



รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยการใช้การจัดการตนเองและการจัดการรายกรณี เพื่อชะลอโรคไตเรื้อรังในชุมชนเมือง ของจังหวัดขอนแก่น

วิทยานิพนธ์
ของ
วราทิพย์ แก่นการ

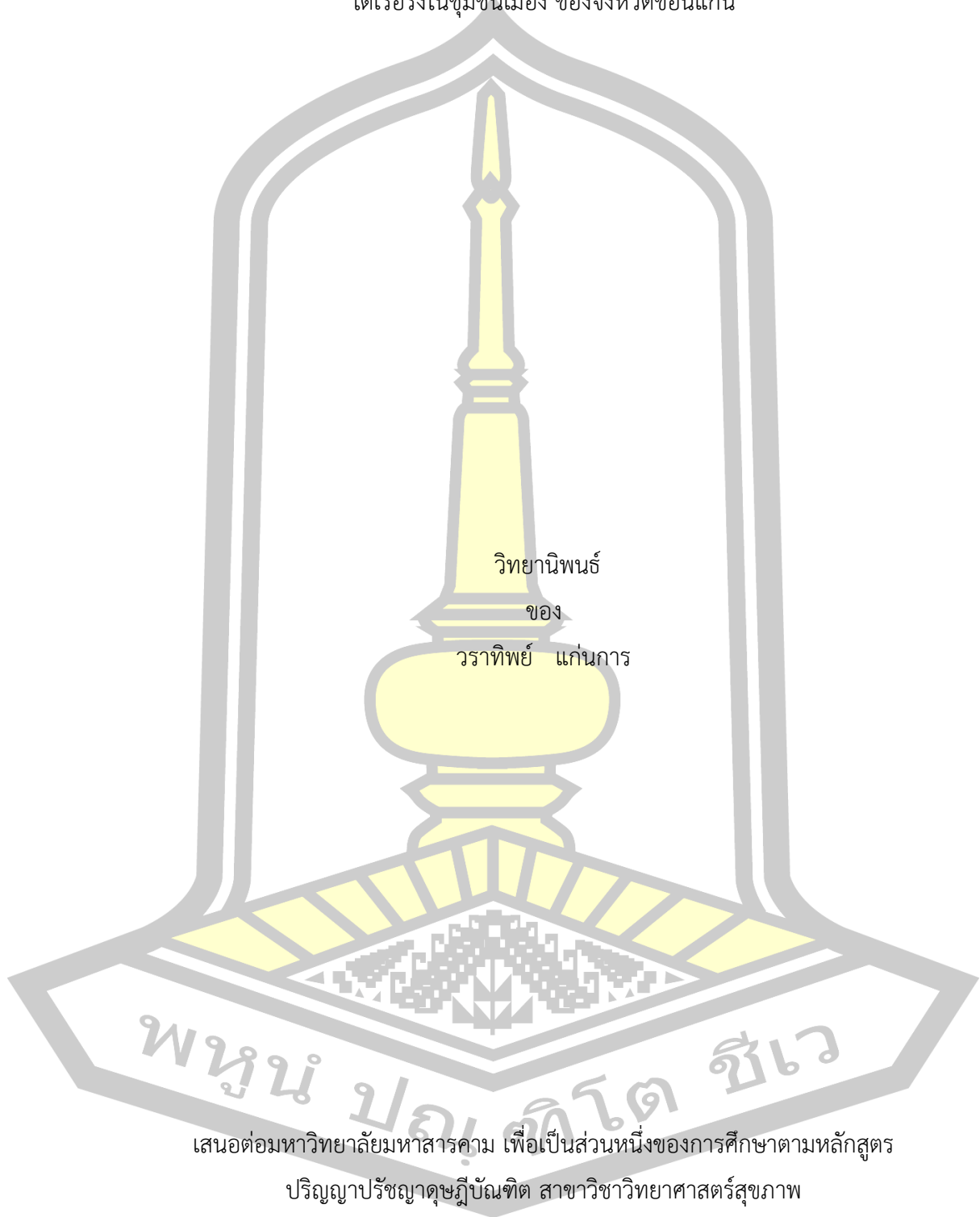
เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

สิงหาคม 2562

สงวนลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยการใช้การจัดการตนเองและการจัดการรายกรณี เพื่อชะลอโรค
ไตเรื้อรังในชุมชนเมือง ของจังหวัดขอนแก่น



วิทยานิพนธ์
ของ
วราทิพย์ แก่นการ

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

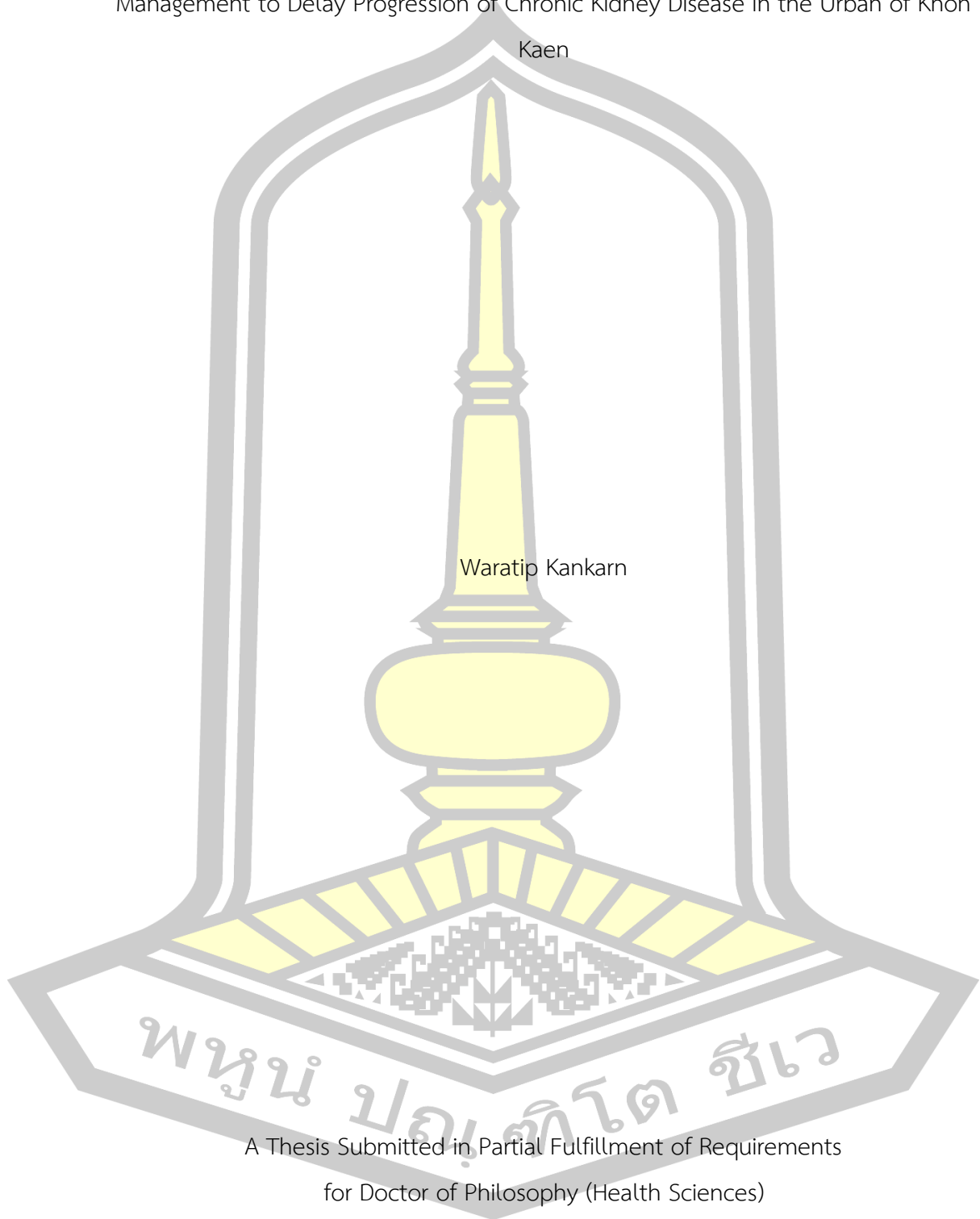
สิงหาคม 2562

สงวนลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Caring Model for Chronic Kidney Disease Patients using Self- Management and Case Management to Delay Progression of Chronic Kidney Disease in the Urban of Khon

Kaen

Waratip Kankarn



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements
for Doctor of Philosophy (Health Sciences)

August 2019

Copyright of Mahasarakham University



คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนางสาววราทิพย์ แก่นการ
แล้วเห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา ปรัชญาดุสิตบัณฑิต สาขาวิชา
วิทยาศาสตร์สุขภาพ ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ประธานกรรมการ

(ผศ. นพ. เทพลักษณ์ ศิริชนะวุฒิชัย พ.บ.)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(รศ. ดร. ปราโมทย์ ทองกระจาย)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(รศ. ดร. บังอร กุมพล)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(รศ. ดร.พญ. ศิริรัตน์ อนุตระกูลชัย)

กรรมการ

(ผศ. ดร. พิศมัย หอมจำปา)

กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก

(รศ. ดร. สมจิต แดนสีแก้ว)

มหาวิทยาลัยอนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญา ปรัชญาดุสิตบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

(ผศ. นพ. เทพลักษณ์ ศิริชนะวุฒิชัย)

คณบดีคณะแพทยศาสตร์

(ผศ. ดร. กริสน์ ชัยมูล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยใช้การจัดการตนเองและการจัดการรายกรณี เพื่อชะลอโรคไตเรื้อรังในชุมชนเมือง ของจังหวัดขอนแก่น		
ผู้วิจัย	วราทิพย์ แก่นการ		
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร. ปราโมทย์ ทองกระจาย รองศาสตราจารย์ ดร. บังอร กุมพล รองศาสตราจารย์ ดร.พญ. ศิริรัตน์ อนุตระกูลชัย		
ปริญญา	ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต	สาขาวิชา	วิทยาศาสตร์สุขภาพ
มหาวิทยาลัย	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	ปีที่พิมพ์	2562

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยใช้การจัดการตนเองและการจัดการรายกรณีเพื่อชะลอโรคไตเรื้อรังในชุมชนเมือง ของจังหวัดขอนแก่นประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ขั้นตอนที่ 2 สังเคราะห์รูปแบบการดูแลโดยใช้การจัดการตนเองและการจัดการรายกรณีประกอบด้วย 1) ประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองและคุณภาพชีวิตเพื่อระบุปัญหาารายบุคคล 2) ให้ความรู้และฝึกทักษะการจัดการตนเอง 3) ติดตามต่อเนื่องที่บ้านเพื่อเสริมพลังแก้ปัญหาในระดับบุคคล 4) ประสานภาคีเครือข่ายในการดูแลแบบองค์รวม ขั้นตอนที่ 3 ประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่าง 200 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการสุ่มตัวอย่าง ประเมินผลก่อนและหลังเก็บข้อมูล 12 เดือน โดยใช้การประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก แบบวัดพฤติกรรมการจัดการตนเอง และ แบบวัดคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติที่ ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผลและข้อเสนอแนะ เมื่อสิ้นสุดการศึกษา กลุ่มทดลองคงอยู่ 95 ราย กลุ่มควบคุม 97 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 69 ปี มีโรคร่วมเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (49.57/46.23 มล./นาที/1.73 ตร.ม.) กลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(129.58/78.08, 135.79/83.59 มม.ปรอท) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองและคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นในกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยใช้การจัดการตนเองและการจัดการรายกรณีสามารถชะลอโรคไตเรื้อรังทั้งนี้ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสหสาขาวิชาชีพ

คำสำคัญ : การจัดการตนเอง, การจัดการรายกรณี, โรคไตเรื้อรัง

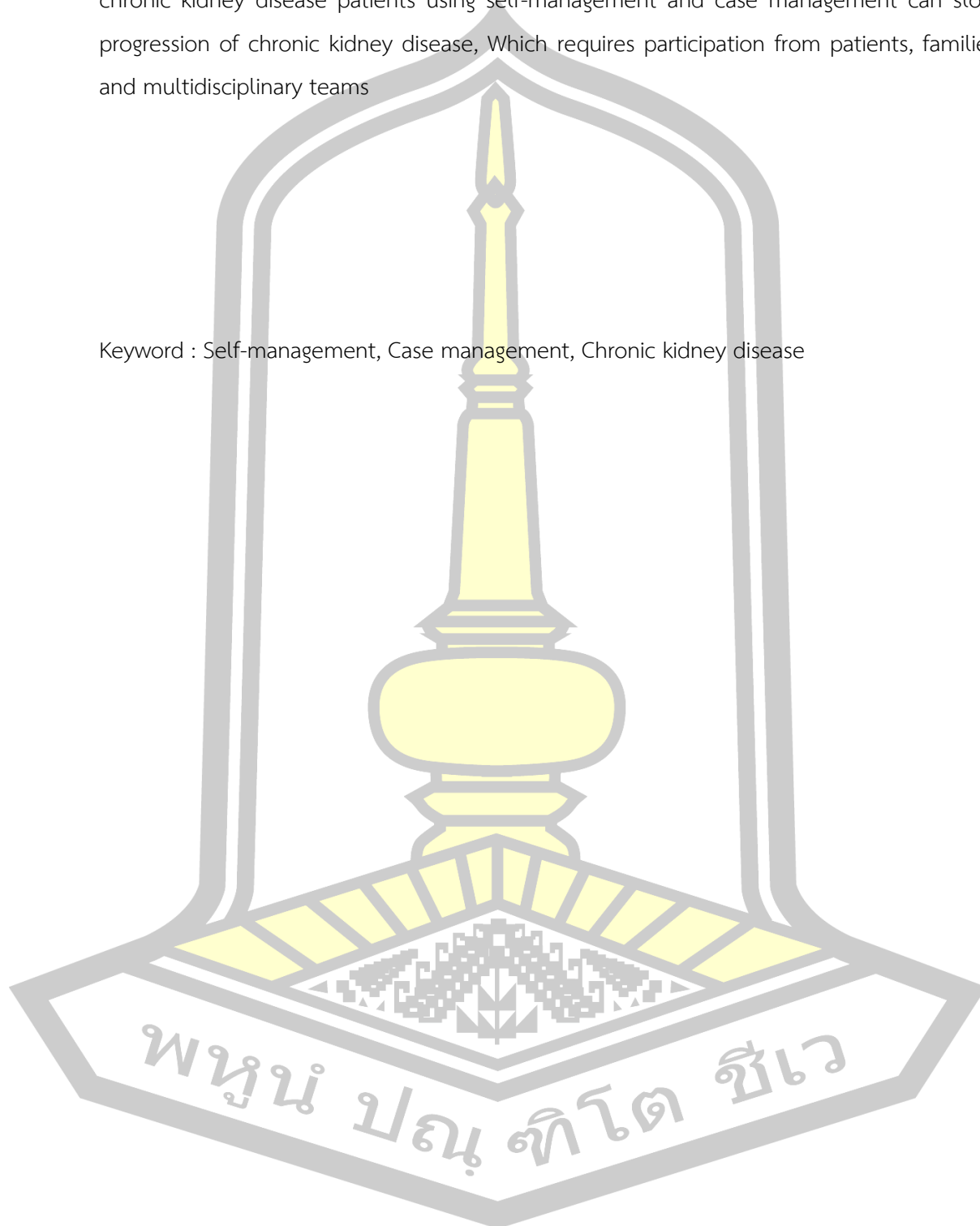
TITLE	Caring Model for Chronic Kidney Disease Patients using Self-Management and Case Management to Delay Progression of Chronic Kidney Disease in the Urban of Khon Kaen		
AUTHOR	Waratip Kankarn		
ADVISORS	Associate Professor Pramote Thongkrajai , Ph.D. Associate Professor Bungon Kumphon , Ph.D. Associate Professor Sirirat Anutrakulchai , Ph.D.		
DEGREE	Doctor of Philosophy	MAJOR	Health Sciences
UNIVERSITY	Maharakham University	YEAR	2019

ABSTRACT

The action research was to study the chronic kidney disease care model by using self-management and case management to delay chronic kidney disease in urban areas of Khon Kaen province consists of four steps. Step 1: Study the care situation of patients with chronic kidney disease. Step 2: Synthesize the care model using the concept of self-management and case management consists of 1) Assessing self-management behavior and quality of life for identifying individual problems 2) Educating and practicing self-management skills 3) Monitoring ongoing care at home to empower personal problem-solving 4) Coordinating network partners in holistic care. Step 3: Study the effect of care model for chronic kidney disease, 200 samples were divided into experimental groups and a control group by sampling. Evaluation before and after 12 months of data collection using clinical evaluation, Self-management behavior to delay chronic kidney disease and the quality of life measure. Data analysis with descriptive statistics and Independent-t test. Step 4: Evaluation and recommendation. At the end of the study, the intervention group were 95 and 97 participants in control group. The mean age was 69 years, were female. The comorbidities were diabetes mellitus with hypertension. The absolute eGFR was significantly higher in intervention than in the control group. (49.57+13.14 versus 46.23 + 13.74 ml/min/1.73m²; P < .05) The intervention group had mean blood pressure lower than the control groups statistically significant. (129.58/76.08 versus 135.79/83.59 mmHg) There was also a statistically significant improvement in self-management behavior mean scores and quality of life in intervention groups. However, BMI and waist

circumference were not significant difference between the two group. Care model for chronic kidney disease patients using self-management and case management can slow progression of chronic kidney disease, Which requires participation from patients, families and multidisciplinary teams

Keyword : Self-management, Case management, Chronic kidney disease



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างสูงยิ่งจาก รศ.ดร. ปราโมทย์ ทองกระจาย ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ รศ.ดร.พญ.ศิริรัตน์ อนุตระกูลชัย และ รศ.ดร. บังอร กุมพล กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ผศ.นพ. เทพลักษณ์ ศิริธนะวุฒิชัย ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผศ.ดร.พิสมัย หอมจำปา กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และ รศ.ดร. สมจิต แคนสีแก้ว ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก ที่ได้ให้คำปรึกษาแนะนำ และตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างดี ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงยิ่งมา ณ ที่นี้

ขอขอบพระคุณ ภก.วงศ์ทิพารัตน์ มัณยานนท์ที่ให้ความอนุเคราะห์เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ของศูนย์แพทย์เขตเมือง โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น และทีมสหสาขาวิชาชีพที่อำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยดีตลอดการวิจัย

ขอขอบคุณทุนอุดหนุนการทำกิจกรรมส่งเสริมและสนับสนุนการทำวิจัยประเภททุนบัณฑิตศึกษาจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ ประจำปี 2561

ขอขอบคุณทุกท่านที่มีได้กล่าวไว้ ณ ที่นี้ที่ให้ความช่วยเหลือเป็นกำลังใจและมีส่วนช่วยให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

คุณค่า และประโยชน์จากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ผู้วิจัยขอมอบเป็นเครื่องบูชาคุณบิดา มารดา และบูรพาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่านที่อบรมสั่งสอน

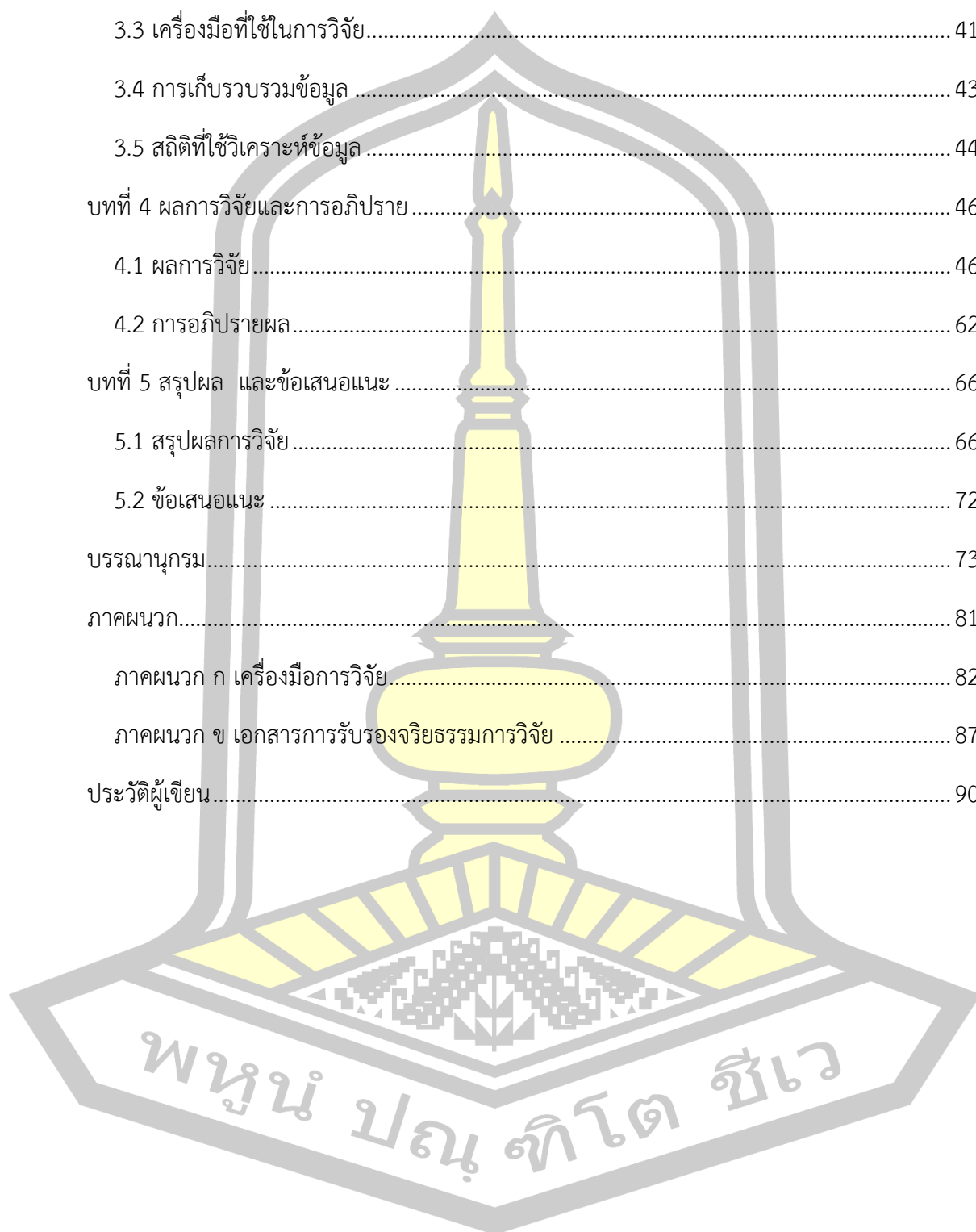
วราทิพย์ แก่นการ

พูน ปณ ทิโต ชีเว

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ช
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญภาพ.....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.1 หลักการและเหตุผล.....	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	6
1.3 สมมติฐานการวิจัย.....	6
1.4 ขอบเขตของการวิจัย.....	6
1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	7
1.6 นิยามศัพท์เฉพาะ.....	7
บทที่ 2 ปรีทัศน์เอกสารข้อมูล.....	10
2.1 โรคไตเรื้อรัง.....	10
2.3 การประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) ร่วมกับการจัดการรายกรณี (Case Management) ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง.....	27
2.4 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง.....	33
2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	35
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	38
3.1 รูปแบบของการวิจัย.....	38

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	39
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	41
3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล	43
3.5 สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล	44
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปราย	46
4.1 ผลการวิจัย.....	46
4.2 การอภิปรายผล.....	62
บทที่ 5 สรุปผล และข้อเสนอแนะ	66
5.1 สรุปผลการวิจัย.....	66
5.2 ข้อเสนอแนะ	72
บรรณานุกรม.....	73
ภาคผนวก.....	81
ภาคผนวก ก เครื่องมือการวิจัย.....	82
ภาคผนวก ข เอกสารการรับรองจริยธรรมการวิจัย	87
ประวัติผู้เขียน.....	90



สารบัญตาราง

	หน้า
ตาราง 1 การคำนวณ Estimated GFR โดย CKD-EPI	14
ตาราง 2 เกณฑ์การวินิจฉัยโรคไตเรื้อรัง	15
ตาราง 3 การแบ่งระยะของโรคไตเรื้อรัง	15
ตาราง 4 จำนวน ร้อยละและค่าไคสแควร์ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำแนกตามข้อมูล	52
ตาราง 5 จำนวน ร้อยละ และค่าไคสแควร์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำแนกตาม	53
ตาราง 6 เปรียบเทียบค่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ระดับความดันโลหิต และอัตราการกรองของไต	54
ตาราง 7 เปรียบเทียบค่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ระดับความดันโลหิต และอัตราการกรองของไต	55
ตาราง 8 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอโรคไตเรื้อรังระหว่าง	56
ตาราง 9 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอโรคไตเรื้อรังระหว่าง	57
ตาราง 10 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและ	58
ตาราง 11 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและ	59
ตาราง 12 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโรคไตเรื้อรังระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	60
ตาราง 13 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโรคไตเรื้อรังระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	61

พจนัน ปณฺ ทิโต ชีเว

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย	9
ภาพที่ 2 ผังการออกแบบงานวิจัย	40
ภาพที่ 3 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโยการใช้การจัดการตนเองและการจัดการรายกรณีใน ชุมชนเมือง	51



บทที่ 1

บทนำ

1.1 หลักการและเหตุผล

โรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease, CKD) นับเป็นปัญหาสำคัญอันดับหนึ่งของระบบสาธารณสุขทั่วโลกและประเทศไทยในด้านทรัพยากรและทำให้ผู้ป่วยทุกข์ ทรมาน คุณภาพชีวิตไม่ดี และเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดซึ่งทำให้เสียชีวิตก่อนวัยอันควร นอกจากนี้มีการดำเนินของโรคไปสู่โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (End-stage renal disease, ESRD) ที่ต้องได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตและการปลูกถ่ายไต (Renal replacement therapy) (1) นอกจากนี้ยังพบว่ามียุบัติการณ์และความชุกเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ (2) ในประเทศสหรัฐอเมริกาคาดว่าความชุกในผู้ใหญ่อายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไปเพิ่มจากร้อยละ 13.2 เป็นร้อยละ 14.4 ในปีค.ศ. 2020 และร้อยละ 16.7 ในปีค.ศ. 2030 (3) จากข้อมูลของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยปีพ.ศ. 2558 พบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังร้อยละ 17.6 ของประชากร หรือประมาณ 8 ล้านคน เป็นผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย 2 แสนคน ผู้ป่วยเพิ่มปีละกว่า 7,800 ราย ผู้ป่วยที่ไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รอการผ่าตัดเปลี่ยนไตใหม่ประมาณ 40,000 ราย และจากการศึกษา Thai SEEK study พบว่ามีประชากรเพียงร้อยละ 1.9 เท่านั้นที่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหรือล้างไตทางช่องท้องหรือปลูกถ่ายไตเพิ่มมากขึ้นจาก 409.1 ต่อล้านประชากรในปี พ.ศ. 2550 เป็น 1,073.3 ต่อล้านประชากร ในปี พ.ศ. 2556 โดยพบผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นทุกปี จาก 68.35 ต่อล้านประชากร ในปี พ.ศ. 2550 เป็น 249.06 ต่อล้านประชากร ในปี พ.ศ. 2556 (4) ปัจจุบันค่าใช้จ่ายในการบำบัดทดแทนไตโดยการล้างไตทางช่องท้องหรือการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเฉลี่ยประมาณ 240,000 บาทต่อคนต่อปี ซึ่งค่าใช้จ่ายนี้ยังไม่รวมถึงค่าใช้จ่ายด้วยยา ค่าใช้จ่ายทางอ้อมอื่น ๆ โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต้องใช้งบประมาณการล้างไตเป็นการเฉพาะแยกจากงบบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว (Capitation) โดยในปีงบประมาณ 2558 สูงถึง 5,247 ล้านบาท และเพิ่มสูงขึ้นเป็น 6,318 ล้านบาท ในปี 2559 ซึ่งถ้ารวมงบประมาณสำหรับบริการผู้ป่วยไตเรื้อรังในสิทธิอื่น ๆ ได้แก่สิทธิประกันสังคม และสวัสดิการข้าราชการแล้ว รัฐจำเป็นต้องใช้งบสูงกว่าหนึ่งหมื่นล้านบาทต่อปี

ปัจจุบันมีการกำหนดความหมายของภาวะไตเสื่อมโดย National kidney foundation มีการกำหนดเงื่อนไขที่บ่งชี้ว่าเป็นโรคไตเสื่อม คือ อัตราการกรองของหน่วยไตต่ำกว่า 60 มิลลิลิตร/นาที่/1.73 ตารางเมตรเป็นเวลา 3 เดือนหรือมากกว่า 3 เดือน (5) โดยอาจมีหรือไม่มีการทำลายไต หรือมีความผิดปกติโครงสร้างหรือหน้าที่ของไตร่วมกับการลดลงหรือไม่ลดลงของอัตราการกรอง

เท่ากับหรือมากกว่า 3 เดือน และกำหนดความรุนแรงของไตเสื่อมเป็น 5 ระยะ โดยการเสื่อมหน้าที่ไตจะเสื่อมไปเรื่อยๆ ไม่สามารถกลับคืนเป็นปกติเนื่องจากไตถูกทำลายถาวรและตัวบ่งชี้ของหน่วยไตเมื่อถูกทำลาย คือ การรั่วของโปรตีนและอัลบูมินออกมาทางปัสสาวะ ความรุนแรงของภาวะไตเสื่อมระยะ 1-2 เป็นระยะที่มีความเสียหายกับไตโดยที่การทำงานของไตยังปกติ ส่วนระยะ 3-4 เป็นระยะที่อัตราการกรองของหน่วยไตลดต่ำลง ส่วนระยะที่ 5 อัตราการกรองของหน่วยไตลดลงมากและจำเป็นต้องให้การบำบัดทดแทนไตเนื่องจากปริมาณเลือดไปเลี้ยงไตลดลงและมีการลดปริมาณของหน่วยไตลง เนื่องจากเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดซึ่งทำให้เสียชีวิตก่อนวัยอันควร และมีการดำเนินของโรคไปสู่โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ต้องได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต และการปลูกถ่ายไต (Renal replacement therapy) อีกทั้งข้อมูลจากสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยไตเสื่อมจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยต้องทุกข์ทรมานเผชิญกับโรคเป็นเวลาหลายปีและหลังจากไตวายแล้วจะไม่สามารถกลับคืนมาได้ ไตจึงจะแข็งแรงเพราะการดูแลรักษามีเป้าประสงค์เพียงชะลออัตราการเสื่อมก่อนที่จะนำไปสู่ไตวายระยะสุดท้าย และเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายก็ต้องเสียชีวิตหรืออาจจะชะลอการเสียชีวิตได้แต่ต้องใช้เทคโนโลยีขั้นสูงและค่าใช้จ่ายสูงในการบำบัดทดแทนไต เช่น การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้องแบบถาวร การปลูกถ่าย ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุเนื่องจากไตจะทำงานลดลงเพราะขนาดและจำนวนหน่วยไตที่ทำงานได้ลดลง ร่วมกับปริมาณเลือดมาเลี้ยงไตลดลงซึ่งปกติไตจะทำหน้าที่อย่างคงที่ตั้งแต่ทารกจนกระทั่งถึงวัยผู้ใหญ่ ตอนปลายเมื่ออายุเกิน 30 ปีขึ้นไปอัตราการกรองที่ไตจะลดลง 1 มิลลิลิตร/นาที/1.73 ตารางเมตร (6) และยังพบว่าโครงสร้างของไตมีการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากปริมาณเลือดที่มาเลี้ยงไตจะลดลงร้อยละ 1 และเมื่ออายุ 70 ปี หน้าที่ไตจะลดลงร้อยละ 50 หรือมากกว่า (7) ผลที่ตามมาจากเลือดมาเลี้ยงไตลดลงและการสูญเสียหน่วยไตส่งผลให้อัตราการกรองลดลง

