เป็นการสุ่มโดยการแบ่งประชากรออกเป็นกลุ่มตามหน่วยบริการ โดยให้ประชากรในแต่ละชั้นภูมิมีลักษณะคล้ายคลึงกันมากที่สุด แล้วทำการหาสัดส่วนของขนาดตัวอย่างจากกลุ่มประชากรของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (อรุณ จิรวัฒน์กุล, 2553) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังแยกตามหน่วยบริการ

ลำดับ	หน่วยบริการ	จำนวนประชากรรวม (คน)	จำนวนตัวอย่าง (คน)	ระยะของโรค	จำนวนประชากร (คน)	จำนวนตัวอย่างตามระยะ (คน)
				3	1040	111
1	คลินิกโรคไต	1685	191	4	356	40
				5	288	34
2	คลินิกเบาหวานและความดันโลหิตสูง	1494	156	3	923	156
	รวม	**3179**	**347**			

จากนั้นสุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยการนำรายชื่อผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจากคลินิกโรคไตเรื้อรังและผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตหรือผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังจากคลินิกเบาหวานและความดันโลหิตสูง ทั้งหมดจำนวน 3,179 คน มาสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการจับสลากแบบไม่ใส่คืนจนได้จำนวนตัวอย่างตามที่คำนวณไว้คือ 347 ตัวอย่าง โดยตัวอย่างต้องมีคุณสมบัติเป็นไปตามเกณฑ์การคัดเลือกประชากรเข้าร่วมการศึกษา (Inclusion criteria) และเกณฑ์การคัดเลือกประชากรออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)

2.3.2 **ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อสนับสนุนข้อมูลเชิงปริมาณ**

2.3.2.1 **ประชากร** คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ณ คลินิกโรคไต และ ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ณ คลินิกเบาหวานและความดันโลหิตสูง

2.3.2.2 **กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ณ คลินิกโรคไต และ ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ณ คลินิกเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีคุณสมบัติเป็นไปตามเกณฑ์การคัดเลือกประชากรเข้าร่วมการศึกษา (Inclusion criteria) และเกณฑ์การคัดเลือกประชากรออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) โดยเลือกบุคคลที่สามารถให้คำตอบในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับปัญหาที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้ที่ดีที่สุด (Key Informants) เพื่อนำมาสนับสนุนข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย

- ตัวแทนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ณ คลินิกโรคไต จำนวน 5 คน
- ตัวแทนผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ณ คลินิกเบาหวานและความดันโลหิตสูง จำนวน 5 คน

รวมทั้งสิ้น 10 คน

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ โดยใช้แบบสอบถาม (Questionnaires) ซึ่งใช้เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิต 36-Item Short Form Survey Instrument (SF-36) (วัชรี เลอมานกุล และปารณีย์ มีแต้ม, 2548) และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2561a) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ได้นำมาประยุกต์ใช้กับกลุ่มตัวอย่าง แบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน ประกอบด้วยส่วนแรกเป็นข้อคำถามทั่วไปเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล ในส่วนที่ 2 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตตามแบบ SF-36 ประกอบด้วย 8 มิติ จำนวนข้อคำถาม 36 ข้อ และในส่วนที่ 3 เป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (9Q) 9 ข้อ ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและใช้แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก (In - dept interview) ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อยืนยันข้อมูลเชิงปริมาณ เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณได้จากการทบทวนแนวคิดทฤษฎีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยใช้แบบสอบถามสำเร็จรูปและแนวทางในการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อสนับสนุนข้อมูลเชิงปริมาณให้สอดคล้องกับตัวแปรแต่ละตัวในกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย มีรายละเอียดดังนี้

3.1 เครื่องมือมีทั้งหมด 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถาม (Questionnaires) มีทั้งหมด 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล เป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบและปลายเปิดให้เติมข้อความ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ รายได้ต่อเดือน สิทธิการรักษาพยาบาล การดูได้รับการดูแล ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง โรคร่วม การเดินทางมาโรงพยาบาล

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต 36-Item Short Form Survey Instrument (SF-36) โดยแบบสอบถามทั้ง 8 มิติ ได้แก่

1) Physical function คำถามเกี่ยวกับภาวะการทำงานของร่างกาย (คำถามข้อ 3ก - 3ญ)

2) Role Limitation due to physical problem คำถามเกี่ยวกับบทบาทที่ถูกจำกัดอันเนื่องจากสุขภาพทางกาย (คำถามข้อ 4 ก - ง)

3) Bodily pain คำถามเกี่ยวกับความเจ็บปวด (คำถามข้อ 7, 8)

4) General health perceptions คำถามเกี่ยวกับการรับรู้สุขภาพทั่วไป ถามข้อ 1, 2, 11 ก-ง)

5) Social function คำถามเกี่ยวกับการทำหน้าที่ทางสังคม (คำถามข้อ 6, 10)

6) Vitality คำถามเกี่ยวกับพลังงาน (คำถามข้อ 9ก, 9จ, 9ช, 9ฌ)

7) Role Limitation due to emotional problems คำถามเกี่ยวกับบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์ (คำถามข้อ 5ก - ค)

8) General mental health คำถามเกี่ยวกับสุขภาพจิตทั่วไป (คำถามข้อ 9ข, 9ค, 9ง, 9ฉ, 9ซ)

ส่วนที่ 3 เป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q เป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ

ชุดที่ 2 แนวทางในการสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นแนวทางในการสัมภาษณ์เพื่อยืนยันข้อมูลเชิงปริมาณ ในครั้งนี้ผู้ศึกษากำหนดประเด็นไว้ 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 เป็นแนวทางในการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร เป็นคำถามปลายเปิดให้แสดงความคิดเห็นได้โดยอิสระ

ส่วนที่ 2 เป็นแนวทางในการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อหาปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตและศึกษาแนวทางหรือวิธีในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนครของ

3.2 ตัวแปรและการวัดตัวแปร

3.2.1 เครื่องมือมีทั้งหมด 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถาม (Questionnaires) มีทั้งหมด 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล

เพศ หมายถึง คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร มีระดับการวัดเป็นนามสเกล (Nominal scale) วัดเป็น 1) ชาย 2) หญิง

อายุ หมายถึง อายุของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร มีระดับการวัดเป็นอัตราส่วนสเกล (Ratio scale) วัดเป็นปี

สถานภาพสมรส หมายถึง สถานภาพสมรสของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร มีระดับการวัดเป็นนามสเกล (Nominal scale) 1) โสด 2) สมรส 3) หม้าย/อย่าร้าง

ระดับการศึกษาสูงสุด หมายถึง ระดับการศึกษาสูงสุดของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร มีระดับการวัดเป็นอันดับสเกล (Ordinal scale) 1) ไม่ได้ศึกษา 2) ระดับประถมศึกษา 3) ระดับมัธยมศึกษา 4) ระดับปวช. 5) ระดับปวส. 6) ระดับปริญญาตรี 7) สูงกว่าปริญญาตรี

อาชีพ หมายถึง อาชีพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร มีระดับการวัดเป็นนามสเกล (Nominal scale) 1) ว่างงาน 2) ค้าขาย 3) เกษตรกรรม 4) ธุรกิจส่วนตัว 5) รับราชการ 6) อื่น ๆ

รายได้ต่อเดือน หมายถึง รายได้เฉลี่ยทั้งหมดของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร มีระดับการวัดเป็นอัตราส่วนสเกล (Ratio scale) วัดเป็นบาท

สิทธิการรักษาพยาบาล หมายถึง สิทธิ์ที่ใช้ในการรักษาที่โรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร มีระดับการวัดเป็นนามสเกล (Nominal scale) 1) บัตรทอง 2) ประกันสังคม 3) จ่ายตรง(ข้าราชการ) 4) ชำระเงินเอง

การดูได้รับการดูแล หมายถึง การได้รับการดูแลจากบุคคลอื่นหรือมีผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร มีระดับการวัดเป็นนามสเกล (Nominal scale) 1) มี(ระบุ.....) 2) ไม่มี/ดูแลตนเอง

ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง หมายถึง ระยะเวลาที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นมีอาการแสดงความผิดปกติทางไตหรือเป็นโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร มีระดับการวัดเป็นอัตราส่วนสเกล (Ratio scale) วัดเป็นปี

โรคร่วม หมายถึง ภาวะแทรกซ้อนหรือโรคที่เป็นร่วมกับโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร มีระดับการวัดเป็นนามสเกล (Nominal scale) 1) ไม่มีโรคร่วม 2) โรคเบาหวาน 3) โรคความดันโลหิตสูง 4) โรคหัวใจ 5) โรคไขมันในเลือดสูง 6) อื่น ๆ (ระบุ.....)

การเดินทางมาโรงพยาบาล ลักษณะของยานพาหนะที่ใช้ในการเดินทางเข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร มีระดับการวัดเป็นนามสเกล (Nominal scale) 1) รถยนต์/จักรยานยนต์ส่วนตัว 2) รถรับจ้างสาธารณะ

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต 36-Item Short Form Survey Instrument (SF-36) โดยแบบสอบถามทั้ง 8 มิติ โดยมีเกณฑ์การแปลผลคะแนน ดังนี้

จำนวนข้อคำถามในแต่ละมิติแตกต่างกันไป ตัวเลือกตอบมีตั้งแต่ 2 – 6 ระดับ ลักษณะเป็นแบบ Likert Scale (Likert, 1967) ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ในแต่ละมิติอยู่ระหว่าง 0 - 100 คะแนน

คะแนน 0 - 25.00 หมายถึง คุณภาพชีวิตต่ำมาก

คะแนน 25.01 - 50.00 หมายถึง คุณภาพชีวิตต่ำ

คะแนน 50.01 - 75.00 หมายถึง คุณภาพชีวิตปานกลาง

คะแนน 75.01 - 100.00 หมายถึง คุณภาพชีวิตดี

เกณฑ์การให้คะแนน ค่าคะแนนที่มีความหมายในทางตรงกันข้าม ในคำถามข้อ 1, 2, 6, 8, 11ข, 11ง

1 หมายถึง 100 คะแนน

2 หมายถึง 75 คะแนน

3 หมายถึง 50 คะแนน

4 หมายถึง 25 คะแนน

5 หมายถึง 0 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน ค่าคะแนนที่มีความหมายในทางตรง ในคำถามข้อ 3ก – 3ญ

1 หมายถึง 0 คะแนน

2 หมายถึง 50 คะแนน

3 หมายถึง 100 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน ค่าคะแนนที่มีความหมายในทางตรง ในคำถามข้อ 4ก – 4ง, 5ก – 5ค

1 หมายถึง 0 คะแนน

2 หมายถึง 100 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน ค่าคะแนนที่มีความหมายในทางตรงกันข้าม ในคำถามข้อ 7, 9ก, 9ง, 9จ, 9ซ

1 หมายถึง 100 คะแนน

2 หมายถึง 80 คะแนน

3 หมายถึง 60 คะแนน

4 หมายถึง 40 คะแนน

5 หมายถึง 20 คะแนน

6 หมายถึง 0 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน ค่าคะแนนที่มีความหมายในทางตรง ในคำถามข้อ 9ข, 9ค, 9ฉ, 9ช, 9ฌ

1 หมายถึง 0 คะแนน

2 หมายถึง 20 คะแนน

3 หมายถึง 40 คะแนน

4 หมายถึง 60 คะแนน

5 หมายถึง 80 คะแนน

6 หมายถึง 100 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน ค่าคะแนนที่มีความหมายในทางตรง ในคำถามข้อ 10, 11ก, 11ค

1 หมายถึง 0 คะแนน

2 หมายถึง 20 คะแนน

3 หมายถึง 40 คะแนน

4 หมายถึง 60 คะแนน

5 หมายถึง 80 คะแนน

ส่วนที่ 3 เป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (9Q) ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โดยแบบสอบถามทั้ง 9 ข้อ โดยมีเกณฑ์การแปลผลคะแนน ดังนี้

คะแนนรวม < 7 คะแนน คือ ไม่มีอาการของภาวะซึมเศร้าหรือมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยมาก

คะแนนรวม 7 – 12 คะแนน คือ มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับน้อย

คะแนนรวม 13 – 18 คะแนน คือ มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับปานกลาง

คะแนนรวม ≥ 19 คะแนน คือ มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับรุนแรง

3.3 การสร้างเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

3.3.1 การสร้างเครื่องมือ

ผู้ศึกษาได้ทำการทบทวนเอกสาร แนวคิดและทฤษฎีงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการดังนี้

3.3.1.1 กำหนดขอบเขตเนื้อหาที่ต้องการสร้างแบบเก็บข้อมูลและกำหนดขอบเขตเนื้อหาแนวทางในการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อยืนยันข้อมูลเชิงปริมาณ เพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์และเนื้อหาที่ต้องการศึกษา

3.3.1.2 ดำเนินการสร้างและพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและแนวทางในการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อยืนยันข้อมูลเชิงปริมาณและนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและแนวทางในการสัมภาษณ์เชิงลึกเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และนำเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและแนวทางในการสัมภาษณ์เชิงลึกมาปรับปรุงแก้ไขก่อนการนำไปทดลองใช้ (Try Out)

3.3.2 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้นำแบบสอบถามคุณภาพชีวิต 36-Item Short Form Survey Instrument (SF-36) ฉบับภาษาไทย และ แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q นำมาประยุกต์ใช้กับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ พร้อมทั้งดำเนินการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1) ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความเหมาะสมของภาษา (Wording) โดยการนำแบบสัมภาษณ์เชิงลึกที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้สร้างเสร็จเรียบร้อยแล้วนำเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความเหมาะสม

โดยผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือประกอบด้วย

1) เภสัชกรหญิงกัญญารัตน์ แร่ถ่าย เภสัชกรชำนาญการ หัวหน้างานจ่ายยาตึกหัวใจเพื่อแผ่นดิน กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร จังหวัดสกลนคร
2) นางนภาลัย แสงโพธิ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หน่วยงานศูนย์ถนอมไต กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร
3) นางรุ่งรักษ์ ภิรมย์ลาภ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้าหน่วยไตเทียม กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร จังหวัดสกลนคร

2) การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยการนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบ แก้ไข และปรับปรุง จากผู้เชี่ยวชาญแล้วนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกันและมีพื้นที่ใกล้เคียงกันกับการวิจัยครั้งนี้จำนวน 30 คน หลังจากนั้นนำไปวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในของแบบสอบถามโดยการวิเคราะห์รายข้อ (Item-Total Correlation) หากมีข้อคำถามใดมีค่าติดลบหรือมีค่าน้อยกว่า 0.2 ต้องนำมาปรับปรุงแก้ไข จากนั้นนำแบบสอบถามมาทดสอบเพื่อวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถามตามลักษณะข้อกำหนดโดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2553) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ดังนี้ แบบสอบถามคุณภาพชีวิต เท่ากับ 0.88 และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า เท่ากับ 0.63

4. ขั้นตอนการดำเนินการ

การดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ระยะ รายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร จังหวัดสกลนคร โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) การประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้ศึกษาได้ดำเนินการการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องก่อน เพื่อให้ได้ประเด็นในการจัดทำแนวคำถามสาหรับการสร้างแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์และเพื่อเป็นการเติมเต็มข้อมูล ตลอดจนเป็นการตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนและสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้

2) ศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

3) การสังเคราะห์ข้อมูลการประมวลเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดเป็นร่างสถานการณ์เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร จังหวัดสกลนครและปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร จังหวัดสกลนคร

4) การเก็บข้อมูลภาคสนามโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต และภาวะซึมเศร้า สำหรับเก็บข้อมูลกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง แบบสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และญาติผู้ดูแลผู้ป่วย

5) นำข้อมูลที่ได้จากข้อ 4) มาวิเคราะห์ตัวแปรเพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร จังหวัดสกลนคร

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ศึกษาจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โดยผู้ศึกษาทำการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน 2562 ถึง วันที่ 30 เมษายน 2564 มีขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

4.1 ขอความอนุเคราะห์จากคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ในการออกหนังสือขออนุญาตในการทำวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์สกลนคร ในการเก็บข้อมูลของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร

4.2 นำแบบสอบถามและแนวทางในการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อยืนยันข้อมูลเชิงปริมาณ พร้อมนำหนังสือจากคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์สกลนคร เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย รายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลและลงนามในหนังสือความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่าง

4.3 ในกรณีแบบสอบถามดำเนินการต่อเนื่องดังต่อไปนี้

4.3.1 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีการคัดเลือกผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ในการศึกษาจากการเข้ามารับบริการตามการนัดในการรักษาของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

4.3.2 อธิบายวัตถุประสงค์และประโยชน์ที่จะได้รับจากการศึกษาวิจัยให้กับกลุ่มตัวอย่างแล้วนำแบบสอบถามคุณภาพชีวิต 36-Item Short Form Survey Instrument (SF-36) ฉบับภาษาไทย และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q ให้กับกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการคัดเลือกเข้าศึกษาตอบแบบสอบถาม

4.3.3 ตรวจสอบความถูกต้อง และความครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสอบถาม

4.4 ในกรณีการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อยืนยันข้อมูลเชิงปริมาณดำเนินการต่อเนื่องดังนี้

4.4.1 ขั้นตอนเตรียมการ

1) นัดวันสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลทั้ง 10 คน ล่วงหน้า

2) ส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการสัมภาษณ์เชิงลึกและแจ้งแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกให้กลุ่มตัวอย่างทราบ

3) ก่อนทำการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ศึกษาได้ทบทวนความเข้าใจรายละเอียดของแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกโดยละเอียดทุกครั้ง

4.4.2 ขั้นตอนการสัมภาษณ์เชิงลึก

1) แนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์เชิงลึก

2) ทำการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลทั้ง 10 คน

3) การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ศึกษาสร้างความคุ้นเคยและเป็นกันเองกับผู้ให้สัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อสร้างความไว้วางใจเพื่อประโยชน์ในการให้ข้อมูลตรงตามสภาพความเป็นจริงมากที่สุด

4) การนัดวันการสัมภาษณ์เชิงลึก จะเลือกวันที่ผู้ให้สัมภาษณ์เชิงลึกสะดวกมากที่สุด

4.4.3 ขั้นตอนการบันทึกผล

บันทึกผลการสัมภาษณ์เชิงลึกโดยการขออนุญาตจดบันทึกและอัดเครื่องบันทึกเสียงในขณะที่ทำการสัมภาษณ์เชิงลึก หลังจากนั้นให้บันทึกผลการสัมภาษณ์เชิงลึกในภายหลังเพื่อให้ได้ข้อมูลอย่างครบถ้วน

4.4.4 ขั้นตอนปิดการสัมภาษณ์เชิงลึก

1) ทบทวนความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูลก่อนปิดการสัมภาษณ์เชิงลึก

2) ผู้ศึกษากล่าวขอบคุณผู้ร่วมสัมภาษณ์เชิงลึกที่ให้ความอนุเคราะห์

3) ภายหลังการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ศึกษาทำหนังสือขอบคุณส่งถึงผู้ร่วมการสัมภาษณ์เชิงลึกทุกคน

5. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

5.1 การวิเคราะห์ข้อมูล

5.1.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statisitc)

- ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ ศาสนา รายได้ต่อเดือน สิทธิการรักษาพยาบาล การดูได้รับการดูแล ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง โรคร่วม ใช้สถิติในการแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ในกรณีที่ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกตินำเสนอค่าเฉลี่ย(Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และข้อมูลที่มีการแจกแจงไม่ปกติใช้สถิตินำเสนอค่า มัธยฐาน (Median) ค่าสูงสุด - ต่ำสุด (Minimum - Maximum)

- ระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร กรณีข้อมูลมีการแจกแจงข้อมูลแบบปกติ ใช้สถิติค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

- ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร นำเสนอข้อมูลในรูปแบบตารางโดยวิธีพรรณนา

5.1.2 สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistic)

5.1.2.1 กรณีข้อมูลแจกแจงแบบปกติ ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ในการหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตามทีละคู่ (Bivariate Analysis) ซึ่งตัวแปรอิสระและตัวแปนตามนั้นจะต้องมีระดับการวัดไม่ต่ำกว่าช่วงสเกล (Interval Scale) หรืออัตราส่วนสเกล (Ratio Scale)

ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร 2 ตัวแปร โดยตัวแปรอิสระทุกตัวที่ต้องการวิเคราะห์จับคู่กับตัวแปรตามทีละตัว ได้แก่ การหาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลและภาวะซึมเศร้าที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร

สำหรับเกณฑ์การแบ่งระดับความสัมพันธ์จากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ใช้เกณฑ์ของ Elifson (1990) มีค่าตั้งแต่ -1 ถึง +1 แบ่งระดับดังนี้

ไม่มีความสัมพันธ์ (No Relationship)	หมายถึง	r = 0
มีความสัมพันธ์ต่ำ (Weak Relationship)	หมายถึง	r = ±0.01 ถึง ±0.30
มีความสัมพันธ์ปานกลาง (Moderate Relationship)	หมายถึง	r = ±0.31 ถึง ±0.70
มีความสัมพันธ์สูง (Strong Relationship)	หมายถึง	r = ±0.71 ถึง ±0.99
มีความสัมพันธ์โดยสมบูรณ์ (Perfect Relationship)	หมายถึง	r = ±1

5.1.2.2 ใช้สถิติ Multiple Linear Regression Analysis หรือการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์หลายตัวแปร (Multivariate Relationship) ซึ่งเป็นวิธีการทางสถิติที่อธิบายความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระตั้งแต่ 2 ตัวขึ้นไป ที่มีผลต่อตัวแปรตามตัวเดียวโดยตัวแปรตามจะเป็นข้อมูลแจงนับ (Category Variable) วิเคราะห์เพื่อหาระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร

- การสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อยืนยันข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย ปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตและศึกษาแนวทางหรือวิธีในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร โดยทำการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

3.2 การศึกษาระยะที่ 2 เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อสร้างรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร

1. รูปแบบการวิจัย

1.1 เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้วงจร PAOR ของ Kemmis and McTaggart ในการดำเนินการศึกษาจากข้อมูลที่ได้ในระยะที่ 1 เพื่อเข้าสู่การศึกษาในระยะที่ 2 ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) Planning 2) Action 3) Observation 4) Reflection ร่วมกับการมีส่วนร่วมในการออกแบบรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร ซึ่งมีรายละเอียดและขั้นตอนการดำเนินการวิจัยดังนี้

2. กลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการศึกษาระยะที่ 2 แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

2.1 กลุ่มผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการสร้างรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จำนวน 24 คน ประกอบด้วย

- อายุรแพทย์โรคไต	จำนวน 1 คน
- เภสัชกรประจำคลินิกโรคไต	จำนวน 1 คน
- พยาบาลวิชาชีพ	จำนวน 2 คน
- ตัวแทนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง	จำนวน 10 คน
- ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง	จำนวน 10 คน
	รวมทั้งสิ้น 24 คน

กลุ่มเป้าหมายในกลุ่มนี้ใช้การคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยใช้เกณฑ์การคัดเลือกผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการสร้างรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเข้า (Inclusion criteria) และเกณฑ์การคัดเลือกผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการสร้างรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) ทั้งหมดดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกประชากรเข้าร่วมในการศึกษา (Inclusion Criteria)

อายุรแพทย์โรคไต

1) เป็นแพทย์ที่ปฏิบัติงาน ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร จังหวัดสกลนคร

2) ปฏิบัติงาน ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร จังหวัดสกลนคร โดยมีอายุงานไม่น้อยกว่า 1 ปี

3) เป็นผู้ที่มีความสมัครใจและยินดีที่จะเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย

เภสัชกรประจำคลินิกโรคไต

1) เป็นเภสัชกรที่รับผิดชอบงานเภสัชบำบัดผู้ป่วยโรคไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร จังหวัดสกลนคร

2) รับผิดชอบงานเภสัชบำบัดผู้ป่วยโรค โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร จังหวัดสกลนคร โดยมีอายุงานไม่น้อยกว่า 1 ปี

3) เป็นผู้ที่มีความสมัครใจและยินดีที่จะเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย

พยาบาลวิชาชีพ

1) เป็นพยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่หรือมีหน้าที่รับผิดชอบผู้ป่วยโรคไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร จังหวัดสกลนคร

2) ปฏิบัติหน้าที่หรือมีหน้าที่รับผิดชอบผู้ป่วยโรคไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร จังหวัดสกลนคร โดยมีอายุงานไม่น้อยกว่า 1 ปี

3) เป็นผู้ที่มีความสมัครใจและยินดีที่จะเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย

ตัวแทนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

1) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ลงทะเบียนเข้ารับการรักษา ณ คลินิกโรคไต ตึกหัวใจเพื่อแผ่นดิน โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร

2) ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ที่แพทย์วินิจฉัยว่ามีภาวะแทรกซ้อนทางไตที่ลงทะเบียนเข้ารับการรักษา ณ คลินิกเบาหวานและความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร

3) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ที่แพทย์วินิจฉัยว่ามีภาวะแทรกซ้อนทางไตในคลินิกเบาหวานและความดัน ที่สามารถช่วยเหลือตนเอง สามารถตอบสนองและสื่อสารด้วยการพูด การฟัง การอ่านและการเขียน รวมไปถึงมีความเข้าใจในภาษาไทยได้เป็นอย่างดี ที่ไม่เป็นอุปสรรคต่อการเก็บข้อมูลทั้งการตอบแบบสอบถามและการสัมภาษณ์

4) เป็นผู้ที่มีความสมัครใจและยินดีที่จะเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

1) เป็นญาติ ผู้ดูแล ประจำตัวผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ทั้ง 2 หน่วยบริการ ได้แก่ คลินิกโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และคลินิกโรคไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร จังหวัดสกลนคร

2) เป็นผู้ที่มีความสมัครใจและยินดีที่จะเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกประชากรออกจากการศึกษา (Exclusion Criteria)

อายุรแพทย์โรคไต เภสัชกรประจำคลินิกโรคไต พยาบาลวิชาชีพ

1) ขอถอนตัวหรือยุติการเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

2) ย้ายงานหรือสถานที่ปฏิบัติงาน

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

1) ขอถอนตัวหรือยุติการเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

2) ไม่สะดวกในการให้ข้อมูลในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

ตัวแทนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

1) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis : HD) และ การฟอกเลือดผ่านทางช่องท้องแบบถาวร (Continuous ambulatory peritoneal dialysis : CAPD)

2) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีความผิดปกติทางจิตและผิดปกติทางร่างกาย เช่น มีความผิดปกติทางหู มีความผิดปกติทางด้านสายตาหรือมองไม่เห็น

3) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

4) ผู้ป่วยโรคไตที่มีโรคร่วมหรือโรคแทรกซ้อนรุนแรงอื่น ๆ ที่เป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมโครงการ ได้แก่ โรคมะเร็ง

2.2 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีรายชื่อในทะเบียนประวัติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตพื้นที่ ปี พ.ศ.2563 โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกประชากรเข้าร่วมในการศึกษา (Inclusion Criteria)

1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคไตเรื้อรัง ที่ขึ้นทะเบียนรายชื่อรับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์สกลนคร จังหวัดสกลนคร ในปี พ.ศ.2563 ทั้งเพศชายและเพศหญิง มีค่า eGFR อยู่ในระยะที่ 3 – 5 ดังตารางที่ 3

2) ผู้ป่วยที่สามารถอ่านออกเขียนได้ สื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ

3) ผู้ป่วยที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองโดยไม่มีข้อห้ามจากแพทย์ผู้รักษา

4) เป็นผู้สมัครใจและยินดีเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ **3** แสดงระยะของโรคไตเรื้อรัง

ระยะของโรคไตเรื้อรัง	**eGFR (มล./นาที/1.73 ตารางเมตร)**
ระยะที่ 3a	45 – 59
ระยะที่ 3b	30 – 44
ระยะที่ 4	15 – 29
ระยะที่ 5	< 15

เกณฑ์การคัดเลือกประชากรออกจากการศึกษา (Exclusion Criteria)

1) ผู้ป่วยขอถอนตัวหรือยุติการเข้าร่วมการศึกษา

2) ผู้ป่วยมีข้อจำกัดทางด้านร่างกายหรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้หรือไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง

3) ผู้ป่วยที่มีการย้ายที่ภูมิลำเนาอยู่เป็นประจำ

4) ผู้ป่วยโรคไตที่มีโรคร่วมหรือโรคแทรกซ้อนรุนแรงอื่น ๆ ที่เป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมโครงการ ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคหัวใจ มีความดันโลหิตขณะพักมากกว่าหรือเท่ากับ 160/100 mmHG มีการเต้นของหัวใจผิดจังหวะที่ยังไม่สามารถควบคุมได้และมีอาการเจ็บหน้าอก

5) ผู้ป่วยมีระยะเวลาการเข้าร่วมหรือการติดตามประเมินผลน้อยกว่าร้อยละ 90 ของระยะเวลาทั้งหมด