ข้อมูลจากการรายงานผลการลงทะเบียนการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย (Thailand renal replacement therapy registry report) ในปีพ.ศ. 2556 (4) จากหน่วยไตเทียมในประเทศ พบว่า สาเหตุของโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายของผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดทดแทนไตจากสถานพยาบาลที่ให้บริการการฟอกเลือด ด้วยเครื่องไตเทียม พบว่าโรคไตเรื้อรังมีสาเหตุ จากโรคเบาหวานมากที่สุด (ร้อยละ 37.5) รองลงมาคือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 26.8) โรคที่มีการอุดตันของทางเดินปัสสาวะ ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากนิ่วทางเดินปัสสาวะ (ร้อยละ 4.3) และโรค Chronic glomerulonephritis (ร้อยละ 2.4) นอกจากนี้ยังมีสาเหตุอื่นซึ่งส่วนใหญ่มักทำให้เกิดโรคกับไตทั้ง 2 ข้างพร้อมกัน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความชุกของโรคไตเรื้อรังร้อยละ 20.4 สูงกว่าภาคกลาง (ร้อยละ 13.7) และภาคใต้ (ร้อยละ 13.4) (1) นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นที่อาจเกี่ยวข้องกับ การเกิดโรคไตในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อาทิเช่น ภาวะขาดสารน้ำเนื่องจากการทำงานในที่ อุณหภูมิสูง การรับประทานยาหรือสารที่เป็นพิษต่อไต การบริโภคผงชูรสปริมาณมาก รวมถึงการ

สัมผัสน้ำมันที่ใช้ในการเกษตรกรรม โดยจากผลการวิจัยของประชากรไทยพบว่า สาเหตุไตเสื่อมสัมพันธ์กับการใช้ยาพื้นบ้านชนิดใช้ต้ม เป็นผง ยาจีน และเป็นเม็ดสีดำที่เรียกว่ายาลูกกลอนเนื่องจากมีการควบคุมน้อยและเข้าถึงได้ง่าย ยาดังกล่าวมีส่วนผสมของสมุนไพรและมีโลหะหนักที่เป็นพิษทำให้ไตถูกทำลาย (4) นอกจากนี้การใช้ยาต้านอักเสบชนิดไม่ใช้สเตียรอยด์ (Non-steroidal anti-inflammatory drug, NSAID) เป็นเวลานานทำให้เกิดยาสะสมที่ไตเนื่องจากการขับออกทางไตลดลง และมีการสังเคราะห์โพรสตาแกลนดิน (Prostaglandins) ลดลงทำให้เกิดการคั่งของโซเดียมส่งผลเกิดอาการบวมและความดันโลหิตสูงทำให้การไหลเวียนเลือดสู่ไตลดลงรวมทั้งยาต้านการอักเสบจะทำให้เลือดคั่งเกิดอาการบวมทำให้เลือดไปเลี้ยงไตน้อยลง โรคไตวายเรื้อรังไม่ว่าจะเกิดจากสาเหตุที่ไตโดยตรงหรือจากโรคประจำตัวของผู้ป่วย ถ้าหากผู้ป่วยไม่ได้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมจะทำให้การทำหน้าที่ของไตเสื่อมลงจนเกิดโรคไตเรื้อรัง ถ้าไม่สามารถชะลอการเสื่อมหน้าที่ของไตได้ ก็จะทำให้กลายเป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

จังหวัดขอนแก่นเป็นจังหวัดที่มีขนาดพื้นที่ใหญ่เป็นอันดับที่ 6 และมีประชากรมากเป็นอันดับ 3 ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ชุมชนเมือง ของจังหวัดขอนแก่นเป็นชุมชนใหญ่และมีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาทางด้านสังคมและเศรษฐกิจเป็นอย่างมาก เนื่องจากเป็นศูนย์กลางการศึกษาทำให้ความเจริญก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีและการสื่อสารที่ไหลทะลักเข้าสู่ชุมชนอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผลจากการเปลี่ยนแปลงของพื้นที่ดังกล่าวได้นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตของคนในชุมชน ประชาชนส่วนใหญ่ต้องดิ้นรนขนขวายหาเลี้ยงชีพ มีการแข่งขันกันตลอดเวลา ทำให้ความสัมพันธ์ทางจิตใจลดน้อยลงไปมีความหลากหลายทางวัฒนธรรม เนื่องจากสังคมเมืองเป็นศูนย์กลางของความเจริญในด้านต่างๆจึงทำให้วัฒนธรรมและขนบธรรมเนียมของต่างประเทศเข้ามามีอิทธิพลมาก การรับประทานอาหารที่เป็นพวกอาหารฟาสต์ฟู้ดซึ่งเป็นเมนูของคนส่วนใหญ่ในสังคมเมืองเนื่องจากเป็นรูปแบบที่สะดวกสบาย รวดเร็วเหมาะสมกับวิถีชีวิตที่เร่งรีบของคนในสังคมเมือง อาหารฟาสต์ฟู้ดส่วนใหญ่ประกอบด้วย แป้ง น้ำตาล ไขมัน และเกลือ หากรับประทานเป็นประจำจะเกิดการสะสมของไขมันในร่างกาย ปริมาณของเกลือที่มากเกินไปส่งผลทำให้ไตทำงานหนักมากขึ้น อาหารที่นิยมบริโภคส่วนใหญ่เป็นอาหารที่ปรุงสำเร็จเนื่องจากไม่ยุ่งยากและความสะดวกสบายสามารถหาซื้อได้ง่าย ราคาถูกขึ้นอยู่กับชนิดของอาหาร ซึ่งอาหารเหล่านี้จะมีการใช้เครื่องปรุงรสเพื่อให้อาหารมีรสชาติอร่อยซึ่งเครื่องปรุงรสจะประกอบไปด้วยโซเดียมในปริมาณที่มาก นอกจากนี้การคมนาคมและการติดต่อสื่อสารที่สะดวกสบายรวดเร็วทำให้การเคลื่อนไหวของร่างกายน้อยลงเกิดการสะสมของไขมันในร่างกายมากขึ้นส่งผลให้เกิดภาวะอ้วน ทำให้มีการใช้ยาในการลดความอ้วนโดยเฉพาะการซื้อตามสื่อโฆษณา ประกอบกับการแข่งขันของคนในสังคมเมืองมีสูงส่งผลทำให้เกิดความเครียดจึงมีการใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการ นอกจากนี้การโฆษณาเกี่ยวกับยารักษาโรคมีมากขึ้นรวมทั้งมีการวิธีการที่น่าสนใจทำให้ดึงดูดความสนใจอีกทั้งการเข้าถึงยาของคนในสังคมเมืองมีความสะดวกทำให้มีการใช้ยาไม่สม

เหตุผล ซึ่งยาส่วนใหญ่ส่งผลกระทบต่อการทำงานของไตจะเห็นได้ว่าปัญหาคนในสังคมเมืองมีความซับซ้อนของปัญหามากซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต

ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังซึ่งให้สำคัญกับการที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและให้การดูแลรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรกซึ่งจะช่วยชะลอการเสื่อมของไต คงไว้ซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย ช่วยยืดระยะเวลาการดำเนินโรคเข้าสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายให้นานที่สุด รูปแบบการจัดการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic care model, CCM) โดยมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์ทางคลินิก รูปแบบนี้จะมีการจัดระบบบริการการดูแลที่มีแผนการดูแลอย่างต่อเนื่อง ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง สร้างการมีส่วนร่วม บูรณาการดูแลที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ มีการจัดสรรทรัพยากรบุคคล งบประมาณ วัสดุ และสิ่งของที่เอื้ออำนวยให้สามารถจัดบริการอย่างมีประสิทธิภาพ มีการควบคุม กำกับ และติดตามประเมินผลการดำเนินงานโดยให้ความสำคัญกับ มิติการดูแลทั้งทางกาย จิต สังคม และสิ่งแวดล้อม รวมทั้งสนับสนุนการตัดสินใจในการรักษาและการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยมีการจัดระบบข้อมูลข่าวสารที่ช่วยเอื้อในการดูแล โดยการนำแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) มาใช้ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพื่อต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งจำเป็นต้องทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง มีความรู้ความเข้าใจ ในโรค มีทักษะในการแก้ปัญหา ให้เกิดความมั่นใจที่จะลงมือ กระทำและแก้ปัญหา รวมทั้งขอรับการสนับสนุน ช่วยเหลือจากบุคลากรที่มีสุขภาพได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งแนวคิดการจัดการรายกรณี (Case management) เป็นรูปแบบหนึ่งของการจัดบริการทางสุขภาพที่เน้นการจัดการแก่กลุ่มผู้ใช้บริการที่ซับซ้อน รุนแรง มีค่าใช้จ่ายสูง เน้นการจัดการตามความจำเป็นตามมาตรฐานในการดูแลเฉพาะโรคของผู้ใช้บริการแต่ละราย เพื่อลดการบริการที่แยกส่วน เน้นบทบาทการจัดการ การอำนวยความสะดวก การประสานงานกับทีมสุขภาพและเครือข่ายในชุมชน การเป็นที่ปรึกษา การดูแลที่เน้นการควบคุมโรค และป้องกันภาวะแทรกซ้อน หรือความเสี่ยง มุ่งเน้นการเสริมพลังอำนาจและการจัดการตนเอง เพื่อความคุ้มค่าคุ้มทุนในการบริการ โดยใช้ผู้จัดการรายกรณี ซึ่งส่วนใหญ่นิยมให้พยาบาลเป็นผู้จัดการรายกรณี (Nurse case manager, NCM) เนื่องจากเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการติดต่อประสานงาน ระหว่างผู้ป่วยกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแล รักษาผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ติดตามควบคุมให้การดูแลรักษาเป็นไปตามแนวทางที่กำหนดไว้ ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ตลอดระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาล ตั้งแต่แรกรับถึงจำหน่าย (8) รวมถึงการดูแลในชุมชนโดยชี้แนะสนับสนุนให้การดูแลแบบองค์รวมปรับสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมตามบริบทของผู้ป่วยรวมทั้งการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชนและการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล (Caregiver, CG) ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายและเพิ่มคุณภาพการบริการสุขภาพ

ผลลัพธ์ที่ใช้ในการติดตาม ประเมินผลการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรัง มีทั้งผลลัพธ์ทางคลินิก ซึ่งประกอบด้วย อัตราการกรองของไต (Glomerular filtration rate, GFR) ระดับความดันโลหิต (Systolic and Diastolic blood pressure) ค่าดัชนีมวลกาย (Body mass index, BMI) พฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม ประกอบด้วยพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการใช้จ่ายสมเหตุสมผล และการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ซึ่งหมายถึงการรับรู้ของบุคคลตามบริบท สิ่งแวดล้อม และวัฒนธรรมซึ่งมีความสัมพันธ์กับเป้าหมายชีวิต ความคาดหวังของบุคคลนั้น ซึ่งจากการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีอิทธิพลต่ออัตราการเกิดโรค และอัตราการตาย (9) จะเห็นได้ว่าคุณภาพชีวิตมีความสำคัญต่อภาวะสุขภาพ ดังนั้นการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับทีมสุขภาพเพื่อประเมินผลกระทบของการเจ็บป่วย และการรักษาที่มีต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจากมุมมองหรือการรับรู้ของผู้ป่วยเอง สอดคล้องกับแนวความคิดในการดูแลให้พยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวมคุณภาพชีวิตจึงถือเป็นข้อบ่งชี้ผลลัพธ์ทางการรักษาพยาบาลที่สำคัญ (10) จากการศึกษา (9) คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในประเทศไทยพบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 มีระดับคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และระยะที่ 5 ผู้ป่วยที่มีระดับอัตราการกรองที่ต่ำจะมีระดับคุณภาพชีวิตที่ลดลงโดยเฉพาะคุณภาพชีวิตด้านภาวะสุขภาพ และการทำหน้าที่ทางกาย การศึกษาความก้าวหน้าของคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังกลุ่มก่อนการบำบัดทดแทนไตในประเทศญี่ปุ่น พบว่าระดับคุณภาพชีวิตลดลงมีความสัมพันธ์กับระดับความเข้มข้นของเลือดที่ลดลง และระดับครีเอตินินในเลือดสูงขึ้น (11) การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอัตราการกรองของไต และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พบว่าการลดลงของระดับอัตราการกรองของไต มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตด้านกายภาพที่ลดลง (12) การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไตพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 18 ภาวะการทำหน้าที่ทางกายโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับที่ไม่สามารถทำงานได้แต่สามารถอยู่ที่บ้านได้ มีบางกิจกรรมที่ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (13) และการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตในด้านพฤติกรรมดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองเป็นส่วนใหญ่ (14)

ในปัจจุบันปริมาณผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีจำนวนมาก แต่ทรัพยากรในการดำเนินการเพื่อชะลอไตเสื่อมมีจำกัด ดังนั้นจึงมีความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาการให้บริการ การติดตาม และประเมินผลโดยให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารระหว่างหน่วยบริการแบบไร้รอยต่อ ใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และมุ่งให้เกิดระบบที่เอื้อให้การติดตามผลในระยะยาวเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ โดยการ

ใช้รูปแบบการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังร่วมกับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีเพื่อจัดรูปแบบการให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด โดยลดขั้นตอนบริการ ปรับปรุงคุณภาพการดูแลโดยเน้นการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพในรูปของ Patient care team ใช้แผนการดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขา ช่วยให้มีการประสานงานที่ดีระหว่างทีมบุคลากรด้านสุขภาพ ทำให้มีการใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสมเพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เน้นการชะลอการดำเนินของโรคเรื้อรังตั้งแต่ระยะเริ่มต้น และลดภาวะแทรกซ้อนที่เหมาะสมนำไปสู่ความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างยั่งยืนและวางแผนทางการให้บริการ การเข้า ถึงบริการของผู้ป่วย สามารถชะลอไม่ให้เข้าสู่โรคเรื้อรังระยะสุดท้ายหรือให้เข้าสู่ระยะสุดท้ายให้ช้าที่สุดเพื่อลดขั้นตอนการบำบัดทดแทนไต รวมทั้งการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ได้อย่างต่อเนื่องอันจะช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังดีขึ้น

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.2.1 เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยการใช้การจัดการตนเองและการจัดการรายกรณีเพื่อชะลอโรคเรื้อรังในชุมชนเมือง ของจังหวัดขอนแก่น

1.2.2 เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยการใช้การจัดการตนเองและการจัดการรายกรณีเพื่อชะลอโรคเรื้อรังในชุมชนเมือง ของจังหวัดขอนแก่น

1.3 สมมติฐานการวิจัย

1.3.1 ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอโรคเรื้อรัง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง หลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยการใช้การจัดการตนเองและการจัดการรายกรณีมีความแตกต่างกัน

1.3.2 ดัชนีมวลกาย รอบเอว ระดับความดันโลหิต และอัตราการกรองของไตระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง หลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยการใช้การจัดการตนเองและการจัดการรายกรณีมีความแตกต่างกัน

1.3.3 ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง หลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยการใช้การจัดการตนเองและการจัดการรายกรณีมีความแตกต่างกัน

1.4 ขอบเขตของการวิจัย

1.4.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

1.4.1.1 ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนเมือง ของจังหวัดขอนแก่น

1.4.1.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะที่ 2-4

1.4.2 ตัวแปรของการวิจัย ประกอบด้วย

1.4.2.1 ตัวแปรอิสระ คือ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยการใช้การจัดการตนเองและการจัดการรายกรณีเพื่อชะลอโรคเรื้อรังในชุมชนเมือง ของจังหวัดขอนแก่น

1.4.2.2 ตัวแปรตาม คือ ผลลัพธ์ทางคลินิก พฤติกรรมการจัดการตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.5.1 เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติสำหรับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพื่อชะลอการดำเนินของโรคไปสู่โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

1.5.2 เพื่อใช้แนวทางสำหรับสถานบริการทางด้านสุขภาพ ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการใช้รูปแบบการจัดการตนเองและการจัดการรายกรณีเพื่อชะลอโรคไตเรื้อรังโดยเน้นรูปแบบการดูแลสุขภาพเชิงรุกสอดคล้องกับความเชื่อ สังคมและวัฒนธรรมของท้องถิ่น

1.5.3. เพื่อใช้ในการวางแผนบริหารจัดการด้านสาธารณสุขผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะยาวอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

1.5.4 เพื่อให้การดูแลภาวะสุขภาพผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระดับครอบครัวและชุมชน เน้นการดูแลอย่างเป็นองค์รวม

1.5.5 ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาการบำบัดทดแทนไต

1.5.6 ผลการวิจัยสามารถใช้เป็นแนวทางการศึกษา ค้นคว้า และวิจัยในประเด็นอื่นๆ ที่สัมพันธ์กันต่อไป

1.6 นิยามศัพท์เฉพาะ

1.6.1 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง หมายถึง แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยการใช้รูปแบบการจัดการตนเองและการจัดการผู้ป่วยรายกรณีเพื่อชะลอโรคไตเรื้อรังในชุมชนเมือง ของจังหวัดขอนแก่น

1.6.2 ประสิทธิภาพ หมายถึง ผลลัพธ์ทางคลินิก พฤติกรรมการจัดการตนเอง และคุณภาพชีวิตที่เกิดขึ้นจากการใช้รูปแบบการจัดการตนเองและการจัดการผู้ป่วยรายกรณีเพื่อชะลอโรคไตเรื้อรังในชุมชนเมือง ของจังหวัดขอนแก่น

1.6.3 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอัตราการกรองของไต (Glomerular filtration rate, GFR) ที่น้อยกว่า 90 mL/min/1.73 m² ของ พื้นที่ผิวกายมาเป็นเวลานานกว่า 3 เดือน

1.6.4 คุณภาพชีวิต หมายถึง ความพึงพอใจในชีวิต ความรู้สึกมีค่าในตนเอง และภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

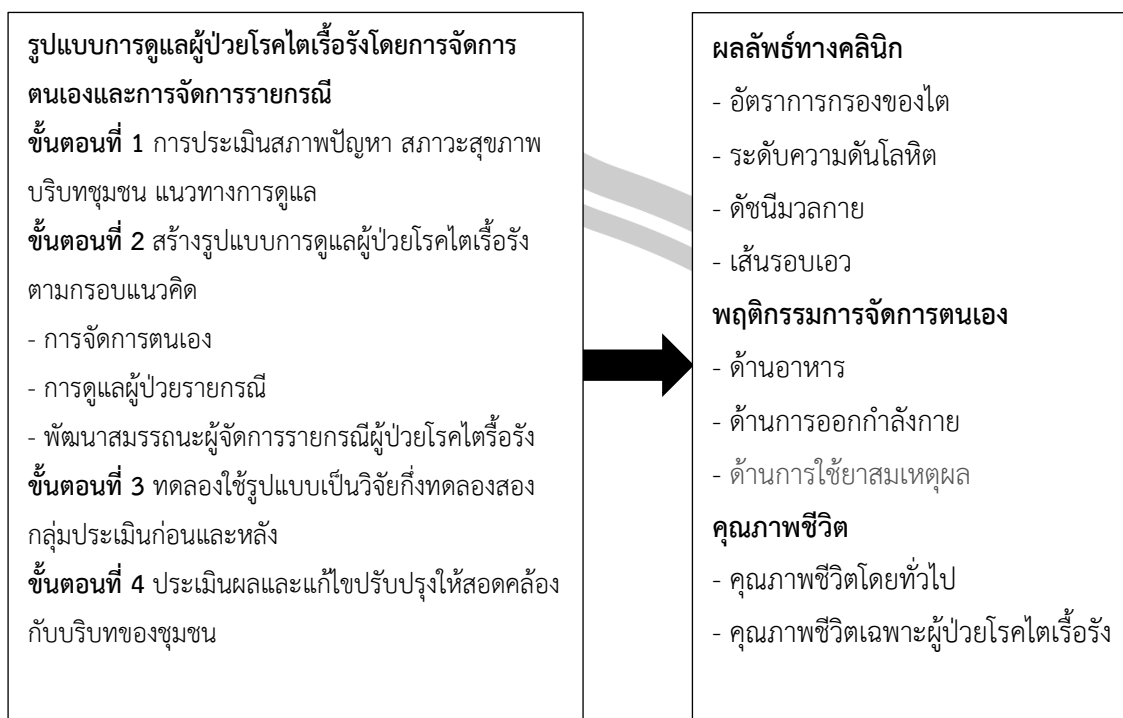
1.6.5 ผลลัพธ์ทางคลินิก หมายถึง อัตราการกรองของไต (Glomerular filtration rate, GFR) ระดับความดันโลหิต (Systolic and Diastolic blood pressure) และค่าดัชนีมวลกาย (Body mass index; BMI) และรอบเอว

1.6.6 พฤติกรรมการจัดการตนเอง หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอโรคไตเรื้อรัง ประกอบด้วย ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการใช้ยาสมเหตุสมผล

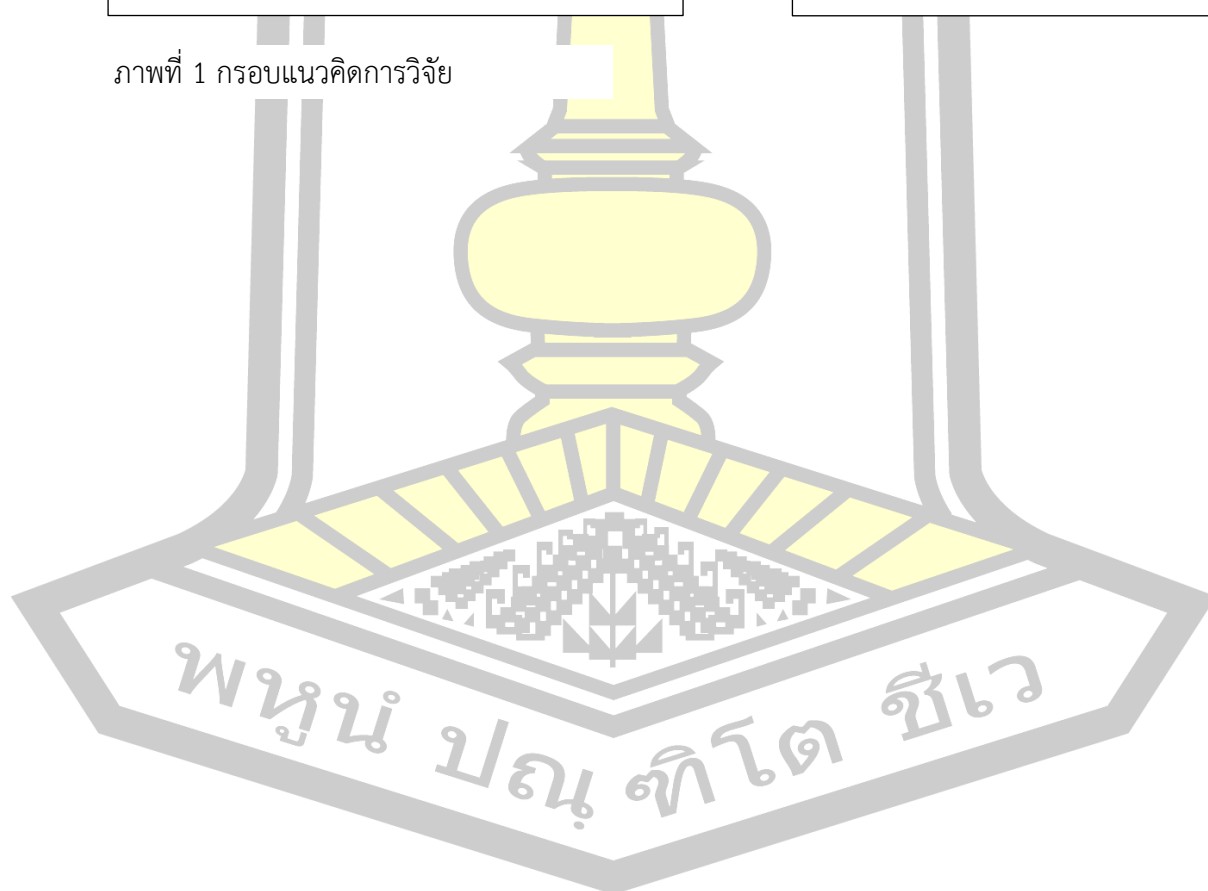
1.7 กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยการใช้การจัดการตนเอง และการจัดการรายกรณีเพื่อชะลอโรคไตเรื้อรังในชุมชนเมือง ของจังหวัดขอนแก่น ผู้วิจัยได้บูรณาการแนวคิดเกี่ยวกับการจัดการตนเอง และการจัดการรายกรณี ซึ่งทั้ง 2 องค์ประกอบจัดให้เป็นองค์ประกอบสำคัญของรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model, CCM) มาเป็นกรอบแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพื่อชะลอโรคไตเรื้อรังในชุมชนเมือง ของจังหวัดขอนแก่น โดยการประสานการดูแลจากพยาบาลผู้จัดการรายกรณีกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังให้มีการจัดการตนเองในด้านความรู้ ทักษะ และความเชื่อมั่น ในการจัดการกับโรคไตเรื้อรังด้วยตนเอง การสร้างความตระหนัก และความสามารถในการดูแลรักษาตนเองของผู้ป่วย โดยให้ความสำคัญกับการให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการดูแล เน้นความร่วมมือของผู้ป่วยเป็นผู้ตั้งเป้าหมาย การรักษาเข้าใจ อุปสรรคและ ข้อจำกัดของตนเอง รวมทั้งสามารถประเมินสภาวะสุขภาพของตนเอง และสามารถจัดการตนเองได้หรือต้องไปพบแพทย์ การจัดการตนเอง ให้ความสำคัญกับบทบาทของผู้ป่วยในการจัดการสุขภาพของตนเอง ประกอบด้วย การประเมินตนเอง การตั้งเป้าหมาย การวางแผนปฏิบัติตัว การแก้ปัญหา และการตรวจสอบตามนัดอย่างต่อเนื่อง ผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยการใช้การจัดการตนเองและการจัดการรายกรณีเพื่อชะลอโรคไตเรื้อรัง ประเมินได้จากผลลัพธ์ทางคลินิกได้แก่ อัตราการกรองของไต ระดับความดันโลหิต ค่าดัชนีมวลกาย และรอบเอว พฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอโรคไตเรื้อรังประกอบด้วย ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการใช้ยาสมเหตุสมผล รวมทั้งการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ดังนี้





ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 2

ปริทัศน์เอกสารข้อมูล

การศึกษาวิจัยเรื่อง รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยการใช้การจัดการตนเองและการจัดการรายกรณีเพื่อชะลอโรคไตเรื้อรังในชุมชนเมือง ของจังหวัดขอนแก่น ผู้วิจัยได้ทำการปริทัศน์เอกสารข้อมูลที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาใช้สนับสนุนการกำหนดสมมติฐาน การสร้างกรอบแนวคิดการวิจัย และการนิยามตัวแปร โดยมีรายละเอียดในการนำเสนอตามลำดับดังต่อไปนี้

2.1 โรคไตเรื้อรัง

2.2 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

2.3 การประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการดูแลตนเอง และการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

2.4 คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 โรคไตเรื้อรัง

2.1.1 นิยามของโรคไตเรื้อรัง

โรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease, CKD) เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญ มีผลกระทบต่อประชาชนทุกอายุ เชื้อชาติ และทุกสถานะทางเศรษฐกิจ ความชุกประชากรทั่วโลกร้อยละ 11-13 ส่วนใหญ่อยู่ในระยะที่ 3 (2) และอุบัติการณ์ของโรคมิแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าประชากรผู้ใหญ่ 1 ใน 10 คนป่วยเป็นโรคไตวายเรื้อรัง และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอยู่ในอันดับที่ 9 (15) โดยพบความชุกในผู้ใหญ่อายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไปร้อยละ 13.2 ในปัจจุบันคาดว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ 14.4 ในปี 2020 และร้อยละ 16.7 ในปี 2030 สำหรับประเทศไทย จากข้อมูลของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยในปีพ.ศ. 2558 พบว่า คนไทยป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังร้อยละ 17.6 ของประชากร หรือประมาณ 8 ล้านคน ครึ่งหนึ่งในจำนวนนี้เป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ที่ใกล้จะต้องล้างไตหรือระยะที่ 5 ปัจจุบันมีผู้ป่วยได้รับการบำบัดทดแทนไต 200,000 ราย แต่ละปีมีผู้ป่วยรายใหม่ ประมาณ 7,000-8,000 ราย ต้องใช้งบประมาณในการบำบัดทดแทนไตปีละ 250,000 บาทต่อรายโดยปัจจุบันรัฐสูญเสียงบประมาณกว่า 6 พันล้านบาทต่อปีในการบำบัดทดแทนไต ในระยะแรกผู้ป่วยจะไม่มีอาการจะปรากฏเมื่อเข้าสู่ระยะที่ 4-5 (GFR <30 mL/min/1.73 m²) ดังนั้นจึงต้องมีการให้ความหมายเพื่อว่าผู้ป่วยจะได้รับการวินิจฉัยได้เร็วช่วยให้บุคลากรทางด้านสุขภาพ และผู้ป่วยให้มีความตระหนัก เริ่มต้นการรักษาหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดำรงชีวิตแต่เนิ่น ๆ ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ของโรค

โรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease, CKD) หมายถึง ภาวะที่มีการทำลายของเนื้อไต ซึ่งต้องอาศัยหลักฐานต่อไปนี้คือ (1) หลักฐานที่บ่งบอกทางอ้อม (Marker) หรือจากการตรวจชิ้นเนื้อไตโดยตรง หรือ (2) การประเมินอัตราการกรองของไต (Glomerular filtration rate, GFR) ที่น้อยกว่า $60 \text{ mL/min/1.73 m}^2$ ของพื้นที่ผิวกายมาเป็นเวลานานกว่า 3 เดือน โดย Marker ของ Kidney damage ได้แก่ การตรวจปัสสาวะพบ Proteinuria มี Urine sediment หรือความผิดปกติจากการตรวจทางรังสีวิทยาของไต (3) ค่าปกติของ GFR ในผู้ใหญ่มีค่าประมาณ $120\text{-}130 \text{ mL/min/1.73 m}^2$ ของพื้นที่ผิวกาย เมื่ออายุเกิน 30 ปีขึ้นไประดับ GFR จะลดลงตามอายุในอัตรา $1 \text{ mL/min/1.73 m}^2$ ต่อปี ดังนั้นระดับ GFR ที่ลดลงต่ำกว่า $60 \text{ mL/min/1.73 m}^2$ ของพื้นที่ผิวกายจึงแสดงถึงระดับการทำงานของไตลดลงแล้วประมาณครึ่งหนึ่งของภาวะปกติ และระดับ GFR ($<15 \text{ mL/min/1.73 m}^2$) หรือ Albuminuria ($>300 \text{ mg/24 hrs.}$) เป็นระดับที่จะเริ่มเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากขึ้น (16) (17) (18)

สรุป นิยามของคำว่า โรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease)

1. ไตถูกทำลายมานานกว่า 3 เดือน ซึ่งทำให้เกิดความผิดปกติของโครงสร้างทางกายวิภาค หรือทางสรีรวิทยา โดยอาจรวมกับการลดลงของอัตราการกรองของไต หรือไม่ก็ได้ ความผิดปกติเหล่านี้อาจตรวจได้จาก ความผิดปกติทางพยาธิวิทยาจากตรวจชิ้นเนื้อไต Marker ของ kidney damage ซึ่งได้จากการตรวจปัสสาวะ หรือการตรวจ Imaging ต่างๆ
2. ค่าอัตราการกรองของไตต่ำกว่า $60 \text{ mL/min/1.73 m}^2$ ของพื้นที่ผิวกาย เป็นเวลานานกว่า 3 เดือน โดยไม่ว่าจะมีร่องรอยของไตถูกทำลายอื่นหรือไม่ก็ได้

2.1.2 สาเหตุของโรคไตเรื้อรัง

โรคไตเรื้อรังมีสาเหตุการเกิดโรคได้หลายสาเหตุ ซึ่งแบ่งสาเหตุการเกิดได้ดังนี้

2.1.2.1 สาเหตุนอกไต ได้แก่

- 1) โรคเบาหวาน เป็นสาเหตุหลักของโรคไตเรื้อรัง จากรายงานการศึกษาของประเทศไทยพบสูงถึงร้อยละ 42.9 (19) เนื่องจากภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกิดการเปลี่ยนแปลงเมตาบอลิซึมของน้ำตาลกลูโคสในร่างกายนำไปสู่พยาธิสภาพในหลอดเลือดขนาดเล็กที่ไกลเมอรูลัส หรือหลอดเลือดไต ทำให้หลอดเลือดแข็งเพิ่มแรงต้านของหลอดเลือดที่ไต และระบบความดันโลหิตสูงขึ้นไตได้รับเลือดน้อยลง และขาดเลือด จึงทำให้เกิดไตล้มเหลวตามมา ส่วนใหญ่อาการทางคลินิกของโรคไตจากเบาหวานเกิดหลังวินิจฉัยเบาหวานมากกว่า 10 ปี โดยมีความเสี่ยงของการเกิดโรคไตจากเบาหวานทั้งชนิดที่ 1 และ 2 ใกล้เคียงกันอาการทางคลินิกตรวจพบระยะแรกคือ Microalbuminuria หรือเรียกว่า Incipient stage ต่อมาเกิด Macroalbuminuria หรือเรียกว่า Overt nephropathy แล้วมีการทำงานของไตเสื่อมลง นำไปสู่ไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (19) ดังนั้นผู้ป่วยโรคเบาหวานควรได้รับการตรวจคัดกรองว่าเป็นโรคไตจากโรคเบาหวานปีละครั้ง เริ่มตรวจหลังการวินิจฉัยโรคเบาหวานชนิด

ที่ 1 เป็นระยะเวลา 5 ปี และตรวจได้เลยหลังการวินิจฉัยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เนื่องจากไม่สามารถบอกระยะเวลาการเกิดโรคในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ชัดเจน การตรวจคัดกรองว่าเป็นโรคไตจากโรคเบาหวานอาศัยการตรวจปัสสาวะวัดค่า Urinary albumin creatinine ratio (UACR) และการตรวจเลือดวัดค่า Serum creatinine ร่วมกับการประเมินอัตราการกรองของไต (20)

2) โรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุหรือผลจากโรคไตเรื้อรังความชุกร้อยละ 86 เมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลทั่วไป (21) เนื่องจากไตจำเป็นต้องได้รับเลือดมาเลี้ยงเป็นจำนวนมากจากการบีบตัวของหัวใจซึ่งมีผลต่ออัตราการกรองและการทำหน้าที่ของไต ความดันโลหิตสูงจึงทำให้เลือดมาเลี้ยงไตลดลง ทำให้การทำหน้าที่ของไตผิดปกติเช่นกัน ความดันโลหิตสูงเกิดเนื่องจากหลอดเลือดแดงที่ตีบแข็ง หรือขาดเลือด ทำให้เลือดมาเลี้ยงที่ไตลดลง และกระตุ้น เรนิน แอนจิโอเทนซิน แอลโดสเตอโรน ทำให้เพิ่มความดันโลหิต นอกจากนี้ ความดันโลหิตสูงยังเกี่ยวข้องกับโรคของเนื้อไต เช่น โรคกรวยไตอักเสบ โรคถุงน้ำในไต เป็นต้น ทำให้ไตขับน้ำ และเกลือได้ลดลง มีการคั่งของน้ำและเกลือเพิ่มขึ้น

3) ความดันโลหิตต่ำ ภาวะช็อกจากหัวใจและหลอดเลือด หรือความดันโลหิตต่ำมีผลต่อการทำหน้าที่ของไต ทำให้หลอดเลือดที่ไตหดตัว เลือดไปเลี้ยงที่ไตลดลง

4) ภาวะกล้ามเนื้อลายสลาย เกิดจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อกระดูกและกล้ามเนื้อ ทำให้หลั่ง Myoglobin และ Intracellular substances เข้าไปในเลือด ซึ่งเกิดจากหลังได้รับการบาดเจ็บที่รุนแรงการออกกำลังกายที่หนัก มีการช็อก ภาวะฉุนเฉียวจากความร้อน ภาวะที่ไม่รู้สึกตัวที่นาน ๆ การได้รับยาเกินขนาดและผลข้างเคียงจากการใช้ยากลุ่มสแตติน ทำให้ผู้ป่วยมีไข้ คลื่นไส้ อาเจียน กล้ามเนื้ออ่อนแรง ปวดกล้ามเนื้อ และบวม โปรตีนซีรัมสูง ฟอสเฟตสูง กรดยูริกในเลือดสูง ระดับของเคตินินโคเนสสูงขึ้น

5) โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด พยาธิสภาพของหลอดเลือดหัวใจตีบตันในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีความแตกต่างจากหลอดเลือดหัวใจตีบตันในผู้ป่วยทั่วไป คือ พบการเกิดพยาธิสภาพหลักในชั้นกลางของหลอดเลือดหัวใจ และมีการสะสมของแคลเซียมเรียกภาวะนี้ว่า Coronary artery calcification โดยภาวะนี้จะทำให้หลอดเลือดแข็งตัว ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกเพิ่มขึ้น ความดันโลหิตไดแอสโตลิก ลดลง ปริมาณเลือดเลี้ยงหัวใจลดลง ซึ่งมีผลต่อการทำหน้าที่ของไต ทำให้ไตลดการขับน้ำและโซเดียม มีการคั่งของของน้ำในหลอดเลือด ทำให้เกิดอาการบวม และสุดท้ายทำให้เกิดหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยไตเรื้อรังจะมีความสัมพันธ์กับอัตราการตายของผู้ป่วย

6) โรคของหลอดเลือดส่วนปลาย ได้แก่ การเกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือด ภาวะเลือดแข็งตัวในหลอดเลือดแบบแพร่กระจายส่งผลต่อระบบการไหลเวียนของเลือดที่ไต เป็นสาเหตุให้ไตขาดเลือด

7) การติดเชื้อในกระแสเลือด ขบวนการอักเสบที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยไตเรื้อรังมีผลต่อการเกิดหลอดเลือดหัวใจตีบตัน โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเกิดในกลุ่มอาการที่เรียกว่า Malnutrition-inflammation-atherosclerosis (MIA syndrome) เมื่อตรวจเลือดมักพบระดับ ซี-รีแอคทีฟโปรตีน (C-reactive protein, CRP) เพิ่มขึ้น ซึ่งมีผลทำให้เกิดพยาธิสภาพของหลอดเลือดหัวใจ และเพิ่มอัตราการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงขึ้นตามมาอาจมีผลต่อการทำหน้าที่ของไต มีผลต่อระบบไหลเวียนเลือด ทำให้ความดันโลหิตต่ำและจะกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ทำให้เกิดกรวยไตอักเสบเฉียบพลัน

8) การตั้งครรภ์ มีผลต่อการทำหน้าที่ของไต การตั้งครรภ์ในไตรมาสแรก ทำให้ไตมีขนาดใหญ่ขึ้น ซึ่งอาจจะคงอยู่ 9-12 สัปดาห์ ทำให้อัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้นร้อยละ 30-50 ระหว่างตั้งครรภ์ ทำให้ Creatinine clearance เพิ่มขึ้น การขับกรดยูริกลดลง การตั้งครรภ์อาจทำให้โปรตีนในปัสสาวะเพิ่มขึ้น ปัสสาวะมากขึ้น และปัสสาวะบ่อยในตอนกลางคืน

2.1.2.2 สารที่มีพิษต่อไต จะทำลายเซลล์ของไต ทำให้ไตได้รับบาดเจ็บเกิดท่อไตวายเฉียบพลัน สารที่มีพิษต่อไตได้แก่ ยาปฏิชีวนะ เช่น อมิโนไกลโคไซด์ เตตราไซคลิน แอมโฟเทอริซินบี เซฟาโลสปอริน ซัลโฟนาไมด์ ยาแก้ปวด เช่น ซาลิซิลเลต อะเซตามิโนเฟน ฟินาเซติน เอ็นเสด เป็นต้น โลหะหนัก เช่น ตะกั่วปรอท สารหนู ทองแดง แคดเมียม ทอง ลิเทียม พิษต่าง ๆ เช่น เห็ดพิษ แมลงกัดต่อย สมุนไพรที่เป็นพิษ พิษจากงู ยาชา สารทึบแสง (22)

2.1.2.3 โรคที่เกิดจากไตเอง (1)

1) นิ่ว ทำให้มีการเคลื่อนที่มาอุดตันได้ในระบบทางเดินปัสสาวะ และมีการทำลายเนื้อไต

2) การอักเสบที่กรวยไต ทำให้มีการตอบสนองต่อการอักเสบ ทำให้เม็ดเลือดขาวเพิ่มขึ้น กระบวนการอักเสบทำให้เกิดการบวมของเนื้อเยื่อ เมื่อการอักเสบได้รับการรักษาก็จะทำให้เกิดผังพืดทำให้มีการติดกลับ และการขับสิ่งต่าง ๆ เปลี่ยนแปลงไป ทำให้การทำหน้าที่ของไตลดลง

3) ภาวะไตบวมน้ำ ทำให้มีการขยายของกรวยไต และ Calices ทำให้มีการอุดตันของปัสสาวะ การสะสมของน้ำปัสสาวะ ทำให้เกิดแรงดันในกรวยไตเพิ่มขึ้น และเป็นสาเหตุให้หน่วยไตถูกทำลาย

4) มะเร็งของไต เนื้องอกที่โตขึ้นอย่างรวดเร็วทำให้เกิดการอุดตันของระบบทางเดินปัสสาวะ และทำให้เกิดไตบวมน้ำตามมา

5) โรคที่เกิดการอักเสบของเนื้อเยื่อระหว่างหลอดฝอยไต ทำให้เกิดการอุดตันที่หลอดฝอยไต และหลอดเลือดจากไตถูกทำลาย ซึ่งสาเหตุมาจากการอักเสบของกรวยไตอย่างเรื้อรัง

6) การอักเสบของกรวยไต มีการทำลายโกลเมอรูลัส ซึ่งมีสาเหตุมาจากความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย เมื่อโกลเมอรูลัสถูกทำลาย ผู้ป่วยจะมีอาการปัสสาวะเป็น

เลือด และมีโปรตีนออกมากับปัสสาวะ ตรวจเลือดพบอัลบูมินต่ำมีอาการบวมทั่วร่างกาย มีความผิดปกติของระบบเรติน-แองจิโอเทนซินทำให้ความดันโลหิตสูง (23)

ข้อมูลจากการรายงานผลการลงทะเบียนการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย (Thailand renal replacement therapy registry report) ในปี 2556 (24) จากหน่วยไตเทียมในประเทศ พบว่า สาเหตุของโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายของผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดทดแทนไตจากสถานพยาบาลที่ให้บริการการฟอกเลือด ด้วยเครื่องไตเทียม พบว่าโรคไตเรื้อรังมีสาเหตุจากโรคเบาหวานมากที่สุด (ร้อยละ 37.5) รองลงมาคือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 26.8) โรคที่มีการอุดตันของทางเดินปัสสาวะ ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากนิ่วทางเดินปัสสาวะ (ร้อยละ 4.3) และโรคเส้นเลือดฝอยที่ไตอักเสบเรื้อรัง (ร้อยละ 2.4) นอกจากนี้ยังมีสาเหตุอื่นๆ ซึ่งส่วนใหญ่มักทำให้เกิดโรคกับไตทั้ง 2 ข้างพร้อมๆ กันโรคไตวายเรื้อรังไม่ว่าจะเกิดจากสาเหตุที่ไตโดยตรงหรือจากโรคประจำตัวของผู้ป่วย ถ้าหากผู้ป่วยไม่ได้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมจะทำให้การทำหน้าที่ของไตเสื่อมลงจนเกิดโรคไตเรื้อรัง ถ้าไม่สามารถชะลอการเสื่อมหน้าที่ของไตได้ ก็จะทำให้กลายเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขเน้นการตรวจคัดกรองในกลุ่มเสี่ยง กำหนดให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานต้องได้รับการตรวจคัดกรองโปรตีนในปัสสาวะและเจาะเลือดวัดระดับครีตินิน และรายงานเป็น Estimated glomerular filtration rate (eGFR) อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต้องได้รับการตรวจเลือดวัดระดับครีตินิน และรายงานเป็น eGFR อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง (1)

2.1.3 การวินิจฉัยโรคไตเรื้อรัง

ในปัจจุบันการวินิจฉัยโรคไตเรื้อรังตั้งแต่เริ่มแรก เพื่อให้สามารถเริ่มใช้มาตรการชะลอการเสื่อมหน้าที่ของไตให้ได้เร็วขึ้น สามารถประเมินได้จากการคำนวณด้วยสูตรต่างๆ โดยสูตร Cockcroft-Gault equation เป็นสูตรพื้นฐานที่ใช้คำนวณได้ง่าย (25) และสูตร CKD-EPI ซึ่งได้รับความเชื่อถือมากที่สุดในปัจจุบัน (26)

ตาราง 1 การคำนวณ Estimated GFR โดย CKD-EPI

เพศ	Serum Cr (mg/dL)	สูตรคำนวณเพื่อประเมิน estimated GFR
หญิง	< 0.7	$144 \times (\text{SCr} / 0.7)^{-0.329} \times 0.993^{\text{Age}}$
	> 0.7	$144 \times (\text{SCr} / 0.7)^{-1.209} \times 0.993^{\text{Age}}$
ชาย	< 0.9	$141 \times (\text{SCr} / 0.9)^{-0.411} \times 0.993^{\text{Age}}$
	> 0.9	$141 \times (\text{SCr} / 0.9)^{-1.209} \times 0.993^{\text{Age}}$

ตาราง 2 เกณฑ์การวินิจฉัยโรคไตเรื้อรัง

ตรวจพบความผิดปกติ ดังต่อไปนี้อย่างน้อย 2 ครั้ง ใน ระยะเวลา 3 เดือน	<ul style="list-style-type: none"> - พบอัลบูมินในปัสสาวะ (AER >30 mg/24 hours; ACR >30 mg/g) - ตรวจพบเม็ดเลือดแดงในปัสสาวะ - มีความผิดปกติของเกล็ดเลือด ที่เกิดจากท่อไตผิดปกติ - ตรวจพบความผิดปกติทางรังสีวิทยา - ตรวจพบความผิดปกติทางโครงสร้างหรือพยาธิสภาพ - มีประวัติการได้รับผ่าตัดปลูกถ่ายไต
การกรองของไตลดลง	มี eGFR น้อยกว่า 60 mL/min/1.73m ² ติดต่อกันเกิน 3 เดือน โดยอาจจะตรวจพบหรือไม่พบว่ามีภาวะไต ผิดปกติก็ได้

ตาราง 3 การแบ่งระยะของโรคไตเรื้อรัง

ระยะของโรคไตเรื้อรัง	GFR (mL/min/1.73 sq.m.)	นิยาม
ระยะที่ 1	≥90	ปกติหรือสูง
ระยะที่ 2	60-89	ลดลงเล็กน้อย
ระยะที่ 3a	45-59	ลดลงเล็กน้อย ถึงปานกลาง
ระยะที่ 3b	30-44	ลดลงปานกลาง ถึงมาก
ระยะที่ 4	15-29	ลดลงมาก
ระยะที่ 5	<15	ไตวายระยะสุดท้าย

2.1.4 การเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพ อาการ และอาการแสดงของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

โรคไตเรื้อรังมีจัดได้ว่าเป็นภัยเงียบเพราะถึงแม้สูญเสียไตไปแล้วกว่าร้อยละ 50 ผู้ป่วยยังไม่มีอาการ โดยผู้ป่วยมักมีอาการทางคลินิกเมื่อไตเสียการทำงานไปมากกว่าร้อยละ 70 เมื่อไตเสียหายหน้าที่ในการขจัดของเสียออกจากร่างกาย ทำให้เกิดการคั่งของยูเรียเสียการควบคุมสมดุลน้ำ กรดต่างในร่างกาย และการสร้างฮอร์โมนที่จำเป็นต่อร่างกาย ทำให้มีผลกระทบต่อการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกายทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพมีดังนี้

2.1.4.1 การเปลี่ยนแปลงของอิเล็กโทรลิตส์ ไตทำหน้าที่ควบคุมปริมาณสารน้ำและเกล็ดเลือดในร่างกาย น้ำและแร่เกลือส่วนที่เกินควรจำเป็นจะถูกขับออกมาทางปัสสาวะ เกล็ดเลือด

ดังกล่าว เช่น โซเดียม โปตัสเซียม แมกนีเซียม แคลเซียม และฟอสฟอรัส เป็นต้น ดังนั้นเมื่อไตเสียหายจะทำให้เกิดความไม่สมดุลของอิเลคโตรลัยท์ เช่น ภาวะโซเดียมต่ำ เนื่องจากมีคลื่นไส้ อาเจียน การมีน้ำคั่งในร่างกาย ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง และหัวใจล้มเหลวได้ ภาวะโปตัสเซียมสูง เนื่องจากการสลายแคลเซียมมาก ได้รับยาที่มีโปตัสเซียมสูง การได้รับเลือด และภาวะกรด ทำให้มีการหลั่งของโปตัสเซียม ภาวะแคลเซียมต่ำ เนื่องจากระบบทางเดินอาหารดูดซึมแคลเซียมได้น้อยลง ฟอสเฟตสูง เนื่องจากไตขับออกได้ลดลง และมีการลดลงของแคลเซียม ทำให้กระตุ้นฮอร์โมนพาราไทรอยด์ซึ่งมีหน้าที่ควบคุมสมดุลของระดับแคลเซียมและฟอสเฟตในเลือด โดยการไปออกฤทธิ์ยังอวัยวะเป้าหมายที่สำคัญ 2 ชนิดคือ ไตและกระดูก(27) และมีการหลั่งฟอสเฟตออกมามากทำให้มีการสลายแคลเซียมออกจากกระดูก ทำให้เกิดโรคกระดูกอ่อน โรคกระดูกเสื่อม และโรคกระดูกพรุน

2.1.4.2 การเปลี่ยนแปลงเมตาบอลิก ทำให้มีระดับของยูเรีย ไนโตรเจนและครีตินินสูงในเลือด เนื่องจากเมตาบอลิซึมของโปรตีน มีเมตาบอลิซึมของคาร์โบไฮเดรตเปลี่ยนแปลง เนื่องจากผลิตอินซูลินได้ลดลง ระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูงขึ้น ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจและหลอดเลือด มีภาวะกรดเมตาบอลิก เนื่องจากไตไม่สามารถขับไฮโดรเจนไอออนได้ และดูดกลับโซเดียมโบคาร์บอเนตได้ลดลง

2.1.4.3 การเปลี่ยนแปลงของระบบเลือด ไตทำหน้าที่สร้างฮอร์โมนกระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง มีชื่อเรียกว่า อีริโทพอยติน สารนี้ช่วยกระตุ้นไขกระดูกให้สร้างเม็ดเลือดแดง ทำให้ร่างกายมีปริมาณเลือดเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกายอย่างเพียงพอ ถ้าระดับฮีมาโตคริตต่ำกว่าร้อยละ 20 จะทำให้เกิดอาการอ่อนล้า อ่อนแรง และทนต่อความเย็นได้น้อยลง ความซุกของภาวะซีดเพิ่มขึ้นตามระยะของการเกิดไตเรื้อรังจากร้อยละ 8.4 ในระยะที่ 1 เป็นร้อยละ 53.4 ในระยะที่ 5 (28) นอกจากนี้การแตกของเม็ดเลือดแดง การสูญเสียเลือดในทางเดินอาหาร และการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ ก็จะทำให้เกิดภาวะซีดส่งผลให้เกิดผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงได้แก่ อ่อนเพลีย ความสามารถในการออกกำลังกาย การรับรู้ และ ภูมิคุ้มกันลดลง คุณภาพชีวิตลดลง ทำให้เกิดหัวใจและหลอดเลือดเกิดภาวะหัวใจวายและเพิ่มอัตราการเสียชีวิต

2.1.4.4 การเปลี่ยนแปลงของทางเดินอาหาร ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อระบบทางเดินอาหารตั้งแต่ปากจนถึงทวารหนัก อาการที่พบได้แก่ อาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ลิ้นมีรสเผื่อน เยื่อช่องปากและเหงือกอักเสบ ส่วนอาการที่พบเมื่อมีอาการรุนแรง ได้แก่ การอักเสบของกระเพาะอาหาร แผลในลำไส้เล็กและลำไส้ใหญ่ เป็นต้น บางรายมีเลือดออกทางเดินอาหาร ส่วนอาการท้องผูกเนื่องจากได้รับยา Phosphate Binding การจำกัดอาหาร ได้รับสารอาหารที่มีกากใยน้อย และไม่มีการเคลื่อนไหว

2.1.4.5 การเปลี่ยนแปลงของระบบภูมิคุ้มกัน ระบบภูมิคุ้มกันบกพร่อง ทำให้ผู้ป่วยติดเชื้อได้ง่าย เนื่องจากภูมิคุ้มกันถูกกด การทำหน้าที่ของเม็ดเลือดขาวลดลง

2.1.4.6 การเปลี่ยนแปลงในเมตาโบลิซึมของยา ระดับยาในพลาสมาสูงขึ้น เนื่องจากการลดลงของอัลบูมิน การขับออกของไตลดลง และการเมตาโบลิซึมของยาที่ตับบกพร่อง จึงมีการแพทย์ได้ง่าย เนื่องจากภาวะยูริเมียทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบเป้าหมาย

2.1.4.7 การเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจและหลอดเลือด ผู้ป่วยภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้ายจะมีการเสียชีวิตถึงร้อยละ 50-65 จากภาวะแทรกซ้อนของหัวใจและหลอดเลือด ทำให้มีความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง หัวใจล้มเหลว เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ ความดันโลหิตสูงเนื่องจากไตทำหน้าที่สร้างสารเรนินช่วยควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ระดับคงที่ ทำให้เลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ เพียงพอ ในภาวะความดันโลหิตในหลอดเลือดแดงที่ไตโดยเฉลี่ยลดลง ทำให้ร่างกายกระตุ้นกระบวนการเรนิน-แองจิโอเทนซิน ซึ่งจะช่วยให้มีการหลั่งเรนินจากจักษตาไกลเมอรูลาร์ อีพาราธาตัสในไต เรนินเป็นเอนไซม์ที่หลังจากไตเข้าไปในกระแสเลือด ทำหน้าที่เปลี่ยนแองจิโอเทนซินในเจน ให้เป็นแองจิโอเทนซิน I หลังจากนั้นเอนไซม์แองจิโอเทนซิน คอนเวอร์ติง จะเปลี่ยนแองจิโอเทนซิน I ให้เป็นแองจิโอเทนซิน II ที่ปอด เมื่อสารน้ำในร่างกายต่ำกว่าปกติ ระบบเรนิน-แองจิโอเทนซิน จะไปกระตุ้นหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดหดตัว และกระตุ้นการหลั่งแอลโดสเตอโรนที่ต่อมหมวกไตส่วนนอก ทำให้เพิ่มปริมาณของโซเดียมและน้ำมากขึ้น ปริมาณเลือดจะเพิ่มขึ้นและยังเชื่อว่าการเกิดเส้นเลือดแข็งในภาวะยูริเมียเกี่ยวข้องกับสาเหตุหลายประการ คือ ภาวะไชมันในเลือดสูง ภาวะไฮเปอร์พาราไธรอยด์ ระดับออกซาเลต และฮีโมซีสเตอินที่สูงขึ้น รวมถึงการสูบบุหรี่หรือโรคเบาหวานที่พบร่วมด้วย นอกจากนี้ยังพบหัวใจห้องล่างซ้ายมีขนาดโตขึ้น จากภาวะที่มีความดันโลหิตสูงเรื้อรัง ภาวะน้ำเกิน และภาวะซีด ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว และกล้ามเนื้อหัวใจมีความผิดปกติ ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะจากการมีโปตัสเซียมในเลือดสูง แคลเซียมในเลือดต่ำ (29)

2.1.4.8 การเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินหายใจ ทำให้มีหายใจลำบากเนื่องจากภาวะน้ำเกินและปอดบวมน้ำ เยื่อหุ้มปอดอักเสบ และมีปอดอักเสบ เนื่องจากการทำหน้าที่ของ Macrophage ที่ปอดลดลง มีหายใจหอบเนื่องจากภาวะกรด ที่ต้องขับเอาไฮโดรเจนไอออนออกมา

2.1.4.9 มีการเปลี่ยนแปลงของกระดูกและกล้ามเนื้อ ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายมีร้อยละ 90 ขึ้นไปที่มีภาวะกระดูกเสื่อมที่มีสาเหตุจากภาวะไตวายเรื้อรังทำให้เกิดอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงจากการมีฟอสฟอรัสสูง และแคลเซียมฟอสเฟตที่มักไปเกาะตามอวัยวะต่าง ๆ ได้แก่ ผิวหนัง ตา ข้อต่อหลอดเลือด หัวใจ ปอด กระดูกและเกิดอาการเจ็บปวดข้อ ซึ่งการขาดวิตามินดี การสะสมของอะลูมิเนียมในกระดูก การมีพาราไธรอยด์ฮอร์โมนต่ำ การมีภาวะอื่นร่วมด้วย เช่น เบาหวาน มีการสะสมของเหล็กในไขกระดูก เป็นต้น ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ของกระดูกจากภาวะไตเรื้อรัง (27) อาการที่เกิดขึ้นได้แก่ ปวดกระดูก ข้อ และบริเวณรอบข้ออักเสบ รูปร่างกระดูกผิดปกติ เป็นต้น

2.1.4.10 การเปลี่ยนแปลงทางผิวหนัง ทำให้ผู้ป่วยไม่สุขสบาย ผิวหนังผู้ป่วยจะแห้งมากเนื่องจากการฝ่อของต่อมเหงื่อ ทำให้เกิดอาการคัน เนื่องจากมีฮอร์โมนพาราไทรอยด์สูง ทำให้มี

การเกาะของแคลเซียมที่ผิวหนัง อาการคันยังทำให้ผิวหนังเป็นแผลเนื่องมาจากการเกา มีการเปลี่ยนแปลงของสีผิว เนื่องจากภาวะเลือดออกง่ายทำให้ผิวหนังมีรอยฟกช้ำ มีจุดเลือดออก และมีฝ้า เลือด การคั่งของยูโรโครมทำให้ผู้ป่วยมีผิวสีเทา นอกจากนี้ยังทำให้ผมเปราะหลุดร่วงได้ง่าย มีเล็บบาง และเปราะง่าย

2.1.4.11 การเปลี่ยนแปลงของระบบประสาท ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาททั้งประสาทส่วนกลางและส่วนปลาย ดังนี้ ในระบบประสาทส่วนกลางเริ่มตั้งแต่มีอาการรับรู้ ลดลง ขาดสมาธิ ความสามารถในการทำงานลดลง การตัดสินใจไม่ได้ เมื่อมีอาการมากขึ้นอาจเกิดอาการ ซึม สับสน ไม่รู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล อาจเกิดอาการประสาทหลอน และกลายเป็นโรคจิตได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพก่อนเจ็บป่วยของแต่ละบุคคลด้วย นอกจากนี้มีอาการปวดศีรษะอ่อนเพลีย นอนไม่ค่อยหลับในเวลากลางคืนแต่มักง่วงซึมในเวลากลางวัน ถ้าไม่ได้รับการแก้ไขจะมีอาการกระตุก ชัก เพ้อ หมดสติ และเสียชีวิตในที่สุด (30) ระบบประสาทส่วนปลาย มักพบว่ามีอาการร้อนที่เท้า กดเจ็บมีอาการขยับเท้าตลอดเวลาต่อมาจะมีอาการชา ทำให้ผู้ป่วยอาจเสียการทรงตัว ดังนั้นผู้ป่วยที่มีการคั่งของของเสียในร่างกาย ทำให้เกิดความผิดปกติของอิเล็กโตรลัยท์ ภาวะกรดจาก เมตาโบลิค และความผิดปกติของระบบประสาทเหล่านี้ควรได้รับแก้ไขโดยการบำบัดทดแทนไต

2.1.4.12 การเปลี่ยนแปลงของระบบสืบพันธุ์ อาการที่พบในผู้ป่วยไตเรื้อรังจะมีความต้องการทางเพศลดลงและเป็นหมัน โดยในเพศหญิงประจำเดือนไม่มาหรือมาไม่สม่ำเสมอ เนื่องจากโปรเจสเทอโรนลดลง ส่วนในเพศชายระดับเทสเทอโรนลดลงทำให้จำนวนเชื้ออสุจิน้อยลงทำให้สมรรถภาพทางเพศลดลง

2.1.4.13 การเปลี่ยนแปลงของระบบต่อมไร้ท่อผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายจะมีอาการและอาการแสดงของต่อมไร้ท่อทำงานผิดปกติ เช่น ต่อมธัยรอยด์ ต่อมพาราธัยรอยด์ ต่อมใต้สมองการคั่งของฟอสเฟตทำให้ระดับแคลเซียมในเลือดต่ำ ส่งผลให้เกิดกระดูกพุ่มหรือกระดูกพรุนภาวะยูรีเมียทำให้มีการหลั่งฮอร์โมนเจริญเติบโต และกลูคาگون เพิ่มมากขึ้น ประกอบกับมีภาวะเซลล์ที่ต่อฮอร์โมน อินซูลินทำให้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงได้นอกจากนี้ในผู้ชายจะมีระดับของเทสเทอโรนลดลง ส่วนในเพศหญิงจะมีระดับของเอสโตรเจน และโปรเจสเทอโรนลดลง