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในระยะที่ 2 ประกอบด้วย

1) แบบสอบถามสำหรับวัดระดับคุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร

2) แบบทดสอบความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไต ผู้ศึกษาสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ครอบครุมเนื้อหาสาระตามวัตถุประสงค์สรุปหลักสำคัญความรู้ที่จำเป็นเกี่ยวกับการจัดการตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไต ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ประกอบด้วย ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรค การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จำนวน 15 ข้อ มีลักษณะการตอบแบบ 2 ตัวเลือก ได้แก่ ใช้ และไม่ใช่ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ผิด ให้คะแนน 0

ถูก ให้คะแนน 1

เกณฑ์ที่ใช้ในการแปลผลความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไต รายด้านและรวมทุกข้อใช้การพิจารณาแบ่งระดับคะแนนอิงเกณฑ์ โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์ของ Bloom (1975) มีเกณฑ์การแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

โดยจะได้เกณฑ์ในการแปลผลคะแนนความรู้ความเข้าใจในสื่อวิดีทัศน์ให้ความรู้ ดังนี้

ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองอยู่ในระดับต่ำ

ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 – 79.99 ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลาง

ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 80 ขึ้นไป ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองอยู่ในระดับสูง

3) แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร ผู้ศึกษาสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ครอบคลุมเนื้อหาสาระตามวัตถุประสงค์ สรุปหลักสำคัญเกี่ยวกับความพึงพอใจที่มีต่อรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร ประกอบด้วย 1) แบบประเมินความพึงพอใจต่อสื่อวีดีทัศน์ให้ความรู้เรื่องการจัดการตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไต 2) แบบประเมินความพึงพอใจต่อคู่มือการจัดการตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไต โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

น้อย	ให้คะแนน	1
ปานกลาง	ให้คะแนน	2
มาก	ให้คะแนน	3

เกณฑ์ที่ใช้ในการแปลผลความพึงพอใจใช้การคำนวณทางสถิติแบบหาค่าเฉลี่ยเลขคณิต โดยการคำนวณช่วงของการวัด 3 ระดับ (Best, 1981) ดังนี้

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับชั้น}}$$

โดยจะได้เกณฑ์ในการแปลผลคะแนนความพึงพอใจ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.66 มีความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.67 – 2.33 มีความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อยปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.00 มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก

4) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร ที่พัฒนาขึ้นจากกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis and Mctaggart

3.1. การสร้างเครื่องมือ

1) นำข้อมูลที่ได้จากการถอดบทเรียน และการคืนข้อมูล รวมถึงการสัมภาษณ์เชิงลึกถึงบุคคลที่สามารถให้คำตอบในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับปัญหาที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไตได้ที่ดีที่สุด (Key Informants) เพื่อนำมาสร้างเป็นรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต

3.2 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

มีรายละเอียดการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ดังนี้

1) ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความตรงของเนื้อหา (Content validity) ผู้ศึกษานำแบบประเมินความเข้าใจในการจัดการตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไตที่สร้างเสร็จเรียบร้อยแล้วเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจความถูกต้องและความตรง (Validity) โดยให้ความเห็นชอบในด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และความเหมาะสมของภาษา (Wording) จากนั้นจึงนำแต่ละข้อคำถามมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item Objective Congruence : IOC) ซึ่งผู้เชี่ยวชาญจะประเมินด้วยคะแนน 3 ระดับ ซึ่งประกอบด้วย 1) ให้คะแนน +1 เมื่อข้อถามนั้นสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่ระบุไว้ 2) ให้คะแนน 0 เมื่อไม่แน่ใจว่าข้อคำถามนั้นสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่ระบุไว้ และ 3) ให้คะแนน -1 เมื่อข้อถามนั้นไม่สอดคลองกับวัตถุประสงค์ที่ระบุไว้ โดยแต่ละข้อคำถามต้องมีค่าดัชนีความสอดคล้อง ไม่น้อยกว่า 0.50 (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2553) ได้ค่าความตรงของเนื้อหาของแบบประเมินความเข้าใจเท่ากับ 0.98

4. ขั้นตอนการดำเนินการ

ระยะที่ 2 การสร้างและพัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร จังหวัดสกลนคร โดยใช้ข้อมูลจากการวิจัยในระยะที่ 1 และข้อมูลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม และเลือกพื้นที่ 1 หน่วยบริการที่ให้บริการคลินิกโรคไตเรื้อรัง ของโรงพยาบาลศูนย์สกลนคร จังหวัดสกลนคร เป็นพื้นที่ปฏิบัติการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนร่วมหน้าที่เกี่ยวกับการดูแลตนเองที่บ้านเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยการชะลอการเสื่อมของไต ได้แก่ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีรายชื่อในทะเบียนประวัติของโรงพยาบาลศูนย์สกลนคร ปี พ.ศ. 2563 ผู้ที่มีหน้าที่เกี่ยวกับการดูแลตนเองที่บ้าน ได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับสร้างรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ อายุรแพทย์โรคไต เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ ร่วมสร้างและพัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยใช้กรอบแนวคิดของ Kemmis and McTaggart กระบวนการ PAOR ตั้งแต่ขั้นวางแผนตั้งแต่ขั้น

วางแผน (Planning) ขั้นปฏิบัติการ (Action) ขั้นสังเกต (Observation) และขั้นสะท้อนผลข้อมูลและปรับปรุง (Reflection) 2 วงรอบ โดยมีวิธีการการดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

วงรอบที่ 1 การสร้างรูปแบบพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร จังหวัดสกลนคร

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning)

1) ลงพื้นที่เพื่อศึกษารวบรวมข้อมูลเบื้องต้นและบริบทของผู้ป่วยในพื้นที่ ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม ลักษณะปัญหาที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต ค้นหาสาเหตุของปัญหาและศึกษาสภาพปัญหาในปัจจุบันที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไตเพื่อเป็นแนวทางในการสร้างรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต

2) แต่งตั้งคณะทำงานในการวิจัยเพื่อให้การดำเนินการวิจัยมีผู้รับผิดชอบและมีส่วนร่วมในการสร้างรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต เพื่อให้เกิดความสะดวกในการดำเนินการวิจัย รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ และมีการจัดการประชุมคณะทำงานเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์รวมทั้งแนวทางการทำวิจัย ขอบเขต รวมถึงกำหนดหน้าที่และมอบหมายงาน

3) ประชุมเชิงปฏิบัติการของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการสร้างและพัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร จังหวัดสกลนคร

- การสร้างความรู้ โดยการนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการศึกษาในระยะที่ 1 สะท้อนข้อมูลคืนให้กับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้รับรู้ปัญหาและระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เพื่อหาแนวทางในการดำเนินงานและจัดทำแผนปฏิบัติการในการสร้างรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร ให้สอดคล้องและเหมาะสมกับสถานการณ์ต่อไป
- การสร้างแนวทางการพัฒนาเป็นขั้นตอนการหาวิธีการที่จะทำให้เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร จังหวัดสกลนคร
- การวางแผนติดตามและประเมินผล

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Action) ดำเนินการตามแผนรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์

กลุ่มเป้าหมาย คือ

1) เจ้าหน้าที่

2) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีรายชื่อในทะเบียนประวัติในคลินิกโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร มีวันนัดไม่เกิน 12 สัปดาห์ และยินดีเข้าร่วมการวิจัย

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

ตัวแปรอิสระ ได้แก่ รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร

ตัวแปรตาม ได้แก่

1) แบบประเมินระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต (SF-36) และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q
2) แบบประเมินความเข้าใจสื่อเกี่ยวกับการจัดการตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไต
3) แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตผลการปฏิบัติงาน (Observation) ติดตามและประเมินผลผลการดำเนินการตามรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง วิเคราะห์ผลและข้อค้นพบที่เกิดก่อน ระหว่าง และหลังการดำเนินงานโดยใช้ CIPP Model (Stufflebeam, 2000) โดยประเมินทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การประเมินบริบท (Context) ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) และผลผลิต (Product) และนำมาสังเคราะห์

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนกลับผลการปฏิบัติงาน (Reflection) นำผลการวิเคราะห์และสังเคราะห์จากขั้นสังเกต คืนข้อมูลสู่ผู้มีส่วนร่วมโดยการประชุมเชิงปฏิบัติการ จัดการความรู้ในการดำเนินการวงรอบที่ 1 เพื่อทราบถึงผลสำเร็จ ไม่สำเร็จ ปัญหาและอุปสรรค ตลอดจนแนวทางการปรับปรุงแก้ไข เพื่อนำไปสู่การวางแผนดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร ในวงรอบที่ 2

วงรอบที่ 2 พัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) นำผลการวิเคราะห์จากวงรอบที่ 1 มาปรับปรุงและพัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร จากนั้นนำไปวางแผนทดลองใช้ โดยแบ่งเป็นกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งจะได้รับรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ และกลุ่มเปรียบเทียบ จะได้รับการบริการตามปกติ โดยประชุมชี้แจงรูปแบบการดำเนินการและการใช้คู่มือการดูแลตนเองกับเจ้าหน้าที่ในพื้นที่

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Action) ดำเนินการตามแผนกิจกรรม เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มเป้าหมายคือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีรายชื่อในทะเบียนประวัติของโรงพยาบาลศูนย์สกลนคร ปี พ.ศ. 2563 จำนวน 2 กลุ่ม กลุ่มละ 30 คน

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

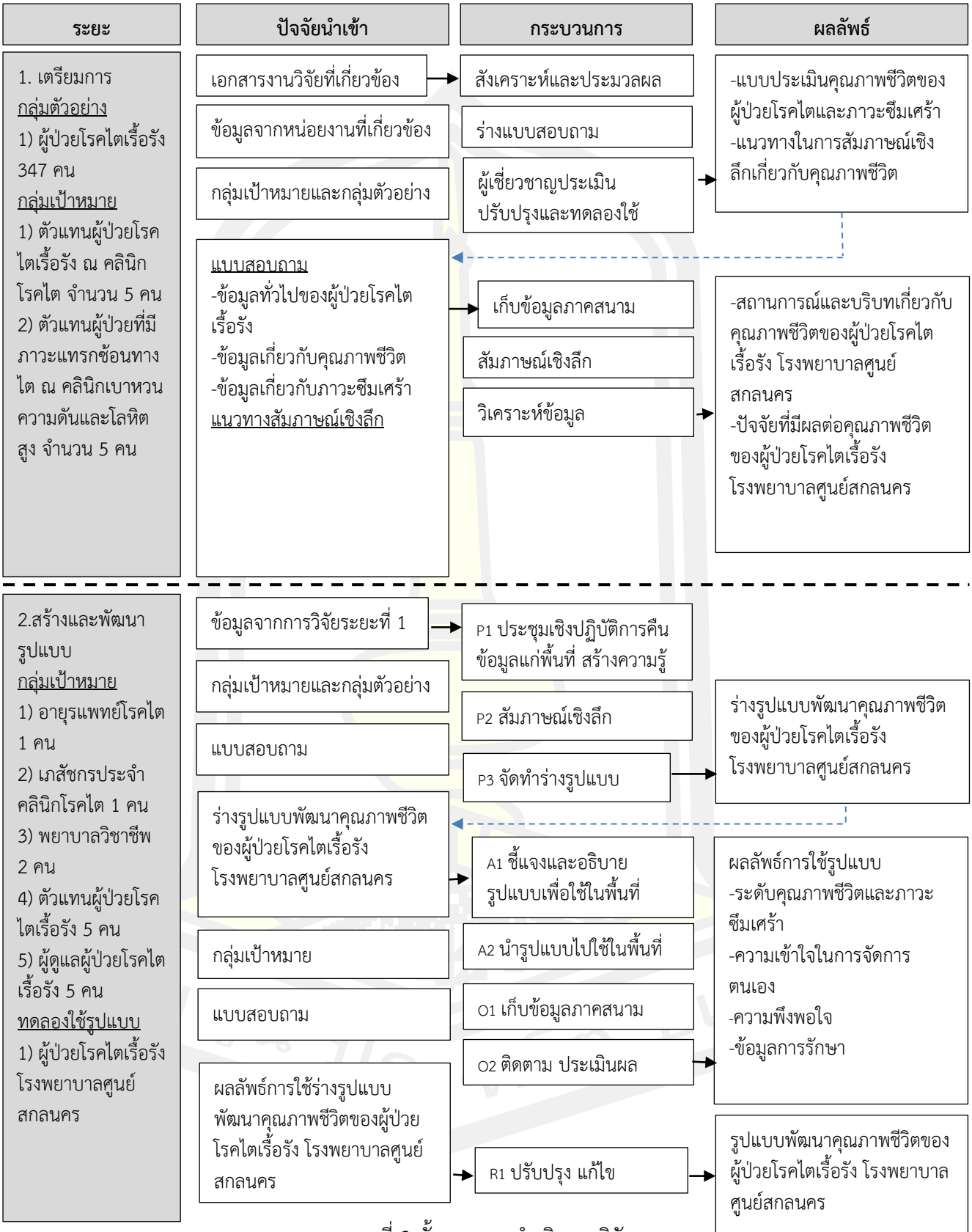
ตัวแปรอิสระ ได้แก่ รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร

ตัวแปรตาม ได้แก่

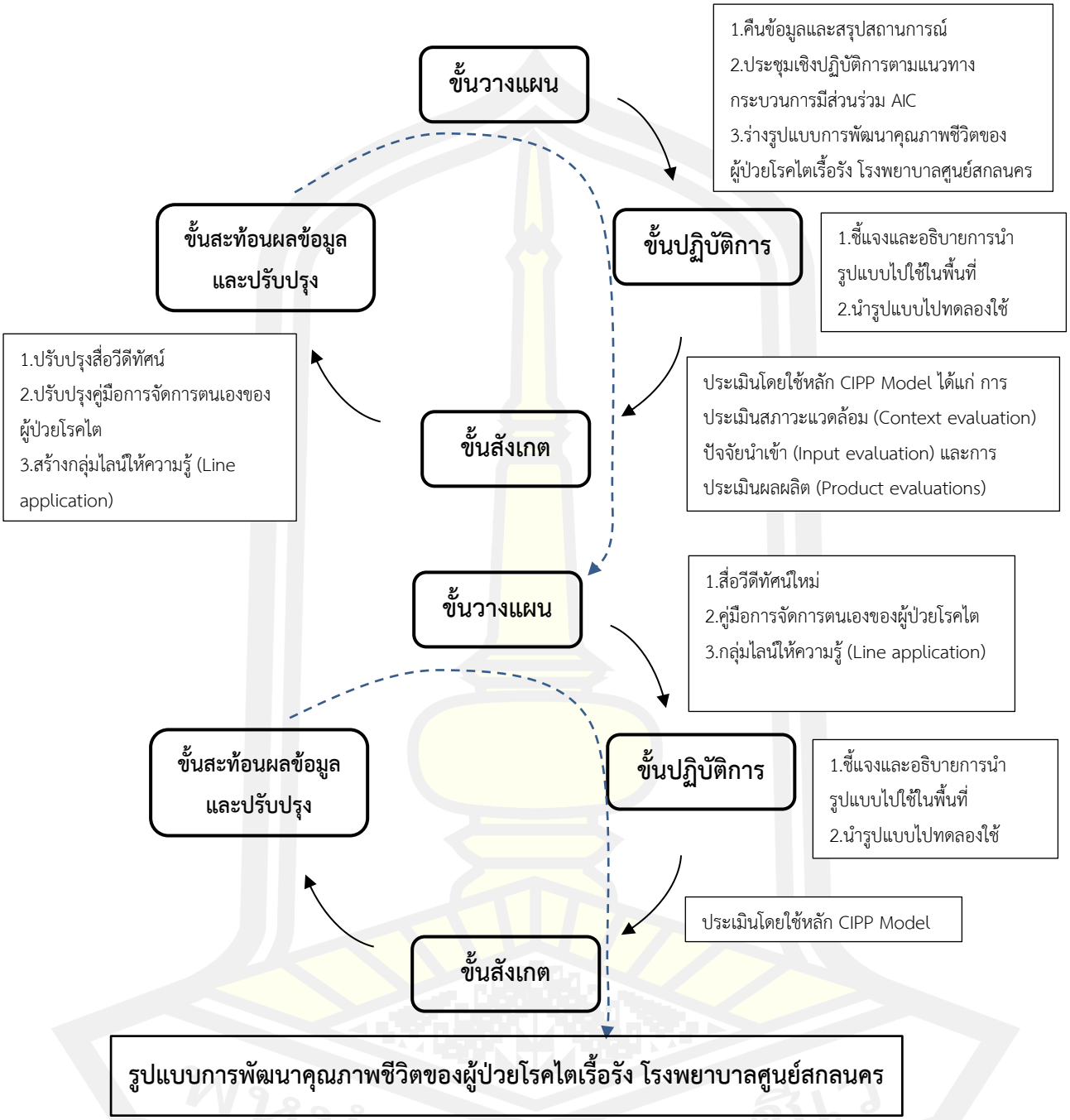
1) แบบประเมินระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต (SF-36) และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q
2) แบบประเมินความเข้าใจสื่อเกี่ยวกับการจัดการตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไต
3) แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตผลการปฏิบัติงาน (Observation) ติดตามและประเมินผลการดำเนินการตามแผนรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร วิเคราะห์ผลและข้อค้นพบที่เกิดก่อน ระหว่าง และหลังการดำเนินงาน โดยใช้ CIPP Model เพื่อประเมิน 4 ด้าน ได้แก่ การประเมินบริบท (Context) ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) และผลผลิต (Product) จากนั้นนำมาสังเคราะห์

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนกลับผลการปฏิบัติงาน (Reflection) นำผลการวิเคราะห์และสังเคราะห์จากขั้นสังเกต คืนข้อมูลสู่ผู้มีส่วนร่วมโดยการประชุมเชิงปฏิบัติการ จัดการความรู้ในการดำเนินการวงรอบที่ 1 เพื่อทราบถึงผลสำเร็จ ไม่สำเร็จ ปัญหาและอุปสรรค ตลอดจนแนวทางการปรับปรุงแก้ไข เมื่อได้รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร จากระยะที่ 2 ที่พัฒนาจนสมบูรณ์ ในขั้นตอนการสะท้อนจะจัดการความรู้จากผู้มีส่วนร่วมเพื่อสรุปปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร และประเมินความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมการวิจัย



ภาพที่ 3 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย



ภาพที่ **4** สรุปวงจรปฏิบัติการการพัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร

5. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ผู้ศึกษาทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติในการวิเคราะห์ดังนี้

5.1 การวิเคราะห์เชิงปริมาณ

5.1.1 แบบสอบถาม ใช้สถิติเชิงอนุมาน ดังนี้

1) สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statisitc)

- ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติในการแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ในกรณีที่ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกตินำเสนอค่าเฉลี่ย(Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และข้อมูลที่มีการแจกแจงไม่ปกติใช้สถิตินำเสนอค่า มัธยฐาน (Median) ค่าสูงสุด - ต่ำสุด (Minimum - Maximum)

- ระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร กรณีข้อมูลมีการแจกแจงข้อมูลแบบปกติ ใช้สถิติค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics)

- รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) เพื่อเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของข้อมูล

- การเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มเป้าหมาย ใช้สถิติ Independent Sample t-test ในการเปรียบเทียบคะแนนระดับคุณภาพชีวิตระหว่าง 2 กลุ่ม และการเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตก่อนและหลังได้รับรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไตของกลุ่มควบคุมและกลุ่มเป้าหมายใช้สถิติ Paired t-test เพื่อประเมินผลของรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร

3.3 จริยธรรมในการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรการจริยธรรมในมนุษย์แล้ว โดยการศึกษาครั้งนี้จะพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการ โดยยึดหลัก 3 ประการ ดังนี้

1) หลักในการเคารพในตัวบุคคล (Respect For Person)

2) หลักคุณประโยชน์และไม่ก่อให้เกิดอันตราย (Beneficence)

3) หลักยุติธรรม (Justice)

โดยคำนึงถึงการเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ การให้คำยินยอมโดยอาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการต้องได้รับข้อมูลที่เพียงพอและเป็นอิสระในการตัดสินใจ เลขที่การรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยมหาสาคาม 190/2562 ลงวันที่ 20 พฤศจิกายน พ.ศ. 2562 เลขที่การรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสกลนคร SKHREC 19/2562 ลงวันที่ 25 พฤศจิกายน พ.ศ. 2562

บทที่ 4
ผลการวิจัย

รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method Research) โดยมีวิธีวิจัยทั้งเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) และวิธีวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) มีวัตถุประสงค์ในการวิจัยเพื่อศึกษา 1) ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร 2) ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต 3) เพื่อสร้างรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต 4) ผลของการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต นำเสนอผลการศึกษาด้วยตารางประกอบคำอธิบาย โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

4.1 ข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร

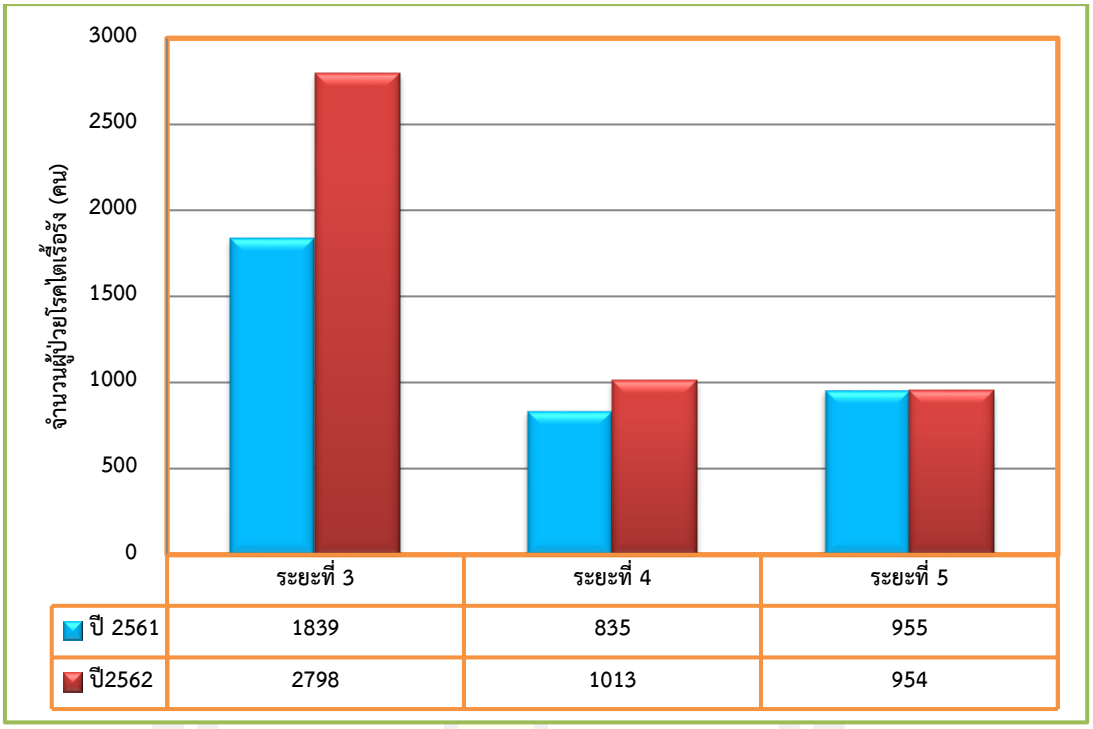
4.2 รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร

4.3 ผลลัพธ์การใช้รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร

4.1 ข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร

4.1.1 ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร

4.1.1.1 ความชุกของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร ความชุกของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนครมีความชุกในปี 2562 เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2561 ดังแสดงในภาพที่ 5



	ระยะที่ 3	ระยะที่ 4	ระยะที่ 5
ปี 2561	1839	835	955
ปี2562	2798	1013	954

ภาพที่ **5** ความชุกของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 – 5 ที่มารับบริการในโรงพยาบาลศูนย์สกลนคร จังหวัดสกลนคร ระหว่างปี 2561 และปี 2562

4.1.1.2 ข้อมูลลักษณะทางประชากรของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร

กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร โดยคัดเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเป็นไปตามเกณฑ์ จำนวน 347 คน

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต เป็นเพศหญิง ร้อยละ 51 ส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 50 – 70 ปี ร้อยละ 57.1 สถานภาพสมรส ร้อยละ 68.6 ระดับการศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับประถามศึกษา ร้อยละ 73.8 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 50.4 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 0 – 5,000 บาท ร้อยละ 77.5 ใช้สิทธิการรักษาพยาบาลบัตรทอง ร้อยละ 77.2 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไตส่วนใหญ่มีผู้ดูแล ร้อยละ 91.9 ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังส่วนใหญ่ต่ำกว่า 5 ปี ร้อยละ 51.3 ผู้ป่วยมีโรคร่วมอื่น ๆ อยู่ในช่วง 1 – 2 โรค จำนวน ร้อยละ 68 และผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีการเดินทางเข้ารับการรักษามายังโรงพยาบาลด้วยรถยนต์/จักรยานยนต์ส่วนตัว ร้อยละ 65.1

ตารางที่ **4** จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ลักษณะทางประชากรของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนครจำแนกตามลักษณะทางประชากร

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (n = 347 คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	170	49
หญิง	177	51
อายุ		
ต่ำกว่า 50 ปี	53	15.3
50 - 70 ปี	198	57.1
71 ปี ขึ้นไป	96	27.7
(Mean= 63, S.D.= 13.23, Minimum= 18, Maximum= 91)		
สถานภาพสมรส		
โสด	33	9.5
สมรส	238	68.6
หม้าย/หย่าร้าง	76	21.9
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้ศึกษา	8	2.3
ประถมศึกษา	256	73.8
มัธยมศึกษา	49	14.1
ปวช.	6	1.7
ปวส.	9	2.6
ปริญญาตรี	15	4.3
สูงกว่าปริญญาตรี	4	1.2

ตารางที่ **5** จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ลักษณะทางประชากรของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนครจำแนกตามลักษณะทางประชากร (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (n = 347 คน)	ร้อยละ
อาชีพ		
ว่างงาน	86	24.8
ค้าขาย	27	7.8
เกษตรกรรม	175	50.4
ธุรกิจส่วนตัว	9	2.6
รับราชการ	7	2.0
อื่นๆ (รับจ้าง.....)	43	12.4
รายได้เฉลี่ยของตนเอง (ต่อเดือน)		
ไม่มีรายได้	67	19.3
มีรายได้	280	80.7
< 5,000 บาท	202	72.1
5,001 – 10,000 บาท	41	14.6
10,001 – 15,000 บาท	15	5.4
15,001 – 20,000 บาท	10	3.6
> 20,000 บาท	12	4.3
(Mean= 4,364.27, S.D.= 7,584.77, Median= 1,000.00, Minimum= 0, Maximum= 60,500)		
สิทธิการรักษาพยาบาล		
บัตรทอง	268	77.2
ประกันสังคม	24	6.9
จ่ายตรง (ข้าราชการ)	52	15
ชำระเงินเอง	3	0.9
การได้รับการดูแล		
มี	319	91.9
ไม่มี	28	8.1

ตารางที่ **6** จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ลักษณะทางประชากรของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนครจำแนกตามลักษณะทางประชากร (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (n = 347 คน)	ร้อยละ
ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง		
น้อยกว่า 5 ปี	178	51.3
5 - 10 ปี	146	42.1
มากกว่า 10 ปี	23	6.6
(Mean= 5.33 ปี, S.D.=3.86, Median= 4.00 ปี, Minimum= 1 ปี, Maximum= 22 ปี)		
โรคร่วมอื่นๆ		
ไม่มีโรคร่วม	56	16.1
มี 1 – 2 โรค	236	68
มี 3 – 4 โรค	43	12.4
มีมากกว่า 4 โรค	12	3.5
การเดินทางมาโรงพยาบาล		
รถยนต์/จักรยานยนต์ส่วนตัว	226	65.1
รถรับจ้างสาธารณะ	121	34.9

4.1.1.3 ระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร

เมื่อพิจารณาระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนครของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างไม่มีอาการของภาวะซึมเศร้าหรือมีน้อยมาก ร้อยละ 64.0 มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยมาก ร้อยละ 27.1 มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง ร้อยละ 6.6 และมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง ร้อยละ 2.3 (Mean= 5.44, S.D.= 4.80)

ตารางที่ **7** จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนครจำแนกตามค่าคะแนนระดับภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต	**จำนวน (n = 347 คน)**	**ร้อยละ**
ไม่มีอาการของภาวะซึมเศร้าหรือมีน้อยมาก	222	64.0
มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยมาก	94	27.1
มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง	23	6.6
มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง	8	2.3
(Mean= 5.44 คะแนน, S.D.= 4.80 คะแนน)		

4.1.1.4 ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร

เมื่อพิจารณาระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนครของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับคุณภาพชีวิตในภาพรวมอยู่ในระดับต่ำมาก ร้อยละ 8.6 มีกลุ่มตัวอย่างที่มีรับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 42.7 มีกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 28.2 คน และมีกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ร้อยละ 20.5 (Mean= 52.88, S.D.= 22.0, Maximum = 98.02, Minimum = 9.75)

ตารางที่ **8** จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด - ค่าต่ำสุดของระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร จำแนกตามค่าคะแนนระดับคุณภาพชีวิต

ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต	**จำนวน (n = 347 คน)**	**ร้อยละ**
ระดับคุณภาพชีวิตต่ำมาก	30	8.6
ระดับคุณภาพชีวิตต่ำ	148	42.7
ระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง	98	28.2
ระดับคุณภาพชีวิตดี	71	20.5
(Mean= 52.88, S.D.= 22.0, Max = 98.02, Min = 9.75)		

4.1.1.5 ระดับคุณภาพชีวิตรายด้านของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร

จากข้อมูลงานวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 55.88 คะแนน (S.D. = 22.01) เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตรายด้านของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดจากปัญหาสุขภาพทางกาย อยู่ในระดับต่ำ ค่าเฉลี่ย 36.46 คะแนน (Median = 25.00) รองลงมาคือด้านบทบาทที่ถูกจำกัดจากปัญหาทางอารมณ์ อยู่ในระดับต่ำ มีค่าเฉลี่ย 38.23 คะแนน (Median = 0.001) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ด้านสุขภาพจิตทั่วไป อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 66.02 (S.D. = 19.75) รองลงมาคือด้านการทำหน้าที่ทางสังคม อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 64.62 (S.D. = 19.75) ดังรายละเอียดในตารางที่ 9

ตารางที่ **9** จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลระดับคุณภาพชีวิตรายด้านของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร (347 คน)

คุณภาพชีวิตรายด้านของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต	**จำนวน (n = 347 คน)**				**Mean**	**S.D.**	**การแปลผล**
	ต่ำมาก	**ต่ำ**	**ปานกลาง**	**ดี**			
1.ด้านภาวการณ์ทำงานของร่างกาย	70 (20.2)	81 (23.3)	86 (24.8)	110 (31.7)	57.03	29.99	ปานกลาง
2.ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดจากปัญหาสุขภาพทางกาย	216 (62.2)	27 (7.8)	24 (6.9)	80 (23.1)	36.46	40.90	ต่ำ
3.ด้านความเจ็บปวด	40 (11.5)	99 (28.5)	104 (30)	104 (30)	59.733	24.51	ปานกลาง
4.ด้านการรับรู้สุขภาพทั่วไป	67 (19.3)	132 (38)	123 (35.4)	25 (7.2)	45.43	20.30	ปานกลาง
5.ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม	18 (5.2)	122 (35.2)	106 (30.5)	101 (29.1)	64.62	23.89	ปานกลาง
6.ด้านพลังงาน	30 (8.6)	147 (42.4)	112 (32.3)	58 (16.7)	55.23	21.59	ปานกลาง
7.ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดจากปัญหาทางอารมณ์	177 (51.0)	44 (12.7)	24 (6.9)	102 (29.4)	38.23	43.95	ต่ำ
8.ด้านสุขภาพจิตทั่วไป	7 (2.0)	64 (18.4)	146 (42.1)	130 (37.5)	66.02	19.75	ปานกลาง
คุณภาพชีวิตรวม					**55.88**	**22.01**	**ปานกลาง**

4.1.1.6 คุณลักษณะส่วนบุคคลและภาวะซึมเศร้าที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร

จากข้อมูลพบว่า ตัวแปรทุกตัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นการเดินทางไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร (รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 10)

ตารางที่ **10** ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร

คุณลักษณะส่วนบุคคลและภาวะซึมเศร้า	**คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร**		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (*r*) / สเปียร์แมน (r_s)	***p*-value**	**ระดับความสัมพันธ์**
คุณลักษณะส่วนบุคคล			
1.เพศ	-0.206** (r_s)	<0.001	ต่ำ
2.อายุ	-0.303** (*r*)	<0.001	ต่ำ
3.สถานภาพ	-0.208** (r_s)	<0.001	ต่ำ
4.ระดับการศึกษาสูงสุด	0.237** (r_s)	<0.001	ต่ำ
5.อาชีพ	0.237** (r_s)	<0.001	ต่ำ
6.รายได้ต่อเดือน	0.230** (*r*)	<0.001	ต่ำ
7.สิทธิการรักษา	0.126* (r_s)	0.019	ต่ำ
8.การได้รับการดูแล	0.186** (r_s)	<0.001	ต่ำ
9.ระยะเวลาป่วย	-0.117* (r_s)	0.033	ต่ำ
10.โรคร่วมอื่น ๆ	-0.226** (r_s)	<0.001	ต่ำ
11.การเดินทาง	0.008 (r_s)	0.886	ไม่มีความสัมพันธ์
ภาวะซึมเศร้า	-0.673** (*r*)	<0.001	ปานกลาง

** Correlation is significant at the 0.01

* Correlation is significant at the 0.05

4.1.2 ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร

ตารางที่ **11** แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านต่าง ๆ ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร โดยใช้สถิติ Multiple Linear Regression ด้วยวิธี Stepwise

ตัวแปร	**B**	**Beta**	**T**	***p-value***	**R**	**R^2**
ภาวะซึมเศร้า	-2.560	-.559	-13.995	<0.01	0.625	0.391
รายได้ต่อเดือน	.000	.163	4.079	<0.01	0.659	0.434
อายุ	-.226	-.136	-3.352	0.001	0.679	0.460
เพศ	-5.031	-.114	-2.874	0.004	0.690	0.476
โรคร่วมอื่น ๆ	-3.743	-.111	-2.784	0.006	0.697	0.486
การได้รับการดูแล	6.860	.085	2.141	0.033	0.702	0.493
ค่าคงที่= 86.705	**F=55.033**	***p-value* < 0.001**	**R=0.702**	**R^2=0.493**	**R^2_{adj}=0.484**	

จากผลการศึกษาตารางที่ 11 ได้สมการถดถอยพหุคูณเชิงเส้นตรงซึ่งเป็นสมการทำนายในรูปคะแนนดิบดังนี้

$$Y = a + b_1x_1 + b_2x_2 + b_3x_3 + b_4x_4 + b_5x_5 + b_6x_6$$

เมื่อ Y = คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร

a = ค่าคงที่

b_1 = สัมประสิทธิ์สมการถดถอยในรูปคะแนนดิบของตัวแปรตัวที่ 1

x_1 = ตัวแปรอิสระตัวที่ 1 คือ Q9

b_2 = สัมประสิทธิ์สมการถดถอยในรูปคะแนนดิบของตัวแปรตัวที่ 2

x_2 = ตัวแปรอิสระตัวที่ 2 คือ รายได้ต่อเดือน

b_3 = สัมประสิทธิ์สมการถดถอยในรูปคะแนนดิบของตัวแปรตัวที่ 3

x_3 = ตัวแปรอิสระตัวที่ 3 คือ อายุ

b_4 = สัมประสิทธิ์สมการถดถอยในรูปคะแนนดิบของตัวแปรตัวที่ 4

x_4 = ตัวแปรอิสระตัวที่ 4 คือ เพศ

b_5 = สัมประสิทธิ์สมการถดถอยในรูปคะแนนดิบของตัวแปรตัวที่ 5

x_5 = ตัวแปรอิสระตัวที่ 3 คือ โรคร่วมอื่น ๆ

b_6 = สัมประสิทธิ์สมการถดถอยในรูปคะแนนดิบของตัวแปรตัวที่ 6

x_6 = ตัวแปรอิสระตัวที่ 4 คือ การได้รับการดูแล

แทนค่าสมการได้ดังนี้

Y = 86.705 + (-2.560) (Q9)
+ (0.000) (รายได้ต่อเดือน)
+ (-0.266) (อายุ)
+ (-5.031) (เพศ)
+ (-3.743) (โรคร่วมอื่น ๆ)
+ (6.860) (การได้รับการดูแล)

ผลการวิเคราะห์ พบว่า ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร และถูกเลือกเข้าสมการนั้นมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05 ส่วนตัวแปรอิสระที่ไม่ได้ถูกเลือกเข้าสมการเป็นตัวแปรที่มีค่านัยสำคัญทางสถิติมากกว่า 0.05 โดยตัวแปรอิสระที่ถูกเลือกเข้ามาในสมการเรียงลำดับได้ดังนี้ ภาวะซึมเศร้า (*p-value*<0.001) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน(*p-value*<0.001) อายุ (*p-value*=0.001) เพศ (*p-value*=0.004) โรคร่วมอื่น ๆ (*p-value*=0.006) การได้รับการดูแล (*p-value*=0.033) ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่าตัวแปรอิสระทั้ง 6 ตัวแปร สามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร ได้ร้อยละ 49.3

4.1.3 ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร

การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร

การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต จำนวน 10 คน ในประเด็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไต และแนวทางที่จะใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิต มีผลการศึกษาดังนี้

ปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิต

ด้านร่างกาย พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้สึกว่าสุขภาพด้านร่างกายของตนเองปกติดี มีการทำกิจกรรมบางอย่างได้น้อยลงบ้าง แต่ก็สามารถอยู่กับโรคที่ตนเองเป็นได้อย่างปกติสุข ส่วนในเรื่องของการดูแลตนเอง ผู้ป่วยส่วนใหญ่พยายามดูแลสุขภาพร่างกายตนเองให้แข็งแรง รับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์ เพื่อไม่ให้อาการของโรคทรุดลง มีรายละเอียดดังนี้

“ตอนนี้กะรู้สึกดีกว่ารอบก่อนอยู่ ทำอะไรเองได้หลายขึ้นแต่กะยังเมื่อยอยู่บ้าง”

(ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 1, เพศชาย, 61 ปี)

“สุขภาพกะดีอยู่ อยู่อย่างนี้กะคิดว่าสุขสบายดี พออยู่ได้อยู่รักษาไปเรื่อย ๆ แต่กะเมื่อยอยู่ค่ะ ปฏิบัติโตตามหมอเพิ่นบอกหนิละค่ะ”

(ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 7, เพศหญิง, 68 ปี)

“สุขภาพตอนนี้ก็ดี ถ้าจากร้อยเปอร์เซ็นต์ก็ให้สักประมาณ 70 เปอร์เซ็นต์ได้มั้ง ไม่เต็มร้อยเหมือนแต่ก่อน”

(ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 9, เพศหญิง, 56 ปี)

“ร่างกายตอนนี้ก็โอเคอยู่นะ ถึงเวลาก็มาหาหมอตามนัด หมอเขาบอกอะไร สอนอะไรก็ทำตาม ก็ไม่ยากอะไร สบายดี”

(ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 5, เพศหญิง, 41 ปี)

ด้านจิตใจ พบว่า ผู้ป่วยมีสุขภาพจิตใจดี มีกำลังใจในการต่อสู้กับโรค และรู้สึกอยู่กับโรคที่ตนเองกำลังเป็นอยู่ได้อย่างปกติสุข และส่วนใหญ่ฟังธรรมะเพื่อทำให้จิตใจสงบ มีรายละเอียดดังนี้

“ยายฟังธรรมะทุกวันตอนเช้า มันทำให้จิตใจสงบแต่บางทีก็เครียด ๆ บ้าง”

(ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 2, เพศหญิง, 65 ปี)

“อยู่บ้านกะเป็นโรคไต พี่ชายกะเบาหวานความดัน ผมกะรักษามันไปหนิละ เฮ็ดได๋กะมันบ่อเซา ในเฮือนกะมักกินเค็ม บ่อเค็มกะบ่อแซ่บแต่กะลด ๆ ลงแหน่แล้ว”

(ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 6, เพศชาย, 57 ปี)

“ทุกข์ใจมันก็มีบ้าง แต่พอกลับมาคิดก็ไม่มีใครมาทำเราให้เป็นแบบนี้ มันเป็นที่ตัวเราเอง แต่ก่อนไม่เคยใส่ใจดูแลตัวเอง จนกลายมาเป็นแบบนี้”

(ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 8, เพศหญิง, 49 ปี)

“ตะก่อนแย่เลย เครียด เดินก็ไม่ค่อยไหว ไปไหนลำบาก เหนื่อยง่าย แต่พอทำใจอยู่กับมันได้ หันมาดูแลเจ้าของมากขึ้น ตอนนี้ก็ดีขึ้นอยู่ ทำอะไรได้มากขึ้นหน่อย”

(ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 3, เพศหญิง, 62 ปี)

“เป็นโรคนี้ทำมาหากินลำบากมันเมื่อยไว เขาบ่อเลี้ยงก็ตายอย่างเดียว บางทีก็รู้สึกเบื่อ บางทีก็เครียดไปเมิด”

(ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 1, เพศชาย, 61ปี)

“ป้าก็รู้สึกสบาย ๆ นะ ไม่ได้อะไร อาจจะเป็นเพราะเราแก่แล้วก็ได้ เลยปลงกับชีวิต”

(ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 4, เพศหญิง, 61 ปี)

“เป็นโรคนี้อย่าไปคิดมากรู้ว่ารักษาไม่หายดอก คั่นคืดหลายกะตายเร็ว ฟังธรรมบ่อย ๆ กะพอช่วยได้อยู่”

(ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 10, เพศหญิง, 56 ปี)

ด้านสัมพันธภาพทางสังคม พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมร่วมกับชุมชนได้ลดลงจากเมื่อก่อน เนื่องด้วยการจำกัดของโรคที่เป็น และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนได้เป็นบางครั้ง ในส่วนของสวัสดิการหรือความช่วยเหลือจากรัฐที่ได้รับคือ เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และเงินจากบัตรสวัสดิการแห่งรัฐรายเดือน มีรายละเอียดดังนี้

“มีแต่เงินผู้สูงอายุที่รัฐให้ทุกเดือน เดือนละ 600 บาท”

(ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 3, เพศหญิง, 62 ปี)

“ดีนะที่ครอบครัวเข้าใจ โดยเฉพาะเมีย เพิ่นเป็นผู้ดูแลทุกอย่าง อาหารการกิน พาไปหาหมอ ถ้าบ่อได้เขาผมก็สิแย่อยู่”

(ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 1, เพศชาย, 61 ปี)

“กะพอไปมาหาสู่กันผุอื่นได้อยู่ ถึงเป็นโรคกะยังพอไปได้บ่อเป็นอุปสรรคปานได๋ แต่กะบ่อไปดุปานได๋”

(ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 6, เพศชาย, 57 ปี)

ด้านสิ่งแวดล้อม พบว่า ลักษณะที่อยู่อาศัยของผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในลักษณะที่เหมาะสมตามสภาพครอบครัว มีสิ่งอำนายความสะดวกสำหรับการดำเนินชีวิตบ้างตามสภาพ โดยสิ่งแวดล้อมบริเวณที่พักโดยรวมปลอดภัย มีรั้วรอบมิดชิด ส่วนในเรื่องข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพได้รับข้อมูลจากโทรทัศน์เป็นส่วนใหญ่ และได้รับข้อมูลข่าวประชาสัมพันธ์ด้านสุขภาพของโรงพยาบาลจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำบ้าน ดังนี้

“บ้านก็ตามสภาพ เก่าแล้วแต่ก็ยังพออยู่ได้อยู่”

(ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 4, เพศหญิง, 61 ปี)

ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต นอกจากรายด้านทั้ง 4 ด้านนี้ยังพบว่า มีปัจจัยอื่นที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตได้แก่ เงิน, ระยะทางในการเดินทางเข้ามาพบแพทย์ตามนัด, ผู้ดูแล มีรายละเอียดดังนี้

“ถ้ามีเงินหลายมันกะดีเมิดแหล๊ะ”

(ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 6, เพศหญิง, 57 ปี)

“เฮือนกะไกลจากโรงบาล รถกะต้องได้เหมาเขามาแล้วกะมีเที่ยวเดี๋ยว แล้วยายกะต้องได้พาตาลาวมากัน 2 คน มันกะสิยากแหน่ เบิ่งกันไป 2 เฒ่าหนิละลูกกะอยู่ไกล”

(ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 2, เพศหญิง, 65 ปี)

นอกจากนี้ยังพบว่ามีผู้ป่วยบางรายคิดว่าการป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง ไม่ได้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในด้านใดเลย มีรายละเอียดดังนี้

“บ่อได้กระทบหรือว่าผิดปกติหยัง กะอยู่ ๆ ไป๋หนิล่ะ”

ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 10, เพศชาย, 56 ปี)

แนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าจะมีแนวทางอะไรที่จะทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น เพราะว่าคิดว่าคงเป็นไปไม่ได้ที่ชีวิตจะดีขึ้นไปกว่านี้ มีรายละเอียดดังนี้

“ไม่รู้ว่าจะมีวิธียังไง เพราะ โรคกะคงบ่อเซา คั่นเป็นไปได้กะอยากเซาจากโรคหนิแล้ว”

(ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 1, เพศชาย, 61 ปี)

การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 63 ปี สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับประถมศึกษา ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม มีรายได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท สิทธิการรักษาบัตรทอง และส่วนใหญ่มีผู้ดูแล ระยะเวลาที่ป่วยน้อยกว่า 5 ปี และมีบางรายที่มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง และผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีระดับคุณภาพชีวิตภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดจากปัญหาสุขภาพทางกาย และด้านบทบาทที่ถูกจำกัดจากปัญหาทางอารมณ์อยู่ในระดับต่ำ ตัวแปรทุกตัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นการเดินทางไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต และพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า (*p-value*<0.001) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (*p-value*<0.001) อายุ (p-*value*=0.001) เพศ (*p-value*=0.004) โรคร่วมอื่น ๆ (*p-value*=0.006) การได้รับการดูแล (*p-value*=0.033) สามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตการทำงานของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไตได้ร้อยละ 49.3 ดังนั้น ควรมีการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โดยการให้ความรู้กับผู้ป่วยในเรื่องการจัดการหรือการดูแลตนเองในทุกมิติ โดยเฉพาะด้านบทบาทที่ถูกจำกัดจากปัญหาสุขภาพทางกาย และด้านบทบาทที่ถูกจำกัดจากปัญหาทางอารมณ์ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีระดับคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อาจจะมุ่งเน้นไปในเรื่องของการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม คือการให้ความรู้ในการจัดการตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไต การให้ความรู้กับผู้ดูแล ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยและยังเป็นปัจจัยส่งผลต่อการลดหรือเพิ่มโรคร่วมรวมไปถึงภาวะแรกซ้อนทางไตและการดำเนินของโรคได้เร็วขึ้น การจัดการความเครียดของผู้ป่วยให้เหมาะสมโดยเพิ่มช่องทางในการพูดคุย ปรึกษาปัญหาต่าง ๆ หรือมีการทำกิจกรรมแบบกลุ่มทั้งในกลุ่มของผู้ป่วยเองและเพิ่มสัมพันธภาพภายในครอบครัวเพื่อให้เกิดการพูดคุยระหว่างกลุ่มผู้ป่วยเองหรือผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นคนในครอบครัว เมื่อมีการปรึกษา พูดคุยกันก็จะช่วยลดความเครียดได้

4.2 รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร

การสร้างรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร เกิดจากการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามวงจรของ Kemmis and McTaggart ตามกระบวนการ PAOR ตั้งแต่ขั้นวางแผน (Planning) ขั้นปฏิบัติการ (Action) ขั้นสังเกตการณ์ (Observation) และขั้นสะท้อนผลข้อมูลและปรับปรุง (Reflection) เพื่อให้ได้ผลลัพธ์คือรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร มีทั้งหมด 2 วงรอบ ดังนี้

วงรอบที่ 1 ศึกษาคุณภาพชีวิตและการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทนแทนไต ในจังหวัดสกลนคร

1) ขั้นวางแผน (Planning) ศึกษารูปแบบการดูแลและจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในจังหวัดสกลนครโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมตามแนวคิด AIC (Appreciation – Influence - Control) ซึ่งแบ่งกลุ่มเป้าหมายเป็น 2 กลุ่มดังนี้

กลุ่มเป้าหมายที่ 1 คือ ผู้เชี่ยวชาญทางด้านโรคไตเรื้อรังและมีส่วนในการรับผิดชอบงานทางด้านโรคไตในโรงพยาบาลศูนย์สกลนคร ได้แก่ อายุรแพทย์โรคไต 1 คน เภสัชกรประจำคลินิกโรคไต 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 2 คน จัดการประชุมเชิงปฏิบัติการรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร ร่วมวางแผนในการสร้างรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนครโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม ซึ่งประกอบด้วย 1) การสร้างความรู้ 2) แนวทางการสร้างรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร 3) การวางแผนปฏิบัติการ ติดตามและประเมินผล การวางแผนปฏิบัติการ ได้เลือกพื้นที่ทดลองใช้จากอาสาสมัครที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัยได้จนเสร็จสิ้นครบกระบวนการทุกขั้นตอน โดยมีหน่วยบริการคลินิกโรคไตเรื้อรังของโรงพยาบาลศูนย์สกลนครที่แสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการและยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้

กลุ่มเป้าหมายที่ 2 คือ ตัวแทนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง รวมทั้งหมดจำนวน 20 คน เข้ามามีส่วนร่วมในการรับฟังสถานการณ์ปัญหาเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและร่วมกันสร้างแนวทางการมีส่วนร่วมของประชาชนเพื่อหาแนวทางแก้ปัญหาเรื่องคุณภาพชีวิตที่เกิดขึ้นและมีผลกระทบกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ซึ่งการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนครพบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีวิถีการดำเนินชีวิตโดยการประกอบ

อาชีพเกษตรกรรม เช่น ทำนา ทำไร่ ทำสวน ปลูกผัก เป็นต้น การบริโภคอาหารเน้นการประกอบอาหารอย่างง่าย ใช้วัตถุดิบที่หาได้ในครัวเรือน และสำหรับครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจะเน้นรับประทานอาหารประเภทผัก ผลไม้ อาหารที่มีรสจืด ไม่เค็ม ไม่หวานและไม่ปรุงรสมาก การออกกำลังกายส่วนใหญ่จะเน้นเดินแกว่งแขนอยู่ที่บ้าน หากเจ็บป่วยจะเน้นไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และคลินิกใกล้บ้าน คนในชุมชนที่ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังส่วนใหญ่เกิดจากผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับน้ำตาลและระดับความดันโลหิตไม่ได้เป็นระยะเวลานานจึงส่งผลให้ไตเสื่อมและกลายเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยผู้ป่วยที่เป็นโรคไตเรื้อรังในชุมชนจะรู้สึกว่าการป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตและเป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การรับประทานอาหารต้องควบคุมมากกว่าปกติ เลี่ยงอาหารที่มีรสจัด รสหวานและรสเค็ม ควบคุมปริมาณน้ำที่ดื่มในแต่ละวัน รู้สึกเหนื่อยง่าย ทำกิจกรรมร่วมกับชุมชนได้น้อยลง และสิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าการป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังเป็นการเพิ่มภาระต่อผู้ดูแลและครอบครัว

สรุปแนวทางของรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร

ผลการวิจัยระยะที่ 1 และการประชุมเชิงปฏิบัติการ พบว่า รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร การดำเนินงานในแบบเดิมไม่มีรูปแบบหรือแนวปฏิบัติที่ชัดเจนขึ้นอยู่กับแต่ละพื้นที่จะดำเนินการ เมื่อนำข้อมูลที่ได้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการและจากการศึกษาในระยะที่ 1 มารวบรวมและวิเคราะห์ พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไตมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง และจากการวิเคราะห์ผลการศึกษาเพื่อหาปัจจัยด้านต่าง ๆ ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โดยใช้สถิติ multiple linear regression ได้สมการ ดังนี้

Y (คุณภาพชีวิต) = 86.705 + (-2.560) (Q9)
+ (0.000) (รายได้ต่อเดือน)
+ (-0.266) (อายุ)
+ (-5.031) (เพศ)
+ (-3.743) (โรคร่วมอื่น ๆ)
+ (6.860) (การได้รับการดูแล)

จากสมการที่ได้พบว่าปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนเพื่อเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า พบว่าหากคะแนนภาวะซึมเศร้าลดลง 2.560 หน่วย, โรคร่วม พบว่าหากผู้ป่วยมีจำนวนโรคร่วมลดลง 3.743 หน่วย และ การได้รับการดูแล พบว่าหากผู้ป่วยได้รับการดูหรือมีผู้ดูแล

เพิ่มขึ้น 6.860 หน่วย จะทำให้คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น 86.705 หน่วย และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่าการชะลอไตเสื่อมจะสามารถช่วยให้ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังดีขึ้นได้ (วราทิพย์ แก่นการ, เกษม ดำนอก และศิริรัตน์ อนุตระกูลชัย, 2562) และจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พบว่า มีประเด็นปัญหาที่ได้จากการสัมภาษณ์ที่สอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้ในระยะที่ 1 เช่น ความเครียด รายได้ การได้รับการดูแล ซึ่งเป็นทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและในมีประเด็นที่เป็นปัจจัยภายในที่ผู้ศึกษาจะสามารถส่งเสริมและพัฒนาให้ดีขึ้นได้ เช่น ความเครียดและการได้รับการดูแล ดังนั้นผู้ศึกษาจึงนำปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตมาเป็นตัวแปรที่ใช้ในการสร้างรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต

ดังนั้นรูปแบบที่สร้างขึ้นจึงสร้างสื่อวิดีทัศน์เพื่อให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้เห็นภาพประกอบพร้อมกับมีคำบรรยาย ร่วมกับคู่มือการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เพื่อเป็นแนวทางชะลอการเสื่อมของไตและเป็นแนวทางในการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยมีเนื้อหาประกอบด้วย การดูแลตนเอง การบริโภคอาหาร การใช้ยา การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด ซึ่งจากขั้นตอนการบริการในคลินิกโรคไตเรื้อรังพบว่า ในการมาตรวจตามนัดจะทำทุก 2-3 เดือนตามสภาวะโรคของผู้ป่วย ผู้ป่วยจะมาตั้งแต่เช้าเพื่อมาเจาะเลือดตรวจหาผลทางห้องปฏิบัติการได้แก่ CBC, BUN, SrCr, eGFR, DTX และวัดความดันโลหิต จากนั้นรอพบแพทย์ โดยแพทย์จะเริ่มตรวจเวลา 10.00 น. จึงเป็นโอกาสที่จะใช้ช่วงเวลารอตรวจนี้ในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย โดยการพัฒนาสื่อวีดีทัศน์ให้ความรู้ครั้งที่ 1 จะใช้เวลา 30 นาที จากนั้นให้ผู้ป่วยประเมินระดับคุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้า ประเมินความรู้ความใจสื่อและความพึงพอใจต่อสื่อวิดีทัศน์ ซึ่งสรุปขั้นตอนบริการที่ปรับปรุงได้ดังแสดงในตารางที่ 12

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบขั้นตอนการให้บริการในคลินิกโรคไตเรื้อรังแบบเดิมและแบบใหม่

การให้บริการในคลินิกโรคไตเรื้อรังแบบเดิม	การให้บริการในคลินิกโรคไตเรื้อรังแบบใหม่
1.ผู้ป่วยทำบัตร เปิดVisit ตามวันที่แพทย์นัด 2.เจาะเลือดเพื่อดูผลทางห้องปฏิบัติการ (Lab) 3.ซักประวัติ วัดน้ำหนัก ส่วนสูง ความดันโลหิต และอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่มาพบแพทย์ 4.รอเข้าพบแพทย์เพื่อทำการตรวจ เข้าพบแพทย์ตรวจอาการของผู้ป่วย และรอแพทย์สั่งยาตามแผนการรักษา 5.ยื่นใบสั่งยาให้พยาบาลหน้าห้องตรวจเพื่อลงประวัติ ลงวันนัดรอบถัดไป และรอรับใบนัด 6.ยื่นใบสั่งยาที่ห้องจ่ายยาเพื่อรับยา 7.เภสัชกรจ่ายยาพร้อมให้คำแนะนำหรือสอบถามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่ได้รับ และให้คำอธิบายการใช้ยาหากแพทย์สั่งยาให้ผู้ป่วยเพิ่ม	1.ผู้ป่วยทำบัตร เปิดVisit ตามวันที่แพทย์นัด 2.เจาะเลือดเพื่อดูผลทางห้องปฏิบัติการ (Lab) 3.ซักประวัติ วัดน้ำหนัก ส่วนสูง ความดันโลหิต และอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่มาพบแพทย์ 4.ดูวิดีทัศน์ให้ความรู้เรื่องการจัดการตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไต และออกกำลังกายตามวิดีทัศน์ รวมถึงเข้ารับการให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาการจากโภชนากร ในระหว่างรอพบแพทย์ 5.เข้าพบแพทย์เพื่อทำการตรวจ และรอแพทย์สั่งยา 6.ยื่นใบสั่งยาให้พยาบาลหน้าห้องตรวจเพื่อลงประวัติ ลงวันนัดรอบถัดไป และรอรับใบนัด 7.ยื่นใบสั่งยาที่ห้องจ่ายยาเพื่อรับยา 8.เภสัชกรจ่ายยาพร้อมให้คำแนะนำหรือสอบถามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่ได้รับ และให้คำอธิบายการใช้ยาหากแพทย์สั่งยาให้ผู้ป่วยเพิ่ม