2.1.4.14 การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตสังคม เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและความเครียด เนื่องจากความเรื้อรังของโรคที่คุกคามชีวิต ความเครียดเกิดจากการสูญเสียพลังอำนาจสูญเสียการรู้สึกควบคุมโรคและการรักษา การรับประทานยาตาม Regimen การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ การเปลี่ยนแปลงทางเพศสัมพันธ์ การสูญเสียหรือทำงานได้น้อยลง มีภาวะตั้งเครียดทางเศรษฐกิจ และมีวิถีชีวิตเปลี่ยนแปลงมาก

จะเห็นว่าโรคไตเรื้อรังทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบต่าง ๆ ทั้งทางด้านร่างกายจิตใจ

และสังคม ดังนั้นเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและความรุนแรงของโรค ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจึงต้องได้รับการบำบัดรักษาเพื่อชะลอความเสื่อมของไต

2.1.5 การรักษาโรคไตเรื้อรัง

การรักษาโรคไตเรื้อรังขึ้นอยู่กับระยะการดำเนินของโรค และระดับความรุนแรงของโรค ซึ่งแนวทางการรักษามีอยู่ 2 ประการคือ การรักษาเพื่อชะลอการเสื่อมของไต และการบำบัดทดแทนไต

2.1.5.1 การรักษาแบบประคับประคอง (Conservative Treatment) เป็นการรักษาด้วยยา การจัดการกับอาหาร น้ำ และการหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้การเสื่อมของไตมากขึ้น เพื่อชะลอการเสื่อมของไต และการคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของไตที่เหลืออยู่ได้แก่

1) การควบคุมอาหาร ในผู้ป่วยไตเรื้อรังไม่ว่าจะอยู่ในระยะใดก็ตาม จำเป็นต้องมีการควบคุมและจำกัดสารอาหารเนื่องจากไตเสื่อมหน้าที่ในการขับของเสียออกจากร่างกายโดยเฉพาะสารยูเรีย จุดมุ่งหมายของการรักษานี้เพื่อป้องกันการสลายตัวของโปรตีน โดยการให้สารอาหารทดแทนและพลังงานที่เพียงพอต่อร่างกายได้แก่

1.1) การควบคุมอาหารโปรตีน จะช่วยชะลอการเสื่อมของไต โดยปริมาณโปรตีนที่ควรได้รับในแต่ละวันขึ้นอยู่กับการทำงานของไต ถ้าค่าครีเอตินินในเลือดน้อยกว่า 2.5 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ควรได้รับอาหารโปรตีนต่ำคือประมาณ 0.6-0.75 กรัมต่อกิโลกรัมของน้ำหนักตัว (31) ถ้าค่าครีเอตินินในเลือดมากกว่า 2.5 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ควรได้รับอาหารโปรตีนต่ำมากคือประมาณ 0.4 กรัมต่อกิโลกรัมของน้ำหนักตัวรวมกับการรับประทานกรดอะมิโนที่จำเป็นหรือให้กรดซิตริกเสริมวันละประมาณ 10 กรัม ในระยะแรกของไตเรื้อรัง การจำกัดโปรตีนไม่ค่อยจำเป็นนักเนื่องจากไตยังสามารถทำหน้าที่ได้ แต่ในระยะที่ 2, 3 และ 4 เป็นระยะที่ไตมีความสามารถในการขับของเสียลดลงหรือเสียไป เพื่อลดปริมาณของของเสียในกระแสเลือด เนื่องจากไตทำหน้าที่ขับของเสียที่เกิดจากโปรตีนที่มาจากเนื้อสัตว์และพืช ซึ่งการรับประทานโปรตีน ในปริมาณที่มากเกินไปจะเป็นการส่งเสริมให้ไตต้องทำงานอย่างหนักจึงจำเป็นต้องมีการจำกัดจำนวนโปรตีน และควรรับประทานโปรตีนที่มีคุณภาพที่มีกรดอะมิโนที่จำเป็น (32) โดยโปรตีนจากเนื้อสัตว์ ปริมาณของโปรตีนจากเนื้อสัตว์ที่กำหนดไว้ในมาตรฐานเทียบได้กับการรับประทาน เนื้อสัตว์ประมาณ 1½ ช้อนโต๊ะต่อน้ำหนักตัว 10 กิโลกรัม ต่อวัน โปรตีนจากไข่ จัดเป็นโปรตีนที่จำเป็นใน ผู้ป่วยโรคไตที่เข้าสู่ระยะสุดท้าย โปรตีนจากพืช การรับประทานอาหาร โปรตีนจากพืชตระกูลถั่วนั้นมีข้อจำกัดในผู้ป่วยโรคไตเสื่อม ระยะท้ายมากกว่าระยะอื่น เนื่องจากถั่วจะส่งผลต่อการเพิ่มปริมาณ ของฟอสฟอรัสให้สูงเกินไปได้ ฟอสฟอรัสเป็นเกลือแร่ที่เกี่ยวข้อง กับกระดูกโดยทำงานร่วมกับแคลเซียม กรณีระดับฟอสฟอรัสในเลือดที่สูง กระดูกจะปล่อยแคลเซียมออกมาในเลือดเพื่อ ควบคุมระดับของฟอสฟอรัส ซึ่งจะส่งผล

ให้กระดูกบางลง เปราะ และหักง่าย ดังนั้น จึงต้องรับประทานถั่วในปริมาณที่จำกัดด้วย และหลีกเลี่ยงนมทุกประเภทในระยะที่ตรวจพบระดับฟอสเฟต ในเลือดสูงกว่า 4.8 มก./ดล.

1.2) การควบคุมโซเดียม ขึ้นอยู่กับสมรรถภาพของไตในการขับโซเดียมได้มาน้อยเพียงใด เนื่องจากปริมาณโซเดียมมีความสัมพันธ์กับปริมาณของสารอาหารที่อยู่ภายนอกเซลล์ ดังนั้นจึงควรจำกัดจำนวนสารเหลวที่อยู่ภายนอกเซลล์ให้พอเหมาะ เพราะถ้าหากขาดน้ำแม้เพียงเล็กน้อยก็จะก่อให้เกิดภาวะยูริเมียได้เร็ว แต่ถ้าผู้ป่วยมีภาวะน้ำเกินก็จะเกิดภาวะความดันโลหิตสูง หัวใจวายได้ ถ้าผู้ป่วยอยู่ในระยะที่ไตสามารถขับปัสสาวะออกมาได้มาก ก็ไม่จำเป็นต้องจำกัดโซเดียม เนื่องจากระยะนี้ผู้ป่วยมีปัสสาวะมากอาจจะขาดน้ำได้ แต่ในระยะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายไตไม่สามารถขับปัสสาวะออกมาได้ทำให้ร่างกายบวม จำเป็นต้องจำกัดโซเดียมเหลือวันละ 2-4 กรัม จะช่วยเสริมฤทธิ์ของยาลดความดันโลหิต ทำให้ควบคุมความดันโลหิตได้ดีขึ้น

1.3) การควบคุมปริมาณโคเลสเตอรอล ควรควบคุมปริมาณโคเลสเตอรอลในอาหารไม่ให้เกินวันละ 300 มิลลิกรัม โดยจำกัดอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง เนื่องจากทำให้โคเลสเตอรอลในเลือดสูงขึ้น ซึ่งเป็นอันตรายต่อหัวใจต่อหัวใจ หลอดเลือด และอาจเร่งให้ไตเสื่อมเร็วขึ้นเลือกอาหารที่มีไขมันน้อย เช่น ไข่ขาว นมพร่องไขมัน เนื้อปลาโดยเฉพาะปลาทะเลน้ำลึก เช่น ปลาทูน่า ปลาซาบะ ปลาทูน่า หรืออาจใช้อาหารที่เป็น Functional food กลุ่มน้ำมันปลาซึ่งจะมีกรดไขมันไม่อิ่มตัวชนิดโอเมก้า 3 อยู่ปริมาณมาก ช่วยลดระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดได้ งดอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูง เช่น เครื่อง ในสัตว์ อาหารทะเล ไข่แดง กะทิ เนยขาว เนยแท้ และเนยเทียม เลือกใช้น้ำมันในการประกอบอาหาร ที่เหมาะสม คือใช้น้ำมันรำข้าวในการผัดและทอด ซึ่งควรใช้ในปริมาณเพียงเล็กน้อย

1.4) การควบคุมโปตัสเซียม เนื่องจากเป็นแร่ธาตุชนิดหนึ่งที่มีความจำเป็นต่อร่างกาย โดยมีบทบาทสำคัญในการช่วยให้การทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกายเป็นปกติ เช่น ระบบประสาทและกล้ามเนื้อ โปแทสเซียมช่วยควบคุมสมดุลของอิเล็กโทรไลต์และสมดุลของกรด-เบสในร่างกาย ป้องกันภาวะกรดเกิน (hyperacidity) และยังช่วยควบคุมความดันโลหิตที่สูง และลดความเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือด ในผู้ป่วยที่ไตยังขับโปตัสเซียมได้อย่างเพียงพอและระดับโปตัสเซียมในเลือดไม่สูงมากเกินไป ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องจำกัดหรือควบคุมอาหารประเภทนี้แต่เมื่ออัตราการกรองของไตต่ำมากและมีปัสสาวะออกน้อยกว่า 500 มิลลิลิตรต่อวัน จึงควรควบคุมอาหารที่มีโปตัสเซียมสูง

1.5) การควบคุมฟอสเฟต อาหารที่มีฟอสเฟตสูงทำให้ไตเสื่อมเร็วขึ้น และทำให้ผู้ป่วยมีระดับฮอร์โมนพาราไทรอยด์สูงขึ้น จะเป็นผลเสียในระยะยาวควรจำกัดปริมาณฟอสเฟตจากอาหารให้อยู่ในช่วง 800 – 1,000 มก./วัน หรือปริมาณน้อยที่สุดที่เพียงพอต่อความต้องการของ

ร่างกาย ตัวอย่างของอาหารที่มีฟอสเฟตสูง ได้แก่ เนื้อสัตว์ ผลิตภัณฑ์ที่ทำจากนม ถั่วเมล็ดแห้ง และ น้ำอัดลม เป็นต้น ซึ่งต้องใช้ยาจับฟอสเฟตร่วมด้วย

2) การจำกัดน้ำดื่ม ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะต่างๆมีการจำกัดน้ำไม่เท่ากัน ในผู้ป่วยที่ ไตยังสามารถขับปัสสาวะออกมาได้มาก ก็สามารถดื่มน้ำได้ตามปกติ ไม่จำเป็นต้องจำกัดน้ำดื่ม โดยทั่วไปควรดื่มน้ำประมาณ 2 ลิตรต่อวัน แต่ถ้าผู้ป่วยมีความรุนแรงของโรคมากขึ้น โดยมีค่าครีเอตินินในเลือดอยู่ในช่วง 8-10 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หรือมีอาการบวมตามตัวแล้วปัสสาวะออกลดลง ต้อง จำกัดปริมาณน้ำดื่ม โดยถือตามปริมาณปัสสาวะที่ออกใน 24 ชั่วโมงของผู้ป่วยเป็นเกณฑ์ หรือโดยการ ชั่งน้ำหนักทุกวันในการประมาณการปรับปริมาณน้ำดื่ม คือถ้าน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นควรลดปริมาณน้ำดื่ม

3) การใช้ยาเพื่อชะลอการเสื่อมของไต ยาที่ใช้ได้แก่

3.1) ยาจับฟอสเฟต (Phosphate Binder) ใช้เพื่อควบคุมฟอสเฟตในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ เพื่อช่วยชะลอการเสื่อมของไต ร่วมกับการควบคุมอาหารที่มีฟอสเฟต ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ แคลเซียม แมกนีเซียม อลูมิเนียมไดออกไซด์จับฟอสเฟต ผลข้างเคียงคือ อาจเกิดภาวะแคลเซียมในเลือดสูงเนื่องจากลำไส้ดูดแคลเซียมเพิ่มขึ้น

3.2) ยาลดความดันโลหิต ในผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเกินกว่าเป้าหมายที่กำหนด ควรควบคุม ระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเป้าหมายที่เหมาะสม และควรเลือกใช้ ยาที่สามารถป้องกันและลดการรั่วของ โปรตีนในปัสสาวะได้ โดยกลุ่มยาลดความดันโลหิตที่ได้รับการ แนะนำ ให้ใช้เป็นทางเลือกแรกสำหรับผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตเสื่อมร่วมด้วย ได้แก่ ยาในกลุ่ม angiotensin converting enzyme inhibitor (ACEIs) หรือยาในกลุ่ม angiotensin receptor blocker (ARBs)(33) โดยมีเป้าหมายของระดับความดันโลหิต และกลุ่มยาที่ใช้รักษา ขึ้นกับสาเหตุปัจจัยเสี่ยงของโรคไตเรื้อรังร่วมกับปริมาณแอลบูมินในปัสสาวะ ผู้ป่วยควรควบคุมความดันโลหิตให้เท่ากับ หรือ ต่ำกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท

3.3) ยาขับปัสสาวะ ออกฤทธิ์เพิ่มการขับเกลือแร่และน้ำที่คั่งในภาวะไตวาย ส่งผลให้ลดอาการบวมและลดความดันโลหิต ยาขับปัสสาวะที่ใช้ได้แก่ยาในกลุ่ม Loop diuretic เช่น Lasix

3.4) ยารักษาภาวะซีดหรือโลหิตจาง ยาที่ใช้ได้แก่ Erythropoietin เช่น Recormon EPO, Eprex, Hemax ซึ่งก่อนเริ่มให้ต้องตรวจหาปริมาณธาตุเหล็กในร่างกาย หากมี ภาวะขาดธาตุเหล็กด้วย ให้ธาตุเหล็กทดแทนทางปาก เช่น Folic, FeSo₄

3.5) การให้ต่างทดแทน ภาวะความเป็นกรดมีผลเสียต่อร่างกายหลายอย่าง เช่น ทำให้กระดูกพรุน มีการสลายตัวของโปรตีนจากกล้ามเนื้อมากขึ้น ส่งผลให้เกิดระดับของเสีย ในเลือดเพิ่มสูงขึ้น จึงให้ต่างทดแทน ได้แก่ โซดาบิสมิท

3.6) วิตามินรวมและกรดโฟลิก อาจช่วยลดการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจมีภาวะขาดธาตุสังกะสี ซึ่งมีความสำคัญต่อระบบภูมิคุ้มกันและความอยากอาหารของผู้ป่วย

2.1.5.2 การรักษาโดยการบำบัดทดแทนไต (Renal replacement therapy) ในการบำบัดทดแทนไตข้อบ่งชี้ในการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยที่มีอาการได้แก่ เลือดเป็นกรดชนิดรุนแรง โปรตีนซีรัมสูง เยื่อบุหัวใจอักเสบ อาการทางสมอง ภาวะน้ำเกิน ทุโภชนาการ ปลายประสาทอักเสบ อาการในระบบทางเดินอาหาร eGFR of 5-9 mL/min/1.73 m² หรือมีอาการแสดงอย่างอื่นร่วมด้วยซึ่งต้องพิจารณา อัตราการเสื่อมของโรค ภาวะแทรกซ้อนอื่นที่มีผลต่อการดำเนินของโรค และการตอบสนองต่อการรักษา โรคร่วมอื่น ๆ ส่วนผู้ป่วยต้องพิจารณาสภาพจิตใจ เศรษฐกิจ ความร่วมมือในการรักษา ซึ่งผู้ป่วยบางรายอาจปฏิเสธแม้มีข้อบ่งชี้ชัดเจนในการทำบำบัดทดแทนไต ขณะที่บางรายต้องเริ่มทำตั้งแต่เนิ่น ๆ เพื่อหลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนของโรคไตเรื้อรัง ซึ่งการรักษาโดยการบำบัดทดแทนไตประกอบด้วย

1) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) เป็นการกรองของเสียจากเลือดโดยให้เลือดจากหลอดเลือดผู้ป่วยผ่านเข้าหลอดฝอยซึ่งมีจำนวนมากในตัวกรองเลือด ของเสียในเลือดจะซึมผ่านผนังหลอดเลือดฝอยออกมาในน้ำยาที่อาบอยู่รอบนอกของหลอดเลือดในตัวกรองเลือด โดยอาศัยหลักการที่ว่า สารละลายจะซึมผ่านผนังจากด้านที่มีความเข้มข้นสูงมาสู่ด้านที่มีความเข้มข้นต่ำ เมื่อเลือดผ่านตัวกรองเลือดแล้วก็จะไหลกลับเข้าร่างกายทางหลอดเลือดอีกทางหนึ่ง โดยทั่วไปใช้เวลาในการฟอกเลือดครั้งละ 4-5 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง (14)

2) การล้างไตทางหน้าท้องแบบถาวร (Continuous ambulatory peritoneal dialysis) เป็นการขจัดของเสียออกทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โดยใช้ผนังเยื่อช่องท้องของผู้ป่วย (Peritoneal membrane) เป็นตัวกรองน้ำ ของเสียและเกลือแร่ โดยปริมาณของเสียในเลือดจะซึมผ่านผนังหลอดเลือดฝอยที่มีจำนวนมากที่เยื่อช่องท้องออกมาในน้ำยาที่ใส่ไว้ในช่องท้อง และถูกปล่อยออกจากช่องท้อง วิธีการนี้ผู้ป่วยสามารถทำตัวเอง หลังจากได้รับการฝึกสอนจากแพทย์และพยาบาลเป็นเวลา 1-4 สัปดาห์ ขณะที่ทำการรักษาผู้ป่วยสามารถทำงานและปฏิบัติภารกิจได้ตามปกติ โดยในปัจจุบันสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ดำเนินนโยบาย PD First policy ส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าสามารถล้างไตทางช่องท้องได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย แม้ว่าการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องจะสามารถทำให้ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังมีอาการดีขึ้น แต่ก็ไม่ได้ทำให้หน้าที่ของไตดีขึ้นทั้งหมด ผู้ป่วยยังคงต้องเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง การสูญเสียภาพลักษณ์ การสูญเสียหน้าที่การงาน มีผลกระทบต่อความมั่นคงของครอบครัว ความเครียดที่ต้องพึ่งพาบุคคลอื่นภาวะคุณภาพชีวิต และความยุ่งยากในวิธีการรักษา (34)

3) การผ่าตัดปลูกถ่ายไต (Renal transplantation) หรือที่เรียกกันทั่วไปว่าการเปลี่ยนไต เป็นวิธีการรักษาโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เป็นที่ยอมรับและได้ผลดีที่สุดในปัจจุบัน ผู้ป่วยจะมีคุณภาพชีวิตเหมือนปกติ เพียงแต่ต้องรับประทานยากดภูมิคุ้มกันภายหลังจากผ่าตัด แต่การรักษาด้วยวิธีนี้ก็มีอัตราเสี่ยงสูง และผลของการรักษาขึ้นอยู่กับสภาพร่างกายของผู้ป่วยก่อนได้รับการปลูกถ่ายไตด้วย ดังนั้นการคัดเลือกผู้ป่วยที่เหมาะสม และการเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง (35)

เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังแล้ว สิ่งที่สำคัญคือการป้องกันไม่ให้ไตเสื่อมมากขึ้นหรือมีหน้าที่ของไตเสื่อมลงในอัตราที่ช้าที่สุด คือ ให้ผู้ป่วยมีอัตราการลดลงของอัตราการกรองของไตเฉลี่ยน้อยกว่า $4 \text{ mL/min/1.73 m}^2$ ต่อปี สำหรับการศึกษาค้นคว้าวิจัยติดตาม ประเมินผลการดูแลโดยใช้ผลลัพธ์ทางคลินิกผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังประกอบด้วย อัตราการกรองของไต การทำหน้าที่ของระดับความดันโลหิต ดัชนีมวลกาย และรอบเอว โรคไตเรื้อรังเป็นโรคที่พบบ่อยและเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขของโลกและประเทศไทย เป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาดจำเป็นต้องรักษาอย่างต่อเนื่อง และมีค่าใช้จ่ายที่สูงมากโดยเฉพาะเมื่อเข้าสู่โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย หลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่ส่งเสริมการทำงานไตลดลง ได้แก่ พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาสมเหตุผล ดังนั้น การให้ความรู้ด้านสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจึงจำเป็นเพื่อควบคุมโรคและช่วยเหลือไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน

2.2 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ปัจจุบันโรคเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและกำลังระบาดไปทั่วโลก เป็นภาระที่หนักมากในการดูแลรักษา และที่สำคัญโรคเรื้อรัง เมื่อเกิดขึ้นแล้วไม่ได้มาเพียงโรคเดียว มักจะมาพร้อมกันกับโรคอื่นอีกหลายโรค ยังเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและความพิการทั่วโลก ผู้ป่วยที่ต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานทำให้มีปัญหามากมายตามมาและเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม รวมทั้งระยะเวลาที่ต้องดูแลยาวนานที่ผู้ป่วยยังต้องเผชิญกับความพิการ ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ทั้งต่อตัวผู้ป่วยและผู้ดูแลทั้งในแง่ของเศรษฐกิจและสังคม โดยพบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่รับบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ ทำให้ระบบการบริการด้านสุขภาพของรัฐต้องมีการเปลี่ยนแปลงเพื่อให้สามารถสนองต่อการดูแลผู้ป่วยซึ่งมีจำนวนมากได้ โดยผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงน้อย และยาที่รักษาโรคเหล่านี้มีความปลอดภัยสูง การประเมินผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องใช้เทคโนโลยีที่ซับซ้อนมีราคาแพง แต่ผู้ป่วยเหล่านี้ต้องการดูแลแบบผสมผสาน เนื่องจากผู้ป่วยแต่ละรายมีปัญหาที่แตกต่างกัน สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ได้สรุปผลการศึกษาสภาพปัญหาของการจัดการโรคเรื้อรัง ไว้ว่า การจัดบริการสุขภาพที่ไม่ทั่วถึง ขาดประสิทธิภาพ มีการแยกส่วนจุดบริการที่ขาดการแก้ปัญหาาร่วมกัน และขาดความเชื่อมโยงต่อเนื่อง ขาดระบบการประสานงาน การส่งต่อ

ข้อมูล และการติดตาม ไม่มีผู้รับผิดชอบเฉพาะในการประสานการดูแลทั้งระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ให้บริการ ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ให้บริการในทีมสุขภาพ

ดังนั้น เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยเฉพาะในระดับปฐมภูมิมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ซึ่งเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ก็คือการทำผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี เข้าถึงบริการด้านการป้องกัน และรักษาโรค เป็นการเพิ่มศักยภาพให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตได้ปกติทั้ง ๆ ที่ยังมีโรคอยู่ ดังนั้น การรักษาที่ดีที่สุดก็คือ ผู้ป่วยดูแลตนเองโดย มีครอบครัว เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพคอยสนับสนุน ให้กำลังใจ การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต เพื่อชะลอระยะเวลาของโรค การจัดการตนเองโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการลดน้ำหนักในผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน สามารถยืดระยะเวลาของโรคจึงได้นำรูปแบบการจัดการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic care model, CCM) (37) ซึ่งเป็นรูปแบบที่ได้มีการพัฒนาขึ้นที่มุ่งเน้นการสร้างปฏิสัมพันธ์อย่างสร้างสรรค์ (Productive interaction) ที่นำไปสู่ผลลัพธ์เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์ทางคลินิก เป็นการให้บริการในเชิงรุก การส่งเสริมสุขภาพในขณะที่ยังไม่ป่วย การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง โดยอาศัยการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่าง ผู้ป่วยและทีมสุขภาพ บทบาทของผู้รับบริการมิใช่เพียงผู้รับ การดูแลรักษาแต่เป็นส่วนหนึ่งของทีมการดูแลรักษา ซึ่งเป็น ระบบการดูแลที่จะส่งเสริมให้เกิดผลลัพธ์การดูแลโรคเรื้อรังที่มีคุณภาพ มีทั้งหมด 6 องค์ประกอบ ได้แก่

2.2.1 ระบบสนับสนุนการจัดการดูแลตนเอง (Self-management support) หมายถึง กระบวนการหรือวิธีการสร้างพลัง (Empowerment) ให้ผู้ป่วย มีความรู้ ทักษะ และความเชื่อมั่น ในการจัดการกับโรคเรื้อรังด้วยตนเอง การสร้างความตระหนัก และความสามารถในการดูแลรักษาตนเองของผู้ป่วย โดยให้ความสำคัญกับการให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการดูแล เน้นความร่วมมือของผู้ป่วยเป็นผู้ตั้งเป้าหมายการรักษาเข้าใจอุปสรรคและ ข้อจำกัดของตนเอง รวมทั้งสามารถประเมินสถานะสุขภาพของตนเอง และสามารถ จัดการตนเองได้หรือต้องไปพบแพทย์ การจัดการตนเอง ให้ความสำคัญกับบทบาทของผู้ป่วยในการจัดการสุขภาพของตนเอง ประกอบด้วย การประเมินตนเอง การตั้งเป้าหมาย การวางแผนปฏิบัติตัว การแก้ปัญหา และการตรวจสอบตามนัดอย่างต่อเนื่อง ปัจจัยในการจัดการตนเองได้แก่ แรงจูงใจที่จะดูแลตนเอง ความรู้ความเข้าใจในโรคของตนเอง ทักษะในการดำเนินชีวิตอยู่กับโรคเรื้อรัง ได้รับการสนับสนุนในการจัดการอุปสรรค และความมั่นใจที่จะดูแล ส่วนปัญหาและอุปสรรคในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยและผู้ดูแล คือภาระในครอบครัว ข้อจำกัดด้านสุขภาพ การขาดความรู้ความสามารถของตนเองที่จะดูแลตนเอง (37) จึงควรมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบของการให้ความรู้ในการปฏิบัติตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยอาจปรับเปลี่ยนรูปแบบของการให้ความรู้ โดยดึงศักยภาพเดิมของผู้ป่วยและผู้ดูแล ร่วมกับการวางแผนในการให้ความรู้ให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยคำนึงถึงศักยภาพในการรับรู้และบริบทของชุมชน ปัจจุบันการดูแลตนเอง ถูกนำมาใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และเป็นกุญแจสำคัญที่ใช้รักษาโรค

เรื่องจริงที่ประสบผลสำเร็จ ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรค ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นได้ อีกทั้งยังช่วยลดค่าใช้จ่าย ในภาพรวมของประเทศอีกด้วย

2.2.2 การออกแบบระบบบริการ (Delivery system design) หมายถึง การออกแบบระบบการดูแลที่เหมาะสมกับการดูแลต่อเนื่อง ในสถานบริการ ทุกระดับและชุมชน โดยกำหนดกำหนดบทบาทและแบ่งหน้าที่ในทีมสหสาขาวิชาชีพให้ชัดเจน ให้การดูแลอย่างมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและทีมดูแลบนพื้นฐานข้อมูลระดับบุคคล ให้บริการการสนับสนุนการจัดการตนเองทุกราย และกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงให้บริการแบบการจัดการรายกรณี สร้างการมีส่วนร่วมและบูรณาการการดูแล ที่เข้าใจผู้ป่วยและ สังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย กำหนดมาตรฐานแนวทางการดูแล (Clinical practice guideline, CPG) ให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการดูแลซึ่ง ผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่รับบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ ซึ่งมีข้อจำกัดเกี่ยวกับบุคลากรและงบประมาณซึ่งผู้ป่วยโรคเรื้อรังมักมาด้วยปัญหาที่หลากหลายทำให้การดูแลไม่ครอบคลุม ได้แก่ ขาดการติดตามผลการรักษา ขาดการติดตามเยี่ยมบ้าน ซึ่งจะส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยขาดการดูแลอย่างต่อเนื่อง

2.2.3 การสนับสนุนทางด้านบุคลากร (Decision support) หมายถึง การกำหนดแนวทางในการ ตัดสินใจดูแลบนพื้นฐานข้อมูลของผู้ป่วยที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วย และอยู่ในวิถีปฏิบัติของผู้ให้บริการ มีการแลกเปลี่ยนแนวทางและข้อมูลเพื่อสนับสนุนการ ตัดสินใจระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วย มีแนวทางการปฏิบัติงานทางคลินิกเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจในการรักษาและการดูแลตนเอง ในขณะเดียวกันทีมดูแล ต้องได้รับการสนับสนุนการศึกษา การให้คำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญเพื่อเพิ่มทักษะของทีมในการหา วิธีการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งมีระบบปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางที่เป็นการสื่อสารสองทาง นั่นคือ ในระดับปฐมภูมิสามารถรับรู้ข้อมูลการดูแลรักษาของผู้ป่วยที่ได้รับจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้วย

2.2.4 การมีระบบฐานข้อมูลที่ดี (Clinical information system) หมายถึง การที่หน่วยบริการมี ระบบข้อมูลข่าวสารของผู้ป่วยทุกราย มีระบบแยกกลุ่มประชากรหรือกลุ่มเสี่ยง เพื่อดำเนินการเชิงรุกตาม ความจำเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่มที่จำเป็นต่อการตัดสินใจดูแลรักษาของทีมดูแลและผู้ป่วย ช่วยในการวางแผนการดูแลรายบุคคล และกลุ่มประชากรเพื่อการ ดำเนินการ เชิงรุก มีการแลกเปลี่ยนข้อมูล ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วย การกระตุ้นเตือนการนัดหมาย การตรวจทางห้องปฏิบัติ การ เฝ้าระวัง ภาวะเสี่ยงทั้งผู้ให้บริการและผู้ป่วย และควบคุมการดำเนินงานของทีมและระบบสุขภาพ สามารถแยกแยะผู้ป่วยที่อยู่ ในฐานข้อมูลเป็นกลุ่มย่อย ๆ ตามกลุ่มเสี่ยง เพื่อการวางแผนการป้องกันไว้ล่วงหน้า การวางแผนด้านอัตรากำลังคนคนและการประเมินประสิทธิภาพการทำงานของทีมบุคลากรทางการแพทย์ และระบบงานได้ ระบบฐานข้อมูลไม่จำเป็นต้องใช้คอมพิวเตอร์เสมอไป เช่น ในหน่วยบริการขนาดเล็ก อาจเป็นกระดาษที่จัดระบบการเก็บข้อมูล การแชร์ข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ ก็ถือเป็นระบบฐานข้อมูลที่ก็ได้

2.2.5 การทำความตกลงร่วมกัน (Community resource linkages) คือการทำข้อตกลงให้มีการใช้ทรัพยากรร่วมกันกับองค์กรต่างๆ ในชุมชน ให้เกิดประโยชน์สูงสุด ทั้งระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ ขนาดเล็ก ขนาดใหญ่ และระหว่างหน่วยบริการกับชุมชน การระดมทรัพยากรที่มีในชุมชน เพื่อให้เกิดการ ป้องกัน ควบคุมและจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สนับสนุนและ ผลักดันให้เกิดความร่วมมือภายในชุมชน มีการจัดตั้งกลุ่ม/ ชมรม เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