2) ขั้นปฏิบัติการ (Action) นำร่างรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร ไปทดลองใช้เพื่อให้ทราบว่ารูปแบบที่สร้างขึ้นเหมาะสมกับระบบบริการหรือไม่โดยการประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีการดำเนินงานกับกลุ่มเป้าหมายเพื่อดำเนินการตามแผนกิจกรรมดังแสดงในตารางที่ 12 เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์

กลุ่มเป้าหมายคือ (1) เจ้าหน้าที่ประจำคลินิกโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร (2) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต ที่อยู่ในระยะ 3 ถึงระยะที่ 5 ที่ยังไม่ได้เข้ารับการฟอกไต จำนวน 10 คน สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ไม่ถูกคัดเลือกเข้าร่วมการวิจัยจะได้รับบริการตามขั้นตอนปกติ ผลลัพธ์หลังเข้าร่วมกิจกรรมได้แก่ การให้ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไต ผลทางห้องปฏิบัติการได้แก่ ค่า eGFR

3) ขั้นสังเกต (Observation) ติดตามและประเมินผลการดำเนินการตามแผนกิจกรรมรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์

สกลนคร โดยใช้ CIPP Model องค์ประกอบการประเมินประกอบด้วย การประเมินสภาวะแวดล้อม (C: Context Evaluations) ปัจจัยนำเข้า (I: Input Evaluation) กระบวนการ (P: Process Evaluation) และการประเมินผลผลิต (P: Product Evaluations)

C: การประเมินสภาวะแวดล้อม วัตถุประสงค์มีความสอดคล้องกับสถานการณ์ปัญหาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในพื้นที่

I: การประเมินปัจจัยนำเข้า ด้านงบประมาณในการดำเนินการในครั้งนี้หากพื้นที่ต้องการดำเนินการเองทั้งหมดจะมีงบประมาณจากการเขียนโครงการจากโรงพยาบาลที่สนับสนุนในการดำเนินงาน ด้านสถานที่จัดกิจกรรมสามารถจัดได้ในคลินิกโรคไตเรื้อรังเนื่องจากอุปกรณ์ที่ใช้มีเครื่องเสียง คอมพิวเตอร์ จอทีวีสำหรับฉายสื่อวิดีทัศน์ที่คลินิกโรคไตเรื้อรังมีสนับสนุนโดยไม่มีค่าใช้จ่าย

P: การประเมินกระบวนการ ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ประจำคลินิกโรคไตเรื้อรังและกลุ่มเป้าหมายต่อระยะเวลาที่ใช้จัดกิจกรรม เนื้อหาสาระเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย รูปแบบและการจัดกิจกรรมสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และเนื้อหาทำให้กลุ่มเป้าหมายมีความรู้เพิ่มมากขึ้น สื่อวิดีทัศน์ที่ใช้มีเนื้อหาและการลำดับเนื้อหามีความเหมาะสมแต่มีข้อเสนอแนะคือ ควรแบ่งเนื้อหาออกเป็นตอน ๆ ตามหัวข้อให้ความรู้ เพราะการเปิดเป็นระยะเวลานานทำให้ระดับความสนใจลดลง ดังนั้นจึงควรแบ่งเนื้อหาเป็นตอนเพื่อให้ใช้เวลาลดลงและให้เพื่อความสะดวกในการเปิดดูตามหัวข้อที่สนใจ ทำให้กลุ่มเป้าหมายสามารถเข้าถึงสื่อวิดีทัศน์ได้ง่ายและรวดเร็วขึ้น ควรเพิ่มช่องทางในการติดตามและเข้าถึงสื่อวิดีทัศน์รวมถึงช่องทางในการให้คำปรึกษาเมื่อมีข้อสงสัย นอกจากนี้สมุดคู่มือการจัดการตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไต เนื้อหามีความเหมาะสมแต่ควรเพิ่มความฉูดฉาดของสีเพื่อให้ดึงดูดความสนใจ ผลการประเมินความพึงพอใจต่อสื่อและกิจกรรม หลังเข้าร่วมการทดลองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยรวมอยู่ในระดับมาก ดังแสดงในตารางที่ 16

P: ประเมินผลลัพธ์ หลังใช้รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้และความเข้าใจเรื่อง การจัดการตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไตมากกว่าก่อนทดลอง (–*value* <0.001, *p-value*=0.033 ตามลำดับ) และคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง ดังแสดงในตารางที่ 13 มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการดีขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง ได้แก่ eGFR และ Serum Creatinine อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p-value*=0.005, *p-value*=0.005 ตามลำดับ) ในส่วนของค่า glucose, systolic BP และ diastolic BP มีค่าเฉลี่ยดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง ดังแสดงในตารางที่ 15 และยังพบว่ากลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงระยะของโรคไตเสื่อมดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง ดังแสดงในตารางที่ 14

ตารางที่ 13 เปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจเรื่องการจัดการตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไตและระดับคุณภาพชีวิต (n = 10) ด้วยสถิติ Pair t-test

ตัวแปร	ก่อน $\bar{x}$ (S.D.)	หลัง $\bar{x}$ (S.D.)	t	p-value
ความรู้ความเข้าใจเรื่องการจัดการตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไต	9.80 (1.31)	13.4 (0.84)	-6.332	<0.001
คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต	58.15 (11.48)	60.79 (10.22)	-2.519	0.033

ตารางที่ 14 เปรียบเทียบความแตกต่างของระยะโรคไตเสื่อมก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง (n = 10)

ตัวแปร	ก่อน n(%)	หลัง n(%)
ระยะของโรคไตเสื่อมแบ่งตามอัตราการกรองของไต (eGFR)		
Stage 3a	1 (10)	2 (20)
Stage 3b	2 (20)	4 (40)
Stage 4	7 (70)	4 (40)
Stage 5	0	0

ตารางที่ 15 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย eGFR ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง (n = 10) ด้วยสถิติ Pair t-test

ตัวแปร	ก่อน $\bar{x}$ (S.D.)	หลัง $\bar{x}$ (S.D.)	t	p-value
eGFR	27.30 (9.03)	32.10 (10.06)	-3.651	0.005
Glucose	148 (97-416)	142.5 (105-219)	1.434	0.185
Serum Creatinine	2.28 (0.60)	1.99 (0.46)	3.70	0.005
Systolic BP	122.70 (17.39)	124.80 (13.04)	-0.414	0.688
Diastolic BP	66.70 (10.73)	70.20 (10.08)	-1.327	0.217

ตารางที่ 16 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อสื่อวีดีทัศน์และคู่มือการจัดการตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไตหลังเข้าร่วมการทดลองของกลุ่มทดลอง (n = 10)

ความพึงพอใจ	$\bar{X}$ (S.D.)	ระดับ
การใช้สื่อวิดีทัศน์ให้ความรู้	28.50 (3.24)	มาก
สมุดคู่มือการจัดการตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไต	9.70 (2.00)	มาก
ความพึงพอใจโดยรวม	5.10 (0.74)	มาก

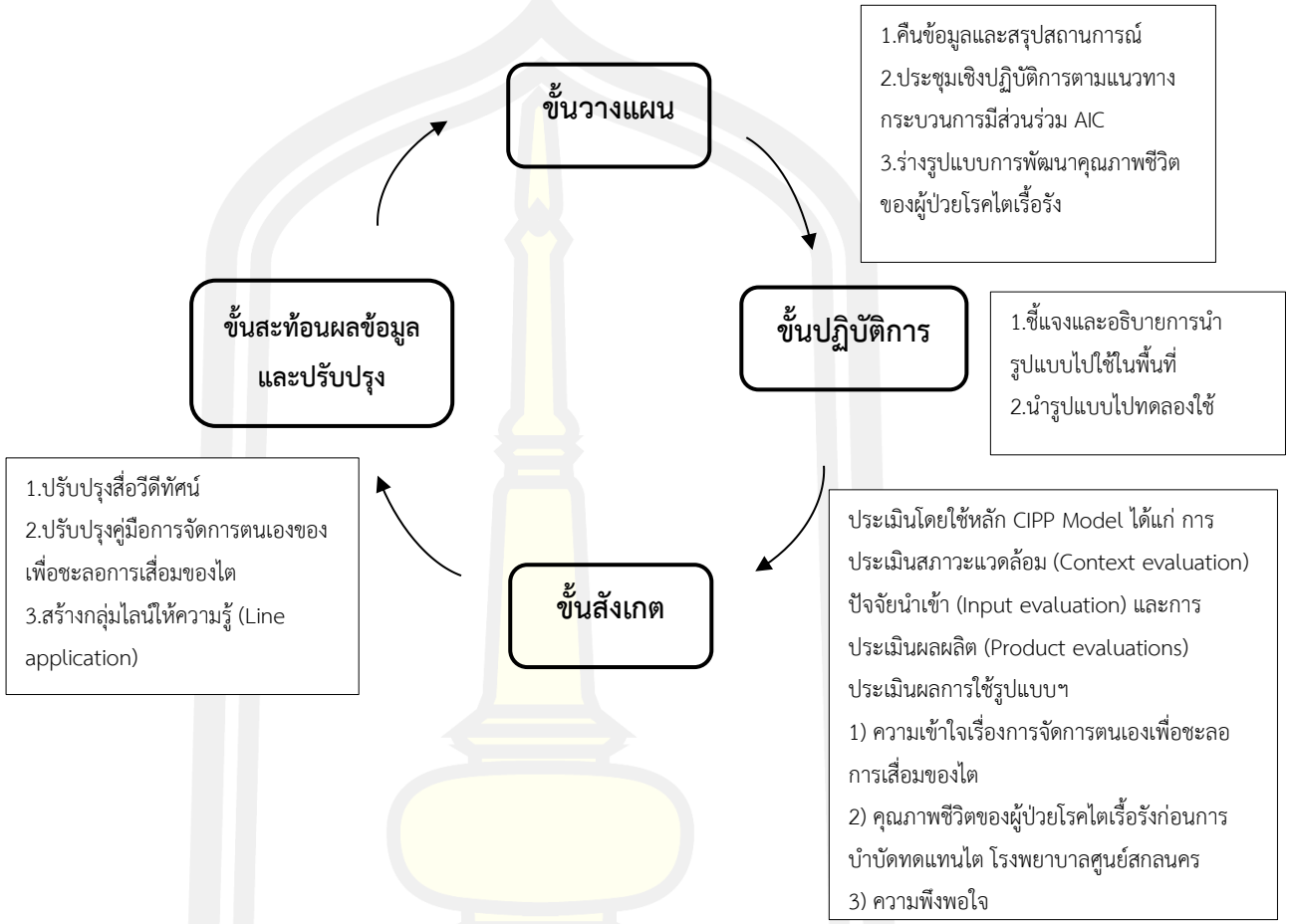
4) ขั้นสะท้อนผลข้อมูลและปรับปรุง (Reflection) นำผลการวิเคราะห์และสังเคราะห์จากขั้นสังเกตคืนข้อมูลสู่ผู้มีส่วนร่วมโดยการประชุมเชิงปฏิบัติการจัดการความรู้ในการดำเนินการวงรอบที่ 1 เพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงแก้ไขสู่การวางแผนการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร ซึ่งพบว่ารูปแบบที่สร้างขึ้นนี้สามารถทำให้กลุ่มเป้าหมายมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไตและมีระดับคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง แต่พบข้อจำกัดด้านกระบวนการ พบว่า การใช้สื่อวิดีทัศน์ทำให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีความสนใจ เรียนรู้ และการแบ่งเนื้อหาของสื่อวิดีทัศน์เป็นตอน ๆ จะทำให้เพิ่มความสนใจ สะดวกและง่าย สามารถเลือกเปิดเป็นบางเรื่องตามปัญหาการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้ มีการอัปโหลดสื่อวิดีทัศน์ผ่านช่องทางยูทูป (Youtube) ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยสามารถดูได้ทุกที่ ทุกเวลา นอกจากนี้ยังเพิ่มช่องทางสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยหรือผู้ที่สนใจผ่านช่องทาง Line Group Application เพื่อเป็นช่องทางให้คำปรึกษาและให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการจัดการตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไต สรุปการปรับปรุง ได้แก่

1) แบ่งเนื้อหาสื่อวิดีทัศน์ออกเป็นตอนๆ เพื่อให้เกิดความสะดวกในการเปิดหาความรู้และอัปโหลดสื่อวิดีทัศน์ผ่านช่องทางยูทูป (Youtube) เพื่อเพิ่มช่องทางและง่ายต่อการเข้าถึง

2) สร้างกลุ่มไลน์ แอพพลิเคชั่น (Line Group Application) เพื่อเป็นช่องทางในการให้คำปรึกษาและข้อมูลข่าวสารในการจัดการตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไต

3) ปรับปรุงคู่มือการจัดการตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไต ให้มีความน่าสนใจมากยิ่งขึ้น โดย เพิ่มความฉูดฉาดของสีให้ดูสวยงามและสบายตา

สรุปวงจรปฏิบัติการรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร วงรอบที่ 1



ภาพที่ 6 วงจรปฏิบัติการรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร วงรอบที่ 1

วงรอบที่2 เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร

1) ขั้นวางแผน (Planning) นำผลการวิเคราะห์จากวงรอบที่1 มาปรับปรุงและพัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร จากนั้นนำไปวางแผนทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมายโดยแบ่งกลุ่มควบคุมและกลุ่มเป้าหมาย โดยกลุ่มเป้าหมายจะได้รับรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไตเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์และกลุ่มควบคุมจะได้รับบริการตามปกติ โดยประชุมชี้แจงรูปแบบการดำเนินการกับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบเกี่ยวกับคลินิกโรคไต

2) ขั้นปฏิบัติการ (Action) ดำเนินการตามแผนกิจกรรมเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มเป้าหมายคือ (1) เจ้าหน้าที่ที่มีหน้าที่รับผิดชอบงานคลินิกโรคไตเรื้อรัง (2) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีค่า eGFR อยู่ในระยะที่ 3 – 5 ที่ยังไม่ได้รับการฟอกไต จำนวน 60 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มเป้าหมาย จำนวนกลุ่มละ 30 คน

3) ขั้นสังเกต (Observation) ติดตามและประเมินผลการดำเนินการรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โดยใช้ CIPP Model

C: การประเมินสภาวะแวดล้อม วัตถุประสงค์มีความสอดคล้องกับสถานการณ์ปัญหาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในพื้นที่ ต้องการให้ผู้ป่วยโรคไตสามารถชะลอไตเสื่อมได้และส่งผลให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้น ซึ่งพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจะส่งผลต่อการดำเนินของโรคที่เพิ่มสูงขึ้น

I: การประเมินปัจจัยนำเข้า ด้านงบประมาณคลินิกโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร สามารถจัดทำโครงการเพื่อเสนอของบประมาณจากโรงพยาบาลสนับสนุนในการดำเนินการด้านสถานที่จัดกิจกรรมสามารถจัดได้ที่คลินิกโรคไตเนื่องจากมีอุปกรณ์ เครื่องเสียง คอมพิวเตอร์และจอทีวีสำหรับฉายสื่อวิดีทัศน์ที่คลินิกโรคไตเรื้อรังมีสนับสนุนที่สามารถใช้ได้โดยไม่มีค่าใช้จ่าย ด้านบุคลากร เจ้าหน้าที่ประจำคลินิกโรคไตเรื้อรังสามารถดำเนินการตามกิจกรรมอย่างเต็มความรู้และความสามารถได้เป็นอย่างดี

P: การประเมินกระบวนการ ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่และเป้าหมายต่อระยะเวลาที่ใช้จัดกิจกรรมเหมาะสม เนื้อหาสาระเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายทำให้กลุ่มเป้าหมายมีความรู้เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังมีช่องทาง กลุ่มไลน์ แอพลิเคชั่น (Line Group Application) เป็นอีกช่องทางให้คำปรึกษาและแนะนำรวมไปถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการจัดการตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไต โดยมีผู้ป่วยและผู้ที่สนใจเกี่ยวกับความรู้ในการจัดการตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไตหรือมีข้อสงสัยในการจัดการตนเอง อีกทั้งยังมีสื่อวิดีทัศน์ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการให้ความรู้เรื่องการจัดการตนเองเพื่อ

ชะลอการเสื่อมของไตที่มีการแบ่งเนื้อหาความรู้ออกเป็นตอนๆและมีการจัดลำดับเนื้อหาไว้อย่างเหมาะสมยังสามารถค้นหาทางออนไลน์ได้อีกช่องทางคือ ยูทูบ (YouTube) เป็นวิธีที่สะดวกและง่ายต่อการเข้าถึงในการค้นคว้าหาความรู้ ซึ่งในปัจจุบันประชาชนทั่วไปมีการใช้โทรศัพท์สมาร์ทโฟนอย่างแพร่หลายและมีการติดต่อสื่อสารผ่านช่องทาง ไลน์ แอพลิเคชั่น (Line application) ในชีวิตประจำวันอยู่แล้วจึงไม่เป็นอุปสรรคในการที่ใช้ค้นคว้าหาความรู้หรือสอบถามข้อสงสัยได้รวมไปถึงการเปิดดูสื่อวิดีทัศน์ไม่ว่าจะเป็นคู่มือหากไม่เข้าใจสามารถเปิดดูได้ทางช่องทางยูทูบได้และผลการประเมินความพึงพอใจต่อสื่อโดยรวมอยู่ในระดับมาก ดังแสดงในตารางที่ 20

P: ประเมินผลลัพธ์ หลังใช้รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่สร้างและพัฒนาขึ้นพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไต (*p-value* < 0.001) และคุณภาพชีวิต (p-*value* < 0.001) มากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนกลุ่มควบคุมตัวแปรก่อนและหลังไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 17 เมื่อเปรียบเทียบผลตรวจทางห้องปฏิบัติการของกลุ่มทดลอง ได้แค่ eGFR, glucose, Serum Creatinine และ Systolic BP พบว่ามีค่าดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p-value*<0.001, *p-value*=0.001, *p-value*<0.001 และ *p-value*=0.001 ตามลำดับ) ในส่วนของค่า diastolic BP มีค่าเฉลี่ยดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 19 เมื่อพิจารณาระยะของโรคไตเสื่อมก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า หลังการทดลองมีร้อยละของผู้ป่วยที่เปลี่ยนระยะการดำเนินโรคที่ดีขึ้นเพิ่มขึ้นกว่าก่อนทดลอง ดังแสดงในตารางที่ 18

ตารางที่ 17 เปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจเรื่องการจัดการตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไตและระดับคุณภาพชีวิต ($n_{ควบคุม}$=30, $n_{ทดลอง}$=30)

ตัวแปร	ก่อน $\bar{x}$ (S.D.)	หลัง $\bar{x}$ (S.D.)	t	p-value
ความรู้ความเข้าใจเรื่องการจัดการตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไต				
กลุ่มควบคุม	9.63(1.77)	10.13(1.50)	-2.548	0.016
กลุ่มทดลอง	9.8(1.63)	12.13(1.81)	-7.228	<0.001
คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต				
กลุ่มควบคุม	47.29(13.32)	47.27(13.27)	0.107	0.915
กลุ่มทดลอง	53.50(17.42)	55.92(15.95)	-5.566	<0.001

ตารางที่ 18 เปรียบเทียบความแตกต่างผลตรวจทางห้องปฏิบัติการก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ($n_{ควบคุม}$=30, $n_{ทดลอง}$=30)

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	ก่อน n(%)	หลัง n(%)	ก่อน n(%)	หลัง n(%)
ระยะของโรคไตเสื่อมแบ่งตามอัตราการกรองของไต (eGFR)				
Stage 2	0	0	0	1(3.33)
Stage 3a	4(13.33)	2(6.67)	2(6.67)	4(13.33)
Stage 3b	4(13.33)	4(13.33)	4(13.33)	8(26.67)
Stage 4	10(33.33)	9(30.00)	14(46.67)	12(40.00)
Stage 5	12(40.00)	15(50.00)	10(33.33)	5(16.67)

ตารางที่ 19 เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงผลตรวจทางห้องปฏิบัติการก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ($n_{ควบคุม}$=30, $n_{ทดลอง}$=30)

ตัวแปร	ก่อน $\bar{x}$ (S.D.)	หลัง $\bar{x}$ (S.D.)	t	p-value
eGFR				
กลุ่มควบคุม	23.50 (16.42)**	20.33 (12.46)**	-2.822	0.005
กลุ่มทดลอง	22.80 (14.17)**	28.80 (16.68)**	-4.391	< 0.001
Glucose				
กลุ่มควบคุม	154.20 (55.68)	154.53 (64.48)	-0.032	0.975
กลุ่มทดลอง	173.47 (70.71)	127.93 (24.88)	3.788	0.001
Serum Creatinine				
กลุ่มควบคุม	3.52 (2.41)**	3.72 (2.22)**	-2.584	0.010
กลุ่มทดลอง	3.54 (3.48)**	2.62 (1.58)**	-3.720	< 0.001
Systolic BP				
กลุ่มควบคุม	136.86 (14.62)	136.63 (16.02)	0.088	0.930
กลุ่มทดลอง	140.70 (18.50)	126.70 (17.76)	3.613	0.001
Diastolic BP				
กลุ่มควบคุม	74.36 (12.46)	73.06 (13.81)	0.589	0.560
กลุ่มทดลอง	70.63 (8.98)	66.43 (12.28)	1.776	0.086

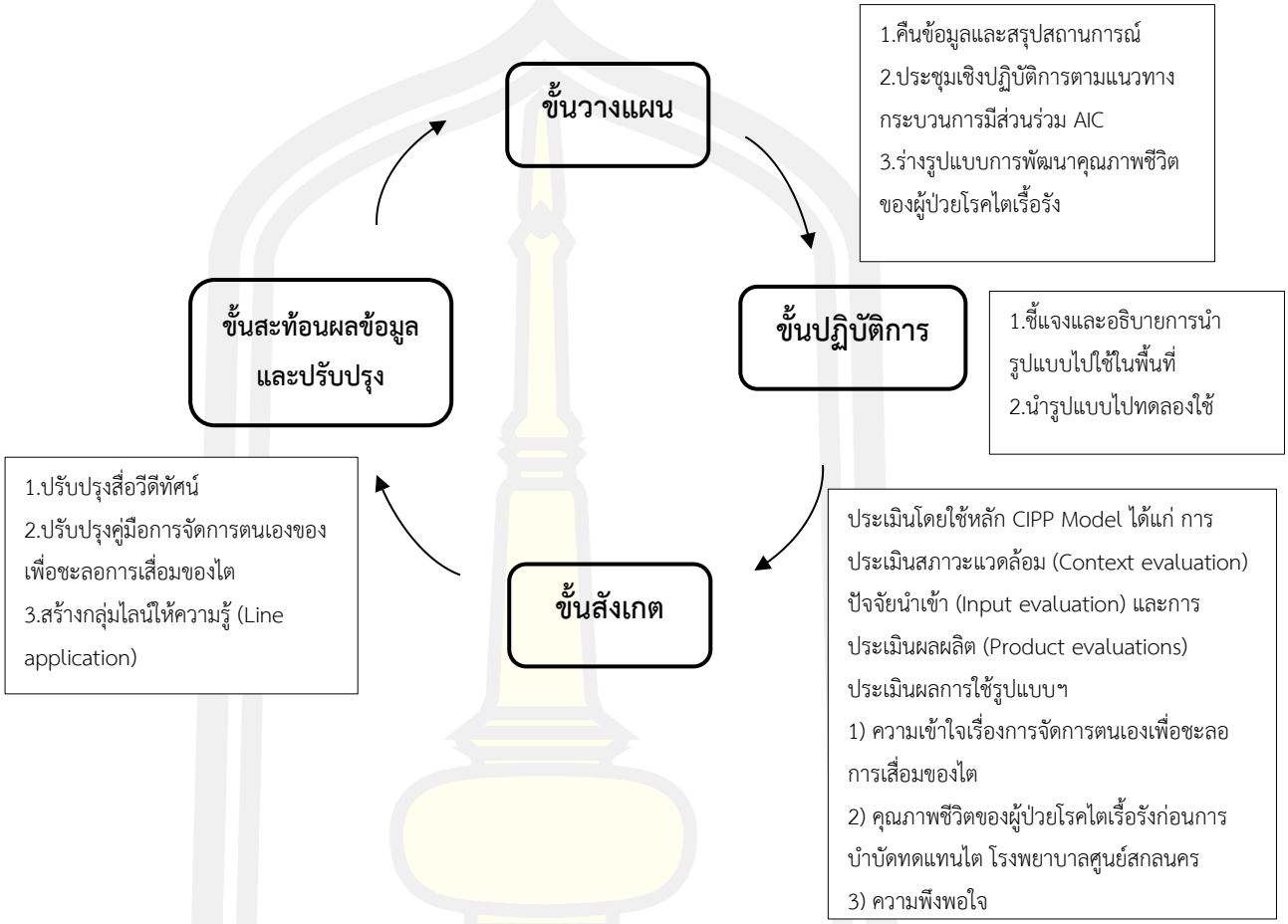
**Wilcoxon singed rank test

ตารางที่ 20 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อสื่อวิดีทัศน์และคู่มือการจัดการตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไตหลังเข้าร่วมการทดลองของกลุ่มทดลอง (n = 30)

ความพึงพอใจ	$\bar{X}$ (S.D.)	ระดับ
การใช้สื่อวิดีทัศน์ให้ความรู้	29.07(2.68)	มาก
สมุดคู่มือการจัดการตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไต	10.13(1.46)	มาก
ความพึงพอใจโดยรวม	5.27(0.40)	มาก

4) ขั้นสะท้อนผล (Reflection) ประชุมและสรุปผลการวิเคราะห์และสังเคราะห์จากขั้นสังเกต คืนข้อมูลสู่ผู้มีส่วนร่วมได้แก่ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านโรคไตเรื้อรัง จัดการความรู้ในการดำเนินการพบว่า รูปแบบที่สร้างและพัฒนาขึ้นทำให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไตและมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งการมีสื่อวิดีทัศน์เป็นตอน ๆ ที่อัปโหลดผ่านยูทูบ (Youtube) ทำให้ผู้ป่วยมีความสะดวกและง่ายต่อการเข้าถึงสามารถเปิดดูสื่อได้ทุกที่ทุกเวลา และการมีสมุดคู่มือการจัดการตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไตยังเป็นอีกช่องทางการให้ความรู้สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ไม่สามารถเข้าถึงสื่อผ่านช่องทางออนไลน์ได้ นอกจากนี้การมีกลุ่มไลน์ แอพลิเคชั่น (Line application) ยังเป็นอีกหนึ่งช่องทางที่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและผู้สนใจสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการศึกษาหาความรู้สอบถามหรือปรึกษาข้อสงสัยในประเด็นที่ไม่เข้าใจได้ จึงสรุปได้ว่ารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่สร้างและพัฒนาขึ้นสามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ มีความรู้เพิ่มมากขึ้นด้านการรับประทานอาหาร ด้านออกกำลังกาย การใช้ยา การจัดการความเครียด ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะส่งผลต่อการดำเนินของโรคและส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอง

สรุปวงจรปฏิบัติการรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร วงรอบที่ 2



ภาพที่ 7 วงจรปฏิบัติการรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร วงรอบที่ 2

สรุปขั้นตอนของรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร ดังนี้

ขั้นที่ 1 ร่วมคิดและร่วมสร้าง ประกอบด้วย

1) ประชุมเชิงปฏิบัติการคืนข้อมูลสถานการณ์และบริบทเกี่ยวกับปัญหาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในพื้นที่ และร่วมกันกำหนดแผนการดำเนินการแก้ไขปัญหา

2) เตรียมทีมงานและสร้างการมีส่วนร่วม ประชุมชี้แจงและอธิบายแนวทางการดำเนินงาน วิธีการใช้คู่มือการจัดการตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไต เพื่อจัดการปัญหาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังแก่เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบประจำคลินิกโรคไต

ขั้นที่ 2 ร่วมทำ ดำเนินงานตามแผนกิจกรรมที่วางไว้โดยการทำงานร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้เกิดการสร้างการเรียนรู้ และเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย

1) สร้างการเรียนรู้และเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและวิธีการจัดการปัญหา วัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไตได้เองที่บ้านและที่ชุมชนโดยผู้ป่วยต้องมีความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องในเรื่องการชะลอตเสื่อม การดำเนินงานประกอบด้วย

1.1 ประเมินความรู้และความเข้าใจเรื่องการชะลอการเสื่อมของไตและประเมินระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยก่อนเริ่มกิจกรรม