2.2.6 ระบบสุขภาพ (Health system) หมายถึง การมีหน่วยงานหรือองค์กรทำหน้าที่หลัก ในการดูแลสุขภาพ ประชาชน ซึ่งต้องมีการสร้างวัฒนธรรมองค์กรและกลไก ที่ส่งเสริมความปลอดภัยในการทำงาน ระบบสนับสนุนการทำงาน การสร้างแรงจูงใจในการทำงาน การวางกลยุทธ์แนวปฏิบัติ และการตัดสินใจในการดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนด หน่วยบริการมีการดำเนินการมีมาตรฐาน การบริการที่มีคุณภาพ มีการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบเชื่อมต่อระหว่าง หน่วยบริการต่างๆจนถึงชุมชน ให้การดูแลที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ มีการจัดสรรทรัพยากรบุคคล งบประมาณ วัสดุ และสิ่งของที่เอื้ออำนวยให้สามารถจัดบริการอย่างมีประสิทธิภาพ และมีการควบคุม กำกับ และติดตามประเมินผลการดำเนินงานโดยให้ความสำคัญกับ มิติการดูแลทั้งทางกาย จิต สังคม และสิ่งแวดล้อม

ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังซึ่งให้สำคัญกับการที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและให้การดูแลรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรกซึ่งจะช่วยชะลอการเสื่อมของไต คงไว้ซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย ช่วยยืดระยะเวลาการดำเนินโรคเข้าสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายให้นานที่สุด เนื่องจากพบว่า ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจะเริ่มลดลงเมื่อการดำเนินโรคเข้าสู่ภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 2-3 และจะลดลงเรื่อยๆ เมื่อเข้าสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องได้รับการรักษาบำบัดทดแทนไต ส่งผลกระทบต่อทางด้านเศรษฐกิจและสังคม เนื่องจากผู้ป่วยจะต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เพิ่มรวมทั้งจำเป็นต้องพึ่งพิงผู้ดูแลมากขึ้น เมื่อการดำเนินโรคมีความรุนแรงมากขึ้น ซึ่ง Kidney Disease: Improving Global Outcomes, KDIGO (38) ได้เสนอแนวปฏิบัติในการจัดการป้องกันหรือชะลอการเสื่อมของไตซึ่งประกอบด้วย การควบคุมความดันโลหิต การควบคุมอาหาร การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรวมทั้งแบบแผนในการดำเนินชีวิต ซึ่งเป็นกิจกรรมเหล่านี้ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบในการจัดการดูแลตนเองเหล่านี้ด้วยตนเอง โดยพบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุเนื่องจากเมื่ออายุมากขึ้นไตจะมีความเสื่อมตามอายุชั้ย จากการศึกษาที่ผ่านมพบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังส่วนใหญ่มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสมกับโรค เนื่องจากโรคไตเรื้อรังในระยะเริ่มต้นถึงปานกลาง เป็นระยะที่ยังไม่ปรากฏอาการผิดปกติที่ชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยไม่เห็นความสำคัญและไม่ตระหนักถึงการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม (39)

2.3 การประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) ร่วมกับการจัดการรายกรณี (Case Management) ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

2.3.1 แนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management)

การจัดการตนเองเป็นแนวคิดที่มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning theory) นักวิจัยต่างประเทศ ได้ให้ความหมายของคำว่า การจัดการตนเอง (Self-management) ไว้แตกต่างกันไปดังนี้

Creer (2000) (40) กล่าวว่าไว้ว่าการจัดการตนเองเป็นการ ควบคุมภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังและเป็นกระบวนการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการควบคุมโรค โดยการส่งเสริม ความรู้และทักษะการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรค ซึ่งประกอบ ด้วยการตั้งเป้าหมาย การรวบรวมข้อมูลการประมวลผลและ การประเมินข้อมูล การตัดสินใจ การลงมือปฏิบัติและการ ประเมินผลการจัดการตนเองในการควบคุมโรค

Lorig & Holman (2003) (41) ได้ให้นิยามของ คำว่า การจัดการตนเองไว้ว่าเป็น การเรียนรู้และการฝึกทักษะ ที่จำเป็นที่จะดำรงไว้ซึ่งความพอใจของการที่บุคคลนั้นต้องอยู่กับโรคเรื้อรัง

Redman (2004) (42) ให้ความหมายของการจัดการ ตนเองไว้ว่า เป็นการฝึกบุคคลที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังให้สามารถเผชิญกับการรักษา คงไว้ซึ่งการดำเนินชีวิตในแต่ละวันกับครอบครัวกับอนาคต การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในชีวิต รวมทั้งด้านจิตใจ อารมณ์โกรธ อารมณ์เศร้า

การแพทย์และสาธารณสุขได้มีการนำแนวคิดการจัดการตนเองมาใช้ในการปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหาด้านสุขภาพทั้งในการพยาบาล การแพทย์ การฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งการให้ข้อมูลด้านสุขภาพแก่ประชาชน โดยเฉพาะในกลุ่มโรคเรื้อรังที่ต้องอาศัยความสามารถของบุคคลในการจัดการเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และปรับเปลี่ยน การดำเนินชีวิตประจำวันให้เหมาะสม เพื่อให้สามารถควบคุมโรคด้วยตนเองได้อย่างต่อเนื่องประกอบด้วย

1. เป็นเรื่องของการให้ความรู้ด้านสุขภาพ ด้านการ รักษา หรือการตัดสินใจในเรื่องของการรักษาที่จะนำไปสู่ เป้าหมายที่เฉพาะเจาะจงในเรื่องนั้น
2. เป็นการเตรียมบุคคลเพื่อจัดการภาวะสุขภาพ ของตนเองในชีวิตประจำวัน
3. เป็นการฝึกปฏิบัติพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจง ฝึก ให้มีทักษะและความสามารถ เพื่อที่จะลดผลกระทบทั้งทางด้าน ร่างกายและจิตใจจากการเจ็บป่วยเรื้อรังด้วยตนเองหรือจาก ความร่วมมือกับบุคลากรสุขภาพ

ดังนั้น การจัดการตนเองได้นำมาใช้ในกระบวนการสร้างทักษะการคิดแก้ไขปัญหาและทักษะการคิดวางแผนจัดการปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง ความบกพร่องของร่างกาย จิตใจ สังคม ความแปรปรวนของอารมณ์ภายใต้สถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมต่างๆ และการ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำเนินชีวิต ได้แก่ การมีส่วนร่วมทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) การยอมตามหรือปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์อย่างเหมาะสม การรับรู้ทักษะการจัดลำดับความสำคัญของอาการของโรคจนถึงสิ่งที่มีผลตามมาจากอาการของโรค การเรียนรู้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ต้องการดูแลตนเอง คนดูแล ผู้รักษา สังคมรอบข้าง และสิ่งแวดล้อม และการรับรู้ความก้าวหน้าของโปรแกรมการรักษาด้วยการประเมินตนเอง การที่บุคคลจะสามารถจัดการตนเองได้ต้องเกิดแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง มีความรู้ความเข้าใจในโรค มีทักษะในการแก้ปัญหา มีความมั่นใจที่จะลงมือ กระทำและแก้ปัญหา รวมทั้งขอรับการสนับสนุนช่วยเหลือ จากบุคลากรทีมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม การสนับสนุนการจัดการตนเองเป็นการดูแลและส่งเสริมให้ผู้เป็นโรคเรื้อรังและครอบครัวเกิดความเข้าใจ ในบทบาทของตนเองเกี่ยวกับการจัดการความเจ็บป่วย การตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแล และการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เนื่องจากผู้เป็นโรคเรื้อรังส่วนใหญ่มักไม่เข้าใจ ในสิ่งที่ทีมสุขภาพบอก และไม่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ไม่กล้าแสดงความคิดเห็นเมื่อทีมสุขภาพแนะนำ แม้จะเป็นเรื่องที่ขัดกับการปฏิบัติของตนเองที่ผู้ป่วยจะเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อรักษาสุขภาพตนเอง ถึงแม้ว่าปัจจุบันผู้ป่วยได้รับรู้ และมีความเข้าใจในเรื่องโรคมมากขึ้น แต่การปฏิบัติก็ยังจำกัด เนื่องจากผู้ป่วยและ ครอบครัวยังขาดความมั่นใจ

การรักษาที่ดีที่สุดก็คือการที่ผู้ป่วยได้หันกลับมาดูแลตนเองโดย มีครอบครัว แพทย์ หรือเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพคอยสนับสนุน ให้กำลังใจ การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต เพื่อลดโอกาสหรือ ชะลอระยะเวลาการเกิดโรค การจัดการตนเองโดยการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการลดน้ำหนักในผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน สามารถลดความเสี่ยงหรือยืดระยะเวลาการเกิดโรคเรื้อรังซึ่งจะช่วยลดโอกาส เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคและลดค่าใช้จ่ายให้กับประเทศชาติ ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการจัดการตนเองมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยในการชะลอการเสื่อมของไต ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองที่เหมาะสมร่วมกับทีมสุขภาพ ซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ให้คำปรึกษา แนะนำ สนับสนุน และติดตามอย่างต่อเนื่อง สำหรับกลยุทธ์ในการจัดการตนเองผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังผู้วิจัยใช้หลักที่สำคัญดังนี้

2.3.1.1 การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง และหลักการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรค โดยการให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง มาเล่าประสบการณ์และผลกระทบที่เกิดกับตนเองและครอบครัว รวมทั้งสังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งนอกจากจะเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมกลุ่มเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การเจ็บป่วยมากขึ้นแล้ว ยังเป็นการโน้มน้าว ชักจูง ให้เกิดความรู้สึกรอยากรักษาโรค ทั้งนี้ การให้ความรู้และหลักการจัดการตนเองได้ทำร่วมกับการฝึกทักษะเฉพาะที่จำเป็นสำหรับการควบคุมโรค (Specific skill training) โดยให้มีความเหมาะสมกับการนำไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ และชีวิตจริงของผู้ป่วยแต่ละราย

2.3.1.2 การฝึกทักษะเฉพาะที่จำเป็นในการควบคุมโรคไตเรื้อรังเช่น การออกกำลังกายเพื่อลดพุง สำหรับผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งการฝึกทักษะเฉพาะนี้มีความสำคัญในการสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ จากการได้มีประสบการณ์ตรงด้วยตนเอง การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ถือเป็นกุญแจสำคัญที่นำไปสู่ความสำเร็จ และเพิ่มผลลัพธ์การดูแลที่มีประสิทธิภาพ ทำได้โดยการให้ความรู้เป็นฐาน รวมถึงกระบวนการในการพัฒนาทักษะการแก้ปัญหา การเพิ่มความเชื่อมั่นในการดูแลสุขภาพของตนเอง และให้มีการนำสิ่งที่ได้เรียนรู้จากสถานการณ์จริงไปใช้ปฏิบัติ ให้เกิดประโยชน์ ผลลัพธ์ที่เกิดจากการจัดการตนเองที่มีประสิทธิภาพประกอบด้วย

1) ผลลัพธ์ระยะแรก ประกอบด้วย สมรรถนะในการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมโรค ทำให้พฤติกรรมการควบคุมโรคดีขึ้น สามารถควบคุมโรคได้ตามเกณฑ์มากขึ้น ความเสี่ยงลดลง เกิดการเปลี่ยนแปลงต่างๆ และการจัดการกับอาการและการรักษาที่เหมาะสม ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติอยู่ในเกณฑ์ปกติ เป็นต้น

2) ผลลัพธ์ระยะยาว ประกอบด้วย ภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ เป็นต้น

ดังนั้น การทำให้ผู้เป็นโรคไตเรื้อรังเกิดความเข้าใจว่า บุคคลที่มีความสำคัญที่สุดในการควบคุมโรคให้ประสบความสำเร็จคือตัวผู้ป่วยเอง จึงเป็นเรื่องที่ต้องคำนึงถึง เป็นลำดับแรก เพราะผู้เป็นโรคไตเรื้อรังต้องดำเนินชีวิตอยู่กับ โรคเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน โดยใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่กับตนเอง และคนในครอบครัว การทำความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและปฏิบัติตนเพื่อควบคุมโรคไม่ให้เกิดอาการ รุนแรงหรือภาวะแทรกซ้อน จึงเป็นบทบาทโดยตรงของผู้ป่วยและคนในครอบครัว เพราะการควบคุมโรคไม่ได้ ขึ้นอยู่กับการรักษาด้วยการใช้ยาเท่านั้น แต่เกี่ยวข้องกับ การปรับการดำเนินชีวิต และลดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม รวมทั้งการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า มีการกล่าวถึงการนำ แนวคิดการจัดการตนเอง มาประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังครอบคลุมทุกระยะของโรค ตั้งแต่โรคไตเรื้อรังในระยะเริ่มต้น จนถึงโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องบำบัดทดแทนไต (43) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยโรคไต เรื้อรังระยะก่อนบำบัดทดแทนไตซึ่งสามารถนำแนวคิดการจัดการตนเองมาประยุกต์ใช้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยในการชะลอการเสื่อมของไต ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองที่เหมาะสม ร่วมกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ ซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ให้คำปรึกษา แนะนำ สนับสนุน และติดตามอย่างต่อเนื่อง การประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเอง มาประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญ คือ ผู้ป่วย ส่วนใหญ่ยังไม่ปรากฏอาการผิดปกติที่ชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจผิดคิดว่า การดูแลตนเองที่ปฏิบัติอยู่เดิมไม่ส่งผลเสียต่อภาวะสุขภาพของตนเองในปัจจุบัน ดังนั้นจึงเป็นสิ่งที่ท้าทายสำหรับวิจัยในการนำไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังให้

เหมาะสมซึ่งเป็นการช่วยชะลอการเสื่อมของไต ป้องกันการดำเนินโรคไปสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.3.2 แนวคิดการจัดการรายกรณี (Case management)

การจัดการรายกรณี เป็นกระบวนการดูแลที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อตอบสนองความต้องการด้าน สุขภาพของผู้ป่วยแต่ละรายอย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง โดยมีความร่วมมือกันของสหสาขาวิชาชีพ ในการประเมินวางแผน ดำเนินการปฏิบัติประสานงาน ติดตามและประเมินผลการดูแล ตลอดระยะเวลาที่รับไว้ในความดูแล โดยมีผู้จัดการผู้ป่วย (Case manager) เป็นผู้ติดต่อสื่อสาร ประสานงานและกำกับดูแล เพื่อให้ได้ผลลัพธ์วางไว้และภายในเวลาที่กำหนด โดยใช้แผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า การดูแลโดยเน้นการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ เครื่องมือสำคัญสำหรับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีได้แก่ แผนการดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขา ช่วยให้มีการประสานงานที่ดีระหว่างทีมบุคลากรด้านสุขภาพ ทำให้มีการใช้ทรัพยากรของอย่างเหมาะสม

Management Society of America (CMSA) (44) ได้ให้ความหมายของการจัดการรายกรณี ว่า “เป็นกระบวนการสร้างความร่วมมือในการประเมิน วางแผน ดำเนินการปฏิบัติ ประสานงาน ติดตาม และประเมิน ทางเลือกและบริการ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ด้วยการสื่อสารและการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อันนำไปสู่ผลลัพธ์ที่มีคุณภาพและคุ้มค่า”

การจัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นระบบที่เป็นทางเลือกของการให้บริการทางสุขภาพที่แยกเป็นส่วนๆ ระบบทางเลือกนี้ใช้การประสานบริการของทีมสุขภาพ โดยใช้การสื่อสารในรูปแบบการดูแลที่เขียนขึ้น ซึ่งเรียกว่า Clinical pathway แผนนี้ทำหน้าที่เหมือนแผนที่และตารางเวลา สำหรับการให้บริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ และมีความแน่นอน Clinical pathway จะใช้เป็นเครื่องมือในการลดค่าใช้จ่าย โดยการวิเคราะห์แบบแผนการรักษาได้ล่วงหน้าและระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล ผู้จัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณี เป็นกลไกสำคัญในการบริหารจัดการแผนการดูแลผู้ป่วย และควบคุมค่าใช้จ่ายของการดูแลผู้ป่วย โดยมีจุดเน้นที่เพิ่มคุณภาพการดูแลภายใต้ค่าใช้จ่ายที่กำหนด ผู้ศึกษาได้นำแนวคิดการจัดการรายกรณีของ Powell & Tahan (2010) (45) มาใช้ในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังแต่ละรายให้ได้รับกระบวนการรักษาพยาบาลจากทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง สามารถตอบสนองความคาดหวัง และความต้องการของผู้ป่วยอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและ จิตใจโดยใช้กระบวนการจัดการรายกรณี 6 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การคัดเลือกผู้ป่วย 2) การประเมินสุขภาพและระบุปัญหาของผู้ป่วย 3) การพัฒนาแผนการดูแล 4) การดำเนินการตามแผนการดูแล 5) การประเมินผล และ 6) การติดตามผลลัพธ์อย่างต่อเนื่อง

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเป็นกลุ่มที่จำเป็นต้องได้รับการจัดการรายกรณีเนื่องจากเป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีโอกาสกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งของ

ผู้ป่วยและผู้ดูแลทำให้เกิดผู้ป่วยมีความเสี่ยงด้านเศรษฐกิจ และสังคมที่โรงพยาบาลต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่าย การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังประกอบ ด้วย 3 หัวข้อดังนี้

2.3.2.1 กำหนดแนวทางปฏิบัติที่เป็นองค์รวม เชื่อมโยงทุกระยะของการดูแล กำหนดแนวทางการ ดูแลรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

2.3.2.2 การกำหนดหน้าที่และความรับผิดชอบของทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างชัดเจน ในการดูแล ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ครอบคลุมแบบองค์รวม รวมถึงการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน ตามความเชี่ยวชาญ โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยมีพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นผู้ประสานงาน การ ดูแลรักษาระหว่างสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ การประสานงานให้นักโภชนาการสอนเรื่อง อาหารโรคไตเรื้อรัง จนมั่นใจว่า ผู้ป่วยและผู้ดูแลจะสามารถปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับโรค เช่น การรับประทาน อาหารรสจืด โปรตีนต่ำ การได้รับยาต่อเนื่อง รวมทั้งการจัดการกับปัญหา การวางแผนและช่วยเหลือ แก้ปัญหาต่างด้านให้ผู้ป่วย เช่น การรับประทานยาไม่ถูกต้อง ส่งปรึกษาเภสัชกร การรับประทาน อาหารไม่ถูกต้องส่งปรึกษาโภชนาการ มีปัญหาทางเศรษฐกิจส่งปรึกษานักสังคมสงเคราะห์เป็นต้น โทรศัพท์ติดตาม ผู้ป่วยหลังการจำหน่าย เพื่อสร้างความมั่นใจในการดูแลตัวเองที่บ้าน เปิดโอกาสให้ ผู้ป่วยเข้าถึงบริการ โดยการโทรศัพท์ปรึกษาเมื่อมีปัญหา การประสานผู้นำการปกครองส่วนท้องถิ่น เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการให้การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ในการป้องกันการเกิดโรคและลดความเสี่ยงในการเสื่อมสมรรถภาพของไตในระดับที่รุนแรงการติดต่อ ประสานงานและขอความร่วมมือกับองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น และเครือข่ายผู้ชุมชน ให้เข้ามามีส่วน ร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน ด้วยการพัฒนาสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังในชุมชน รวมถึงผู้ป่วยที่มีภาวะไตเรื้อรังบันทึกความ ดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน จัดอบรมให้ความรู้เรื่องอาหารชะลอไตเสื่อมให้แก่ อสม. และผู้ป่วยโรคไต เรื้อรัง จัดระบบการเยี่ยมบ้าน โดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณี นำทีม อสม. เยี่ยมผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ที่ บ้านนอกจากนี้ยังจัดหางบประมาณในการดูแลรักษาต่อเนื่องจากกองทุนสุขภาพ (46)

2.3.2.3 กำหนดตัวชี้วัดผลลัพธ์ ผลลัพธ์ที่ควรใช้ในการประเมินผลการดูแลผู้ป่วย อย่างต่อเนื่องใน ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง กำหนดตัวชี้วัดให้ชัดเจน ครอบคลุมการส่งต่อการรักษาจาก โรงพยาบาลไปยังชุมชน อีกทั้งส่งต่อข้อมูลการดูแลรักษาผู้ป่วยโดยใช้ใบติดตามการดูแลรักษา และ ติดตามผลลัพธ์ การดูแลรักษาตามตัวชี้วัดที่กำหนด ได้แก่ ผลลัพธ์ทางคลินิก และคุณภาพชีวิต ผลลัพธ์การจัดการรายกรณีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังประกอบด้วย

1) ผลลัพธ์การดูแลทางด้านสุขภาพ หมายถึง ผลสุดท้ายของการได้รับการดูแล ทางด้านสุขภาพหรือผลของการทำกิจกรรม ตามหน้าที่หรือการใช้กระบวนการต่างๆในการดูแล สุขภาพแก่ผู้ใช้บริการหรือผู้ป่วย ผลลัพธ์การดูแลทางด้านสุขภาพ ถือว่าเป็นตัวชี้วัดที่เป็นที่คาดหวัง สูงสุดและบอกได้ถึงประสิทธิภาพ และคุณภาพของการบริการพยาบาล การวัดผลลัพธ์ทางด้าน

สุขภาพเป็นข้อกำหนดหนึ่งขององค์กรรับรองคุณภาพจากภายนอก การวัดผลลัพธ์จะช่วยให้เกิดหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ยืนยันผลลัพธ์ของกระบวนการให้บริการที่เป็นรูปธรรม และยังช่วยให้เข้าใจถึงองค์ประกอบเชิงโครงสร้างและกระบวนการดูแลที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพ ผลลัพธ์การดูแลทางด้านสุขภาพแบ่งเป็น

2) ผลลัพธ์ด้านผู้ใช้บริการ (Patient outcomes) ได้แก่ พฤติกรรมการตอบสนอง ความรู้สึกของผู้ใช้บริการที่มีต่อผู้ให้บริการ การได้รับผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการดูแล อาการดีขึ้น การทำหน้าที่ของร่างกายอย่างเต็มศักยภาพเท่าที่จะทำได้ การที่สามารถคงไว้ซึ่งความผาสุกหรือสถานะสุขภาพ และความพึงพอใจของผู้ป่วย

3) ผลลัพธ์ด้านผู้ให้บริการ (Provider outcomes) เกี่ยวเนื่องกับคุณภาพการดูแล ได้แก่ ผลลัพธ์ทางคลินิกที่เกิดขึ้นภายหลังการให้การรักษายาบาล เช่น อาการ อาการแสดง สัญญาณชีพ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การเกิดภาวะแทรกซ้อน ความร่วมมือในการรักษายาบาล รวมทั้งความพึงพอใจของผู้ให้บริการด้วย

4) ผลลัพธ์ด้านผู้จ่ายค่ารักษายาบาล (Payer outcomes) ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการดูแล การเกิดความพิการ หรือภาวะแทรกซ้อน อัตราการตาย อัตราการติดเชื้อ ระยะเวลาวันนอนในโรงพยาบาล การกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล และการใช้ประโยชน์จากบริการต่างๆ ของโรงพยาบาล ผลลัพธ์เหล่านี้จะนำมาสู่การปรับปรุงแบบแผนการดูแล โดยเฉพาะเพื่อการเพิ่มคุณภาพและการลดค่าใช้จ่ายในการดูแล

2.3.2.4 การติดตามความแปรปรวน หมายถึง การติดตามกระบวนการเก็บรวบรวม จัดการ และ วิเคราะห์ข้อมูล การเบี่ยงเบนจากแนวปฏิบัติช่วยให้เกิดการป้อนกลับเข้าสู่ระบบ เกิดการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ผู้จัดการรายกรณี และบุคลากรในทีมสุขภาพจะต้องมีการติดตามดูกิจกรรมการดูแลที่สำคัญ ที่ไม่เป็นไปตามแผน และผลลัพธ์เกิดก่อนเวลา หรือเกิดช้ากว่าเวลาที่กำหนดไว้เป็นลายลักษณ์อักษร ลงบันทึกในแบบฟอร์มที่ออกแบบไว้

2.3.2.5 การวิเคราะห์ความแปรปรวน แบ่งเป็น Concurrent analysis หมายถึง แก้ไขปัญหาทันทีขณะที่แผนการดูแลกำลังดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง และ Retrospective analysis หมายถึง กลับมาทบทวนข้อมูลภายหลัง การวิเคราะห์ข้อมูลนั้นต้องมีทั้งในระดับบุคคลและระดับกลุ่ม เพื่อดูแนวโน้มของการเกิดปัญหา และสามารถแยก Outliers ได้ ทำให้เกิดการปรับกิจกรรมการดูแลให้มีความเฉพาะเจาะจงกับกลุ่มเหล่านี้ได้

การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการใช้แนวคิดการจัดการรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยศึกษาของผลของการพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ลำปางไตหน้าห้อง โดย ใช้รูปแบบแนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณีที่พัฒนาจากระยะที่ 1 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงคือ ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ลำปางไตหน้าห้องรายใหม่ทุกราย จำนวน 34 รายที่เข้ารับ

การรักษาในแผนกกลางไต ทางช่องท้อง โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ให้การดูแลรักษาโดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นระยะเวลา 6 เดือน พบว่า ผู้ป่วยมีผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ความดันโลหิตตัวบน ตัวล่าง การทำงานของไต และคุณภาพชีวิตดีขึ้นกว่าหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (47) การมีระบบการจัดการรายกรณีที่ดี ช่วยเพิ่มคุณภาพการดูแลรักษา และผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น นอกจากนี้การจัดการรายกรณีและการดูแลต่อเนื่องถึงบ้าน ยังช่วยตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลได้ตรงตามปัญหาที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความมั่นใจในการจัดการการเจ็บป่วยมากขึ้น ดังนั้นแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังด้วยการจัดการรายกรณีเป็นรูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ โดยมีพยาบาลผู้จัดการรายกรณี เป็นผู้รับผิดชอบการจัดการบริการทั้งในคลินิก ประสานเชื่อมโยงบริการทุกสถานบริการ เกิดการดูแลต่อเนื่องทุกระยะการเจ็บป่วย มีการจัดการข้อมูลการดูแลอย่างเป็นระบบ รวมทั้งการจัดการให้มีระบบการส่งต่อดูแลที่เหมาะสม มีความคุ้มค่า คุ้มทุน ทั้งเวลา ค่าใช้จ่ายการดูแลของผู้รับบริการ ผู้ให้บริการและผู้ซื้อบริการรวมทั้งแหล่งประโยชน์ในชุมชน และเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยรายกรณี

2.4 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

โรคไตเรื้อรังเป็นโรคเป็นกลุ่มโรคเรื้อรัง รักษาไม่หายขาด เมื่อไตเสื่อมหน้าที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านชีววิทยา ทำให้ไตเสื่อมหน้าที่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังต้องประสบกับอาการของโรคมามากขึ้นเรื่อยๆ ตามระยะเวลา และการเสื่อมหน้าที่ของไต ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง มีผลกระทบทางกายและทางใจเกิดความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า ท้อแท้ สิ้นหวังการดำเนินชีวิตและการงานเปลี่ยนแปลงไปมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งการวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการรักษามีความสำคัญ เนื่องจากประสิทธิภาพของการรักษาโรคไม่ได้มุ่งเน้นเพียงให้ผู้ป่วยรอดชีวิตเท่านั้น แต่ยังต้องพิจารณาถึงการใช้ชีวิตที่ยืนยาวทำให้ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานกับอาการของโรค และผลข้างเคียงของการรักษาแค่ไหน หรือการรักษานั้นมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

Pertman และคณะ (48) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ถึงระยะที่ 5 ที่ยังไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตในประเทศสหรัฐอเมริกา เพื่อเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือด และเปรียบเทียบกับกลุ่มประชากรโดยทั่วไปในประเทศสหรัฐอเมริกา ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไตในประเทศสหรัฐอเมริกา มีระดับคุณภาพชีวิตในด้านกายภาพ และด้านจิตใจ ต่ำกว่ากลุ่มประชากรโดยทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่มีระดับคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาของ Cruz และคณะ(49) พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังลดลงเมื่ออัตราการกรองของไตลดลงซึ่งจะเข้าสู่ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

Fukuhara และคณะ (11) ได้ศึกษาความก้าวหน้าของคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ก่อนการบำบัดทดแทนไตในระยะ 1 ปีในผู้ป่วยญี่ปุ่นจำนวน 471 ราย โดยใช้แบบประเมิน SF-36 พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังกลุ่มก่อนได้รับการบำบัดทดแทนไตที่มีระดับครีเอตินินในเลือดมากกว่า 3.0 mg/dl มีระดับคุณภาพชีวิตต่ำกว่ากลุ่มที่มีระดับครีเอตินินในเลือดน้อยกว่า 3.0 mg/dl ซึ่งระดับคุณภาพชีวิตลดลงมีความสัมพันธ์กับระดับครีเอตินินในเลือดสูงขึ้น และระดับความเข้มข้นของเลือดที่ลดลง โดยพบว่าการเปลี่ยนแปลงของระดับความเข้มข้นในเลือดมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตด้านกำลังวังชา และระดับครีเอตินินในเลือดที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์อย่างกับระดับคุณภาพชีวิตด้านการทำหน้าที่ทางกาย ด้านบทบาททางกาย และด้านสุขภาพอารมณ์ ที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Park และคณะ (50) ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือด จำนวน 160 รายในประเทศเกาหลี ผู้ป่วยเพศหญิงที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มีโรคเบาหวานมีคะแนนโรคร่วมสูง (Modified Charlson Comorbidity Index > 6) มีระดับอัลบูมินในเลือดต่ำ (< 4.0 g/dl) มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตที่ต่ำ

สำหรับประเทศไทยจากการศึกษาของ รวีวรรณ พงศ์พิฒิปัทธ และคณะ (13) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 18 ภาวะการทำหน้าที่ทางกายโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับที่ไม่สามารถทำงานได้แต่สามารถอยู่ที่บ้านได้ มีบางกิจกรรมที่ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น (Median= 70, M=73.10, SD= 10.89) มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (M= 7.54, SD= 1.97) คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (M= 93.07, SD= 8.66) ผลการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุพบว่า ตัวแปรอิสระทั้งหมดสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 32.3 โดยภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยเพียงปัจจัยเดียวที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ การส่งต่อผู้ป่วยไปรักษากับแพทย์เฉพาะทางโรคไต ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมตั้งแต่ระยะเริ่มแรกที่ไตเริ่มเสื่อมหน้าที่ เพื่อชะลอความเสื่อมของไต และหลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ความดันโลหิตสูง ซีด กระดูกพรุน หรือมีภาวะทุโภชนาการ ให้ค่าปรึกษา และมีการเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการบำบัดทดแทนไตที่เหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะการทำหน้าที่ที่ดี คงไว้ซึ่งบทบาท และหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยส่งผลให้ผู้ป่วยมีระดับคุณภาพชีวิตที่ดี มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการส่งต่อให้แพทย์เฉพาะทางโรคไตช้า มีระดับคุณภาพชีวิตที่ต่ำ เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรัง และได้รับการรักษาโดยแพทย์เฉพาะทางมากกว่า 6 เดือน และมีการศึกษาพบว่าวิธีการรักษา มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต โดยพบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีคุณภาพชีวิตในระดับไม่ดีขึ้นส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีระดับคุณภาพชีวิตดีขึ้นส่วนใหญ่รักษาด้วยการปลูกถ่ายไต