1.2 สร้างความรู้และสนับสนุนการเรียนรู้โดยให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องการจัดการตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไตแบบกลุ่มโดยใช้สื่อวีดีทัศน์ที่พัฒนาขึ้นและประเมินความรู้ผู้ป่วยหลังกิจกรรม

1.3 แจกคู่มือการจัดการตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไตและอธิบายวิธีการใช้คู่มือการจัดการตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไตกับผู้ป่วย

1.4 ประเมินผลการใช้รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโดยการประเมินความคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังกิจกรรม และประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อรูปแบบ

2) เสริมแรงสนับสนุนทางสังคม โดยการให้ข้อมูลเรื่องการจัดการตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไตกับผู้ป่วยทาง Line application

ขั้นที่ 3 ติดตามและประเมินผลลัพธ์ โดยการประเมินกระบวนการทำงานตามหลัก CIPP Model และประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย จากนั้นสรุปผลการประเมิน

ขั้นที่ 4 คืนข้อมูลและทบทวน เพื่อการปรับปรุงกระบวนการให้ดีขึ้น

จากการดำเนินงานวิจัยเพื่อสร้างรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร พบว่ามี 4 องค์ประกอบ ได้แก่ บุคคล ผู้ดูแล ระบบบริการสุขภาพ และสิ่งสนับสนุน

องค์ประกอบที่ 1 บุคคล (ผู้ป่วย) หมายถึง ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังซึ่งเป็นศูนย์กลางและเป็นหลักมีหน้าที่ในการดูแลตนเอง เรียนรู้และปรับปรุงพฤติกรรมตนเองอย่างต่อเนื่องตามภาวะสุขภาพ โดยมีเป้าหมายเพื่อควบคุมอาการ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค ด้วยหลัก Self-care behaviors ประกอบด้วยการดูแลตนเอง 5 ด้าน ประกอบด้วย ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกายและกิจกรรมทางกาย ด้านการใช้ยา ด้านการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนและหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน และด้านการจัดการความเครียด โดยผู้ป่วยต้องมีความรู้และได้รับความรู้ที่

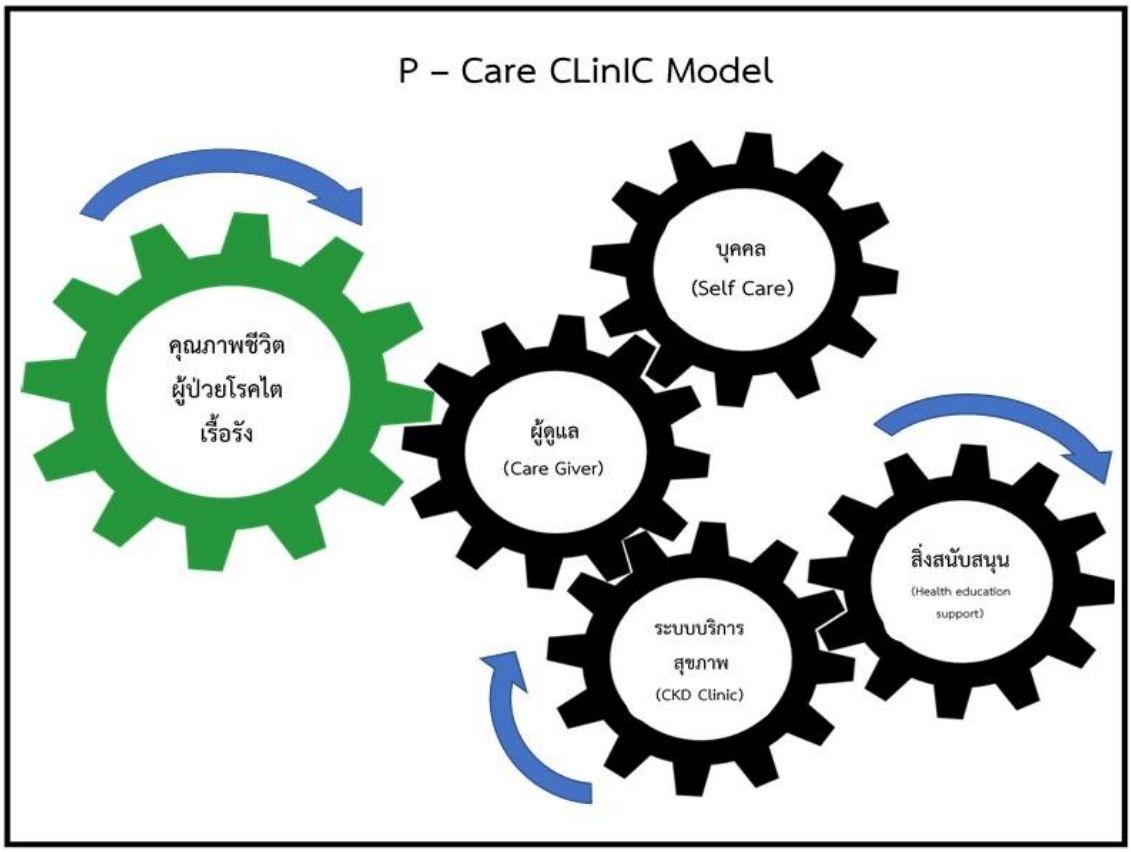
ถูกต้องเกี่ยวกับโรค มีการดูแลตนเองอย่างเหมาะสมกับโรค เช่น การดูแลตนเองตามหลัก 3อ.2ส. เป็นต้น มีการเรียนรู้โดยใช้สิ่งสนับสนุนเพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยการให้ health education ผ่านสื่อความรู้ที่เข้าถึงได้ง่ายทั้งที่บ้านและที่ชุมชน

องค์ประกอบที่ 2 ผู้ดูแล หมายถึง สมาชิกในครอบครัว ซึ่งมีบทบาทในการช่วยดูแลผู้ป่วยติดตามประเมินสุขภาพและสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ที่บ้าน เช่น การเตรียมอาหารที่มีโภชนาการที่เหมาะสมกับโรคของผู้ป่วย การดูแลเรื่องการใช้ยา การกระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกายหรือมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม เป็นผู้ให้กำลังใจและเป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ป่วยเพื่อจัดการกับความเครียด

องค์ประกอบที่ 3 ระบบบริการสุขภาพ หมายถึง ระบบบริการในคลินิกโรคไตเรื้อรัง ที่ให้บริการในการดูแล รักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอย่างครบวงจร เพื่อชะลอการดำเนินของโรคอย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วยขั้นตอนการให้คำปรึกษา การรักษา รวมไปถึงการฟื้นฟูสุขภาพโดยรวมให้สอดคล้องกับหลักการดูแลตนเอง 3อ.2ส.

องค์ประกอบที่ 4 สื่อการเรียนรู้ หมายถึง สิ่งสนับสนุนที่จะทำให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีความรู้เรื่องการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น สามารถจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมได้ และเพื่อเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ได้แก่ การให้สุขศึกษา (Health education) ประกอบด้วย การรับชมสื่อวีดีทัศน์ให้ความรู้เรื่องการจัดการตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไตที่คลินิกโรคไตและช่องทางยูทูบ (Youtube) คู่มือการจัดการตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไต และช่องทางการสื่อสารใน Line group

สรุปได้ดังแสดงในภาพที่ 8



ภาพที่ 8 สรุปรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไตที่พัฒนาขึ้น

4.3 ผลลัพธ์การใช้รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร

ผลลัพธ์การใช้รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร มีรายละเอียดดังนี้

หลังการทดลองใช้ผลลัพธ์การใช้รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไตมีความรู้ความเข้าใจ และคะแนนมีคุณภาพชีวิตมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 13 และพบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไตมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต ได้แก่ สื่อวีดีทัศน์ให้ความรู้ คู่มือการจัดการตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไตอยู่ในระดับมาก

4.3.1 ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึกหลังใช้รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร

การสัมภาษณ์เชิงลึกของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร จำนวน 5 คน หลังจากได้เข้าร่วมโครงการและได้รับรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร ว่ามีความรู้สึกหรือคิดเห็นอย่างไรจากการศึกษาครั้งนี้ โดยมีผลการศึกษาดังนี้

“หลังจากที่ได้วิธีการเบิ่งเจ้าของกะคัยขึ้นแหน่ จังสิได้รู้ว่าต้องปฏิบัติโตแบบได๋ให้ถือกต้อง สิได้บ่อต้องกินยาหลายคือเก่า”

(ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 1, เพศชาย, 59 ปี)

“กะดีอยู่โดยเฉพาะมีสมุดให้เปิดอ่านได้ตลอดเวลา มีภาพให้เบิ่งว่าสิออกกำลังกายจังได๋ กินจังได๋ ดี ดี ดี ”

(ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 2, เพศชาย, 53 ปี)

“ผมว่ามันกะดี แต่ถ้าบ่อมีลูก เมียค่อยซ่อยเบิ่ง ซ่อยแนะนำตอนเปิดวิดีโอ ผมกะสิเฮ็ดบ่อเป็นได๋ครับคุณหมอ ต้องให้ได้เพิ่นคอยเบิ่งให่บ่อซั่นกะจักสิเข้าหว่างได๋คับ แต่ได้เบิ่งแล้วกะดีอยู่พอเข้าใจ แล้วกะได้เห็นภาพนำ”

(ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 3, เพศชาย, 60 ปี)

“ป้าคิดว่ามันเป็นแนวที่ต้องมี เพื่อที่ให้เฮาสิได้ศึกษาหาความฮู้ได้ตลอด อยากเปิดอ่านยามได๋กะเปิดได้ กับถ้าสงสัยถามลูกหรือถามญาติแล้วเขาบ่อฮู้หรือตอบเฮาบ่อได้ ป้ากะสิให้ลูกสาวถามคุณหมอหนิละให่จ่ะ เดี๋ยวนี้มันทันสมัยเนาะมีกลุ่มในโทรศัพท์ให้ถาม ให้ข้อมูลเฮาได้”

(ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 4, เพศหญิง, 54 ปี)

“ยายให้แต่ลูกสาวเพิ่นหนิละสอน สงสัยหยังกะสิถามเพิ่น ส่วนใหญ่กะสิเป็นเพิ่นที่หาเปิดอ่านหั่นนี่แล้วมาเว่าสู่ฟัง มาบอกวิธีเฮ็ดโต การกินหนิกะเพิ่นสิเป็นคนจัดการเฮ็ดกับข้าวกับน้ำให้กิน”

(ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 5, เพศหญิง, 60 ปี)

สรุป จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไตก่อนการบำบัดทดแทนไตนหลังจากเข้าร่วมศึกษาในโครงการพบว่า ผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่คิดว่าปัจจัยที่สำคัญที่เป็นปัจจัยแรกที่จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้คือ ความรู้ในการจัดการดูแลตนเองเนื่องจาก

ความรู้เป็นสิ่งกำหนดพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย รวมไปถึงการได้รับการดูแลจากผู้ดูแล เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตประจำวันหากผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดี เหมาะสมจากผู้ดูแลที่มีความองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไตก็จะช่วยเสริมสร้างสุขภาวะที่ดีที่จะมีผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้

ปัจจัยแห่งความสำเร็จของรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร

รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร วิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จตามแนวคิด CIPP Model พบว่า

C: Context evaluations

1) ผู้บริหารทุกระดับให้การสนับสนุนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

2) สถานการณ์ปัญหามีความต้องการวิธีแก้ไขจึงเป็นที่ยอมรับจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

I: Input evaluations

1) บุคลากรมีความรู้และความเชี่ยวชาญ

2) มีสื่อวีดีทัศน์ที่สามารถนำมาใช้เพิ่มความรู้ให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแล

3) ผู้ปฏิบัติงานให้ความร่วมมือเพื่อแก้ไขปัญหา

P: Process evaluations

1) ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องให้ความร่วมมือในการทำงานร่วมกัน

2) มีการประชุมอย่างต่อเนื่องเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และปรับปรุงการดำเนินงาน

3) มีกระบวนการติดตามผู้ป่วยแต่ละรายอย่างต่อเนื่อง

P: Product evaluations

ผลผลิต

1) มีรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร

2) รูปแบบที่พัฒนาขึ้นทำให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้เรื่องการจัดการตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไต

ผลลัพธ์

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไตมีระดับคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น

จากการวิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จสามารถสรุปรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนครได้เป็น **“P-Care CLinIC Model”** ซึ่งเป็นรูปแบบที่มีเป้าหมายเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โดยการเพิ่มความรู้เรื่องการจัดการตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไตเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิต โดยให้คำจำกัดความของ **“P-Care CLinIC Model”** ดังนี้

P: Patient ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การจัดการตนเองได้เพื่อชะลอการเสื่อมของไต ด้วยหลัก Self care behaviors ประกอบด้วยการดูแลตนเอง 5 ด้าน ประกอบด้วย ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกายและกิจกรรมทางกาย ด้านการใช้ยา ด้านการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนและหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน และด้านการจัดการความเครียด

Care: Care giver ผู้ดูแล ซึ่งมีบทบาทในการช่วยดูแลผู้ป่วย ติดตามประเมินสุขภาพและสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ที่บ้าน เช่น การเตรียมอาหารที่มีโภชนาการที่เหมาะสมกับโรคของผู้ป่วย การดูแลเรื่องการใช้ยา การกระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกายหรือมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม เป็นผู้ให้กำลังใจและเป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ป่วยเพื่อจัดการกับความเครียด

C: Clinic CKD ระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยในคลินิกโรคไตเรื้อรัง ให้บริการในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอย่างครบวงจร เพื่อชะลอการดำเนินของโรคอย่างมีประสิทธิภาพ

L: Learning media สื่อการเรียนรู้ เพื่อเพิ่มการเรียนรู้เรื่องการจัดการตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไตผ่านสื่อ ประกอบด้วย สื่อวีดีทัศน์ คู่มือการจัดการตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไต

I: Improve Quality of life เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

C: Slowly Progressive Chronic Kidney Disease การชะลอการเสื่อมของไต ส่งผลให้การดำเนินของโรคช้าลง ซึ่งเป็นหนึ่งปัจจัยที่ทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้น

บทที่ 5
สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร ใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสานวิธี (Mixed Methods Research) โดยมีวัตถุประสงค์ 1) ศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร 2) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร 3) สร้างรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร และ 4) ศึกษาผลของการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร สรุปผลการวิจัยดังต่อไปนี้

5.1 สรุปผลการวิจัย

5.2 อภิปรายผล

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผลการวิจัย

การวิจัยรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร จังหวัดสกลนคร สรุปผลครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยได้ดังนี้

5.1.1 สถานการณ์และบริบทเกี่ยวกับปัญหาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลสกลนคร จังหวัดสกลนคร

จากการสำรวจผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในคลินิกโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร จังหวัดสกลนคร พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 51 อายุอยู่ในช่วง 50 – 70 ปี ร้อยละ 57.1 สถานภาพสมรส ร้อยละ 68.6 ระดับการศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 73.8 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 50.4 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 0 – 5,000 บาท ร้อยละ 77.5 ใช้สิทธิการรักษาพยาบาลบัตรทอง ร้อยละ 77.2 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไตส่วนใหญ่มีผู้ดูแล ร้อยละ 91.9 ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังส่วนใหญ่ต่ำกว่า 5 ปี ร้อยละ 51.3 ผู้ป่วยมีโรคร่วมอื่น ๆ 1 – 2 โรค ร้อยละ 68 และผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีการเดินทางเข้ารับการรักษามายังโรงพยาบาลด้วยรถยนต์/จักรยานยนต์ส่วนตัว ร้อยละ 65.1

เมื่อพิจารณาระดับภาวะซึมเศร้า พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างไม่มีอาการของภาวะซึมเศร้าหรือมีน้อยมาก ร้อยละ 64.0 มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยมาก ร้อยละ 27.1 มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง ร้อยละ 6.6 และมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับร้อยละ 2.3 ระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวมอยู่ในระดับต่ำมาก ร้อยละ 8.6 คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 42.7 ระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 28.2 คน และระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ร้อยละ 20.5 เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตรายด้านของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดจากปัญหาสุขภาพทางกาย อยู่ในระดับต่ำ (36.46±40.90) รองลงมาคือด้านบทบาทที่ถูกจำกัดจากปัญหาทางอารมณ์ อยู่ในระดับต่ำ (38.23±43.95) เนื่องจากผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีการดำเนินของโรคไปอย่างต่อเนื่องแต่จะช้าหรือเร็วนั้นขึ้นอยู่กับองค์ประกอบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความรู้ในการจัดการตนเอง พฤติกรรม หรือสิ่งสนับสนุนต่าง ๆ ซึ่งตัวแปรเหล่านี้เป็นสิ่งที่ช่วยลดการดำเนินของโรคให้ช้าลงได้แต่อย่างไรก็ตามก็ไม่สามารถปฏิเสธการดำเนินของโรคต่อไปได้แต่เป็นเพียงการชะลอการดำเนินของโรคเพื่อรักษาสมดุลและสุขภาวทางกายที่ส่งผลกระทบต่อไปเนื่องไปยังอารมณ์ ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ด้านสุขภาพจิตทั่วไป อยู่ในระดับปานกลาง (66.02±19.75) รองลงมาคือด้านการทำหน้าที่ทางสังคม อยู่ในระดับปานกลาง (64.62±19.75) เมื่อผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไตได้เข้าร่วมโครงการแล้ว ซึ่งกระบวนการในการดำเนินโครงการมีการร่วมทำกิจกรรมกันเป็นกลุ่มซึ่งจุดเด่นในการดำเนินกิจกรรมแบบกลุ่มคือผู้ป่วยได้มีการพบปะ พูดคุย ปรึกษาเกี่ยวกับโรคที่ตนเองเป็นอยู่ หรือปัญหาที่พบเจออยู่ในปัจจุบันก็จะมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันกับผู้ป่วยที่มีลักษณะที่คล้ายกับตนเองจึงทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย ลดความตึงเครียดในการดำเนินชีวิตประจำวันและยังเป็นการเสริมสัมพันธ์ภาพทางสังคมให้ดีขึ้น

คุณลักษณะส่วนบุคคลและภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นการเดินทางไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร

ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร ตัวแปรเชิงบวก ได้แก่ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (*p-value*<0.001), การได้รับการดูแล (*p-value*=0.033) และตัวแปรเชิงลบ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า (p-value<0.001), อายุ (*p-value*=0.001), เพศ (*p-value*=0.004), โรคร่วมอื่น ๆ (*p-value*=0.006) ดังนั้นตัวแปรอิสระทั้ง 6 ตัวแปร สามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร ได้ร้อยละ 49.3

5.1.2 รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร

รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) บุคคล (ผู้ป่วย) ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่มีหน้าที่หลักในการดูแลตนเองที่จะศึกษาและเรียนรู้ รวมไปถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องและเหมาะสมตามภาวะสุขภาพและความจำเป็น โดยมีเป้าหมายเพื่อชะลอการเสื่อมของไตและลดภาวะแทรกซ้อนส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง 2) ผู้ดูแล (ครอบครัว) มีบทบาทในการช่วยดูแลผู้ป่วยพร้อมทั้งสนับสนุนให้เกิดการดูแลตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไตอย่างมีคุณภาพ และ 3) ระบบบริการสุขภาพ มีบทบาทหน้าที่หลักในการจัดบริการสุขภาพและให้การดูแลสุขภาพของประชาชน ติดตามผลการรักษา เยี่ยมบ้านหรือโทรศัพท์ให้คำแนะนำและให้ความช่วยเหลือด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยและญาติ รวมถึงทำงานเชื่อมประสานกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ อสม. และผู้ป่วย เพื่อให้เกิดการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ 4) สื่อการเรียนรู้ ได้แก่ สื่อวีดีทัศน์ให้ความรู้ คู่มือการจัดการตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไต และช่องทางการสื่อสารใน Line group จากองค์ประกอบทั้ง 4 องค์ประกอบ มีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้ ขั้นที่ 1 ร่วมคิดและร่วมสร้าง โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการคืนข้อมูลสถานการณ์และบริบทเกี่ยวกับปัญหาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไตในพื้นที่และจากนั้นร่วมกันกำหนดแผนการดำเนินการแก้ไขปัญหา เตรียมทีมงานและสร้างการมีส่วนร่วม เชื่อมประสานการทำงานระหว่างสหสาขาวิชาชีพและภาคีเครือข่าย ขั้นที่ 2 ร่วมดำเนินการตามแผนที่วางไว้เพื่อให้บรรลุเป้าหมายเพื่อทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไตดีขึ้น ขั้นที่ 3 ติดตามและประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น และขั้นที่ 4 คืนข้อมูลแก่หน่วยบริการเพื่อการปรับปรุงกระบวนการให้ดีขึ้น

5.1.3 ผลลัพธ์การใช้รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร

ผลลัพธ์การใช้รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร พบว่า ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเรื่องการจัดการตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไตเพิ่มขึ้น และมีระดับคุณภาพชีวิตก่อนทดลองมากกว่าหลังทดลอง มีการรับรู้ทางด้านสุขภาพในการจัดการตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไตเป็นการชะลอการดำเนินของโรคซึ่งเป็นตัวแปรที่สำคัญต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ในการดำเนินกิจกรรมจะมีการทำกิจกรรมร่วมกันระหว่างผู้ป่วยเองโดยมีกิจกรรมที่ส่งเสริมการเรียนรู้และช่องทางการปรึกษา ให้ความรู้ต่าง ๆ โดยการใช้สื่อให้ความรู้จะมีการให้หลากหลายรูปแบบเพื่อเพิ่มความน่าสนใจ เหมาะสมและเข้าถึงได้ง่ายกับแต่

ละบุคคล โดยมีผลการประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบที่สร้างขึ้น ได้แก่ สื่อวีดีทัศน์ให้ความรู้ สมุดคู่มือการจัดการตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไตอยู่ในระดับมาก ผู้ป่วยมีการเรียนรู้ในการดำเนินชีวิตอยู่ภายใต้สภาวะโรคที่เป็นในปัจจุบัน ส่งเสริมและพัฒนาตนเองให้ดีที่สุดตามขีดความสามารถของแต่ละบุคคล มีการกำหนดเป้าหมายให้สอดคล้องกับสภาวะโรคในปัจจุบันของตนเอง เกิดสัมพันธภาพทางสังคมระหว่างผู้ป่วยด้วยกันเองและผู้ดูแลที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการหาข้อมูลหรือสอบถามข้อสงสัยเกี่ยวกับปัญหาที่ผู้ป่วยเจอแต่ไม่สามารถที่จะสอบถามเองได้ก็จะมีผู้ดูแลเป็นผู้ประสานงานแทนได้ ส่งผลต่อสัมพันธภาพภายในครอบครัวให้ดีขึ้นอีกด้วย จะเห็นได้จากการเข้าร่วมโครงการหรือได้รับรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนครแล้วนั้น พบว่าผู้ป่วยมีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในเกณฑ์ที่ดีขึ้น มีการดำเนินของโรคลดลง มีระดับของผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ดีขึ้นได้แก่ eGFR, Glucose, Serum Creatinine, Systolic BP และ Diastolic BP หน่วยบริการได้รับรู้และเรียนรู้สถานการณ์ของปัญหาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและร่วมกันวางแผนพัฒนารูปแบบเพื่อจัดการปัญหาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และการดำเนินงานทำให้เกิดความรู้สึกมีส่วนร่วมได้เรียนรู้ และรู้จักการคิดอย่างเป็นระบบ เกิดความร่วมมือและการทำงานเชื่อมประสานกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้ในการทำงานได้จริง เป็นรูปแบบที่มีความเหมาะสมทำให้เกิดการพัฒนาระบบบริการของคลินิกโรคไตเรื้อรังได้

5.2 อภิปรายผล

การอภิปรายผลการวิจัยนำเสนอตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

5.2.1 สถานการณ์และบริบทเกี่ยวกับปัญหาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร พบว่า

ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนก่อนการบำบัดทดแทนไต พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อธิบายได้ว่าโรคไตเรื้อรังเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด เมื่อไตเสื่อมหน้าที่ลงจะทำให้มีอาการ คลื่นไส้ ปวดศีรษะ เบื่ออาหาร ความดันโลหิตสูง มีภาวะซีด เหนื่อยง่าย ภูมิคุ้มกันลดลง ติดเชื้อได้ง่ายทำให้มีผลต่อการทำงาน การเข้าสังคม และผู้ป่วยต้องมีการปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินชีวิตเพื่อชะลอการเสื่อมของไต การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายทำให้ต้องได้รับการรักษาที่มีความซับซ้อนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจึงต้องมาพบแพทย์ตามนัดบ่อยครั้งและแต่ละครั้งใช้เวลานาน มีค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มมากขึ้น ต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการเดินทางไปกลับโรงพยาบาล สิ่งเหล่านี้ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังลดลง แต่ผู้ป่วยร้อยละ 91.9 มีผู้ดูแลคอยสนับสนุนและช่วยเหลือซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและมีความพร้อมในการเผชิญปัญหาจึงทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่า มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง (จำรัส สาระขวัญ และคณะ, 2560; นิภา อัยยสานนท์., 2552; รุ้งราวัลย์ ยี่สุ่นแก้ว และคณะ, 2559; สมจิตร สกุลคู, วันเพ็ญ วิศิษฏ์ชัยนนท์, และวราทิพย์ แก่นการ., 2563; สมพร ชินโนรส และชุติมา ดีปัญญา, 2556) แต่แตกต่างจากการศึกษาของ (กิติมา เศรษฐ์บุญสร้าง และประเสริฐ ประสมรักษ์, 2559) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและผู้ป่วยที่บำบัดทดแทนไตโดยการล้างทางหน้าท้อง พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตรายด้านพบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านบทบาทที่ถูกจำกัดจากปัญหาสุขภาพทางกายอยู่ในระดับต่ำ (กิติมา เศรษฐ์บุญสร้าง และประเสริฐ ประสมรักษ์, 2559; รุ้งราวัลย์ ยี่สุ่นแก้ว และคณะ, 2559) และด้านบทบาทที่ถูกจำกัดจากปัญหาทางอารมณ์อยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากผู้ป่วยมีความรู้สึกว่ามีการทำกิจกรรมบางอย่างได้น้อยลง เหนื่อยง่าย และรู้สึกหดหู่ ท้อแท้สิ้นหวัง จึงมีการรับรู้ว่าตนเองมีคุณภาพชีวิตในด้านดังกล่าวต่ำลง (Russo et al., 2010) และแตกต่างจากการศึกษาก่อนหน้า (จันทนา หล่อตระกูล และคณะ, 2561) พบว่าคุณภาพผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมอยู่ในระดับสูง

ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ในเชิงบวก ได้แก่ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และการได้รับการดูแล ในเชิงลบ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า, อายุ, เพศ, โรคร่วมอื่น ๆ และ อธิบายได้ว่าเมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและอาการของโรคและยังต้องได้รับการ

รักษาอย่างต่อเนื่อง รวมถึงต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือแบบแผนการดำเนินชีวิตของตนเอง เพื่อชะลอความเสื่อมของไต และต้องพึ่งพิงบุคคลรอบข้าง ได้แก่ ครอบครัวหรือญาติ รวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าและส่งผลต่อความพึงพอใจในชีวิตหรือคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้า (จันทนา หล่อตระกูล และคณะ, 2561) พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม สอดคล้องกับการศึกษาของ อรวมน ศรียุกตศุทธ และคณะ (2559) พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตในผู้หญิงที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.615$, $p < .01$) และสอดคล้องกับการวิจัยของ Shafipour, Alhani, and Kazemnejad (2015) พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย และด้านจิตใจของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.38$, $r = -0.29$ ตามลำดับ) สอดคล้องกับการวิจัยของ Lee, et al. (2015) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคไตระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมพบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ($r = -0.72$, $p < .001$) และสอดคล้องกับการศึกษาของรวีวรรณ พงศ์พุฒิพัชร และคณะ (2556) พบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยเดียวที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีรายได้ส่วนใหญ่เฉลี่ย 4,364 บาทต่อเดือน จัดว่าเป็นผู้มีรายได้น้อย เมื่อเจ็บป่วยโดยเฉพาะการป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังทำให้ผู้ป่วยต้องเดินทางมาพบแพทย์บ่อย มีค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น และในบางครั้งต้องหยุดงานเพื่อมาพบแพทย์ หรือด้วยสภาวะของโรคที่มักจะทำให้ผู้ป่วยอ่อนเพลีย เหนื่อยง่ายทำให้ทำงาน หรือดำเนินชีวิตตามปกติได้ลดลง ซึ่งส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง

อายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตเนื่องจากผู้ป่วยโรคไตที่มีอายุมากขึ้น มีผลต่อสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกายทรุดโทรมลง ทำงานได้ลดลงความแข็งแรงทางกายภาพลดลงส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันจึงทำให้มีคุณภาพชีวิตลดลง สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้า (กมลรัตน์ บัญญัตินพรัตน์ และศิริรัตน์ อนุตระกูลชัย, 2560; สมจิตร สกุลคู และคณะ, 2563; สมพร ชินโนรส และชุติมา ดีปัญญา, 2556) ที่พบว่าอายุมีผลต่อคุณภาพชีวิตและสอดคล้องกับการศึกษาของ Gerogianni and Babatsikou (2014) ที่พบว่าอายุมีผลต่อความสามารถในการทำงาน อนึ่งร่างกายและจิตใจมีความเกี่ยวข้องกัน เมื่อคุณภาพชีวิตทางกายดังกล่าวลดลง จึงทำให้คุณภาพชีวิตด้านอารมณ์ ลดลงด้วย แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของรวีวรรณ พงศ์พุฒิพัชร และคณะ (2556) ที่พบว่าอายุและเพศไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

การที่เพศมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต อาจเนื่องจากสังคมไทยได้กำหนดบทบาทให้เพศชายเป็นผู้นำครอบครัว ส่วนเพศหญิงเป็นแม่บ้าน และต้องให้ความเคารพในการเป็นผู้นำครอบครัว

ของเพศชาย ขณะเดียวกันเพศชายยังได้รับความเคารพ ยกย่อง นับถือจากสังคมทำให้เพศชายมองตนเองว่ามีคุณค่ามากกว่าเพศหญิง (วิไลพร ขำวงษ์ และจตุพร หนูสวัสดิ์, 2554) ในขณะที่เพศหญิงมีความรู้สึกว่า ตนเองมีความสามารถทางด้านร่างกายต่ำกว่าเพศชายมีการปรับตัวได้ยากกว่า รวมทั้งเพศหญิงมีระดับการพึ่งพาผู้อื่นและมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันมากกว่าเพศชาย สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของ Oliveira et al., (2016) และ สมพร ชินโนรส และชุติมา ดีปัญญา (2556) ที่พบว่าเพศหญิงมีคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำในด้านบทบาททางกาย การทำหน้าที่ทางกาย อารมณ์ พลังงาน และความเหนื่อยล้า เช่นเดียวกับการศึกษาของ ธงชัย ผลดี และอมรรัตน์ อนุวัฒน์นนทเขต (2559) ที่พบว่าเพศชายที่ได้รับการฟอกเลือดมีคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ดีกว่าเพศหญิงที่ได้รับการฟอกเลือด และสอดคล้องกับ การศึกษาของ Gerogianni and Babatsikou (2014) ที่พบว่าเพศชายมีผลต่อบทบาทในครอบครัวและความสามารถในการทำงาน

การที่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีการป่วยด้วยโรคร่วมอื่น ๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคเก๊าต์ และโรคหัวใจ เป็นต้น โดยเฉพาะโรคเบาหวานเมื่อเป็นโรคเบาหวานระยะเวลานานมักจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนด้านอื่น เช่น ภาวะแทรกซ้อนทางตา การมีแผลเรื้อรัง การรับรู้ความรู้สึกลดลง ตลอดจนการเกิดปัญหาโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง ทำให้ผู้ป่วยมีความถี่ในการต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลบ่อยส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง สอดคล้องกับการศึกษาของกมลรัตน์ บัญญัตินพรัตน์ และศิริรัตน์ อนุตระกูลชัย (2560) พบว่าการป่วยเป็นโรคเบาหวานร่วมด้วยทำให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ ธงชัย ผลดี และอมรรัตน์ อนุวัฒน์นนทเขต (2559) ที่พบว่าการป่วยเป็นโรคเบาหวาน โรคนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะ เป็นโรคเกาต์ ร่วมกับโรคไตเรื้อรังทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตลดลง

การได้รับการดูแล หมายถึงการที่ผู้ป่วยมีญาติหรือครอบครัวดูแลให้กำลังใจและสนับสนุน พาไปพบแพทย์ตามนัดซึ่งส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้น แต่แตกต่างจากการศึกษาของกมลรัตน์ บัญญัตินพรัตน์ และศิริรัตน์ อนุตระกูลชัย (2560) ที่พบว่าการมีคนดูแลสัมพันธ์กับการมีคุณภาพชีวิตทางกายภาพ ที่ลดลง

5.2.2 รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร จังหวัดสกลนคร พบว่า

รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร มีขั้นตอนการดำเนินการ 4 ขั้นตอน คือ ขั้นที่ 1 ร่วมคิด และร่วมสร้าง โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการคืนข้อมูลสถานการณ์และบริบทเกี่ยวกับปัญหาคุณภาพ ชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไตในพื้นที่และจากนั้นร่วมกันกำหนดแผนการ ดำเนินการแก้ไขปัญหา เตรียมทีมงานและสร้างการมีส่วนร่วม เชื่อมประสานการทำงานระหว่างสหสาขาวิชาชีพและภาคีเครือข่าย ขั้นที่ 2 ร่วมดำเนินการตามแผนที่วางไว้เพื่อให้บรรลุเป้าหมายเพื่อทำ ให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไตดีขึ้น ขั้นที่ 3 ติดตามและประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น และขั้นที่ 4 คืนข้อมูลแก่หน่วยบริการเพื่อการปรับปรุงกระบวนการให้ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปุญญณิน เขื่อนเพ็ชร, รุ้งลาวัลย์ กาวิละ, และอรุณี ไชยเมือง (2563) ศึกษาการพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอเม่ลาว จังหวัดเชียงราย พบว่า รูปแบบที่นำมาใช้ใช้ แนวคิดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model, CCM) ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงรูปแบบบริการสุขภาพทำให้เกิดการ พัฒนาคุณภาพบริการเพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างเป็นรูปธรรม ผลการศึกษาพบว่า ด้านพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมลดลง ผู้ป่วยมีระดับซีรั่มครีเอตินินลดลง และอัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้น ส่งผลต่อการชะลอการเสื่อมของไต อย่างมีนัยสำทางสถิติ ($p < 0.001$) รูปแบบบริการสุขภาพที่พัฒนาขึ้นช่วยให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเข้าถึงบริการสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมของไตซึ่งการเสื่อมของไตส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวทำให้คุณภาพชีวิตลดลง (มณีรัตน์ จิรัปปภา, 2557) และเกิดผลลัพธ์ที่ดี (พิทักษ์พงศ์ พายุหะ, บุษบา บัวผัน, และเสถียรพงษ์ ศิวินา, 2562) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน จังหวัดร้อยเอ็ด โดยรูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชนมีกระบวนการดำเนินงาน 5 ขั้น คือ 1) สำรวจและศึกษาสภาวะสุขภาพ 2) การวางแผน 3) พัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยร่วมกับครอบครัว ชุมชน และคณะทีมสหสาขาวิชาชีพ 4) การดำเนินการตามแผน และ 5) การประเมิน และการติดตามผล พบว่าหลังการใช้รูปแบบหลังการพัฒนา พบว่าผู้ป่วย โรคไตเรื้อรังมีความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา ($p<0.001$) พฤติกรรมเสี่ยงลดลงจากก่อนการพัฒนา ($p = 0.001$) และอัตราการกรองของไตเพิ่มมากกว่าก่อนการพัฒนา ($p=0.001$) ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจึงให้ความสำคัญกับการที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและให้การดูแลตั้งแต่ระยะเริ่มแรกซึ่งจะช่วยชะลอการเสื่อมของไต ช่วยยืดระยะเวลาการดำเนินโรคเข้าสู่ภาวะการฟอกไตให้นานที่สุด ทำให้คงไว้ซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย (วราทิพย์ แก่นการ และคณะ, 2562)

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.3.1 ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

- การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต คลินิกโรคไตซึ่งเป็นหน่วยงานด่านหน้าในการให้บริการผู้ป่วยโรคไตควรมีการให้ความรู้ในเรื่องการจัดการตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยที่มีระดับความเครียดสูง และการให้ความรู้กับผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ครบถ้วนและสอดคล้องกับเนื้อหาในการให้ความรู้เรื่องการจัดการตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไต

5.3.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร จังหวัดสกลนครนี้พัฒนาขึ้นเพื่อใช้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไตในคลินิกโรคไตเรื้อรังของโรงพยาบาลศูนย์สกลนคร จึงควรมีการศึกษาและพัฒนารูปแบบให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมเพื่อเป็นการบูรณาการหลายระดับร่วมกัน เพื่อเป็นการเชื่อมโยงให้เกิดความครอบคลุมเพื่อชะลอการเสื่อมของไตให้เกิดประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เพื่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างต่อเนื่อง

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

เกษม จันทร์แก้ว. (2560). *วิทยาศาสตร์สิ่งแวดล้อม (ฉบับปรับปรุงแก้ไข ครั้งที่ 4)*. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

โสมพันธ์ เจือแก้ว และศิราณี เครือสวัสดิ์. (2557). *คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายที่มารับการผ่าตัดใส่สายสวนระยะยาวเพื่อฟอกเลือดในระยะเตรียมก่อนผ่าตัดและระยะตรวจติดตามผลหลังผ่าตัด*. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล.

กมลรัตน์ บัญญัตินพรัตน์ และศิริรัตน์ อนุตระกูลชัย. (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือด ด้วยเครื่องไตเทียม. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, *32*(1), 1–9.

กรมการส่งเสริมสุขภาพ. (2553). *การจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุในรูปแบบของศูนย์บริหารทางสังคมผู้สูงอายุ ศึกษาเฉพาะกรณี ศูนย์บริหารสังคมผู้สู้งอายุดินแดง.* กรุงเทพมหานคร: กองวิชาการและแผนงาน กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม.

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2561a). แบบประเมิน 2Q 9Q และ 8Q. [ออนไลน์]. ได้จาก. https://www.dmh.go.th/test/download/files/2Q%209Q%208Q%20(1).pdf [สืบค้นเมื่อวันที่ 11 เมษายน 2561].

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2561b). พบคนไทยป่วยโรคไตเรื้อรัง 8 ล้านคน. [ออนไลน์]. ได้จาก. https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=27749 [สืบค้นเมื่อวันที่ 20 มีนาคม 2561].

กระทรวงสาธารณสุข. (2562). ฐานข้อมูล HDC. [ออนไลน์]. ได้จาก. https://bit.ly/3GabTge [สืบค้นเมื่อวันที่ 30 มีนาคม 2561].

กานต์ธีรา ชัยเรียบ, ภัทรินทร์ กิตติบุญญาคุณ, และวนรัตน์ อนุสรณ์เสงี่ยม. (2561). การพัฒนารูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมทั้งในโรงพยาบาลและการดูแลที่บ้าน. *วารสารเภสัชกรรมไทย*, *10*(2), 324–336.

กิ่งกาญจน์ เพียรไพรงาม. (2560). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขภาคเหนือตอนบน (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต)*. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

กิติมา เศรษฐ์บุญสร้าง, และประเสริฐ ประสมรักษ์. (2559). การพัฒนารูปแบบการดูแลของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตผู้ป่วย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา จังหวัดยโสธร. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, *4*(4), 486–503.

กุมาลีพร ตรีสอน. (2561). คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, *15*(1), 13–20.

คัมภีร์ สุดแท้. (2553). การพัฒนารูปแบบการบริหารงานวิชาการสำหรับโรงเรียนขนาดเล็ก. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม*, *4*(2), 127–136.

จันทนา หล่อตระกูล, สมศรี รัตนปริยานุช, และปิยฉัตร สนามแจง. (2561). ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, *30*(2), 141–152.

จำรัส สาระขวัญ, มาลินี บุญเกิด, มาลี มีแป้น, สุนทรี สิทธิสงคราม, และสุกัญญา กระเบียด. (2560). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี*, *28*(2), 153–164.

จุฑามาศ เทียนสอาด, สุชิรา ชัยวิบูลย์ธรรม, และนพวรรณ พินิจขจรเดช. (2560). การรับรู้ภาระจากอาการ ภาระค่าใช้จ่าย กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. *รามาธิบดีพยาบาลสาร*, *23*(1), 60–77.

จุฬาภรณ์ โสตะ. (2554). *แนวคิดทฤษฎีและการประยุกต์ใช้เพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ (พิมพ์ครั้งที่ 3)*. ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ณัฐศักดิ์ จันทร์ผล. (2552). *แนวคิดโครงสร้างรูปแบบองค์กร (วิทยานิพนธ์ปริญญา)*. กรุงเทพมหานคร: กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยศรีปทุม.

ดรุณี ชุณหะวัต. (2546). การจัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือตนเองทางสุขภาพ. *วารสารพยาบาล*, *52*(1), 16–24.

ทวี ศิริวงศ์. (2547). *องค์ความรู้พื้นฐานและเทคนิคในการล้างไต*. ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ธงชัย ผลดี, และอมรรัตน์ อนุวัฒน์นนทเขต. (2559). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเชียงราย. *เชียงรายเวชสาร*, *8*(2), 19–30.

ธนันดา ตระการวนิช, และอรอัชฌา ศิริมงคลชัยกุล. (2560). *คู่มือสำหรับประชาชน ทำอย่างไรไตไม่วาย*. กรุงเทพฯ: บี.เอ็น.เอส.แอดวานซ์,.

ธิดารัตน์ กำลังดี. (2543). กลุ่มช่วยเหลือตนเอง. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, *20*(1), 56–63.

ธีระวุฒิ เอกะกุล. (2550). *ระเบียบวิธีวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่5)*. อุบลราชธานี: วิทยาออฟเซทการพิมพ์.

นรินทร์ชัย พัฒนพงศา, สมชาย เอี่ยมอ่อง, & เกรียง ตั้งสง่า. (2542). *Hemodialysis* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: เท็กซ์ แอนด์เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด.

นันธิญา พันอินากูล. (2553). *ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง*. กรุงเทพมหานคร: วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย.

นิภา อัยยสานนท์. (2552). *การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตโดยการฟอกเลือดและการล้างไตทางช่องท้องอย่างถาวร (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต)*. นครปฐม: มหาวิทยาลัยศิลปากร.

บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2553). *เทคนิคการสร้างเครื่องมือรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย (พิมพ์ครั้งที่ 7)*. กรุงเทพมหานคร: จามจุรี โปรดักท์.

ประวิต เอราวรรณ์. (2545). *การวิจัยปฏิบัติการ*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท สำนักพิมพ์ดอก หญ้า วิชาการ จำกัด.

ปัญญา ทองนิล. (2553). *รูปแบบการพัฒนาสมรรถภาพการสอนโดยการบูรณาการแบบสอดแทรกสาหรับนักศึกษาครูเพื่อเสริมสร้างคุณลักษณะอันพึงประสงค์ของผู้เรียน (วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต)*. นครปฐม: มหาวิทยาลัยศิลปากร.

ปุญญณิน เขื่อนเพ็ชร, รุ้งลาวัลย์ กาวิละ, และอรุณี ไชยเมือง. (2563). การพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย. *วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย*, *7*(1), 57–74.

พิทักษ์พงศ์ พายุหะ, บุษบา บัวผัน, และเสถียรพงษ์ ศิวินา. (2562). การพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*, *9*(2), 179–189.

มณีรัตน์ จิรัปปภา. (2557). การชะลอไตเสื่อมจากวัยผู้ใหญ่ถึงวัยผู้สูงอายุ. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา*, *20*(2), 5–16.

มาลี สืบกระแส. (2552). *การพัฒนารูปแบบองค์กรแห่งการเรียนรู้ของสานักงานเขตพื้นที่การศึกษา (วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต)*. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยสยาม.

ยาใจ พงษ์บริบูรณ์. (2537). *การวิจัยเพื่อพัฒนาการเรียนการสอน. เอกสารประกอบการสัมมนาเชิงปฏิบัติการเรื่องการวิจัยเชิงปฏิบัติการรูปแบบเพื่อพัฒนาการเรียนการสอน*. ขอนแก่น: คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

รวีวรรณ กลิ่นสุวรรณ, นันทิยา วัฒายุ, และนันทวรรณ สุวรรณธูป. (2560). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย ไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, *29*(1), 51–66.

รวีวรรณ พงศ์พุฒิพัชร, อรวมน ศรียุกตศุทธ, จงจิต เสน่หา, และนพพร ว่องสิริมาศ. (2556). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, *31*(1), 52–61.

รุ้งราวัลย์ ยี่สุ่นแก้ว, สุรชาติ ณ หนองคาย, ชัยรัตน์ ฉายากุล, และดุสิต สุจิรารัตน์. (2559). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมตามสิทธิที่กฎหมายกำหนดกรณีศึกษาโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง. *วารสารวิชรสารการพยาบาล*, *18*(1), 79–88.

วนิดา วิชัยศักดิ์, พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, และยิ่งยศ อวิหิงสานนท์. (2561). การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยการฟอกเลือด หรือการล้างไตทางช่องท้องและกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนไต ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. *วารสารจุฬาลงกรณ์เวชสาร*, *62*(1), 91–105.

วราทิพย์ แก่นการ, เกษม ดำนอก, และศิริรัตน์ อนุตระกูลชัย. (2562). ประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยการจัดการโรคเชิงบูรณาการและการจัดการรายกรณีในหน่วยบริการปฐมภูมิ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, *37*(3), 173–182.

วัชรี เลอมานกุล, และปารณีย์ มีแต้ม. (2548). การทดสอบคุณสมบัติของแบบสอบถาม SF-36 ภาษาไทยฉบับแปลใหม่. *ไทยเภสัชสาร*, *29*, 69–88.

วิไลพร ขำวงษ์, และจตุพร หนูสวัสดิ์. (2554). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, *5*(2), 32–40.

วิไลวรรณ แสนโฮม. (2551). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่โรงพยาบาลขอนแก่น. *วารสารขอนแก่นเวชสาร*, *32*(1), 1–15.

ศิริพร จิรวัฒน์กุล. (2546). *การวิจัยเชิงคุณภาพในวิชาชีพการพยาบาล*. ขอนแก่น: โรงพิมพ์ ศิริภัณฑ์ออฟเซ็ท.

สมจิตร สกุลคู, วันเพ็ญ วิศิษฏ์ชัยนนท์, และวราทิพย์ แก่นการ. (2563). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, *38*(1), 117–126.

สมชาย เอี่ยมอ่อง, & เกรียง ตั้งสง่า. (2538). *โรคไต กลไก พยาธิสรีรวิทยา การรักษา*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.

สมชาย เอี่ยมอ่อง, เกรียง ตั้งสง่า, เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์, และเถลิงศักดิ์ กายจนบุษย์. (2550). *Clinical dialysis*. กรุงเทพมหานคร: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น.

สมชาย เอี่ยมอ่อง, ปวีณา สุสัณฐิตพงษ์, ณัฐชัย ศรีสวัสดิ์, ขจร ตีรณธนากุล, เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์, & เกรียง ตั้งสง่า. (2553). *Text Book of Hemodialysis* . นครปฐม: เอไอพริ้นติ้ง.

สมพร ชินโนรส, และชุติมา ดีปัญญา. (2556). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือด. *วารสารเกื้อการุณย์*, *20*(1), 5–14.

สมฤทัย วัชราวิวัฒน์. (2560). *เภสัชบำบัดในโรคไตเรื้อรัง*. กรุงเทพมหานคร: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น.

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2559). *คู่มือปฏิบัติการเพื่อดำเนินงานลดโรคเรื้อรัง CKD ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง*. นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์กรสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2559). คนไทยป่วยโรคไตติดอันดับ 3 ของอาเซียน. ได้จาก. https://bit.ly/3DZW1uV [สืบค้นเมื่อวันที่ 20 มีนาคม 2561].

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสกลนคร. (2562). ฐานข้อมูลคัดกรองโรคไตเรื้อรังสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองจังหวัดสกลนคร. [ออนไลน์]. ได้จาก. https://bit.ly/3FWkXoV [สืบค้นเมื่อวันที่ 30 มีนาคม 2561].

สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง. (2562). ระบบสถิติทางการทะเบียน. [ออนไลน์]. ได้จาก. https://stat.bora.dopa.go.th/stat/pk/pk_62.pdf [สืบค้นเมื่อวันที่ 30 มีนาคม 2561].

สุนีรัตน์ สิงห์คำ. (2560). การชะลอไตเสื่อมโดยรูปแบบ 4C Model Knowledge Management Using 4C Model in Slowing the Renal Failure. *วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม*, *2*(3), 134–145.

องอาจ นัยพัฒน์. (2548). *วิธีวิทยาการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพทางพฤติกรรมศาสตร์ และสังคมศาสตร์*. กรุงเทพมหานคร: สามลดา.

อนุชาติ พวงสาลี, และอรทัย อาจอ่า. (2541). *การพัฒนาเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตและสังคมไทย*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.

อรวมน ศรียุกตศุทธ, ประพัฒน์สินี ประไพวงษ, ณัฏยา ประหา, นพพร ว่องสิริมาศ, และประพัฒน์สินี ประไพวงษ์. (2559). คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้หญิงที่ได้รับการฟอกเลือด ด้วยเครื่องไตเทียม และล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง: การศึกษาเปรียบเทียบ. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, *35*(1), 72–84.

อรวรรณ น้อยวัฒน์. (2555). มุมวิชาการด้านสาธารณสุข: สุขภาพกับชีวิต. [ออนไลน์]. ได้จาก. https://www.stou.ac.th/Schools/Shs/booklet/book55_3/pbhealth.html [สืบค้นเมื่อวันที่ 30 มีนาคม 2561].

อรุณ จิรวัฒน์กุล. (2553). *สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย*. กรุงเทพมหานคร: วิทยพัฒน์.

Abdel-Kader, K., Unruh, M. L., and Weisbord, S. D. (2009). Symptom burden, depression, and quality of life in chronic and end-stage kidney disease. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, *4*(6), 1057–1064. doi:10.2215/CJN.00430109

Ahmed, A.-J., Kamel, A.-O., Salih, B., Fayez, H., and Abdulla, A.-S. (2011). A study of quality of life and its determinants among hemodialysis patients using the KDQOL-SF instrument in one center in Saudi Arabia. *Arab Journal of Nephrology and Transplantation*, *4*(3), 125–130. doi:10.4314/AJNT.V4I3.71024

Barbara, H., and Faith, G. (2006). *Burnside's Working With Older Adults: Group Processes and Techniques (4th edition)*. *Western Journal of Nursing Research* (Vol. 28). Boston: Jone&Bartlett. doi:10.1177/0193945906291880

Best, J. W. (1981). *Research in education*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.

Bloom, B. S. (1975). *Taxonomy of Educational Objectives Book 1: Cognitive Domain*. New York: David Mckay.

Cepeda Marte, J. L., Javier, A., Ruiz-Matuk, C., and Paulino-Ramirez, R. (2019). Quality of Life and Nutritional Status in diabetic patients on hemodialysis. *Diabetes and Metabolic Syndrome: Clinical Research and Reviews*, *13*(1), 576–580. doi:10.1016/j.dsx.2018.11.020

Daniel, W. W. (1995). *Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences*. New York: Wiley & Sons.

Dedic, G., Milojkovic, N., Cukic, Z., and Jovanovic, D. (2015). Quality of Life of Hemodialysis Patients Waiting for Kidney Transplantation. *European Psychiatry*, *30*(1), 1246. doi:10.1016/s0924-9338(15)30979-2

Elifson, K. W. (1990). *Fundamentals of Socials Statistics (2nd edition)*. New York : McGraw – Hill , Inc. .

Ferrans, C. E., and Powers, M. J. (1985). Quality of life index: Development and psychometric properties. *Advances in Nursing Science*, *8*(1), 15–24. doi:10.1097/00012272-198510000-00005

Gerogianni, S., and Babatsikou, F. (2014). Social aspects of chronic renal failure in patients undergoing haemodialysis. *International Journal of Caring Sciences*, *7*(3), 740–745.

Goldberg, C., and Stanitis, M. A. (1977). The enhancement of self-esteem through the communication process in group therapy. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *12*(16), 5–8.

Good, C. v. (2005). *Dictionary of Education* (5th ed.). New York: McGraw-Hill Book Company. doi:10.1002/sce.3730300256

Hall, R. K., Luciano, A., Pieper, C., and Colón-Emeric, C. S. (2018). Association of Kidney Disease Quality of Life (KDQOL-36) with mortality and hospitalization in older adults receiving hemodialysis. *BMC Nephrology*, *19*(1), 1–9. doi:10.1186/s12882-017-0801-5

Holloway, Immy., and Wheeler, Stephanie. (2013). *Qualitative Research in Nursing and Healthcare (3rd edition)*. New Jersey: Wiley-Blackwell.

Johansen, K. L. (2005). Exercise and chronic kidney disease: Current recommendations. *Sports Medicine*, *35*(6), 485–499. doi:10.2165/00007256-200535060-00003

Joseph, T. D., Robert, L. T., Gary, C. Y., Gary, R. M., Barbara, G., and Michael, L. P. (2008). *Pharmacotherapy: A Pathophysiologic Approach (7th edition)*. New York: McGraw-Hill.

Kemmis, S., and McTaggart, R. (1988). *The Action Research Planer (3rd edition)*. Victoria: Deakin University.

Lazarus, E. R. (2019). Effectiveness of education and exercise on quality of life among patients undergoing hemodialysis. *Clinical Epidemiology and Global Health*, *7*(3), 402–408. doi:10.1016/j.cegh.2018.07.003

Lee, J. E., Kim, K., and Kim, J. S. (2015). Factors influencing quality of life in adult end-stage renal disease patients undergoing hemodialysis. *Journal of Nursing Research*, *23*(3), 181–188. doi:10.1097/jnr.0000000000000087

Levin, A., Hemmelgarn, B., Culleton, B., Tobe, S., McFarlane, P., Ruzicka, M., … Tonelli, M. (2008). Guidelines for the management of chronic kidney disease. *Canadian Medical Association Journal* , *179*(11), 1154–1162. doi:10.1503/cmaj.080351

Likert, R. (1967). *Attitude theory and Measurement*. New York: John Wiley & Son.

Li, Y.-N., Shapiro, B., Kim, J. C., Zhang, M., Porszasz, J., Bross, R., … Kopple, J. D. (2016). Association between quality of life and anxiety, depression, physical activity and physical performance in maintenance hemodialysis patients. *Chronic Diseases and Translational Medicine*, *2*(2), 110–119. doi:10.1016/j.cdtm.2016.09.004

Mobley, A. M. (2009). Slowing the Progression of Chronic Kidney Disease. *Journal for Nurse Practitioners*, *5*(3), 188–194. doi:10.1016/j.nurpra.2008.12.008

National Kidney Foundation. (2002). K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: Evaluation, classification, and stratification. *American Journal of Kidney Diseases*, *39*(2 SUPPL. 1), s1-266.

Oliveira, A. P. B., Schmidt, D. B., Amatneeks, T. M., Santos, J. C. dos, Cavallet, L. H. R., and Michel, R. B. (2016). Quality of life in hemodialysis patients and the relationship with mortality, hospitalizations and poor treatment adherence. *Brazilian Journal of Nephrology*, *38*(4), 411–420. doi:10.5935/0101-2800.20160066

Orem, D. E. (2001). *Nursing science and self-care deficit nursing theory (6th edition)*. St.Louis: Mosby.

Peng, T., Hu, Z., Guo, L., Xia, Q., Li, D., and Yang, X. (2013). Relationship between psychiatric disorders and quality of life in nondialysis patients with chronic kidney disease. *American Journal of the Medical Sciences*, *345*(3), 218–221. doi:10.1097/MAJ.0b013e318255a561

Perneger, T. v., Whelton, P. K., Puddey, I. B., and Klag, M. J. (1999). Risk of end-stage renal disease associated with alcohol consumption. *American Journal of Epidemiology*, *150*(12), 1275–1281. doi:10.1093/oxfordjournals.aje.a009958

Poppe, C., Crombez, G., Hanoulle, I., Vogelaers, D., & Petrovic, M. (2013). Improving quality of life in patients with chronic kidney disease: Influence of acceptance and personality. *Nephrology Dialysis Transplantation*, *28*(1), 116–121. doi:10.1093/ndt/gfs151

Rahimimoghadam, Z., Rahemi, Z., Sadat, Z., and Mirbagher Ajorpaz, N. (2019). Pilates exercises and quality of life of patients with chronic kidney disease. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, *34*, 35–40. doi:10.1016/j.ctcp.2018.10.017

Russo, G. E., Morgia, A., Cavallini, M., Centi, A., Broccoli, M. L., Cicchinelli, A., … Pugliese, F. (2010). Quality of life assessment in patients on hemodialysis and peritoneal dialysis. *Giornale Italiano Di Nefrologia : Organo Ufficiale Della Società Italiana Di Nefrologia*, *27*(3), 290–295.

Satirapoj, B., and Adler, S. G. (2015). Prevalence and Management of Diabetic Nephropathy in Western Countries. *Kidney Diseases*, *1*(1), 61–70. doi:10.1159/000382028

Shafipour, V., Alhani, F., and Kazemnejad, A. (2015). A survey of the quality of life in patients undergoing hemodialysis and its association with depression, anxiety and stress. *Journal of Nursing and Midwifery Sciences*, *2*(2), 29–35. doi:10.4103/2345-5756.231432

Streuber, H. J., and Carpenter, D. R. (1999). *Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative (2nd edition)*. Philadelphia: Lippincott.

Stufflebeam, D. L. (2000). The CIPP Model for Evaluation. In *Evaluation Models* (pp. 279–317). Dordrecht: Springer. doi:10.1007/0-306-47559-6_16

The WHOQOL Group. (1994). The Development of the World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument (the WHOQOL). In *Quality of Life Assessment: International Perspectives* (pp. 41–57). Berlin: Springer-verlay. doi:10.1007/978-3-642-79123-9_4

Tuttle, K. R., Bakris, G. L., Bilous, R. W., Chiang, J. L., de Boer, I. H., Goldstein-Fuchs, J., … Molitch, M. E. (2014). Diabetic kidney disease: A report from an ADA consensus conference. *Diabetes Care*, *37*(10), 2864–2883. doi:10.2337/dc14-1296

UNESCO. (1978). Indicator of Invironment Quality and Quality of life. In *Research and Social Science*. Paris: UNESCO.

Walton, R. E. (1974). Improving the quality of work life. In *Harvard Business Review* (Vol. 15(5), pp. 12–16).

Wühl, E., and Schaefer, F. (2008). Therapeutic strategies to slow chronic kidney disease progression. *Pediatric Nephrology*, *23*(5), 705–716. doi:10.1007/s00467-008-0789-y

Yalom, I. D., and Leszcz, M. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy (4th edition)*. New York: Basic Books.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
เอกสารรับรองการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

เลขที่การรับรอง : 190/2562

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาไทย) รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาอังกฤษ) : Model of Quality of life Development for Pre – Dialysis Chronic Kidney Disease Patients at Sakonnakhon Hospital.

ผู้วิจัย : นายปรัตถกร วงศ์กาฬสินธุ์

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : คณะสาธารณสุขศาสตร์

สถานที่ทำการวิจัย : โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร จังหวัดสกลนคร

ประเภทการพิจารณาแบบ : แบบเร่งรัด

วันที่รับรอง : 20 พฤศจิกายน 2562 **วันหมดอายุ : 19 พฤศจิกายน 2563**

ข้อเสนอการวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว และอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ บนพื้นฐานของโครงร่างงานวิจัยที่คณะกรรมการฯ ได้รับและพิจารณา เมื่อเสร็จสิ้นโครงการแล้วให้ผู้วิจัยส่งแบบฟอร์มการปิดโครงการและรายงานผลการดำเนินงานมายังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในโครงการวิจัย ผู้วิจัยจักต้องยื่นขอรับการพิจารณาใหม่

ราตรี สว่างจิตร

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เภสัชกรหญิงราตรี สว่างจิตร)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

SKHREC19/2562

โรงพยาบาลสกลนคร

โรงพยาบาลสกลนคร
หนังสือฉบับนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

โครงการวิจัยเรื่อง : "รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร"
"Model of Quality of life Development for Pre - Dialysis Chronic Kidney Disease Patients at Sakonnakhon Hospital"

ผู้วิจัย : นายปรัตถกร วงศ์กาฬสินธุ์
หน่วยงาน : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

สำหรับเอกสาร :
1. แบบเสนอเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
2. แบบคำชี้แจงอาสาสมัคร และยินยอมอาสาสมัคร
3. โครงการวิจัยฉบับภาษาไทย
4. ประวัติผู้วิจัย
5. แบบเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection Form)
6. เอกสารอ้างอิง

ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสกลนคร โดยยึดหลักเกณฑ์ ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsink) โดยขอให้รายงานความก้าวหน้าของโครงการวิจัยทุก 6 เดือน

ให้ไว้ ณ วันที่ 25 พฤศจิกายน พ.ศ. 2562

โรงพยาบาลสกลนคร

(นายแพทย์สมนึก อภิวันทนกุล)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลสกลนคร

ภาคผนวก ข

หนังสือขออนุญาตทดลองใช้เครื่องมือ

ที่ อว ๐๖๐๕.๑๘ / ๕๓๑

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๑๕ สิงหาคม ๒๕๖๒

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ทดลองใช้เครื่องมือในการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวานรนิวาส

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นายปรัตถกร วงศ์กาฬสินธุ์ รหัสนิสิต ๖๐๐๑๑๔๖๐๐๐๑๔ นิสิตระดับปริญญาเอก สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร" ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร.สุมัทนา กลางคาร เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.แพทย์หญิงศิรินาถ ตงศิริ เป็นกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ความละเอียดแจ้งแล้วนั้น

ในการนี้ เพื่อให้การดำเนินการทำวิทยานิพนธ์เรื่องดังกล่าวเป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านได้โปรดอนุญาตให้ นายปรัตถกร วงศ์กาฬสินธุ์ ใช้เครื่องมือในการเก็บข้อมูล ในระหว่างวันที่ ๒-๕ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๒ เพื่อจักได้นำข้อมูลที่ได้ไปดำเนินการศึกษาต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จักเป็นพระคุณอย่างยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิรุวรรณ เทิร์นโบล์)
รองคณบดีฝ่ายบริหารการศึกษา รักษาการแทน
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ฝ่ายวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์
โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๔๓๗๕-๔๓๕๓ ต่อ ๔๕๐๒

ภาคผนวก ค
หนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

โรงพยาบาลสกลนคร
เลขที่... 16878
วันที่... 7 พ.ย. 2562
เวลา... 13.25 น.

ที่ อว ๐๖๐๕.๑๘/ ๑๓๓๖

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย มหาสารคาม ๔๔๑๕๐

สกลนคร
เลขรับ... ๑๘๖๑
วันที่... 13 พ.ย. 2562
เวลา... ๑๒.๐๐ น.

๑๑ ตุลาคม ๒๕๖๒

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อทำการศึกษาวิจัย และขอรับการพิจารณาให้ความเห็นชอบเชิงจริยธรรมในการทำวิจัยในมนุษย์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสกลนคร

สิ่งที่ส่งมาด้วย
๑. แบบเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอการรับรอง จำนวน ๑ ชุด
๒. เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับอาสาสมัคร จำนวน ๑ ชุด
๓. เอกสารแสดงความยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวของอาสาสมัคร จำนวน ๑ ชุด
๔. บทคัดย่อโครงร่างการวิจัย จำนวน ๑ ชุด
๕. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นายปรัตถกร วงศ์กาฬสินธุ์ รหัสนิสิต ๖๐๐๑๑๔๖๐๐๑๔ นิสิตระดับปริญญาเอก สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร" ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร.สุมิทนา กลางคาร เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.แพทย์หญิงศิรินาถ ตงศิริ เป็นกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ความละเอียดแจ้งแล้วนั้น

ในการนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยได้แนบเอกสารประกอบการพิจารณาดังสิ่งที่ส่งมาด้วย และเพื่อให้การดำเนินการทำวิทยานิพนธ์เรื่องดังกล่าวเป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านได้โปรดอนุญาตให้ นายปรัตถกร วงศ์กาฬสินธุ์ เก็บข้อมูลเพื่อจักได้นำข้อมูลที่ได้ไปดำเนินการศึกษาต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วิทยา อยู่สุข)
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

เรียน ผอ.รพ. สกลนคร
☐ ทราบ
☐ เพื่อโปรดพิจารณา
☑ เห็นควรแจ้งฝ่ายงานดำเนินการ
7 พ.ย. 2562

ฝ่ายวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์
โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๔๓๗๕-๔๓๕๓ ต่อ ๔๕๐๒

(นายกิติศักดิ์ ปานวิบูลย์)
นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสกลนคร

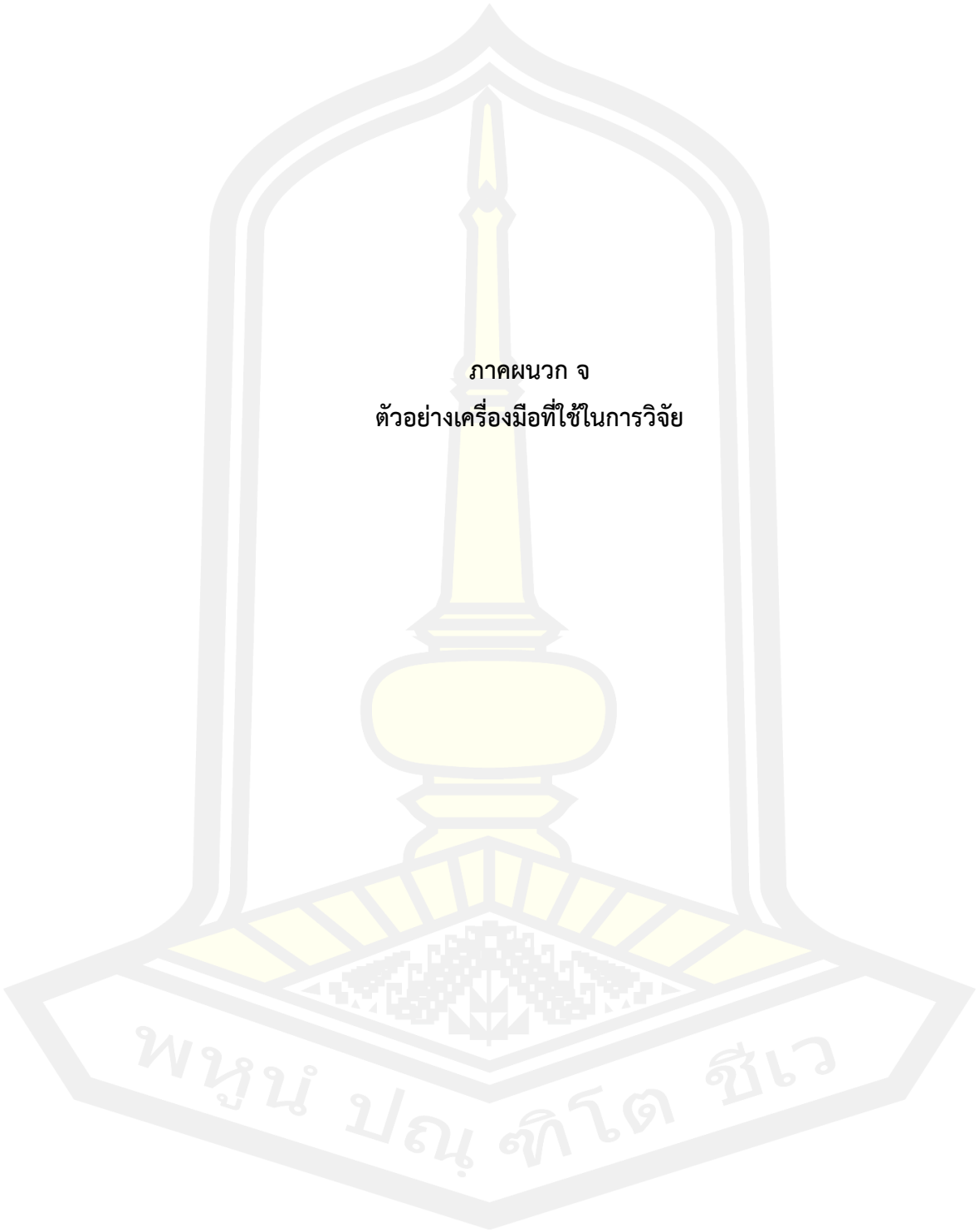
ภาคผนวก ง
รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

1.เภสัชกรหญิงกัญญารัตน์ แร่ถ่าย	เภสัชกรชำนาญการ โรงพยาบาลสกลนคร
2.นางรุ่งรักษ์ ภิรมย์ลาภ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสกลนคร
3.นางนภาลัย แสงโพธิ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลวานรนิวาส

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพสื่อวีดีทัศน์ที่ใช้ในการวิจัย

1.เภสัชกรหญิงปุณฑริกา วันชูเสริม	เภสัชกรชำนาญการ โรงพยาบาลสกลนคร
2.เภสัชกรหญิงจิรัชยา กัลยาบาล	เภสัชกรปฏิบัติการ โรงพยาบาลสกลนคร
3.นางสาวโสภิดา ชิณโน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสกลนคร



ภาคผนวก จ
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เลขที่แบบสอบถาม ID [ ] [ ] [ ]

แบบสอบถามการวิจัย

เรื่อง รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร

คำชี้แจง

แบบสอบถามที่ใช้ในครั้งนี้ เป็นส่วนหนึ่งในการศึกษาวิจัยของนิสิต ระดับบัณฑิตศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร ผู้ศึกษาจึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ในการตอบแบบสอบถามนี้ตามความเป็นจริงมากที่สุดและตอบแบบสอบถามทุกข้อ โดยไม่ต้องระบุ ชื่อ–สกุล ลงในแบบสอบถาม คำตอบของท่านผู้ศึกษาจะถือว่าเป็นความลับและจะนำเสนอข้อมูลผลการวิจัยที่เป็นภาพรวม จะไม่มีผลกระทบต่อตัวผู้ตอบแบบสอบถามแต่อย่างใด

แบบสอบถามชุดนี้มีทั้งหมด 8 หน้า จำนวน 56 ข้อ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 11 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไต (SF – 36) จำนวน 36 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า จำนวน 9 ข้อ

ผู้ศึกษาขอขอบพระคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

นายปรัตถกร วงศ์กาฬสินธุ์
นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต
สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน (กรุณาเติมข้อความและทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ตรงกับข้อมูลของท่าน)

1. เพศ [ ] 1.ชาย [ ] 2. หญิง
2. ท่านอายุ ..... ปี (นับจำนวนเต็มเป็นปี เศษเกิน 6 เดือนให้นับเป็นปีเต็ม)
3.สถานภาพสมรส [ ] 1. โสด [ ] 2. สมรส [ ] 3. หม้าย/หย่าร้าง
4. ท่านสำเร็จการศึกษาสูงสุดระดับใด [ ] 1. ไม่ได้ศึกษา [ ] 5. ปวส. [ ] 2. ประถมศึกษา [ ] 6. ปริญญาตรี [ ] 3. มัธยมศึกษา [ ] 7. สูงกว่าปริญญาตรี [ ] 4. ปวช.
5. อาชีพ [ ] 1. ว่างงาน [ ] 4. ธุรกิจส่วนตัว [ ] 2. ค้าขาย [ ] 5. รับราชการ [ ] 3. เกษตรกรรม [ ] 6. อื่น ๆ (ระบุ.....)
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน เดือนละ ..... บาท
7. สิทธิการรักษาพยาบาล [ ] 1. บัตรทอง [ ] 3. จ่ายตรง(ข้าราชการ) [ ] 2. ประกันสังคม [ ] 4. ชำระเงินเอง
8. ท่านมีผู้ดูแลหรือไม่ [ ] 1. มี (ระบุ.....) [ ] 2. ไม่มี/ดูแลตนเอง
9. ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง..... ปี (ถ้าระยะเวลาในการปฏิบัติงานบริหารเวชภัณฑ์มากกว่า 6 เดือนให้นับเป็นปีเต็ม)
10. โรคร่วมอื่น ๆ [ ] 1.ไม่มีโรคร่วม [ ] 2. โรคเบาหวาน [ ] 3. โรคความดันโลหิตสูง [ ] 4.โรคหัวใจ [ ] 5. โรคไขมันในเลือดสูง [ ] 6.อื่น ๆ (ระบุ.....)
11. การเดินทางมาโรงพยาบาล [ ] 1. รถยนต์/จักรยานยนต์ส่วนตัว [ ] 2. รถรับจ้างสาธารณะ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไต (SF – 36)

คำแนะนำในการตอบแบบสอบถาม

แบบสอบถามนี้เป็นแบบสอบถามที่สำรวจความคิดเห็นของท่านที่มีต่อสุขภาพของท่านเอง ซึ่งจะเป็นคำถามเกี่ยวกับสุขภาพและความสามารถในการทำกิจกรรมโดยทั่ว ๆ ไป

โปรดตอบคำถามทุกคำถาม โดยการวงกลมตัวเลือกในแต่ละข้อ ถ้าหากท่านไม่แน่ใจ ให้เลือกคำตอบที่ท่านคิดว่าใกล้เคียงที่สุด

สุขภาพของท่าน

1. โดยทั่วไป ท่านพูดได้ว่าสุขภาพของท่านเป็นอย่างไร

(วงกลมหนึ่งคำตอบ)

ดีเลิศ 1
ดีมาก 2
ดี 3
พอใช้ได้ 4
ไม่ดี 5

2. เปรียบเทียบกับเมื่อหนึ่งปีที่แล้ว ท่านพูดได้ว่าสุขภาพของท่านโดยทั่วไปตอนนี้ เป็นอย่างไร

(วงกลมหนึ่งคำตอบ)

ตอนนี้ดีกว่าเมื่อหนึ่งปีที่แล้วมาก 1
ตอนนี้ดีกว่าเมื่อหนึ่งปีที่แล้วบ้าง 2
พอ ๆ กันกับเมื่อหนึ่งปีที่แล้ว 3
ตอนนี้แย่กว่าเมื่อหนึ่งปีที่แล้วบ้าง 4
ตอนนี้แย่กว่าเมื่อหนึ่งปีที่แล้ว 5

3. คำถามต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับกิจกรรมที่ท่านปฏิบัติในแต่ละวัน ท่านคิดว่าสุขภาพของท่านในตอนนี้ มีผลทำให้ท่านไม่สามารถทำกิจกรรมต่อไปได้อย่างเต็มที่ หรือไม่ ถ้ามี มีแค่ไหน?

(วงกลมเลือกหนึ่งคำตอบในแต่ละบรรทัด)

ท่านมีปัญหาเวลาทำสิ่งเหล่านี้มากน้อยเพียงใด	**ทำได้น้อยลงมาก**	**ทำได้บ้าง**	**ทำได้เต็มที่**
ก. **กิจกรรมที่ต้องใช้แรงมาก** เช่น การวิ่ง ยกของหนักการร่วมเล่นกีฬาที่ต้องออกแรงมาก	1	2	3
ข. **กิจกรรมที่ต้องใช้แรงพอสมควร** เช่น เลื่อนโต๊ะ รดน้ำต้นไม้ ขี่จักรยาน 100 เมตร ซักเสื้อผ้าด้วยตนเอง 8 – 10 ชิ้น	1	2	3
ค. เดิน ยกหรือหิ้วของชำเต็มสอบมือ	1	2	3
ง. ขึ้นบันได**หลาย ๆ ชั้น**ติดต่อกัน	1	2	3
จ. ขึ้นบันได**ชั้นเดียว**	1	2	3
ฉ. งอเข่า ก้ม คุกเข่า หรือโก้งโค้ง	1	2	3
ช. เดินมากกว่า **หนึ่งกิโลเมตร**	1	2	3
ซ. เดินประมาณ **ครึ่งกิโลเมตร**	1	2	3
ฌ. เดินประมาณ **หนึ่งร้อยเมตร**	1	2	3
ญ. อาบน้ำหรือแต่งตัวสวมเสื้อผ้าเอง	1	2	3

4. ในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา สุขภาพกายของท่านทำให้ท่านมีปัญหาต่อไปนี้ ในการทำงานหรือทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ของท่าน หรือไม่?

(วงกลมเลือกหนึ่งคำตอบในแต่ละบรรทัด)

กิจกรรม	**มี**	**ไม่มี**
ก. ทำงานหรือทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ **ไม่นาน**เท่าที่เคย	1	2
ข. ทำงาน**เสร็จได้น้อยกว่า**ที่ต้องการ	1	2
ค. ไม่สามารถทำงานหรือกิจกรรม**บางอย่าง**ได้อย่างที่เคยทำ	1	2
ง. ทำงานหรือทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วย**ความลำบาก** (เช่น ต้องใช้ความพยายามมากขึ้น)	1	2

5. ในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา ปัญหาทางอารมณ์ของท่าน (เช่น รู้สึกหดหู่ หรือวิตกกังวล) ทำให้ท่านมีปัญหาในการทำงานหรือกิจกรรมปกติประจำวัน หรือไม่?

(วงกลมเลือกหนึ่งคำตอบในแต่ละบรรทัด)

กิจกรรม	**มี**	**ไม่มี**
ก. ทำงานหรือกิจกรรมต่าง ๆ หรือกิจวัตรประจำวัน ได้**ไม่นาน**เท่าที่เคย	1	2
ข. ทำงาน**เสร็จได้น้อยกว่า**ที่ต้องการ	1	2
ค. มีความระวัดระวังในการทำงานหรือกิจวัตรประจำวัน **น้อยกว่าเดิม**	1	2

6. ในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา สุขภาพกายหรือปัญหาทางอารมณ์ของท่าน รบกวนการทำกิจกรรมทางสังคมตามปกติของท่าน เช่น การพบปะสังสรรค์กับครอบครัว เพื่อนฝูง หรือเพื่อนบ้านมากน้อยเพียงใด

(วงกลมหนึ่งคำตอบ)

ไม่เลย 1
ล็กน้อย 2
ปานกลาง 3
ค่อนข้างมาก 4
มากอย่างยิ่ง 5

7. ในระยะหนึ่งเดือนที่ผ่านมา ท่านมีอาการปวดตามร่างกายรุนแรงเพียงใด? เช่นปวดหัว ปวดท้อง ปวดเข่า ปวดกล้ามเนื้อ

(วงกลมหนึ่งคำตอบ)

ไม่มีอาการเลย 1
มีอาการเล็กน้อยมาก 2
มีอาการเล็กน้อย 3
มีอาการปานกลาง 4
มีอาการมาก..... 5
มีอาการรุนแรงมาก..... 6

8. ในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา อาการปวดตามร่างกายของท่าน รบกวนการทำงานตามปกติของท่าน (ทั้งที่ทำงาน และงานบ้าน) เพียงใด

(วงกลมหนึ่งคำตอบ)

ไม่เลย 1
เล็กน้อย 2
ปานกลาง 3
ค่อนข้างมาก 4
มากอย่างยิ่ง 5

9. คำถามต่อไปนี้เกี่ยวกับว่าท่านรู้สึกอย่างไร และท่านเป็นอย่างไรในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา โปรดตอบคำถาม แต่ละข้อ โดยให้คำตอบที่ใกล้เคียงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

- ในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา ท่านมีความรู้สึกต่อไปนี้ บ่อยแค่ไหน

(วงกลมเลือกหนึ่งคำตอบในแต่ละบรรทัด)

กิจกรรม	ตลอดเวลา	เกือบตลอดเวลา	บ่อย ๆ	บางครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่เลย
ก. คุณรู้สึกมีชีวิตชีวา กระปรี้กระเปร่า	1	2	3	4	5	6
ข. คุณรู้สึกวิตกกังวล	1	2	3	4	5	6
ค. คุณรู้สึกหดหู่เศร้าซึมมากจนไม่มีอะไรทำให้คุณรู้สึกดีขึ้นได้	1	2	3	4	5	6
ง. คุณรู้สึกอารมณ์เย็น สงบและสบาย	1	2	3	4	5	6
จ. คุณมีพละกำลังหรือพลังมากมาย	1	2	3	4	5	6
ฉ. คุณรู้สึกท้อแท้ และหดหู่ใจ	1	2	3	4	5	6
ช. คุณรู้สึกหมดเรี่ยวแรง	1	2	3	4	5	6
ซ. คุณรู้สึกว่าคุณเป็นคนที่มีความสุขคนหนึ่ง	1	2	3	4	5	6
ฌ. คุณรู้สึกเหนื่อยล้า	1	2	3	4	5	6

10. ในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา สุขภาพกายหรือปัญหาทางอารมณ์ของท่าน รบกวนการทำกิจกรรมทางสังคมตามปกติของท่าน เช่น การพบปะสังสรรค์กับครอบครัว เพื่อนฝูง หรือเพื่อนบ้าน บ่อยแค่ไหน

(วงกลมหนึ่งคำตอบ)

ตลอดเวลา 1
เกือบตลอดเวลา 2
บางครั้ง 3
นาน ๆ ครั้ง 4
ไม่เลย 5

11. ข้อความแต่ละข้อความต่อไปนี้ **ถูกต้อง**หรือ**ไม่ถูกต้อง** มากน้อยแค่ไหนสำหรับท่าน

(วงกลมเลือกหนึ่งคำตอบในแต่ละบรรทัด)

กิจกรรม	**ถูกต้องอย่างยิ่ง**	**ถูกต้องค่อนข้างมาก**	**ไม่ทราบ**	**ถูกต้องค่อนข้างน้อย**	**ไม่ถูกต้องเลย**
ก. ฉันดูเหมือนจะไม่สบายง่ายกว่าคนอื่น	1	2	3	4	5
ข. ฉันมีสุขภาพแข็งแรงดีพอ ๆ กับคนอื่น ๆ ที่ฉันรู้จัก	1	2	3	4	5
ค. ฉันคิดว่าสุขภาพของตัวเองจะแย่ลง	1	2	3	4	5
ง. สุขภาพของฉันดีเยี่ยม	1	2	3	4	5

ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (9Q)

ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมารวมทั้งวันนี้ ท่านมีอาการเหล่านี้ บ่อยแค่ไหน	**ไม่มีเลย**	**เป็นบางวัน 1-7 วัน**	**เป็นบ่อย > 7 วัน**	**เป็นทุกวัน**
1. เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร	0	1	2	3
2. ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้	0	1	2	3
3. หลับยากหรือหลับ ๆ ตื่น ๆ หรือหลับมากไป	0	1	2	3
4. เหนื่อยง่ายหรือไม่ค่อยมีแรง	0	1	2	3
5. เบื่ออาหารหรือกินมากเกินไป	0	1	2	3
6. รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่าตัวเองล้มเหลวหรือครอบครัวผิดหวัง	0	1	2	3
7. สมาธิไม่ดี เวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ	0	1	2	3
8. พูดช้า ทำอะไรช้าลงจนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือกระสับกระส่ายไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนที่เคยเป็น	0	1	2	3
9. คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตายไปคงจะดี	0	1	2	3
คะแนนรวมทั้งหมด				

แบบเก็บข้อมูลเพื่อประเมินผลรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร

คำชี้แจง แบบทดสอบความรู้นี้ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน	ประกอบด้วย 16 ข้อ
ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไต (SF – 36)	ประกอบด้วย 36 ข้อ
ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (9Q)	ประกอบด้วย 9 ข้อ
ส่วนที่ 4 แบบทดสอบความเข้าใจสื่อการจัดการตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไต	ประกอบด้วย 15 ข้อ
ส่วนที่ 5 แบบประเมินความพึงพอใจต่อวีดีทัศน์ให้ความรู้เรื่องการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม	ประกอบด้วย 12 ข้อ
ส่วนที่ 6 แบบประเมินความพึงพอใจต่อสมุดบันทึกการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม	ประกอบด้วย 5 ข้อ

แบบสอบถามที่ใช้ในครั้งนี้ เป็นส่วนหนึ่งในการศึกษาวิจัยของนิสิต ระดับบัณฑิตศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร ผู้ศึกษาจึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ในการตอบแบบสอบถามนี้ตามความเป็นจริงมากที่สุดและตอบแบบสอบถามทุกข้อ โดยไม่ต้องระบุ ชื่อ–สกุล ลงในแบบสอบถาม คำตอบของท่านผู้ศึกษาจะถือว่าเป็นความลับและจะนำเสนอข้อมูลผลการวิจัยที่เป็นภาพรวม จะไม่มีผลกระทบต่อตัวผู้ตอบแบบสอบถามแต่อย่างใด

นายปรัตถกร วงศ์กาฬสินธุ์
นิสิตปริญญาเอก สาขาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
โทร 087-2266772

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน

(กรุณาเติมข้อความและทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ตรงกับข้อมูลของท่าน)

1. เพศ [ ] 1.ชาย [ ] 2. หญิง
2. ท่านอายุ ..... ปี (นับจำนวนเต็มเป็นปี เศษเกิน 6 เดือนให้นับเป็นปีเต็ม)
3.สถานภาพสมรส [ ] 1. โสด [ ] 2. สมรส [ ] 3. หม้าย/หย่าร้าง
4. ท่านสำเร็จการศึกษาสูงสุดระดับใด [ ] 1. ไม่ได้ศึกษา [ ] 5. ปวส. [ ] 2. ประถมศึกษา [ ] 6. ปริญญาตรี [ ] 3. มัธยมศึกษา [ ] 7. สูงกว่าปริญญาตรี [ ] 4. ปวช.
5. อาชีพ [ ] 1. ว่างงาน [ ] 4. ธุรกิจส่วนตัว [ ] 2. ค้าขาย [ ] 5. รับราชการ [ ] 3. เกษตรกรรม [ ] 6. อื่น ๆ (ระบุ.....)
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน เดือนละ ..... บาท
7. สิทธิการรักษาพยาบาล [ ] 1. บัตรทอง [ ] 3. จ่ายตรง(ข้าราชการ) [ ] 2. ประกันสังคม [ ] 4. ชำระเงินเอง
8. ท่านมีผู้ดูแลหรือไม่ [ ] 1. มี (ระบุ.....) [ ] 2. ไม่มี/ดูแลตนเอง
9. ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง..... ปี (ถ้าระยะเวลาในการปฏิบัติงานบริหารเวชภัณฑ์มากกว่า 6 เดือนให้นับเป็นปีเต็ม)
10. โรคร่วมอื่น ๆ [ ] 1.ไม่มีโรคร่วม [ ] 2. โรคเบาหวาน [ ] 3. โรคความดันโลหิตสูง [ ] 4.โรคหัวใจ [ ] 5. โรคไขมันในเลือดสูง [ ] 6.อื่น ๆ (ระบุ.....)
11. การเดินทางมาโรงพยาบาล [ ] 1. รถยนต์/จักรยานยนต์ส่วนตัว [ ] 2. รถรับจ้างสาธารณะ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน (ต่อ)

คำชี้แจง โปรดตอบคำถามตามความเป็นจริงในช่วงว่างหรือทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน [ ] หน้าข้อความ ที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

12. CKD Stage [ ] ระยะที่ 1 [ ] ระยะที่ 2 [ ] ระยะที่ 3 [ ] ระยะที่ 4 [ ] ระยะที่ 5
12. eGFR (ml/min/1.73m^2) .....
13. Glucose (mg/dL) .....
14. Serum Creatinine (mg/dL) .....
15. Systolic BP (mmHg) .....
16. Diastolic BP (mmHg) .....