2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ราณี อรรถพานุรักษ์ และ อนุรักษ์ มานิตย์ (47) การพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ล้างไตทางหน้าท้อง โดยใช้แนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ลพบุรี ให้การดูแลรักษาโดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็น ระยะเวลา 6 เดือน เก็บข้อมูลเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้แบบวัดผลลัพธ์ทางคลินิก และคุณภาพชีวิต พบว่าผู้ป่วยมีผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ความดันโลหิตตัวบน ตัวล่าง การทำงานของไต และคุณภาพชีวิตดีขึ้นกว่าหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

เสาวลักษณ์ ชาวโพนทอง (51) ศึกษาผลการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ในคลินิกโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาพบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั้งหมด ในคลินิกโรคไตเรื้อรัง มีการลดลงของอัตราการกรองของไต (eGFR) เท่ากับ $-0.28 \pm 4.16 \text{ mL/min/1.73 m}^2/\text{yr}$ เมื่อเปรียบเทียบการลดลงของอัตราการกรองของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีเบาหวานเป็นโรคร่วมในคลินิกโรคไตเรื้อรัง กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีโรคร่วมเบาหวานที่ได้รับการดูแลแบบเดิมในคลินิกเบาหวานพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $-0.96 \pm 4.40 \text{ vs } -6.11 \pm 9.42 \text{ mL/min/1.73 m}^2/\text{yr}$ อัตราการได้รับการบำบัดทดแทนไตแบบไม่ได้วางแผนของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (Unplanned dialysis) ก่อนเริ่มเปิดบริการคลินิกโรคไตเรื้อรัง และหลังเปิดบริการ เท่ากับร้อยละ 23.26 และ 8.33 ตามลำดับ

กิติมา เศรษฐบุญสร้าง และประเสริฐ ประสมรัักษ์ (14) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตผู้ป่วย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา จังหวัดยโสธร ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วย 4 ขั้นตอน คือ 1) ประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต เพื่อระบุปัญหาารายบุคคล 2) ให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยและญาติตามพฤติกรรมเสี่ยง 3) ติดตามดูแลต่อเนื่องจากที่บ้าน เพื่อเสริมพลัง แก้ปัญหาระดับบุคคลจนกว่าปัญหาจะสิ้นสุด 4) ประสานภาคีเครือข่ายในการดูแลแบบองค์รวม ภายหลังจากนำรูปแบบไปใช้ดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต แตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < .001$

สุธาสินี เรียมจันทร์ และคณะ (52) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคและระดับครีเอตินินในเลือดในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยกลุ่มทดลองได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนจากผู้วิจัยและได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกครอบครัว ภายหลังจากทดลอง ทำให้ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุมโรคของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม และสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

Beverly และคณะ(53) ศึกษาผลทางเศรษฐกิจและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 4 จากการดูแลโดยใช้การจัดการรายกรณี พบว่า ผลประโยชน์ที่ได้รับจากการจัดการรายกรณีมีเงินออมประมาณ 199 เหรียญต่อคนต่อเดือน ($F = 23.05, p = .04$) ความแตกต่างนี้เท่ากับร้อยละ 6 สามารถลดค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ทั้งหมดโดยครึ่งหนึ่งจากการใช้เครือข่ายที่ดีขึ้นและครึ่งหนึ่งจากค่าใช้จ่ายที่ลดลงของโรงพยาบาล

Chuanmei และคณะ (54) ได้ทำการศึกษาแบบทบทวนอย่างเป็นระบบผลของการจัดการรายกรณีในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนต่อผลลัพธ์ของผู้ป่วยและผู้ดูแล พบว่า การจัดการรายกรณีในการดูแลผู้สูงอายุของชุมชนสามารถปรับปรุงสุขภาพจิตและความผาสุกของผู้ป่วยหรือความต้องการในการบริการที่ดี

Jiamjariyaporn และคณะ (55) ศึกษาประสิทธิผลของดูแลแบบผสมผสานในการชะลอโรคไตเรื้อรังในระยะที่ 3-4 ในชุมชนชนบท ของประเทศไทยติดตามผลระยะเวลาเฉลี่ย 2 ปี พบว่า ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ได้รับการดูแลแบบบูรณาการสามารถชะลอการลดลงของอัตราการกรองของไตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Barrett และคณะ (56) ศึกษาารูปแบบการประสานของพยาบาลกับการพยาบาลแบบปกติสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในระยะที่ 3-4 ในชุมชนโดยในการศึกษามากกว่า 24 เดือน พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะที่ 3-4 ที่ผ่านการตรวจทางห้องปฏิบัติการของชุมชนส่วนใหญ่สามารถชะลอโรคไตเรื้อรังแต่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด การประสานของพยาบาลไม่ได้ส่งผลกระทบต่ออัตราการกรองของไต หรือการควบคุมปัจจัยเสี่ยงเมื่อเทียบกับการดูแลตามปกติ

สรุปการปริทัศน์เอกสารข้อมูลที่เกี่ยวข้อง

โรคไตวายเรื้อรัง (Chronic kidney disease) เป็นภาวะที่มีการทำงานของไตเสื่อมลงอย่างต่อเนื่อง เป็นระยะเวลานาน ซึ่งส่วนใหญ่มักทำให้ไตเสื่อมลง อย่างถาวร สาเหตุสำคัญของโรคไตวายเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไตอักเสบ และ นิ่วในไต โรคไตวายเรื้อรังในระยะแรกมักไม่พบอาการ ผิดปกติทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ทราบ และตรวจพบ เมื่อโรคดำเนินไปมากแล้ว โรคไตเรื้อรังอุบัติการณ์แนวโน้มสูงขึ้นทุกปีและเป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยที่สำคัญของประชากรทั่วโลก มีระยะการดำเนินโรคนาน รักษาไม่หายขาดส่งผลกระทบต่อระบบบริการ สุขภาพ ตัวผู้ป่วยเอง และครอบครัว ซึ่งการดูแลผู้ป่วยก่อนการบำบัดทดแทนไตที่เหมาะสม ประกอบด้วยหลักสำคัญ 5 ประการ คือ การตรวจคัดกรองและส่งต่อ การชะลอความเสื่อมของไต การประเมินและรักษาภาวะแทรกซ้อนจากภาวะยูริเมีย การลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดและการเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการบำบัดทดแทนไต ผู้ป่วยต้องใช้ชีวิตกับการเปลี่ยนแปลงอาการของโรคและการรักษาที่ซับซ้อน ผู้ป่วยต้องเกิดแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง มีการจัดการตนเองในโรคไตเรื้อรัง มีทักษะในการแก้ปัญหา ให้เกิดความมั่นใจที่จะลงมือ กระทำและแก้ปัญหา รวมทั้งขอรับ

การสนับสนุน ช่วยเหลือ จากบุคลากรที่มีสุขภาพได้อย่างเหมาะสม การจัดการตนเองเป็นการดูแล และ ส่งเสริมให้ผู้เป็นโรคไตเรื้อรังและครอบครัวเกิดความเข้าใจ ในบทบาทของตนเองเกี่ยวกับการจัดการความเจ็บป่วย การตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแล และการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ต้องปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต ซึ่งการเปลี่ยนแปลงต่างๆที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ถือเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดทางการรักษาพยาบาล ที่ช่วยสะท้อนให้เห็นถึงผลของการดำเนินโรค และประสิทธิผลของการรักษาพยาบาลรวมทั้งพยาบาลผู้จัดการรายกรณีจำเป็นต้องเข้ามามีบทบาทร่วม แก้ไขปัญหานี้ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ การมีแนวปฏิบัติในการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาที่ถูกต้องและเหมาะสม เป็นการชะลอความเสื่อมของไตสามารถป้องกันการดำเนินโรคไปสู่ภาวะ ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพราะวิธีการที่ดีที่สุดในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังให้มี คุณภาพชีวิตดีขึ้นคือ การชะลอความเสื่อมของไต และคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของไตให้ยาวนานที่สุดตั้งแต่ระยะเริ่มต้นเพื่อชะลอการเข้าสู่โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย



บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยใช้รูปแบบการจัดการตนเองและการจัดการผู้ป่วยรายกรณีเพื่อชะลอโรคไตเรื้อรังในชุมชนเมือง ของจังหวัดขอนแก่นโดยมีขั้นตอนและวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

- 3.1 รูปแบบการวิจัย
- 3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
- 3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- 3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.5 สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล

3.1 รูปแบบของการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ปัจจุบัน สภาพปัญหา สภาวะสุขภาพ ประวัติการเจ็บป่วย การรักษา พฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อชะลอโรคไตเรื้อรัง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตเรื้อรังในชุมชนเมือง ของจังหวัดขอนแก่น

ขั้นตอนที่ 2 สังเคราะห์รูปแบบการดูแลของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยการจัดการตนเองและการจัดการผู้ป่วยรายกรณีและผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และจัดทำแนวทางการดูแล (Clinical Nursing Practice Guideline; CNPG) สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในบริบทชุมชนเมืองโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยคัดเลือกตัวแทนแต่ละกลุ่มเข้าร่วมประชุม เพื่อรับฟังการนำเสนอผลการศึกษาศาสนการณ์ปัจจุบัน และร่างรูปแบบในการดูแลของผู้ป่วย ให้ข้อเสนอแนะต่อรูปแบบการดูแลของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เพื่อปรับปรุงระบบการดูแลของผู้ป่วยที่เหมาะสม กำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของทีมสหสาขาวิชาชีพ รวมทั้งพัฒนาสมรรถนะผู้จัดการรายกรณีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ขั้นตอนที่ 3 วิจัยกึ่งทดลองสองกลุ่มประเมินก่อนและหลัง (Pretest-posttest two group design) ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ที่พัฒนาจากขั้นที่ 2 นำไปใช้ในกลุ่มประชากรผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในบริบทชุมชนเมือง โดยการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก พฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม และคุณภาพชีวิต

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผลและแก้ไขปรับปรุงให้สอดคล้องกับบริบทของชุมชน คืบข้อมูล และรับฟังเสียงสะท้อนจาก ผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชนและทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อปรับปรุงรูปแบบการดูแลของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ที่สอดคล้องกับบริบทชุมชนเมือง โดยใช้ผลการศึกษาในขั้นที่ 1-3

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.2.1 ประชากร (Population) คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ในบริบทชุมชนเมือง ของจังหวัดขอนแก่น

3.2.2 กลุ่มตัวอย่าง (Sampling)

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ปัจจุบัน สภาพปัญหา สภาวะสุขภาพ ประวัติการเจ็บป่วย การรักษา พฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อชะลอโรคไตเรื้อรัง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตเรื้อรังในชุมชนเมือง ของจังหวัดขอนแก่น

ขั้นตอนที่ 2 สังเคราะห์รูปแบบการดูแลของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยการใช้รูปแบบการจัดการตนเองและการจัดการผู้ป่วยรายกรณีและผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และจัดทำพัฒนาแนวทางการดูแล (Clinical nursing practice guideline; CNPG)

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผลและแก้ไขปรับปรุงให้สอดคล้องกับบริบทของชุมชน คืบข้อมูล และรับฟังเสียงสะท้อนจาก ผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชนและทีมสหสาขาวิชาชีพ

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sample) ได้แก่ แพทย์เวชปฏิบัติ ครอบครัว พยาบาลผู้จัดการรายกรณี พยาบาลผู้รับผิดชอบใน CKD clinic เกษีกร นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 50 คน

ขั้นตอนที่ 3 การวิจัย (Research) วิจัยกึ่งทดลองสองกลุ่มประเมินก่อนและหลัง (Pretest-posttest two group design) ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยใช้แนวทางการจัดการตนเองและการจัดการรายกรณี ที่พัฒนาจากขั้นที่ 2 นำไปใช้ในกลุ่มประชากรผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ในบริบทชุมชนเมือง โดยประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก พฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม และคุณภาพชีวิต

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง การกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างได้มาจากการคำนวณโดยกำหนดให้ Power = .80, Medium effect size, Alpha = 0.05 (57) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 80 รายแต่เพื่อกันข้อมูล Missing และกลุ่มตัวอย่างถอนตัว ออกจากการศึกษาจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 จึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 100 ราย โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่าง (Random Sampling) กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้

3.2.2.1 เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

- 1) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2-4
- 2) ช่วยเหลือ ตัวเองได้ดี สามารถรับรู้และติดต่อสื่อสารได้ปกติ

ชีวิต

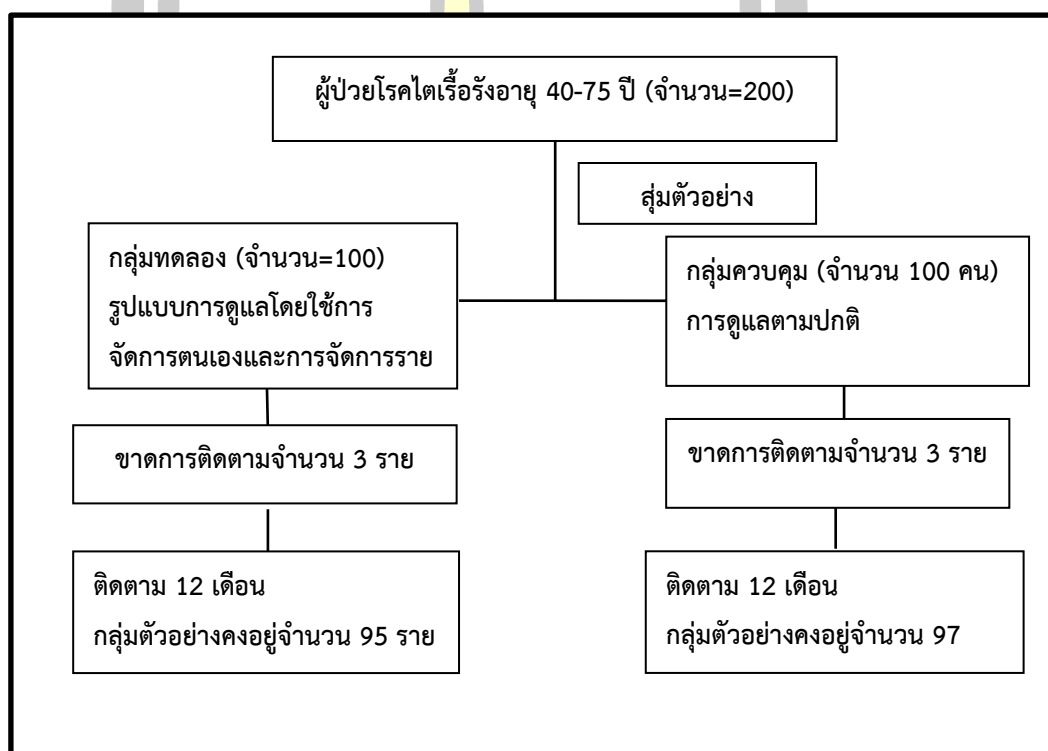
3) สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดการศึกษาเกินร้อยละ 80

4) ในระหว่างที่เข้ากิจกรรมไม่มีเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงในชีวิตที่มีผลต่อคุณภาพ

3.2.2.2 เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria)

1) ต้องการยกเลิกการเข้าร่วมการศึกษา

2) ระหว่างดำเนินการ มีภาวะเจ็บป่วยกะทันหัน



ภาพที่ 2 ผังการออกแบบงานวิจัย

3.2.3 ข้อพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการวิจัยทุกคน ได้รับการชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย และมีสิทธิ์ที่จะออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาล มีการลงนามในใบยินยอมตามความสมัครใจก่อนเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูล แบบเสนอโครงการวิจัยนี้ ผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่นเลขที่ HE601166 ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ประเภท คือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

3.3.1 เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล

3.3.1.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ สิทธิการรักษา ประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา ข้อมูลของผู้ดูแล

3.3.3.2 แบบสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับความคิดเห็นและความต้องการในการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในบริบทชุมชนเมือง โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยมีการปรับข้อความให้ใช้ได้กลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ใน 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว พยาบาลผู้จัดการรายกรณี เกสัชกร นักโภชนากร นักกายภาพบำบัด เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา

3.3.3.3 แบบวัดพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม จำนวน 30 ข้อ ประกอบด้วย 1) การรับประทานอาหาร 2) การใช้ยาสมเหตุผล 3) การออกกำลังกาย ลักษณะคำถามเป็นแบบลักษณะการวัดการปฏิบัติใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ซึ่งมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับคือ ปฏิบัติสม่ำเสมอหรือ 5-7 วันในหนึ่งสัปดาห์ ให้คะแนนเท่ากับ 4 ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติ 3-4 วันในหนึ่งสัปดาห์ ให้คะแนนเท่ากับ 3 ปฏิบัตินานๆครั้ง หมายถึง ปฏิบัติ 1-2 วันในหนึ่งสัปดาห์ ให้คะแนนเท่ากับ 2 และไม่ปฏิบัติ หมายถึง เลิกปฏิบัติ หรือไม่เคยปฏิบัติให้คะแนนเท่ากับ 1 โดยแปลผล คะแนนพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองไม่ถึง 30-60 คะแนน ระดับปานกลาง 61-90 คะแนน และระดับดี คือ 91-120 คะแนน ประกอบด้วยข้อคำถามซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยศึกษาดำรง เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน คำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) เท่ากับ 0.86 ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยนำไปทดสอบกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย แล้วคำนวณ หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.85

3.3.3.4 แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังฉบับภาษาไทยซึ่งปรับมาจากแบบประเมินคุณภาพชีวิตของ Kidney disease quality of life short form (KDQOL-SF™) (58) ประกอบด้วย 2 ส่วนที่สำคัญคือ คำถามที่เฉพาะต่อโรคไตเรื้อรัง (Kidney disease targeted) และคำถามทั่วไป (SF-36) การหาค่า Intraclass correlation coefficient (ICC) ของแต่ละส่วน ในส่วนที่มีความเฉพาะเจาะจงกับโรคไต (Kidney disease targeted) พบว่า ICC อยู่ในช่วง 0.35 – 0.80 การหาค่า Intraclass correlation coefficient (ICC) ของแต่ละส่วน ในส่วนที่มีความ

เฉพาะเจาะจงกับโรคไต (Kidney disease targeted) พบว่า ICC อยู่ในช่วง 0.35 – 0.80 ค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's alpha อยู่ในช่วง 0.49-0.86 ในส่วนที่มีความเฉพาะเจาะจงกับโรคไต (Kidney disease targeted) สำหรับในส่วนคำถามทั่วไป (SF-36) พบว่าค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's alpha อยู่ในช่วง 0.78-0.97 (59)

3.3.3.5 แบบประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ อัตราการกรองของไต (Glomerular filtration rate, GFR) ระดับความดันโลหิต (Systolic and diastolic blood pressure) ดัชนีมวลกาย (Body mass index; BMI) และ เส้นรอบเอว

3.3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ รูปแบบการดูแลของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยการใช้รูปแบบการจัดการตนเองและการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ประกอบด้วย 1) คู่มือการชะลอไตเสื่อมจัดทำโดยโครงการ CKDNET 2) สื่อนำเสนอภาพนิ่งใช้ในการให้ความรู้โรคไตเรื้อรัง 3) สมุดบันทึกพฤติกรรมชะลอไตเสื่อม นำไปทดสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยนำเครื่องมือไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านได้แก่ แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว โภชนากร เภสัช พยาบาลผู้จัดการรายกรณี นักกายภาพบำบัด ตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของภาษา และความตรงของเนื้อหา และปรับปรุงก่อนนำไปใช้ระยะเวลา 12 เดือนมีกิจกรรม ดังนี้

เดือนที่ 1 จัดเวทีเสริมความรู้และร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังโดยผู้ป่วยที่เป็นไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตเข้าร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พยาบาลผู้จัดการรายกรณีให้ความรู้เกี่ยวกับ อาการและอาการแสดง การรักษา การปฏิบัติเพื่อชะลอการเสื่อมของไต กิจกรรมสร้างความตระหนัก มีการแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ครอบครัวและอสม. เปิดโอกาสให้ซักถาม เน้นการมีส่วนร่วมและบทบาทหน้าที่ตั้งเป้าหมายสุขภาพร่วมกัน ตามปัญหาและความต้องการ เลือกวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามบริบทของบุคคล ครอบครัวและชุมชน

เดือนที่ 2 จัดกลุ่มโดยมีการตั้งเป้าหมายร่วมกันในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารลดเค็มและโปรตีนสูง การเลือกเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ยกตัวอย่างเมนูอาหารที่รับประทานในแต่ละมื้อแต่ละวัน พร้อมทั้งครอบครัวมีส่วนร่วมในการเลือก จัดซื้อ การเตรียมอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง สาธิตการประกอบเมนูอาหารที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคไตมีการกำหนดสัดส่วนตามระยะของโรคไตเรื้อรังและน้ำหนักและส่วนสูงของผู้ป่วยโดยนักโภชนากรและพยาบาลผู้จัดการรายกรณีและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะมีการติดตามการปฏิบัติตนในการรับประทานอาหารอย่างเนื่อง

เดือนที่ 3 จัดกลุ่มละ 20 คนให้ความรู้เรื่องประเภท ชนิดการออกกำลังกาย วิธีการ ประโยชน์และ ข้อควรระวัง ให้กลุ่มออกกำลังกายร่วมกันนำการออกกำลังกายโดยการเดินรำ

วงเปลี่ยนคู่ ร่วมกับการเดินตารางเก้าช่อง แกว่งแขน ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร่วมกันการออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 วันๆละ 45 นาที

เดือนที่ 4 การใช้จ่ายสมเหตุผล เกสัชกรให้ความรู้เรื่องการใช้จ่ายโดยเฉพาะยาที่เป็นอันตรายต่อไตแก่ ผู้ป่วย ครอบครัว และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เปิดโอกาสให้ซักถาม เกี่ยวกับยาบำรุงร่างกาย ตรวจฉลากยาก่อนใช้จ่ายทุกครั้ง การตรวจยาที่มีส่วนผสมของสเตียรอยด์ ครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการติดตามการใช้จ่ายของผู้ป่วยทุกระยะ แพทย์ผู้รักษาให้ข้อมูลการใช้จ่ายเพิ่มเติมกับผู้ป่วยเปิดโอกาสให้ซักถาม

เดือนที่ 5-11 ติดตามเยี่ยมบ้านเดือนละ 1 ครั้งพยาบาลผู้จัดการรายกรณีร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเสริมแรงให้กำลังใจผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และครอบครัวให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพให้อย่างต่อเนื่อง สอบถามปัญหา อุปสรรค เปิดโอกาสให้ครอบครัว อสม.ได้แลกเปลี่ยนข้อมูลการดูแลร่วมกัน เสริมความรู้ เพิ่มเติม แกไขการปฏิบัติในรายที่มีปัญหา หรือจัดการรายครอบครัวที่มีปัญหา ให้ข้อเสนอแนะกระตุ้นให้กำลังใจครอบครัว

3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน พฤษภาคม 2560 ถึง เดือนเมษายน 2561 โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการ ดังนี้

3.4.1 ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิจัย เพื่อขอรับคำรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

3.4.2 ผู้วิจัยและทีมงานกล่าวแนะนำตัวสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ผู้ดูแล และทีมสหสาขาวิชาชีพ

3.4.3 กลุ่มตัวอย่างที่ถูกเลือกเข้าทำการศึกษาตามคุณสมบัติจะได้รับทราบวัตถุประสงค์ การวิจัย รวมถึงความเสี่ยงและประโยชน์ที่จะได้รับและสามารถออกจากการศึกษาได้ทันทีที่มีความประสงค์ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมจึงให้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

3.4.4 เก็บข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย แบบประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก และคุณภาพชีวิต ตั้งแต่แรกเริ่มดำเนินการวิจัย (Pre-test) และเมื่อดำเนินการวิจัยไป 12 เดือน (Post-test)

3.4.5 ศึกษาสถานการณ์ปัจจุบัน สภาพปัญหา สภาวะสุขภาพ ประวัติการเจ็บป่วย การรักษา พฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอโรคไตเรื้อรัง และคุณภาพชีวิตเพื่อระบุปัญหารายบุคคล

3.4.6 สังเคราะห์รูปแบบการดูแลของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยการใช้การจัดการตนเองและการจัดการรายกรณีและผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และจัดทำพัฒนาแนวทางการดูแล (Clinical nursing practice guideline, CNPG) สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในบริบทชุมชนเมืองโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยคัดเลือกตัวแทนแต่ละกลุ่มเข้าร่วมประชุม เพื่อรับฟังการนำเสนอผลการศึกษา

สถานการณ์ปัจจุบัน และร่างรูปแบบในการดูแลของผู้ป่วย ให้ข้อเสนอแนะต่อรูปแบบการดูแลของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เพื่อปรับปรุงระบบการดูแลของผู้ป่วยที่เหมาะสม กำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของทีมสหสาขาวิชาชีพ

3.4.7 พัฒนาสมรรถนะผู้จัดการรายกรณีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

3.4.8 ผู้วิจัยประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพ และผู้เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เกี่ยวกับ การใช้แนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่มีการกำหนด หน้าที่ความรับผิดชอบของทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้เกี่ยวข้อง และผลลัพธ์การดูแลไว้อย่างชัดเจน โดยพยาบาลเป็นผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ประสานการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

3.4.9 ให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยและญาติตามพฤติกรรมเสี่ยง

3.4.10 ติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อเสริมพลังแก้ปัญหาระดับบุคคลจนกว่าปัญหาจะสิ้นสุด

3.4.11 ประสานภาคีเครือข่ายในการดูแลแบบองค์รวม

3.4.12 ใช้แบบประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก และแบบประเมินคุณภาพชีวิตที่วัดซ้ำหลังการทดลอง (Post-test) 12 เดือน กรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยจนถึงสิ้นสุดโครงการ กลุ่มตัวอย่างจะถูกคัดชื่อออกจาก โครงการวิจัย แต่ยังได้รับการดูแลรักษาตามปกติ

3.4.13 กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลปกติจากศูนย์แพทย์เขตเมือง ครบระยะเวลา 12 เดือนประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก พฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม และคุณภาพชีวิต

3.5 สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล

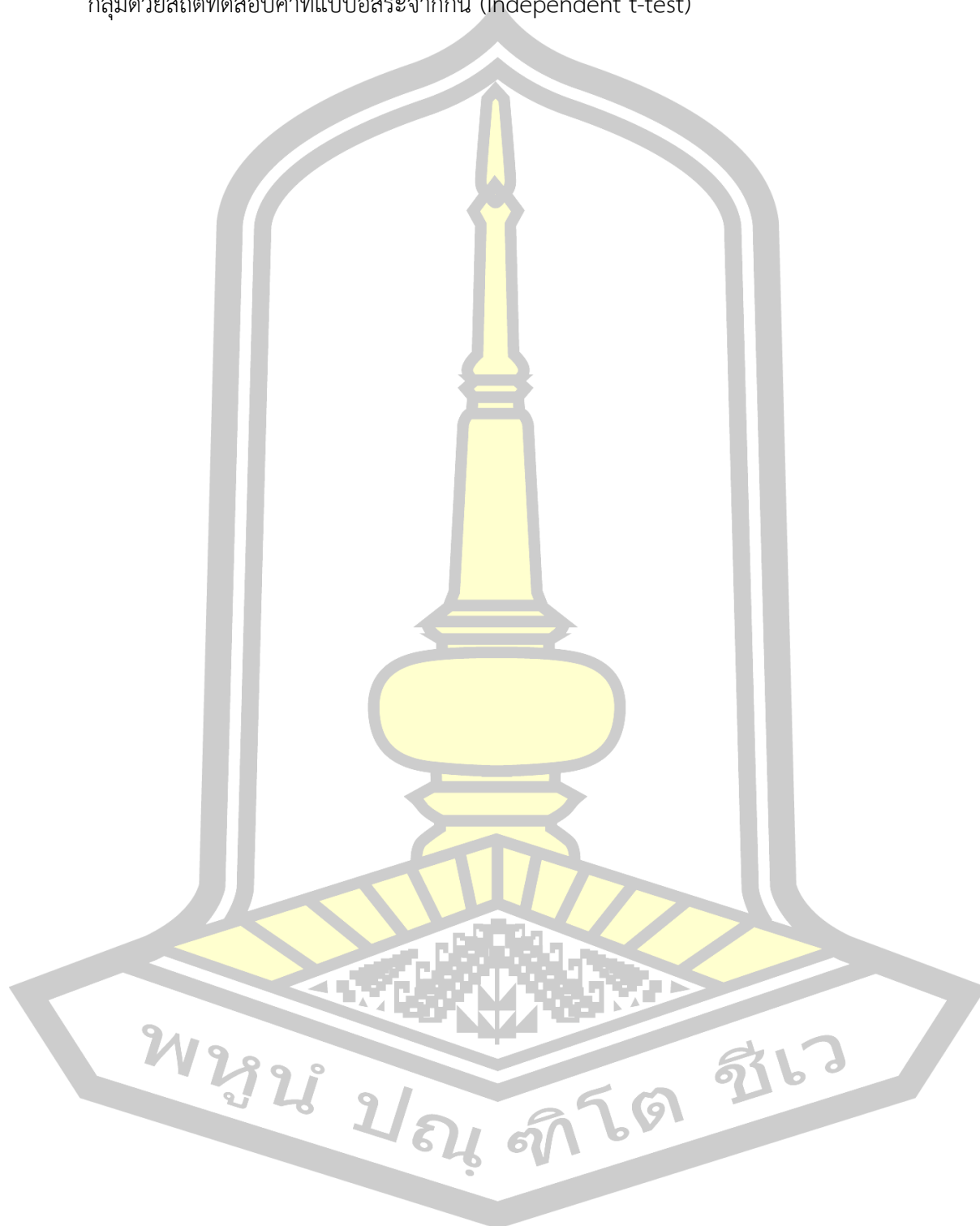
การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ มีขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้สถิติที่ใช้ประกอบด้วย

3.5.1 วิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ข้อมูลจากการสัมภาษณ์

3.5.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่อยู่ต่ำกว่าระดับมาตราส่วน นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ เปรียบเทียบความแตกต่างและเปรียบเทียบความแตกต่างของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi square test) ส่วนข้อมูลส่วนบุคคลที่อยู่ในระดับมาตราส่วนขึ้นไป ทำการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติทดสอบค่าทีแบบอิสระจากกัน (Independent t-test) หากข้อมูลผ่านข้อตกลงเบื้องต้น ส่วนข้อมูลที่ไม่ผ่านข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติทดสอบค่าทีแบบอิสระจากกัน วิเคราะห์ด้วยสถิติ Mann-whitney U test

3.5.3 วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเอง ค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางคลินิก และคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ด้วยสถิติทีอิสระ (Independent t-test) ทั้งนี้ก่อนใช้สถิติ T-test ได้

ทำการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อน ซึ่งผ่านข้อตกลงเบื้องต้นเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วยสถิติทดสอบค่าทีแบบอิสระจากกัน (Independent t-test)



บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปราย

การศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยการใช้การจัดการตนเองและการจัดการรายกรณีเพื่อชะลอโรคไตเรื้อรังในชุมชนเมือง ของจังหวัดขอนแก่น เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ซึ่งมีความมุ่งหมาย เพื่อสร้างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยการใช้การจัดการตนเองและการจัดการรายกรณีเพื่อชะลอโรคไตเรื้อรังในชุมชนเมือง ของจังหวัดขอนแก่น การวิจัยประกอบด้วย การวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการ การวางแผน การดำเนินการ และประเมินผลใช้ระยะเวลา 12 เดือน โดยรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังต่อไปนี้

4.1 ผลการวิจัย

4.1.1 สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชนเมือง ของจังหวัดขอนแก่น

4.1.2 สังเคราะห์รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยการใช้การจัดการตนเองและการจัดการรายกรณีเพื่อชะลอโรคไตเรื้อรังในชุมชนเมือง ของจังหวัดขอนแก่น

4.1.3 ผลการประเมินรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยการใช้การจัดการตนเองและการจัดการรายกรณีเพื่อชะลอโรคไตเรื้อรังในชุมชนเมือง ของจังหวัดขอนแก่น

4.1.4 ประเมินผลคืนข้อมูลและรับฟังเสียงสะท้อนจาก ผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชนและทีมสหสาขาวิชาชีพ

4.1.1 สถานการณ์โรคไตเรื้อรังในชุมชนเมือง ของจังหวัดขอนแก่น

โรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาที่สำคัญและพบได้บ่อยในชุมชนเขตเมือง ชุมชนเขตเมืองขอนแก่นมีลักษณะที่สำคัญและแตกต่างจากชุมชนชนบทในหลาย ๆ ด้าน เนื่องจากมีประชากรเป็นจำนวนมาก อยู่กันอย่างหนาแน่น มีพื้นที่ต่อประชากรน้อย มีการย้ายถิ่นฐานจากชนบทเข้าสู่ ชุมชนเมืองเพื่อหางานทำ มีชุมชนแออัดเพิ่มขึ้น มีการแตกต่างทางสังคมของประชากรมาก มีการแข่งขันสูงทางสังคม การแข่งขันที่สูงในการเลี้ยงชีพในชุมชนเมือง การดำเนินชีวิตที่เร่งรีบ รวมถึงการใช้ชีวิตแบบเนือยนิ่ง (Sedentary lifestyle) และถึงแม้ว่าจะมีแหล่งบริการด้านสาธารณสุขปริมาณมากก็ตาม แต่การเข้าถึงสถานบริการสุขภาพก็ยังเป็นปัญหาเนื่องจากจำนวนคนต่อสถานบริการสุขภาพที่มีมาก สาเหตุที่โรคไตวายเรื้อรังพบมากในเขตชุมชนเมืองขอนแก่นเกิดจาก 1. พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีเกลือโซเดียมในปริมาณมาก 2. ชุมชนแออัดพบการระบาดของโรคติดเชื้อที่ส่งผลต่อการเกิดโรคไตได้ รวมถึงการใช้สารเสพติดซึ่งส่งผลให้เกิดโรคไตเรื้อรัง 3. การใช้ชีวิตแบบเนือยนิ่ง (Sedentary lifestyle) มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้อง การรับประทานอาหาร

อาหารเค็มเป็นประจำและในแต่ละมื้อมีการเติมน้ำปลา ซีอิ้ว หรือซอสเป็นประจำ ขาดการออกกำลังกายอย่างต่อเนืองสม่ำเสมอเนื่องจากไม่มีเวลาในการออกกำลังกายเพราะต้องประกอบอาชีพ มีการสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ประเภทเหล้า เบียร์ ไวน์ ยาตอง เป็นประจำ อาหารที่รับประทานมากเกินไปเกิดความพอดีส่งผลให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ส่งผลให้เกิดโรคเรื้อรังไม่ติดต่อ (Non-communicable diseases, NCDs) รวมถึงโรคไตวายเรื้อรัง 4. การเข้าถึงระบบคัดกรองสุขภาพได้น้อย ถึงแม้ว่าศูนย์บริการด้านสุขภาพจะมีมากในชุมชนเมือง เนื่องจากประชากรมีจำนวนมาก ชีวิตที่เร่งรีบต้องแข่งขันจึงมิได้เอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเอง สำหรับประชากรที่ย้ายถิ่นฐานเข้ามาทำงานในชุมชนเมืองอาจมีปัญหาเรื่องสิทธิ์การรักษาบริการ ค่าใช้จ่ายการบริการสุขภาพ โดยสาเหตุของโรคไตวายเรื้อรังที่พบมากในเขตเมืองขอนแก่น 3 อันดับแรก คือ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และ โรคอ้วน นอกจากนี้ยังพบว่ามีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้อง เช่น การใช้ยาพื้นบ้าน ชนิดใช้ต้ม เป็นผง ยาจีน และเป็นเม็ดสีด้า ที่เรียกว่ายาลูกกลอนเนื่องจากการควบคุมน้อยและเข้าถึงได้ง่าย ยาดังกล่าวมีส่วนผสมของสมุนไพรและมีโลหะหนักที่เป็นพิษทำให้ไตถูกทำลายและ ปัจจุบันพบว่าสมุนไพรจีนที่มีส่วนผสมกรดอริสโตโลเซีย (Aristolochic acid) มีความเสี่ยงต่อไตเสื่อมและกรดดังกล่าวพบในพืช เช่น ไคร้เครือซึ่งเป็นสมุนไพรในประเทศไทยที่ผสมในผลิตภัณฑ์เสริมอาหารสำหรับลดน้ำหนัก นอกจากนี้ประชากรผู้ใช้แรงงานส่วนใหญ่เมื่อมีอาการเจ็บปวดกล้ามเนื้อจากการทำงานหนักจะนิยมซื้อยาจำพวก ยาต้านอักเสบชนิดไม่ใช้สเตียรอยด์ (Non-steroidal anti-inflammatory drug, NSAID) มารับประทานเองซึ่งยาประเภทนี้หากมีการใช้เป็นระยะเวลานานทำให้เกิดยาสะสมที่ไต เนื่องจากการขับออกทางไตลดลงและ มีการสังเคราะห์โพสตาแกนดินลดลง ทำให้เกิดการคั่งของโซเดียมส่งผลเกิดอาการบวมและ ความดันโลหิตสูงทำให้การไหลเวียนเลือดสู่ไตลดลง รวมทั้งยาต้านการอักเสบจะทำให้เลือดคั่งเกิดอาการบวมทำให้เลือดไปเลี้ยงไตน้อยลงส่งผลต่อไตเสื่อม

จากการประชุมร่วมกันได้ข้อสรุปแนวทางการชะลอความเสื่อมของไต จัดเป็นทางออกที่ดีที่สุดในการลดความรุนแรงของปัญหาโรคไตเรื้อรังในชุมชนเมือง จังหวัดขอนแก่น เนื่องจากการชะลอความเสื่อมของไตเป็นการช่วยประคับประคองการทำหน้าที่ของไต เพื่อให้ไตส่วนที่ยังดีอยู่คงความสามารถในการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นการช่วยลดจำนวนผู้ป่วยที่ต้องทำการบำบัดทดแทนไต ซึ่งนอกจากจะช่วยลดค่าใช้จ่าย ในระบบสุขภาพแล้ว ยังช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดอยู่ได้นานขึ้น โดยต้องควบคุมปัจจัยที่ส่งผลให้การทำงานของไตเลวลงได้แก่ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน ควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ลดการอักเสบของไต การออกกำลังกายของทางเดินปัสสาวะ และลดพฤติกรรมเสี่ยงอื่น ๆ เช่น การสูบบุหรี่ การใช้ยาต้านการอักเสบ รวมไปถึงระยะเวลาในการเข้ารับการรักษาจากอายุรแพทย์โรคไตล่าช้า เป็นต้น ดังนั้นแนวทางในการชะลอความเสื่อมของไตต่าง ๆ เหล่านี้ ผู้ป่วยต้องอาศัยการใช้ยา ร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะ เรื่องของการรับประทานอาหาร ซึ่งเป็นปัจจัยด้านพฤติกรรมที่มีความสำคัญไม่น้อยไปกว่า

การใช้ยา ในการจัดการทั้งอาหารสำหรับ โรคไตที่เหมาะสมจะสามารถช่วยให้หน่วยไตส่วนที่ยังเหลืออยู่ถูกทำลายลงอย่างช้า ๆ อย่างไรก็ตาม การจัดการอาหารสำหรับโรคไตเรื้อรังมีความยุ่งยาก ซับซ้อนเป็นอย่างยิ่ง เพราะนอกจากต้องควบคุมสัดส่วนของอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตเพื่อให้ได้พลังงานที่เหมาะสมสำหรับโรคไตเรื้อรังแล้ว ยังต้องระมัดระวังสัดส่วนของอาหารประเภทโปรตีนที่เป็นข้อจำกัดในโรคไตเรื้อรังอีกด้วย เป้าหมายอยู่ที่การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ การควบคุมความดันโลหิตไม่ให้สูงเกินกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท การจำกัดโปรตีนในอาหาร และการแก้ไขภาวะไขมันในเลือด ผิดปกติ โดยมีเป้าหมายให้ LDL-c น้อยกว่า 100 มก./ดล. HDL-c มากกว่า 50 มก./ดล. และ Triglyceride น้อยกว่า 150 มก./ดล.

สรุป โรคไตเรื้อรังเป็นโรคที่มีความซับซ้อน และต้องการจัดการดูแลตนเองที่มีประสิทธิภาพเพื่อการยืดอายุการทำงานของไตให้เข้าสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายให้ช้าที่สุด แนวทางการชะลอความเสื่อมของไตจึงต้องผสมผสาน ความร่วมมือจากทั้งทีมสุขภาพในการวางแผนการรักษาพยาบาล เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิต ให้เป็นปกติ รวมทั้งการแก้ไขภาวะโปรตีนรั่วในปัสสาวะได้ อย่างทันท่วงที ในขณะที่ผู้ป่วยและครอบครัวจำเป็นต้องให้ความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำเนินชีวิต ประจำวัน โดยเฉพาะการใช้อาหารบำบัด ซึ่งมุ่งเน้นอาหารจำกัด โปรตีน ควบคุมคาร์โบไฮเดรตที่อยู่ในรูปปลอดโปรตีนและ น้ำตาล จำกัดอาหารไขมันและโซเดียมสูง อีกทั้งต้องระมัดระวัง อาหารที่มีฟอสเฟตสูง อย่างไรก็ตาม ในการจัดการอาหารสำหรับ ผู้ป่วยกลุ่มนี้ ยังต้องคำนึงถึงพลังงานอาหารที่ต้องได้รับอย่างเพียงพอ เพื่อป้องกันภาวะทุโภชนาการอันจะยิ่งส่งผลกระทบต่อ ให้โรคไตมีความรุนแรงยิ่งขึ้นได้

4.1.2 สังเคราะห์รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยการใช้การจัดการตนเองร่วมกับการจัดการรายกรณีเพื่อชะลอโรคไตเรื้อรังในชุมชนเมือง ของจังหวัดขอนแก่น

จากการถอดบทเรียนรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพื่อปรับใช้ให้ เหมาะสมกับบริบทของชุมชนเมือง ร่วมกับการใช้กลยุทธ์ที่เหมาะสมในการสร้างแรงจูงใจให้พยาบาลผู้รับผิดชอบคลินิกโรคเรื้อรัง มีส่วนร่วมในการวางแผนสร้างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เพื่อเอื้อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยและญาติจึงได้จัดตั้งคลินิกโรคไตเรื้อรังขึ้นภายในหน่วยงาน เพื่อให้เกิดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอย่างครบวงจร ทำให้ผู้ป่วยและญาติ ได้มีโอกาสในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การชะลอความเสื่อมของไต โดยกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของทีมนสหวิชาชีพในการให้บริการเพื่อชะลอความเสื่อมของไตอย่างชัดเจน ได้แก่ แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว พยาบาลผู้จัดการรายกรณี เภสัชกร โภชนากร และนักกายภาพบำบัด เพื่อให้การปฏิบัติงานเกิดดุลยภาพ อันจะส่งผลให้ระบบการปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพ จัดแนวทางการปฏิบัติ จัดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างทีมนสหวิชาชีพ บุคลากรในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผู้ป่วยและญาติ เพื่อนำข้อดีและข้อจำกัดที่เกิดจากกระบวนการปฏิบัติงานมา ถอดบทเรียน และนำมาพัฒนาศักยภาพในการ

ปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยที่ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยการปรับอาหารให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ และสอดคล้องกับโรคที่เป็นร่วมกับการรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง และ รับการตรวจสุขภาพตามนัดอย่างสม่ำเสมอ ผลจากการสังเคราะห์รูปแบบการดูแลของผู้ป่วยโรคร่วมกัน ได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ส่งเสริมพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อชะลอโรคไตเรื้อรังในด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการเข้ายาสมเหตุผล โดยใช้ทักษะและความสามารถในการกำกับตนเอง (Self-regulation) ซึ่งเป็นกระบวนการที่ใช้ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ดังนี้

1) การตั้งเป้าหมาย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ช่วย ในการชะลอความเสื่อมของไตด้วยตนเอง โดย พยาบาลผู้จัดการรายกรณีทำหน้าที่คอยให้คำแนะนำเกี่ยวกับเป้าหมายที่เหมาะสม

2) การติดตามตนเองและการสะท้อนคิด ส่งเสริมให้ผู้ป่วยประเมินปัญหาและอุปสรรค ของตนเองที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมในการชะลอโรคไตเรื้อรัง สิ่งที่ต้องได้รับการแก้ไข โดยใช้กระบวนการสะท้อนคิด

3) การตัดสินใจ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วย ตัดสินใจหาแนวทางแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง โดยมีพยาบาลผู้จัดการรายกรณีทำหน้าที่คอยให้คำแนะนำ สนับสนุน และให้กำลังใจ

4) การวางแผนและการปฏิบัติ ให้ผู้ป่วยวางแผนการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง โดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณีทำหน้าที่ในการให้ข้อมูลและ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับพฤติกรรมในการชะลอโรคไตเรื้อรัง

5) การประเมินตนเอง ให้ผู้ป่วยประเมินตนเองภายหลังการปฏิบัติว่าบรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือไม่ มีปัญหาและอุปสรรค อะไรบ้าง

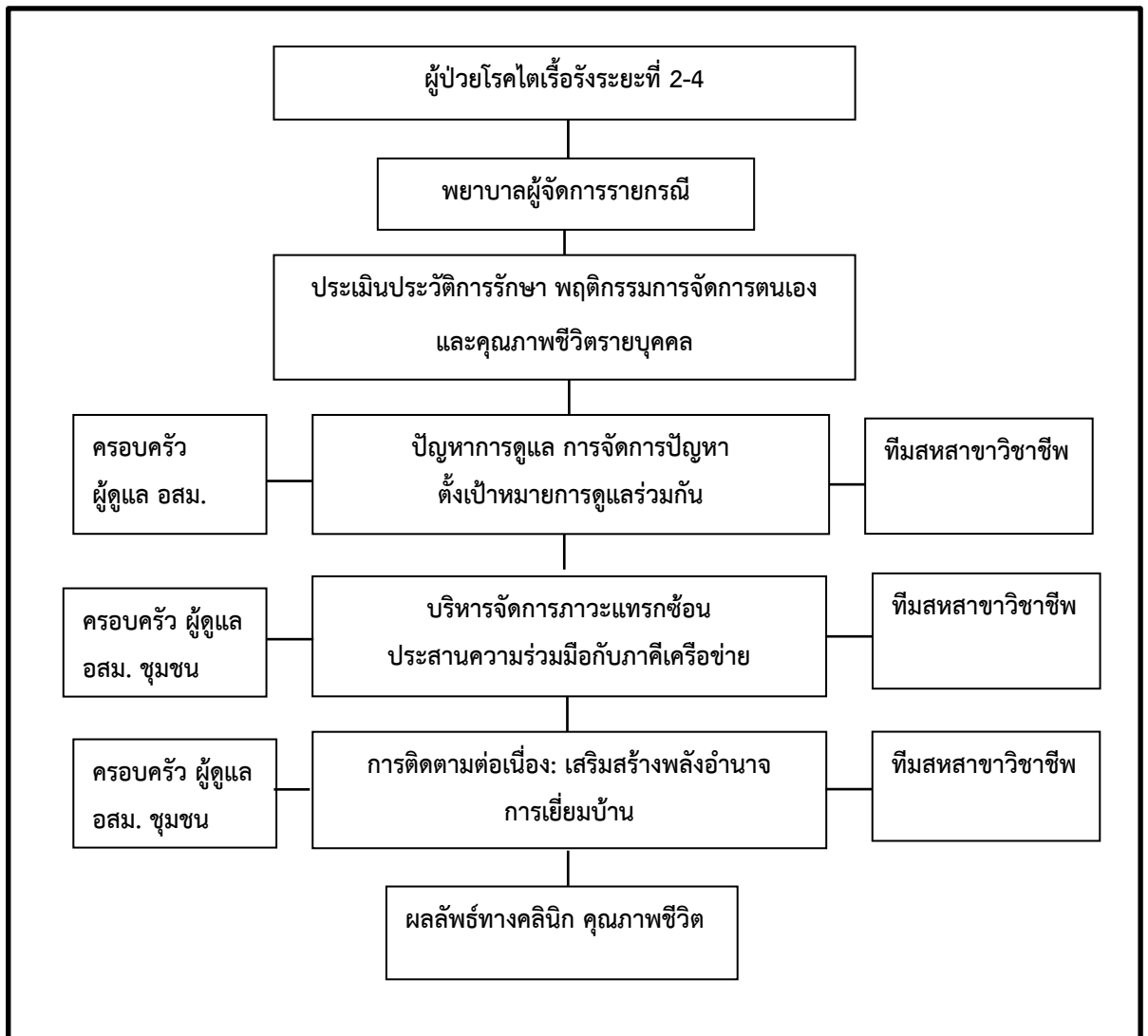
ขั้นตอนที่ 2 ให้ความรู้ เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนและความรุนแรงของโรคไตเรื้อรังที่เกิดจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม โดยมีการแลกเปลี่ยนรู้จากผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาโดยการบำบัดทดแทนไต เล่าประสบการณ์ตรง และฝึกทักษะการจัดการตนเองแก่ผู้ป่วยและญาติ โดยแยกเป็นฐานเรียนรู้ ในแต่ละด้านของพฤติกรรมร่วมกับการเสริมความรู้ เกี่ยวกับการจัดการตนเอง

ขั้นตอนที่ 3 มีการติดตามต่อเนื่องที่บ้านโดยทีมสหวิชาชีพ เพื่อเยี่ยมเสริมพลังแก้ปัญหา ระดับบุคคล ร่วมกับญาติผู้ป่วย โดยบันทึกในแบบติดตามรายบุคคล ภายหลังการเยี่ยมจะร่วมประชุมประเมินพฤติกรรมเสี่ยงปัญหา วางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน และพัฒนาศักยภาพในการดูแลปรับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในการชะลอโรคไตเรื้อรังให้คำแนะนำ ทำข้อตกลงร่วมกับผู้ป่วยและญาติ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในรายที่พฤติกรรมไม่เปลี่ยนแปลง ผู้จัดการรายกรณีวางแผนแก้ไข

สาเหตุของ ปัญหา จนกว่าพฤติกรรมจะเปลี่ยนแปลง ในรายที่พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง เสริมพลังเพื่อ ส่งเสริมพฤติกรรมที่ยั่งยืน พยาบาลผู้จัดการรายกรณีทำหน้าที่ในการวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพ (Life style modification) ของผู้ป่วย โดยนำเสนอหลายๆ อย่าง เพื่อให้ผู้ป่วยได้เลือก พฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการด้วยตัวเอง พร้อมกับตั้งเป้าหมายและเริ่มทำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในทันที นอกจากนี้ก็จะให้คำแนะนำพร้อมกับเป็นที่ปรึกษา เพื่อป้องกันอาการแทรกซ้อนที่อาจจะเกิด ขึ้นกับผู้ป่วยอีกด้วย โดยจะทำการประเมินความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน และวางแผนจัดการตั้งแต่ เน้นๆ ทั้งยังให้คำแนะนำเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตัวเองได้ในยามฉุกเฉินอีกด้วย

ขั้นตอนที่ 4 ประสานภาคีเครือข่ายระดับ ชุมชนในการดูแลแบบองค์รวม ชุมชนถือ เป็นหนึ่งใน 3 องค์ประกอบสำคัญ ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ ผู้ป่วยและครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพ เพื่อสร้างศักยภาพให้ผู้ป่วย และครอบครัวหรือผู้ดูแลใหม่ศักยภาพ และสามารถ จัดการปัญหาสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม ยั่งยืน โดยแต่ละองค์ประกอบมีความเชื่อมโยง เกื้อหนุนซึ่งกัน และกัน แม้จะมีบทบาทและศักยภาพที่แตกต่างกัน ในกรณีมีปัญหาที่เกี่ยวข้องกับ สิ่งแวดล้อมในครัวเรือน ชุมชน การขาดผู้ดูแล จะประสานเพื่อร่วมเยี่ยมดูแล และให้การสนับสนุนใน ส่วนขาด ส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือกันระหว่างบุคคล ครอบครัวและเจ้าหน้าที่สุขภาพ เช่น การ สนับสนุน ข้อมูล โดยการแจกคู่มือการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยโรค ไตเรื้อรัง การสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถ เข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพหรือเจ้าหน้าที่สุขภาพได้ง่าย เช่น การโทรศัพท์ติดต่อสอบถามหรือขอคำ แนะนำ เพิ่มเติมเมื่อมีปัญหาหรือข้อสงสัย โดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้ ความรู้ สร้างความตระหนักกับผู้ป่วยและชุมชนตามประเด็นและ Key message ที่สวนกลาง กำหนด และเน้นในประเด็น “ลดเค็มเพื่อชะลอโรคไตเรื้อรัง” เก็บรวบรวมข้อมูลรายบุคคลของผู้ป่วยในความ รับผิดดูแลแบบบันทึกข้อมูลเยี่ยมบนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดย อสม. และแบบบันทึกข้อมูลการไต่ถาม ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โภชนาการ รวมถึง การออกกำลังกายโดยประสานงานกับพยาบาลผู้จัดการราย กรณี ซึ่งรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยการใช้รูปแบบการจัดการตนเองและการจัดการผู้ป่วย รายกรณีเพื่อชะลอโรคไตเรื้อรังในชุมชนเมือง ของจังหวัดขอนแก่น มีขั้นตอนดังนี้

พญ. ปณ. ศิ.โต ชี.เว



ภาพที่ 3 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโยการใช้การจัดการตนเองและการจัดการรายกรณีในชุมชนเมืองของจังหวัดขอนแก่น

4.1.3 ผลการประเมินรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยการใช้การจัดการตนเองและการจัดการรายกรณีเพื่อชะลอโรคไตเรื้อรังในชุมชนเมืองของจังหวัดขอนแก่น

4.1.3.1 ผลการทดสอบข้อมูลส่วนบุคคลด้วยค่าไคสแควร์ แสดงให้เห็นว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะส่วนบุคคลด้าน เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคร่วม และผู้ดูแลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 4 จำนวน ร้อยละและค่าไคสแควร์ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=95)		กลุ่มควบคุม (n=97)		P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					.65
ชาย	45	47.37	42	43.30	
หญิง	50	52.63	55	56.70	
สถานภาพการสมรส					.16
โสด	7	7.37	4	4.12	
สมรส	57	60.00	71	73.20	
หม้าย /หย่า/ แยก	31	32.63	22	22.68	
ระดับการศึกษา					.23
ประถมศึกษา	58	61.05	67	69.07	
มัธยมศึกษา	24	25.26	23	23.71	
ประกาศนียบัตร	5	5.26	5	5.16	
ปริญญาตรีขึ้นไป	6	6.32	2	2.06	
อายุ (ปี)	Mean=69.71	SD=8.81	Mean=69.69	SD=8.05	.98
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	Mean=6,588.42	SD=5,299.71	Mean=6,448.45	SD=4,113.64	.84

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 52.63 อายุเฉลี่ย 69 ปี สถานภาพสมรส ร้อยละ 60 รองลงมาสถานภาพหม้าย/หย่า/แยก ร้อยละ 32.63 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 61.05 มัธยมศึกษา ร้อยละ 25.26 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 6,588.42 บาท

กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.70 อายุเฉลี่ย 69 ปี สถานภาพสมรส ร้อยละ 73.20 รองลงมาสถานภาพหม้าย/หย่า/แยก ร้อยละ 22.68 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 69.07 มัธยมศึกษา ร้อยละ 23.71 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 6,448.45 บาท

ตาราง 5 จำนวน ร้อยละ และค่าไคสแควร์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำแนกตาม
ข้อมูลส่วนบุคคล

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=95)		กลุ่มควบคุม (n=97)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อาชีพ					.33
เกษตรกรกรรม	10	10.53	4	4.12	
พนักงาน	13	13.68	15	15.47	
รับราชการ/พนักงานรัฐ	17	17.89	25	25.77	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	55	57.89	53	54.64	
ผู้ดูแลหลัก					.75
ดูแลตนเอง	30	31.6	40	41.20	
ครอบครัว	46	48.4	46	47.40	
ผู้ดูแล	19	20.0	11	11.40	
โรคร่วม					.24
โรคเบาหวาน	8	8.42	13	13.40	
โรคความดันโลหิตสูง	26	27.37	25	25.77	
โรคเบาหวาน และ โรคความดันโลหิตสูง	42	44.21	38	39.18	
โรคความดันโลหิตสูง และ โรคไขมันในเลือดสูง	9	9.47	12	12.37	
โรคความดันโลหิตสูง และ โรคเก๊าท์	2	2.11	3	3.09	
ไม่มีโรคร่วม	8	8.42	6	6.19	

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 57.89 อาชีพข้าราชการ/พนักงานของ
รัฐร้อยละ 17.89 มีโรคร่วมเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 44.21 ผู้ดูแลเป็นบุคคลใน
ครอบครัว ร้อยละ 48.4

กลุ่มควบคุมไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 54.67 อาชีพข้าราชการ/พนักงานของรัฐร้อยละ
25.77 มีโรคร่วมมีโรคร่วมเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 39.18 ผู้ดูแลเป็นบุคคลใน
ครอบครัว ร้อยละ 47.4

4.1.3.2 การเปรียบเทียบค่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว อัตราการกรองของไต และระดับความดันโลหิตก่อนใช้รูปแบบการจัดการตนเองและการจัดการรายกรณีระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตาราง 6 เปรียบเทียบค่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ระดับความดันโลหิต และอัตราการกรองของไต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง

ผลลัพธ์ทางคลินิก	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		Independent-t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ดัชนีมวลกาย (BMI)	25.19	3.77	25.48	4.07	-0.74	.62
เส้นรอบเอว	89.74	10.83	90.78	10.75	-0.88	.51
อัตราการกรองของไต	46.23	13.33	45.56	12.76	2.15	.73
ระดับความดันโลหิต						
ซีสโตลิก	136.95	16.13	134.78	16.72	-6.10	.36
ไดแอสโตลิก	83.64	10.67	83.69	11.05	-7.61	.98

จากตารางพบว่า ผลการทดสอบผลลัพธ์ทางคลินิกด้วยค่าที่ แสดงให้เห็นว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว อัตราการกรองของไต และระดับความดันโลหิตไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



4.1.3.3 การเปรียบเทียบ ค่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ระดับความดันโลหิต และ อัตราการกรองของไต ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังใช้รูปแบบการจัดการตนเองและการจัดการรายกรณี

ตาราง 7 เปรียบเทียบค่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ระดับความดันโลหิต และอัตราการกรองของไต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		Independent-t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ดัชนีมวลกาย	25.13	3.62	25.55	4.06	-.74	.46
เส้นรอบเอว	89.80	11.32	91.19	10.55	-.88	.38
อัตราการกรองของไต	49.57	13.14	46.23	13.74	2.15	.03*
ระดับความดันโลหิต						
ซีเอสโตลิก	129.58	12.74	135.79	12.73	-6.10	.04*
ไดแอสโตลิก	76.08	11.96	83.59	10.81	-7.61	.02*

*($p < .05$)

จากตารางพบว่า หลังการใช้รูปแบบการจัดการตนเองและการจัดการรายกรณีกลุ่มทดลอง มีอัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และระดับความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนค่าดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอวของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน

พญ. ปณ. ทิโต ชีเว

4.1.3.4 การเปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอโรคไตเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่างก่อนการใช้รูปแบบการจัดการตนเองและการจัดการรายกรณี
 ตาราง 8 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอโรคไตเรื้อรังระหว่าง
 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง

พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง	กลุ่มทดลอง (n=95)		กลุ่มควบคุม (n=97)		Independent-t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ด้านโภชนาการ	25.62	3.47	26.20	2.73	-1.28	.20
ด้านการใช้ยา	27.46	3.94	28.27	4.13	-1.38	.17
ด้านการออกกำลังกาย	24.98	4.29	25.54	4.41	-.89	.37
โดยรวม	78.06	6.80	79.87	6.70	-1.85	.07

*($p < .05$)

จากตารางพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอโรคไตเรื้อรังของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในด้านโภชนาการ การใช้ยา และการออกกำลังกายก่อนการใช้รูปแบบการจัดการตนเองและการจัดการรายกรณีไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