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไต (SF – 36)

คำแนะนำในการตอบแบบสอบถาม

แบบสอบถามนี้เป็นแบบสอบถามที่สำรวจความคิดเห็นของท่านที่มีต่อสุขภาพของท่านเอง ซึ่งจะเป็นคำถามเกี่ยวกับสุขภาพและความสามารถในการทำกิจกรรมโดยทั่ว ๆ ไป

โปรดตอบคำถามทุกคำถาม โดยการวงกลมตัวเลือกในแต่ละข้อ ถ้าหากท่านไม่แน่ใจ ให้เลือกคำตอบที่ท่านคิดว่าใกล้เคียงที่สุด

สุขภาพของท่าน

1. โดยทั่วไป ท่านพูดได้ว่าสุขภาพของท่านเป็นอย่างไร

(วงกลมหนึ่งคำตอบ)

ดีเลิศ 1
ดีมาก 2
ดี 3
พอใช้ได้ 4
ไม่ดี 5

2. เปรียบเทียบกับเมื่อหนึ่งปีที่แล้ว ท่านพูดได้ว่าสุขภาพของท่านโดยทั่วไปตอนนี้ เป็นอย่างไร

(วงกลมหนึ่งคำตอบ)

ตอนนี้ดีกว่าเมื่อหนึ่งปีที่แล้วมาก 1
ตอนนี้ดีกว่าเมื่อหนึ่งปีที่แล้วบ้าง 2
พอ ๆ กันกับเมื่อหนึ่งปีที่แล้ว 3
ตอนนี้แย่กว่าเมื่อหนึ่งปีที่แล้วบ้าง 4
ตอนนี้แย่กว่าเมื่อหนึ่งปีที่แล้ว 5

3. คำถามต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับกิจกรรมที่ท่านปฏิบัติในแต่ละวัน ท่านคิดว่าสุขภาพของท่านในตอนนี้ มีผลทำให้ท่านไม่สามารถทำกิจกรรมต่อไปได้อย่างเต็มที่ หรือไม่ ถ้ามี มีแค่ไหน?

(วงกลมเลือกหนึ่งคำตอบในแต่ละบรรทัด)

ท่านมีปัญหาเวลาทำสิ่งเหล่านี้มากน้อยเพียงใด	**ทำได้น้อยลงมาก**	**ทำได้บ้าง**	**ทำได้เต็มที่**
ก. **กิจกรรมที่ต้องใช้แรงมาก** เช่น การวิ่ง ยกของหนักการร่วมเล่นกีฬาที่ต้องออกแรงมาก	1	2	3
ข. **กิจกรรมที่ต้องใช้แรงพอสมควร** เช่น เลื่อนโต๊ะ รดน้ำต้นไม้ ขี่จักรยาน 100 เมตร ซักเสื้อผ้าด้วยตนเอง 8 – 10 ชิ้น	1	2	3
ค. เดิน ยกหรือหิ้วของชำเต็มสอบมือ	1	2	3
ง. ขึ้นบันได**หลาย ๆ ชั้น**ติดต่อกัน	1	2	3
จ. ขึ้นบันได**ชั้นเดียว**	1	2	3
ฉ. งอเข่า ก้ม คุกเข่า หรือโก้งโค้ง	1	2	3
ช. เดินมากกว่า **หนึ่งกิโลเมตร**	1	2	3
ซ. เดินประมาณ **ครึ่งกิโลเมตร**	1	2	3
ฌ. เดินประมาณ **หนึ่งร้อยเมตร**	1	2	3
ญ. อาบน้ำหรือแต่งตัวสวมเสื้อผ้าเอง	1	2	3

4. ในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา สุขภาพกายของท่านทำให้ท่านมีปัญหาต่อไปนี้ ในการทำงานหรือทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ของท่าน หรือไม่?

(วงกลมเลือกหนึ่งคำตอบในแต่ละบรรทัด)

กิจกรรม	**มี**	**ไม่มี**
ก. ทำงานหรือทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ **ไม่นาน**เท่าที่เคย	1	2
ข. ทำงาน**เสร็จได้น้อยกว่า**ที่ต้องการ	1	2
ค. ไม่สามารถทำงานหรือกิจกรรม**บางอย่าง**ได้อย่างที่เคยทำ	1	2
ง. ทำงานหรือทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วย**ความลำบาก** (เช่น ต้องใช้ความพยายามมากขึ้น)	1	2

5. ในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา ปัญหาทางอารมณ์ของท่าน (เช่น รู้สึกหดหู่ หรือวิตกกังวล) ทำให้ท่านมีปัญหาในการทำงานหรือกิจกรรมปกติประจำวัน หรือไม่?

(วงกลมเลือกหนึ่งคำตอบในแต่ละบรรทัด)

กิจกรรม	**มี**	**ไม่มี**
ก. ทำงานหรือกิจกรรมต่าง ๆ หรือกิจวัตรประจำวัน ได้**ไม่นาน**เท่าที่เคย	1	2
ข. ทำงาน**เสร็จได้น้อยกว่า**ที่ต้องการ	1	2
ค. มีความระวัดระวังในการทำงานหรือกิจวัตรประจำวัน **น้อยกว่าเดิม**	1	2

6. ในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา สุขภาพกายหรือปัญหาทางอารมณ์ของท่าน รบกวนการทำกิจกรรมทางสังคมตามปกติของท่าน เช่น การพบปะสังสรรค์กับครอบครัว เพื่อนฝูง หรือเพื่อนบ้านมากน้อยเพียงใด

(วงกลมหนึ่งคำตอบ)

ไม่เลย 1
ล็กน้อย 2
ปานกลาง 3
ค่อนข้างมาก 4
มากอย่างยิ่ง 5

7. ในระยะหนึ่งเดือนที่ผ่านมา ท่านมีอาการปวดตามร่างกายรุนแรงเพียงใด? เช่นปวดหัว ปวดท้อง ปวดเข่า ปวดกล้ามเนื้อ

(วงกลมหนึ่งคำตอบ)

ไม่มีอาการเลย 1
มีอาการเล็กน้อยมาก 2
มีอาการเล็กน้อย 3
มีอาการปานกลาง 4
มีอาการมาก..... 5
มีอาการรุนแรงมาก..... 6

8. ในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา อาการปวดตามร่างกายของท่าน รบกวนการทำงานตามปกติของท่าน (ทั้งที่ทำงาน และงานบ้าน) เพียงใด

(วงกลมหนึ่งคำตอบ)

ไม่เลย 1
เล็กน้อย 2
ปานกลาง 3
ค่อนข้างมาก 4
มากอย่างยิ่ง 5

9. คำถามต่อไปนี้เกี่ยวกับว่าท่านรู้สึกอย่างไร และท่านเป็นอย่างไรในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา โปรดตอบคำถาม แต่ละข้อ โดยให้คำตอบที่ใกล้เคียงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

- ในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา ท่านมีความรู้สึกต่อไปนี้ บ่อยแค่ไหน

(วงกลมเลือกหนึ่งคำตอบในแต่ละบรรทัด)

กิจกรรม	ตลอดเวลา	เกือบตลอดเวลา	บ่อย ๆ	บางครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่เลย
ก. คุณรู้สึกมีชีวิตชีวา กระปรี้กระเปร่า	1	2	3	4	5	6
ข. คุณรู้สึกวิตกกังวล	1	2	3	4	5	6
ค. คุณรู้สึกหดหู่เศร้าซึมมากจนไม่มีอะไรทำให้คุณรู้สึกดีขึ้นได้	1	2	3	4	5	6
ง. คุณรู้สึกอารมณ์เย็น สงบและสบาย	1	2	3	4	5	6
จ. คุณมีพละกำลังหรือพลังมากมาย	1	2	3	4	5	6
ฉ. คุณรู้สึกท้อแท้ และหดหู่ใจ	1	2	3	4	5	6
ช. คุณรู้สึกหมดเรี่ยวแรง	1	2	3	4	5	6
ซ. คุณรู้สึกว่าคุณเป็นคนที่มีความสุขคนหนึ่ง	1	2	3	4	5	6
ฌ. คุณรู้สึกเหนื่อยล้า	1	2	3	4	5	6

10. ในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา สุขภาพกายหรือปัญหาทางอารมณ์ของท่าน รบกวนการทำกิจกรรมทางสังคมตามปกติของท่าน เช่น การพบปะสังสรรค์กับครอบครัว เพื่อนฝูง หรือเพื่อนบ้าน บ่อยแค่ไหน

(วงกลมหนึ่งคำตอบ)

ตลอดเวลา 1
เกือบตลอดเวลา 2
บางครั้ง 3
นาน ๆ ครั้ง 4
ไม่เลย 5

11. ข้อความแต่ละข้อความต่อไปนี้ **ถูกต้อง**หรือ**ไม่ถูกต้อง** มากน้อยแค่ไหนสำหรับท่าน

(วงกลมเลือกหนึ่งคำตอบในแต่ละบรรทัด)

กิจกรรม	**ถูกต้องอย่างยิ่ง**	**ถูกต้องค่อนข้างมาก**	**ไม่ทราบ**	**ถูกต้องค่อนข้างน้อย**	**ไม่ถูกต้องเลย**
ก. ฉันดูเหมือนจะไม่สบายง่ายกว่าคนอื่น	1	2	3	4	5
ข. ฉันมีสุขภาพแข็งแรงดีพอ ๆ กับคนอื่น ๆ ที่ฉันรู้จัก	1	2	3	4	5
ค. ฉันคิดว่าสุขภาพของตัวเองจะแย่ลง	1	2	3	4	5
ง. สุขภาพของฉันดีเยี่ยม	1	2	3	4	5

ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (9Q)

ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมารวมทั้งวันนี้ ท่านมีอาการเหล่านี้ บ่อยแค่ไหน	**ไม่มีเลย**	**เป็นบางวัน 1-7 วัน**	**เป็นบ่อย > 7 วัน**	**เป็นทุกวัน**
1. เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร	0	1	2	3
2. ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้	0	1	2	3
3. หลับยากหรือหลับ ๆ ตื่น ๆ หรือหลับมากไป	0	1	2	3
4. เหนื่อยง่ายหรือไม่ค่อยมีแรง	0	1	2	3
5. เบื่ออาหารหรือกินมากเกินไป	0	1	2	3
6. รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่าตัวเองล้มเหลวหรือครอบครัวผิดหวัง	0	1	2	3
7. สมาธิไม่ดี เวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ	0	1	2	3
8. พูดช้า ทำอะไรช้าลงจนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือกระสับกระส่ายไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนที่เคยเป็น	0	1	2	3
9. คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตายไปคงจะดี	0	1	2	3
คะแนนรวมทั้งหมด				

ส่วนที่ 4 แบบทดสอบความเข้าใจสื่อการจัดการตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไต

คำชี้แจง แบบทดสอบนี้ใช้ในการสอบถามความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม ขอให้ท่านตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง

(โปรดทำเครื่องหมายถูก (✓) หน้าข้อที่ถูกที่สุด โดยแต่ละข้อจะมีเพียงคำตอบเดียวเท่านั้น)

ข้อ	คำถาม	ใช่	ไม่ใช่
1	การเป็นโรคไตเสื่อมสามารถรักษาให้หายขาดได้		
2	การมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นสาเหตุที่ทำให้ไตเสื่อม		
3	การมีระดับความดันโลหิตสูงทำให้ไตเสื่อมเร็วขึ้น		
4	.....		
5	.....		
6	.....		
7	.....		
8	.....		
9	.....		
10	.....		
11	.....		
12	.....		
13	.....		
14	เมื่อต้องการโทรปรึกษาปัญหาความเครียด โทร.1323 (สายด่วนสุขภาพจิต)		
15	การมาตรวจตามนัดทุกครั้งเป็นปัจจัยที่ช่วยชะลอไตเสื่อม		

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความพึงพอใจต่อวีดีทัศน์ให้ความรู้เรื่องการจัดการตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไต

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย (✓) ในช่องระดับความพึงพอใจที่ตรงกับความคิดของท่าน

3 = มาก 2 = ปานกลาง 1 = น้อย

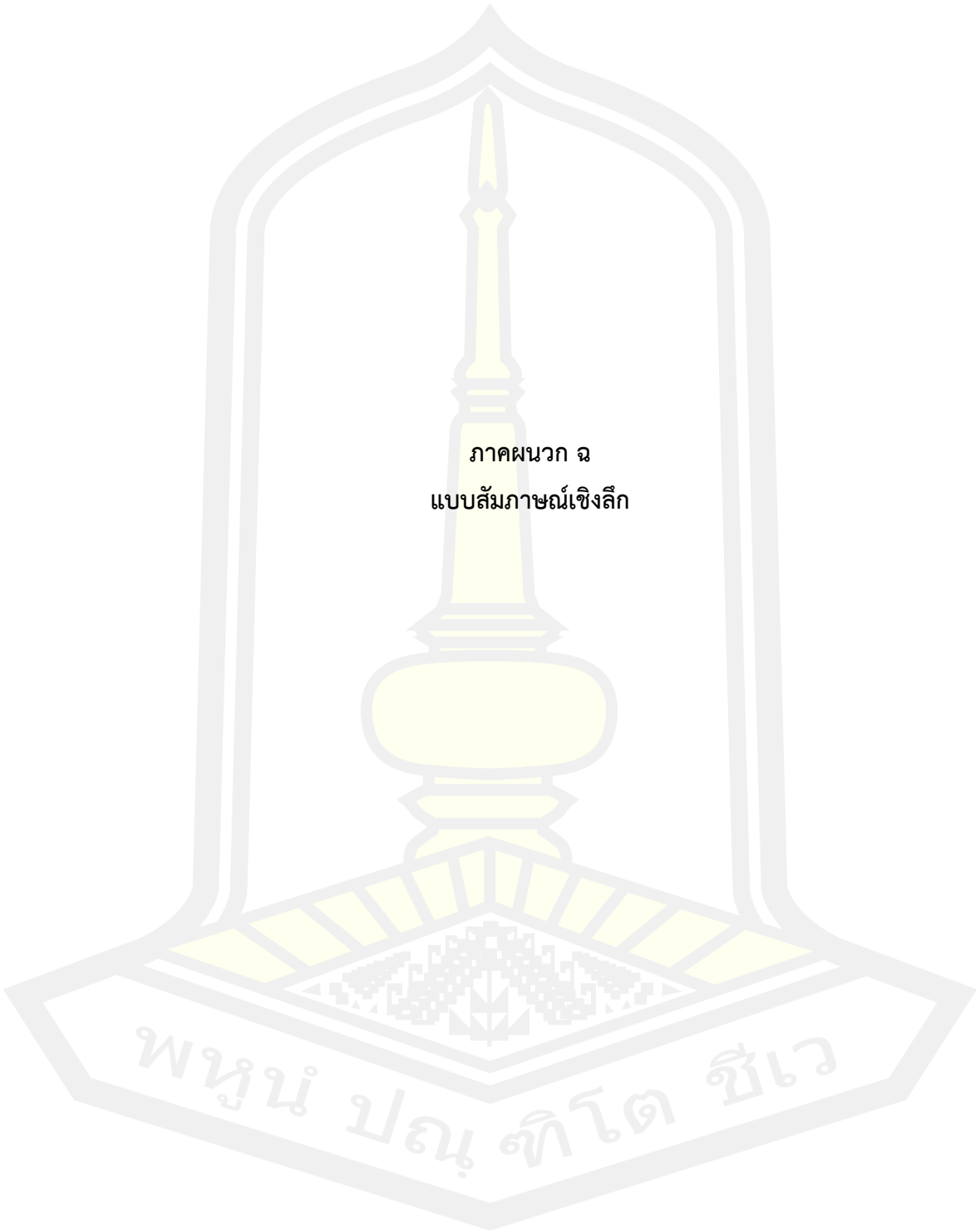
หัวข้อประเมิน	**ระดับความพึงพอใจ**		
	มาก (3)	**ปานกลาง (2)**	**น้อย (1)**
รูปแบบของวีดีทัศน์ 1.วีดีทัศน์มีความน่าสนใจ			
2.วีดีทัศน์นี้ทำให้เข้าใจเรื่องการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม			
เนื้อหาของวีดีทัศน์ 1.เนื้อหามีความเหมาะสมไม่สั้นหรือยาวเกินไป			
2.เนื้อหาเข้าใจง่าย			
3.ความรู้ที่ได้รับครบถ้วน			
รูปภาพ ตัวหนังสือ ภาษา สี และเทคนิค 1.สี ความชัดเจนของภาพนิ่ง และภาพเคลื่อนไหว			
2.ภาษาที่ใช้มีความถูกต้อง เหมาะสม			
3.ภาพที่ใช้ทำให้เข้าใจเนื้อหามากขึ้น			
4.ความสอดคล้องของรูปภาพกับคำบรรยายในเนื้อหา			
ประโยชน์ที่ได้รับ 1.ความรู้ที่ได้รับสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง			
2.การได้รับความรู้ในครั้งนี้ทำให้เข้าใจการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมมากขึ้น			
ภาพรวมของวีดีทัศน์ 1.ระดับความพึงพอใจภาพรวมของวีดีทัศน์			

ส่วนที่ 6 แบบประเมินความพึงพอใจต่อสมุดบันทึกการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องระดับความพึงพอใจให้ตรงกับความคิดของท่าน ซึ่งความหมายของระดับความพึงพอใจแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

3 = มาก 2 = ปานกลาง 1 = น้อย

หัวข้อประเมิน	ระดับความพึงพอใจ		
	มาก (3)	ปานกลาง (2)	น้อย (1)
1. ลักษณะของขนาดอักษร สีตัวอักษร ชัดเจน สวยงาม อ่านง่าย			
2. ภาษาเข้าใจง่าย			
3. มีความน่าดึงดูดและน่าสนใจ			
4. ขนาดของสมุดบันทึกการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมมีความเหมาะสม			
5. ระดับความพึงพอใจในภาพรวมต่อสมุดบันทึกการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม			



ภาคผนวก ฉ
แบบสัมภาษณ์เชิงลึก

แบบสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร

ผู้ทำวิทยานิพนธ์ นายปรัตถกร วงศ์กาฬสินธุ์

สาขาวิชา สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

หัวข้อวิทยานิพนธ์ รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร

ส่วนที่ 1 ปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร

ด้านร่างกาย

1.ท่านคิดว่าสุขภาพของท่านเป็นอย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

2.ท่านมีวิธีในการดูแลตนเองอย่างไรบ้างเพื่อให้สุขภาพร่างกายของท่านแข็งแรงอยู่เสมอ

.....

.....

.....

.....

ด้านจิตใจ

1.ท่านรู้สึกอย่างไรกับสุขภาพของท่าน

.....

.....

2.ท่านรู้สึกสามารถอยู่กับโรคได้อย่างปกติสุขหรือไม่

.....

.....

3.ท่านมีวิธีการปฏิบัติตน/กิจกรรมอะไรบ้างที่ปฏิบัติเพื่อให้เกิดสุขภาพจิตที่ดี

.....

.....

ด้านสัมพันธภาพทางสังคม

1.ท่านคิดว่าสถานภาพของผู้ป่วยในชุมชนของท่านเป็นอย่างไร

.....

.....

2.ท่านได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมภายในชุมชนมากน้อยเพียงใด อย่างไรบ้าง

.....

.....

3.ท่านได้รับสวัสดิการหรือการช่วยเหลือจากภาครัฐ/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/ชุมชน หรือไม่อย่างไรบ้าง

.....

.....

ด้านสิ่งแวดล้อม

1.ท่านคิดว่าสภาพความเป็นอยู่ของท่านเป็นอย่างไร

ลักษณะของที่อยู่อาศัย

.....

.....

มีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้ป่วย

.....

.....

มีสิ่งรบกวนต่อสุขภาพหรือไม่

.....

.....

การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ

.....

.....

2.ท่านคิดว่าสิ่งแวดล้อมบริเวณที่พักอาศัยของท่านเป็นอย่างไร

.....

.....

ส่วนที่ 2 เพื่อหาปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตและศึกษาแนวทางหรือวิธีในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศูนย์สกลนครของ

ท่านคิดว่ามีปัจจัยอะไรบ้างที่ส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตหรือแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างไรของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต

.....

.....

.....

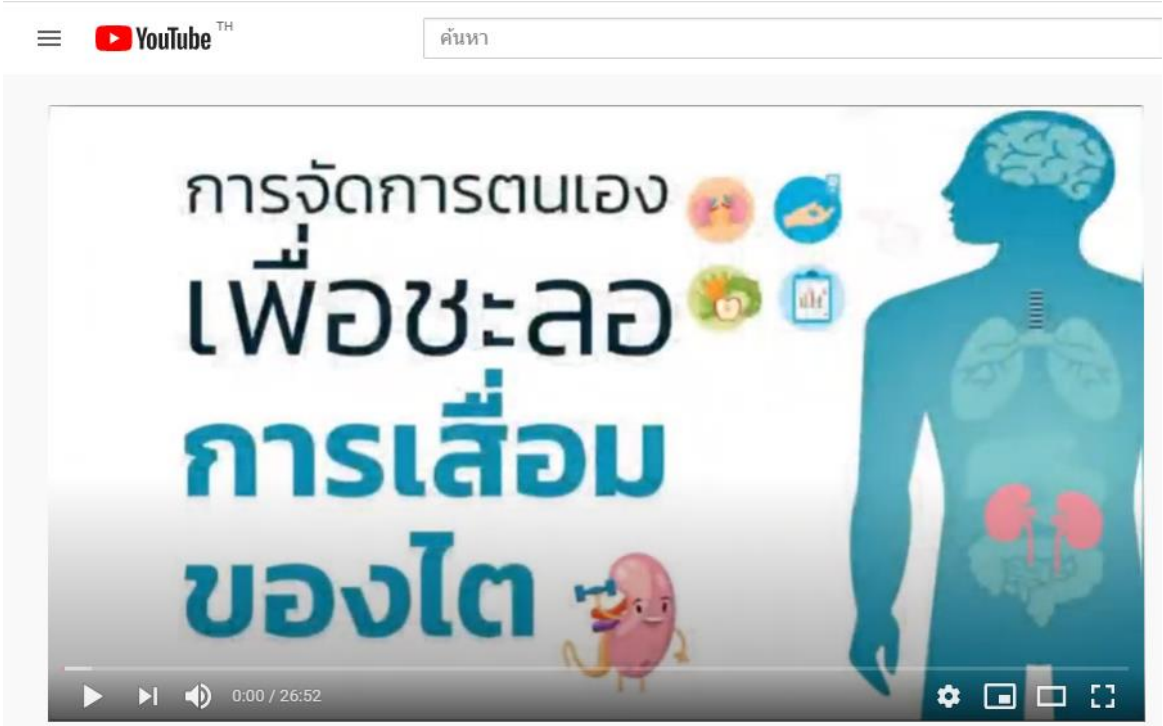
.....

.....

.....

.....

ภาคผนวก ช
ตัวอย่างสื่อวีดีทัศน์ให้ความรู้เรื่องการจัดการตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไต



การจัดการตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไต

การจัดการตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไต

ภาคผนวก ซ
ตัวอย่างสมุดคู่มือการจัดการตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไต

ข้อมูลประจำตัว

เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

ชื่อ.....นามสกุล.....

วัน / เดือน / ปี เกิด.....อายุ..... ปี

ประวัติการแพ้ยา.....

ระยะเวลาที่เป็นโรคไตเรื้อรัง.....ปี

โรคประจำตัวอื่นๆ.....

ส่วนสูง..... เซนติเมตร น้ำหนัก..... กิโลกรัม

ที่อยู่ที่ติดต่อได้ บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....

ซอย..... ตำบล..... อำเภอเมือง

จังหวัดสกลนคร 47000 เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ .....

ญาติผู้ใกล้ชิด/ผู้ดูแล ที่สามารถติดต่อได้

ชื่อ – สกุล .....

ความสัมพันธ์..... เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ.....

พหุน ปณ ฑิโต ชีเว

ดูแลตัวเองอย่างไรดีน๊า

1. ดูแลตนเองให้มีสุขภาพดี จะช่วยให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิตได้ตามตามเกณฑ์ปกติ
2. ควบคุมน้ำหนักตัวโดยดูที่ค่าดัชนีมวลกายและรอบเอวให้อยู่เกณฑ์ปกติ
3. หลีกเลี่ยงการดื่มสุรา เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หรือดื่มไม่เกิน 30 มิลลิลิตรต่อครั้ง
4. หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ หรืออยู่ใกล้ชิดกับผู้สูบบุหรี่
5. ศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่จากสื่อต่างๆ เช่น แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเพื่อนผู้ป่วย อ่านหนังสือ ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ ปรึกษาแพทย์ เภสัชกร พยาบาล อสม. ในเรื่องที่ตนเองสงสัยหรือไม่สามารถหาคำตอบได้เอง
6. สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดกับตัวท่าน ไปตรวจตามนัดและรีบไปพบแพทย์ทันที เมื่อรู้สึกว่ามีอาการผิดปกติ ได้แก่ มีไข้สูง คลื่นไส้ อาเจียน หรือ ท้องเสียมาก กินอาหารได้น้อยกว่าปกติ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ รู้เหนื่อยกว่าปกติ รู้สึกกังวลหรือไม่สบายใจในอาการต่างๆ

การดูแลตนเอง	เป้าหมาย
ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด	
ระดับน้ำตาลก่อนอาหาร	90 – 130 มก./ดล.
ระดับน้ำตาลสะสม (ฮีโมโกลบินเอวันซี; HbA1c)	น้อยกว่า 7%
ควบคุมความดันโลหิต	
ความดันโลหิตตัวบน	น้อยกว่า 130 มม.ปรอท
ความดันโลหิตตัวล่าง	น้อยกว่า 80 มม.ปรอท
ระดับไขมันในเลือด แอล ดี แอล	น้อยกว่า 100 มก./ดล.
น้ำหนักตัว	
ดัชนีมวลกาย	18.5 – 22.9 กก./ม2
รอบเอว ผู้ชาย น้อยกว่า 90 ซม. ผู้หญิง น้อยกว่า 80 ซม.	
การออกกำลังกาย	**ทำอย่างสม่ำเสมออย่างน้อย 3-5 วันต่อสัปดาห์**

7

พหุน ปณ ฑิโต ชีเว

หากพบเห็นสมุดเล่มนี้หล่นหาย กรุณาส่งคืนตามที่อยู่ด้านล่างนี้

จัดทำโดย

นายปรัตถกร วงศ์กาฬสินธุ์

นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ที่อยู่ 161 ม.4 ซอยสุขสมบูรณ์ ตำบลงิ้วด่อน

อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร

เบอร์ติดต่อ 087-2266772

Email. Onorookiez@gmail.com

ช่องทางสื่อสารให้ความรู้ (ไม่เสียค่าใช้จ่าย)

ไตดี ชีวีมีสุข (CKD)

พหุน ปณ ฑิโต ชีเว

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	นายปรัตถกร วงศ์กาฬสินธุ์	
วันเกิด	30 มีนาคม พ.ศ.2534	
สถานที่เกิด	จังหวัดสกลนคร	
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	เลขที่ 161 หมู่ 4 ซอยสมบูรณ์พัฒนา ตำบลงิ้วด่อน อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร 47000	
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	เจ้าพนักงานเภสัชกรรมชำนาญงาน	
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร เลขที่ 1041 ถนนเจริญเมือง ตำบลธาตุเชิงชุม อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร 47000	
ประวัติการศึกษา	พ.ศ.2554	ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงสาธารณสุขศาสตร์ (เทคนิคเภสัชกรรม) วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี
	พ.ศ.2556	ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (ส.บ.) มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
	พ.ศ.2559	ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) สาขาการบริหารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยขอนแก่น
	พ.ศ.2564	ปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต (ส.ด.) มหาวิทยาลัยมหาสารคาม