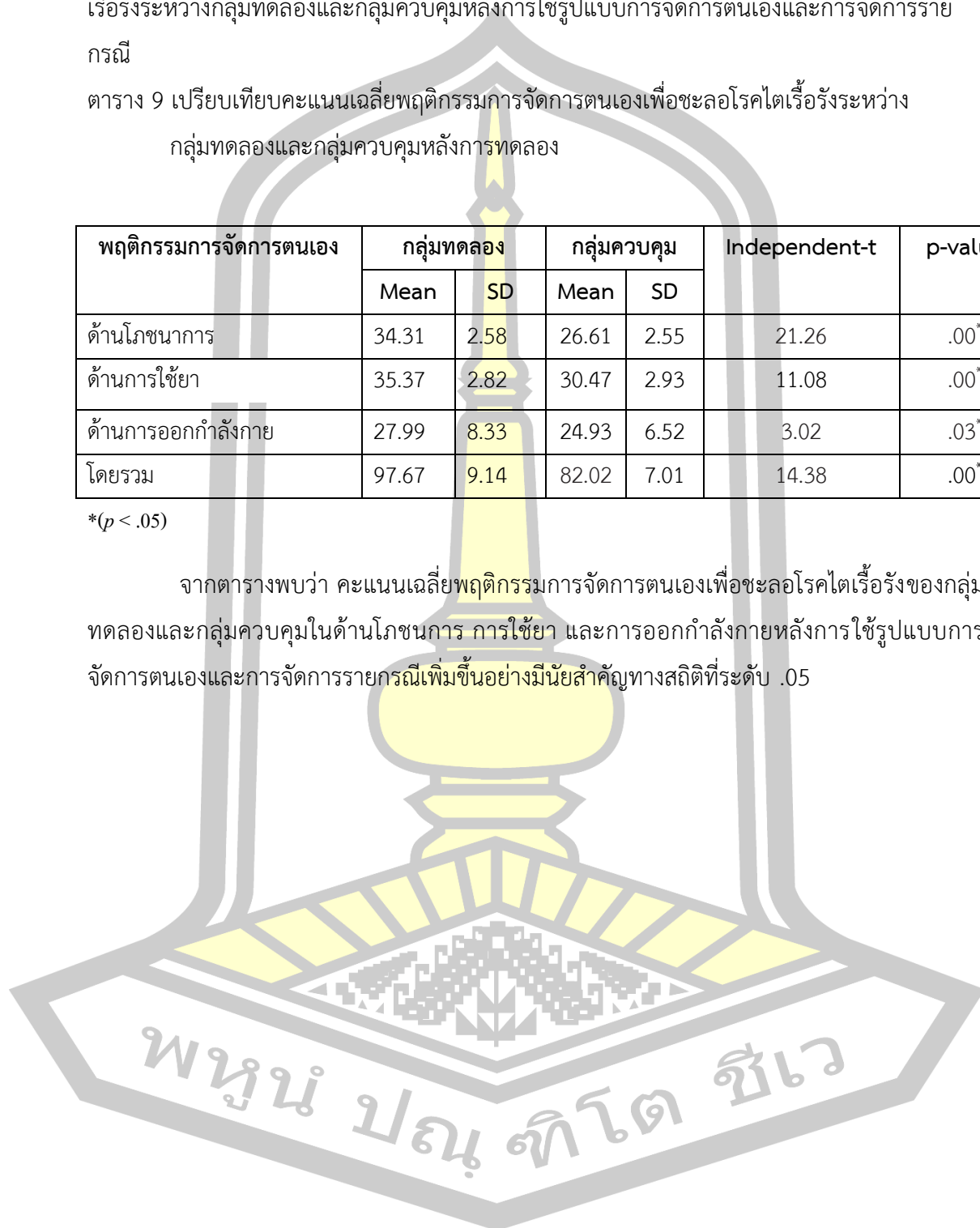
4.1.3.5 การเปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอโรคไตเรื้อรังระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการจัดการตนเองและการจัดการรายการณี

ตาราง 9 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอโรคไตเรื้อรังระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง

พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		Independent-t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ด้านโภชนาการ	34.31	2.58	26.61	2.55	21.26	.00*
ด้านการใช้ยา	35.37	2.82	30.47	2.93	11.08	.00*
ด้านการออกกำลังกาย	27.99	8.33	24.93	6.52	3.02	.03*
โดยรวม	97.67	9.14	82.02	7.01	14.38	.00*

*($p < .05$)

จากตารางพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอโรคไตเรื้อรังของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในด้านโภชนาการ การใช้ยา และการออกกำลังกายหลังการใช้รูปแบบการจัดการตนเองและการจัดการรายการณีเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



4.1.3.6 การเปรียบเทียบ คะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการใช้รูปแบบการจัดการตนเองและการจัดการรายกรณี ตาราง 10 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		Independent-t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
คำถามทั่วไป						
1. สภาวะทางกาย	59.52	25.89	55.00	17.32	1.427	.16
2. ข้อจำกัดจากปัญหาทางสุขภาพ	42.38	38.78	32.47	35.75	1.840	.07
3. ความเจ็บปวด	81.42	18.69	77.29	15.23	1.676	.10
4. การรับรู้สุขภาพทั่วไป	57.42	18.03	53.56	18.97	1.443	.15
5. ความอ่อนเพลีย	72.16	20.35	68.19	16.02	1.500	.14
6. หน้าที่ทางสังคม	74.77	19.93	69.84	15.80	1.894	.06
7. ข้อจำกัดบทบาททางอารมณ์	64.59	30.27	60.82	33.34	.820	.41
8. สุขภาพจิตโดยทั่วไป	81.85	16.67	83.08	12.86	-.574	.57

จากตารางพบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการใช้รูปแบบการจัดการตนเองและการจัดการรายกรณี ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05



4.1.3.7 การเปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยทั่วไประหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมหลังใช้รูปแบบการจัดการตนเองและการจัดการรายกรณี ตาราง 11 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		Independent-t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
คำถามทั่วไป						
1. สภาวะทางกาย	69.15	24.24	47.57	16.05	1.468	.14
2. ข้อจำกัดจากปัญหาทางสุขภาพ	76.85	38.46	31.19	35.54	1.628	.11
3. ความเจ็บปวด	86.94	18.56	73.97	14.65	3.071	.02*
4. การรับรู้สุขภาพทั่วไป	66.47	21.17	42.01	12.94	6.792	.00*
5. ความอ่อนเพลีย	77.29	18.82	62.16	12.48	4.092	.00*
6. หน้าที่ทางสังคม	82.79	22.37	65.08	15.83	3.726	.00*
7. ข้อจำกัดบทบาททางอารมณ์	82.46	36.33	48.80	34.72	3.362	.01*
8. สุขภาพจิตโดยทั่วไป	84.46	19.67	79.59	10.09	1.833	.07

จากตารางพบว่า คะแนนเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตโดยทั่วไปด้านความเจ็บปวด การรับรู้สุขภาพทั่วไป ความอ่อนเพลีย หน้าที่ทางสังคม และข้อจำกัดบทบาททางอารมณ์ของกลุ่มทดลองหลังใช้รูปแบบการจัดการตนเองและการจัดการรายกรณีแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

ส่วนคะแนนเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตโดยทั่วไป ด้านสภาวะร่างกาย ข้อจำกัดจากปัญหาทางสุขภาพ และสุขภาพจิตโดยทั่วไปของกลุ่มทดลองหลังใช้รูปแบบการจัดการตนเองและการจัดการรายกรณีไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

พหุ ประถมศึกษา

4.1.3.8 การเปรียบเทียบ คะแนนคุณภาพชีวิตโรคไตเรื้อรังระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการใช้รูปแบบการจัดการตนเองและการจัดการรายกรณี
ตาราง 12 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโรคไตเรื้อรังระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		Independent-t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
คุณภาพชีวิตโรคไตเรื้อรัง						
1. อาการ/ปัญหาของโรค	81.14	13.15	78.02	9.47	1.892	.06
2. ผลของสภาวะโรคต่อผู้ป่วย	72.77	10.35	71.13	9.46	1.139	.26
3. ความยากลำบากจากโรค	62.57	30.02	58.05	19.17	1.238	.22
4. สถานภาพในการทำงาน	22.16	38.37	17.53	33.88	.888	.38
5. สมรรถภาพในการรับรู้	78.89	15.45	80.89	9.12	-1.073	.29
6. การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม	83.47	15.07	86.80	10.32	-1.783	.08
7. สมรรถภาพทางเพศ	8.55	25.93	9.92	24.46	-.377	.71
8. การนอนหลับ	67.35	16.28	69.81	18.86	-.971	.33
9. สนับสนุนจากสังคม	80.17	19.34	84.02	16.12	-1.497	.14
10. การให้กำลังใจของเจ้าหน้าที่	56.71	14.21	57.73	14.71	-.489	.63
11. ความพึงพอใจของผู้ป่วยเอง	68.94	20.14	63.91	16.43	1.898	.06

จากตารางพบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตโรคไตเรื้อรังระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการใช้รูปแบบการจัดการตนเองและการจัดการรายกรณี ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

พูน ปณ ทิโต ชีเว

4.1.3.9 การเปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโรคไตเรื้อรังระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมหลังใช้รูปแบบการจัดการตนเองและการจัดการรายกรณี

ตาราง 13 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโรคไตเรื้อรังระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		Independent-t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
คุณภาพชีวิตโรคไตเรื้อรัง						
1. อาการ/ปัญหาของโรค	86.72	11.32	75.14	8.49	1.953	.05
2. ผลของสภาวะโรคต่อผู้ป่วย	89.28	13.34	67.75	9.28	1.797	.07
3. ความยากลำบากจากโรค	78.49	25.37	55.15	17.21	2.093	.04*
4. สถานภาพในการทำงาน	59.86	26.59	18.04	33.99	.788	.43
5. สมรรถภาพในการรับรู้	85.47	17.09	77.73	9.12	.633	.53
6. การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม	79.16	17.13	85.70	9.77	-1.214	.23
7. สมรรถภาพทางเพศ	11.58	30.30	9.92	24.46	-.377	.71
8. การนอนหลับ	73.64	18.34	74.51	13.44	-.376	.71
9. สนับสนุนจากสังคม	86.31	22.93	81.44	15.75	2.070	.04*
10. การให้กำลังใจของเจ้าหน้าที่	87.10	20.01	58.63	12.80	11.716	.00*
11. ความพึงพอใจของผู้ป่วยเอง	81.05	20.57	62.37	15.82	2.513	.01*

จากตารางพบว่า คะแนนเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตโรคไตเรื้อรัง ด้านความยากลำบากจากโรค การสนับสนุนจากสังคม การให้กำลังใจของเจ้าหน้าที่ และความพึงพอใจของผู้ป่วยเองของกลุ่มทดลองหลังใช้รูปแบบการจัดการตนเองและการจัดการรายกรณีแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

ส่วนคะแนนเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตโรคไตเรื้อรัง ด้านอาการ/ปัญหาของสภาวะโรคต่อผู้ป่วย สถานภาพในการทำงาน สมรรถภาพในการรับรู้ การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม สมรรถภาพทางเพศ และ การนอนหลับของกลุ่มทดลองหลังใช้รูปแบบการจัดการตนเองและการจัดการรายกรณีไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

4.2 การอภิปรายผล

4.2.1 วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยการใช้การจัดการตนเอง และการจัดการรายกรณีเพื่อชะลอโรคไตเรื้อรังในชุมชนเมือง ของจังหวัดขอนแก่น ได้รูปแบบที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เนื่องจากผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังส่วนใหญ่ยังไม่มีอาการ และอาการแสดงของโรคที่ชัดเจนสอดคล้องกับการศึกษาของ Thai SEEK study พบว่ามีประชากรไทยเพียงร้อยละ 1.9 เท่านั้นที่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง (4) จึงทำให้ขาดตระหนักหรือการเอาใจใส่ดูแลสุขภาพตนเอง ดังนั้นการให้ผู้ผู้ป่วยรับทราบพฤติกรรมสุขภาพของตนเองรวมทั้งมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลตนเองโดยการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง (Self-care) และเกิดพฤติกรรมรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) จากการบันทึกพฤติกรรมสุขภาพทุกครั้งซึ่งโอริเริ่ม (60) กล่าวว่า การดูแลตนเอง (Self-care) เป็นการกระทำกิจกรรมในภาวะปกติของมนุษย์ เพื่อให้การทำงานที่และพัฒนาการเป็นไปตามปกติ และยังเป็นสิ่งที่จะนำไปสู่การคงไว้ซึ่งเงื่อนไขภายนอกและภายใน การดูแลตนเองถือเป็นพฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้มีสิ่งที่ดีตัวมาตั้งแต่เกิดบุคคลเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองมาจากความเชื่อ อุบิสัย และวิถีการดำเนินชีวิตของกลุ่มคนในสังคม นอกจากนั้นปัจจัยส่วนบุคคลเกี่ยวกับอายุ ระยะพัฒนาการและภาวะสุขภาพล้วนเป็นสิ่งที่ส่งผลต่อขอบเขตของกิจกรรมการดูแลตนเองที่บุคคลจะสามารถปฏิบัติได้ในขณะที่การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ส่วนใหญ่เกิดจากการดูแลสุขภาพตนเองที่บ้าน โดยมีบุคคลในครอบครัวเป็นผู้ดูแล จึงเป็นส่วนสำคัญที่สนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังสามารถดูแลตนเองประสบความสำเร็จ ซึ่งสอดคล้อง Bandura (61) กล่าวว่า การส่งเสริมประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Enactive mastery experience) เป็นปัจจัยสำคัญที่สุดที่จะทำให้บุคคลพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง เพราะสภาพที่เป็นจริงเกี่ยวกับความรอบรู้หรือความชำนาญในสิ่งที่ทำได้สำเร็จ ทำให้ได้รับความสำเร็จที่เข้มแข็งเกี่ยวกับความสามารถของบุคคล และถ้าบุคคลได้รับความสำเร็จก็จะคาดหวังว่าจะได้รับผลที่เกิดขึ้น จากการได้รับประสบการณ์โดยการเผชิญกับปัญหาอุปสรรคและการใช้ความพากเพียรพยายาม

นอกจากนี้การจัดการดูแลผู้ป่วยต้องมีความสอดคล้องและเหมาะสมกับบริบทของชุมชน ที่มีขนบธรรมเนียม วิถีชีวิตและวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน และภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่จำกัด ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในการนำหลักการของ Chronic care model เกี่ยวกับวางแผนดูแลผู้ป่วย (Case management) ส่งผลดีต่อการควบคุมโรคมากกว่าการดูแลตนเอง (Self-management) เพียงอย่างเดียว เนื่องจากผู้ป่วยจะได้รับการติดตามตลอดการรักษา เพื่อประเมินผลลัพธ์ที่ได้ และวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยใหม่ เพื่อให้สอดคล้องกับผู้ป่วยมากที่สุด รวมถึงมีการกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยพยายามปรับพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อการรักษาที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นด้วย นอกจากนี้การติดตามผลการรักษา ก็ยังเป็นการใช้ภาพสะท้อน เพื่อให้ผู้ป่วยได้เห็นผลลัพธ์และเป็นตัวกระตุ้นให้

ผู้ป่วยเกิดความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติตามแผนรักษาอย่างต่อเนื่องต่อไป การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังใช้การดูแลรายกรณีจึงได้รับความนิยมอย่างกว้างขวางสำหรับการนำมาใช้ในการจัดการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 4 ลักษณะ ประกอบด้วย 1) ผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนทางคลินิก (Complexity) มีความเสี่ยงสูงและรุนแรง 2) ผู้ป่วยที่ต้องใช้ระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลนาน (Extended hospital stay) 3) ผู้ป่วยที่มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง (Benefit exceeding) และ 4) ผู้ป่วยที่ได้รับความล้มเหลวในการรักษาหรือต้องเข้ารับการผ่าตัดซ้ำ นอกจากนี้ยังนิยมทำการจัดการรายกรณีมาใช้ในกลุ่มประชากรในชุมชน ซึ่งมีความหลากหลาย และซับซ้อนที่แตกต่างกันออกไป โดยเฉพาะผู้ในชุมชนเมืองเนื่องจากมีความซับซ้อนของปัญหา และความร่วมมือในการรักษามีน้อย ผู้รับบริการมีจำนวนมากทำให้การให้บริการทางสุขภาพมีระยะที่จำกัด พยาบาลผู้จัดการรายกรณีจะเป็นผู้ประสานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน โดยการจัดการรายกรณีช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่ตรงกับปัญหาของตนเองรวมทั้งลดการใช้บุคลากรทางด้านสุขภาพ ทำให้ลดค่าใช้จ่ายในการดูแล

4.2.2 วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 ผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยการใช้การจัดการ

ตนเองและการจัดการรายกรณีเพื่อชะลอโรคไตเรื้อรังในชุมชนเมือง ของจังหวัดขอนแก่นพบว่า

ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยการใช้การจัดการตนเองและการจัดการรายกรณีเพื่อชะลอโรคไตเรื้อรัง มีพฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับดี เนื่องจากรูปแบบการให้ความรู้เกี่ยวกับการชะลอไตเสื่อมประกอบด้วย การบรรยาย การอภิปรายกลุ่ม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตที่เป็นแบบอย่าง ซึ่งเป็นระยะที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งในการพัฒนาการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับกรณีพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอความก้าวหน้าของโรคไตเรื้อรังตามแบบแผนการจัดการตนเองด้านสุขภาพ เพื่อนำไปสู่การมีพฤติกรรมการชะลอความก้าวหน้าของโรคไตเรื้อรัง ถือว่ามีประโยชน์เป็น อย่างมากรูปแบบยังประกอบด้วย กิจกรรมสำคัญๆ ดังนี้ คือ การสร้างสัมพันธภาพ แนะนำขั้นตอนการให้บริการ ให้โภชนศึกษาแบบกลุ่ม การสาธิตอาหารโดยนักโภชนาการ วิเคราะห์ พฤติกรรมการควบคุมอาหาร ประเมินปัญหา รายบุคคล การแนะนำวิธีการใช้คู่มือการควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรายบุคคล กระตุ้นให้เกิดการจัดการตนเองในการควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย การใช้ยาสมเหตุสมผลและความคาดหวังในผลลัพธ์ของการจัดการตนเอง ประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเอง และทบทวน สิ่งที่ได้/ปัญหาอุปสรรค ซึ่งเป็นเครื่องมือทำให้เกิดการเรียนรู้ สามารถเพิ่มความเชื่อมั่นในความสามารถการจัดการตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ด้านสุขภาพ รวมถึงการนำความรู้ที่ได้ไปฝึกทักษะ ต่อยอดที่บ้าน โดยมีการตั้งเป้าหมายในการฝึกทักษะดังกล่าวที่ได้รับและมีการสนับสนุนจากผู้ดูแลและ ครอบครัว จะทำให้ผู้ป่วยมีการดูแลพฤติกรรมสุขภาพของตนที่ดีขึ้นนำไปสู่ผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น คือ ผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ และมีการชะลอความเสื่อมของไตที่ดีขึ้นกว่าเดิมถึงแม้ว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลโดยการใช้รูปแบบจะไม่แตกต่างจากผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติแต่พบว่า อัตราการกรองของไตโดยเฉลี่ย

เพิ่มขึ้น 4 mL/min/1.73 m² ต่อปีซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ (อายุเฉลี่ย 69 ปี) เนื่องจากรูปแบบมีการกำหนดเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังคือ การพัฒนาความรู้ ทักษะ ตลอดจนความเชื่อ ด้านสุขภาพจนทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นว่าสามารถจัดการตนเองในชีวิตประจำวันได้ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแล สุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อผลลัพธ์ ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของ Jiamjariyaporn และคณะ (55) ที่ศึกษาประสิทธิผลของดูแลแบบผสมผสานในการชะลอโรคไตเรื้อรังในระยะที่ 3-4 ในชุมชนชนบทของประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่มีระยะติดตามผลเฉลี่ย 2 ปี ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการดูแลแบบบูรณาการสามารถชะลอการลดลงของอัตราการกรองของไตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้งการศึกษาของ Barrett และคณะ (56) ที่ศึกษารูปแบบการประสานของพยาบาลกับการพยาบาลแบบปกติ สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในระยะที่ 3-4 ในชุมชน ระยะเวลามากกว่า 24 เดือนพบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะที่ 3-4 ที่ผ่านการตรวจทางห้องปฏิบัติการของชุมชนส่วนใหญ่สามารถชะลอโรคไตเรื้อรังแต่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยในการประสานของพยาบาลไม่ได้ส่งผลกระทบต่ออัตราการกรองของไต หรือการควบคุมปัจจัยเสี่ยงเมื่อเทียบกับการดูแลตามปกติ

การจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการควบคุมอาหาร การใช้ยาสมเหตุสมผลและการออกกำลังกายเป็นการรักษาที่สำคัญ ในการชะลอโรคไตเรื้อรังสอดคล้องกับการศึกษาของศิริลักษณ์ ถูทอง (62) ที่พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองที่สูงขึ้นรวมถึงทำให้ผู้ป่วยมีระดับของครีเอตินิน และระดับของอัตราการกรองของไตที่ดีขึ้นหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง ผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยการใช้การจัดการตนเองและการจัดการรายกรณีเพื่อชะลอโรคไตเรื้อรังในชุมชนเมือง ของจังหวัดขอนแก่นจากเป้าหมายของรูปแบบที่ต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้าน ผลลัพธ์ทางคลินิก พฤติกรรมจัดการตนเอง และคุณภาพชีวิต พบว่า ทั้งสามด้านมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานสอดคล้องกับการศึกษาของ ราณี อรรถพานุรักษ์ และ อนัญญา มานิตย์ (46) ที่ศึกษาการพัฒนากระบวนการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ล้างไต ทางหน้าห้อง โดยใช้แนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ลพบุรี พบว่าการดูแลรักษาโดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็น ระยะเวลา 6 เดือน เก็บข้อมูลเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้แบบวัดผลลัพธ์ทางคลินิก และคุณภาพชีวิต พบว่าผู้ป่วยมีผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ความดันโลหิตตัวบน ตัวล่าง การทำงานของไต และคุณภาพชีวิตดีขึ้นกว่าหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แต่อย่างไรก็ตาม จากผลการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกันก่อนการทดลองและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ทั้งนี้อาจเนื่องจากระยะเวลาที่เพิ่มขึ้น มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านอาการของโรคเป็นธรรมชาติอยู่แล้ว รูปแบบการดูแลเป็นเพียงการชะลอให้มีการดำเนินของโรคลดลงเท่านั้น ประกอบกับพบว่าผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 69 ปี ซึ่งมี

ความเสื่อมจากกระบวนการชรา ร่วมด้วยจึงทำให้มีการดำเนินของโรคเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะแรกยังไม่มีการปรากฏทำให้ไม่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตจึงทำให้ขาดความตระหนักในการดูแลตนเองทำให้มีการเสื่อมของไตเพิ่มขึ้นจนเข้าสู่ไตเรื้อรังระยะสุดท้ายซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Chuanmei และคณะ (54) ได้ทำการศึกษาแบบทบทวนอย่างเป็นระบบผลของการจัดการรายกรณีในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนต่อผลลัพธ์ของผู้ป่วยและผู้ดูแล พบว่า การจัดการรายกรณีในการดูแลผู้สูงอายุของชุมชนสามารถปรับปรุงสุขภาพจิตและความผาสุกของผู้ป่วยหรือความต้องการในการบริการที่ดี

ผลการวิจัยนี้สนับสนุนสมมติฐานการวิจัย โดยแสดงให้เห็นว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยการใช้การจัดการตนเองและการจัดการรายกรณี การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังถ้าจะให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีจะต้องมีการใช้องค์ประกอบใน รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง มากกว่าหนึ่งองค์ประกอบ ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังซึ่งให้สำคัญกับการที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและให้การดูแลรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรกซึ่งจะช่วยชะลอการเสื่อมของไต คงไว้ซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย ช่วยยืดระยะเวลาการดำเนินโรคเข้าสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายให้นานที่สุด



บทที่ 5

สรุปผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยการใช้การจัดการตนเองและการจัดการรายกรณีเพื่อชะลอโรคไตเรื้อรังในชุมชนเมือง ของจังหวัดขอนแก่น เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ซึ่งมีความมุ่งหมาย เพื่อสร้างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยการใช้การจัดการตนเองและการจัดการรายกรณีเพื่อชะลอโรคไตเรื้อรังในชุมชนเมือง ของจังหวัดขอนแก่น

5.1 สรุปผลการวิจัย

5.1.1. สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชนเขตเมืองขอนแก่น

โรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาที่สำคัญและพบได้บ่อยในชุมชนเขตเมือง ชุมชนเขตเมืองขอนแก่นมีลักษณะที่สำคัญและแตกต่างจากชุมชนชนบทในหลาย ๆ ด้าน เนื่องจากมีประชากรเป็นจำนวนมาก อยู่กันอย่างหนาแน่น มีพื้นที่ต่อประชากรน้อย มีการย้ายถิ่นฐานจากชนบทเข้าสู่ ชุมชนเมืองเพื่อหางานทำ มีชุมชนแออัดเพิ่มขึ้น มีการแตกต่างทางสังคมของประชากรมาก มีการแบ่งชนชั้นทางสังคม การแข่งขันที่สูงในการเลี้ยงชีพในชุมชนเมือง การดำเนินชีวิตที่เร่งรีบ รวมถึงการใช้ชีวิตแบบเนือยนิ่ง (Sedentary lifestyle) และถึงแม้ว่าจะมีแหล่งบริการด้านสาธารณสุขจำนวนมากก็ตาม แต่การเข้าถึงสถานบริการสุขภาพก็ยังเป็นปัญหาเนื่องจากจำนวนคนต่อสถานบริการสุขภาพที่มีมาก สาเหตุที่โรคไตวายเรื้อรังพบมากในเขตชุมชนเมืองขอนแก่นเกิดจาก 1. พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีเกลือโซเดียมในปริมาณมาก 2. ชุมชนแออัดพบการระบาดของโรคติดต่อที่ส่งผลต่อการเกิดโรคไตได้ รวมถึงการใช้สารเสพติดซึ่งส่งผลให้เกิดโรคไตเรื้อรัง 3. การใช้ชีวิตแบบเนือยนิ่ง (Sedentary lifestyle) มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้อง การรับประทานอาหารเค็มเป็นประจำและในแต่ละมื้อมีการเติมน้ำปลา ซีอิ๊ว หรือซอสเป็นประจำ ขาดการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอเนื่องจากไม่มีเวลาในการออกกำลังกายเพราะต้องประกอบอาชีพ มีการสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ประเภทเหล้า เบียร์ ไวน์ ยาตอง เป็นประจำ อาหารที่รับประทานมากเกินไปส่งผลให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ส่งผลให้เกิดโรคเรื้อรังไม่ติดต่อ (Non-communicable diseases, NCDs) รวมถึงโรคไตวายเรื้อรัง 4. การเข้าถึงระบบคัดกรองสุขภาพได้น้อย ถึงแม้ว่าศูนย์บริการด้านสุขภาพจะมีมากในชุมชนเมือง เนื่องจากประชากรมีจำนวนมาก ชีวิตที่เร่งรีบต้องแข่งขันจึงมิได้เอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเอง สำหรับประชากรที่ย้ายถิ่นฐานเข้ามาทำงานในชุมชนเมืองอาจมีปัญหาเรื่องสิทธิ์การรักษาบริการ ค่าใช้จ่ายการบริการสุขภาพ โดยสาเหตุของโรคไตวายเรื้อรังที่พบมากในเขตเมืองขอนแก่น 3 อันดับแรก คือ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และ โรคอ้วน นอกจากนี้ยังพบว่ามีความผิดปกติการใช้ยาไม่ถูกต้อง เช่น การใช้ยาพื้นบ้าน ชนิดใช้ต้ม เป็นผง ยา

จีน และเป็นเม็ดสีดำ ที่เรียกว่ายาลูกกลอนเนื่องจากการควบคุมน้อยและเข้าถึงได้ง่าย ยาดังกล่าวมีส่วนผสมของสมุนไพรและมีโลหะหนักที่เป็นพิษทำให้ไตถูกทำลายและ ปัจจุบันพบว่าสมุนไพรจีนที่มีส่วนผสมของสารโอสตโรโลเซีย (Aristolochic acid) มีความเสี่ยงต่อไตเสื่อมและกรดดังกล่าวพบในพืช เช่น ไคร์เครือซึ่งเป็นสมุนไพรในประเทศไทยที่ผสมในผลิตภัณฑ์เสริมอาหารสำหรับลดน้ำหนัก นอกจากนี้ประชากรผู้ใช้แรงงานส่วนใหญ่เมื่อมีอาการเจ็บปวดกล้ามเนื้อเนื่องจากการทำงานหนักจะนิยมซื้อยาจำพวก ยาต้านอักเสบชนิดไม่ใช้สเตียรอยด์ (Non-steroidal anti-inflammatory drug, NSAID) มารับประทานเองซึ่งยาประเภทนี้หากมีการใช้เป็นระยะเวลาานานทำให้เกิดยาสะสมที่ไต เนื่องจากการขับออกทางไตลดลงและ มีการสังเคราะห์โพสตาแกนดินลดลง ทำให้เกิดการคั่งของโซเดียมส่งผลเกิดอาการบวมและ ความดันโลหิตสูงทำให้การไหลเวียนเลือดสู่ไตลดลง รวมทั้งยาต้านการอักเสบจะทำให้เลือดคั่งเกิดอาการบวมทำให้เลือดไปเลี้ยงไตน้อยลงส่งผลต่อไตเสื่อม

จากการประชุมร่วมกันได้ข้อสรุปแนวทางการชะลอความเสื่อมของไต จัดเป็นทางออกที่ดีที่สุดในการลดความรุนแรงของปัญหาโรคไตเรื้อรังในชุมชนเมือง จังหวัดขอนแก่น เนื่องจากการชะลอความเสื่อมของไตเป็นการช่วยประคับประคองการทำหน้าที่ของไต เพื่อให้ไตส่วนที่ยังดีอยู่คงความสามารถในการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นการช่วยลดจำนวนผู้ป่วยที่ต้องทำการบำบัดทดแทนไต ซึ่งนอกจากจะช่วยลดค่าใช้จ่าย ในระบบสุขภาพแล้ว ยังช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดอยู่ได้นานขึ้น โดยต้องควบคุมปัจจัยที่ส่งผลให้การทำงานของไตเลวลงได้แก่ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน ควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ลดการอักเสบของไต การออกกำลังกายของทางเดินปัสสาวะ และลดพฤติกรรมเสี่ยงอื่น ๆ เช่น การสูบบุหรี่ การใช้ยาต้านการอักเสบ รวมไปถึงระยะเวลาในการเข้ารับการรักษาจากอายุรแพทย์โรคไตล่าช้า เป็นต้น ดังนั้นแนวทางในการชะลอความเสื่อมของไตต่าง ๆ เหล่านี้ ผู้ป่วยต้องอาศัยการใช้ยาร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะ เรื่องของการรับประทานอาหาร ซึ่งเป็นปัจจัยด้านพฤติกรรมที่มีความสำคัญไม่น้อยไปกว่าการใช้ยา ในการจัดการทั้งอาหารสำหรับ โรคไตที่เหมาะสมจะสามารถช่วยให้หน่วยไตส่วนที่ยังเหลืออยู่ถูกทำลายลงอย่างช้า ๆ อย่างไรก็ตาม การจัดการอาหารสำหรับโรคไตเรื้อรังมีความยุ่งยากซับซ้อนเป็นอย่างยิ่ง เพราะนอกจากต้องควบคุมสัดส่วนของอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตเพื่อให้ได้พลังงานที่เหมาะสมสำหรับโรคไตเรื้อรังแล้ว ยังต้องระมัดระวังสัดส่วนของอาหารประเภทโปรตีนที่เป็นการจำกัดในโรคไตเรื้อรังอีกด้วย เป้าหมายอยู่ที่การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ การควบคุมความดันโลหิตไม่ให้สูงเกินกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท การจำกัดโปรตีนในอาหาร และการแก้ไขภาวะไขมันในเลือด ผิดปกติ โดยมีเป้าหมายให้ LDL-c น้อยกว่า 100 มก./ดล. HDL-c มากกว่า 50 มก./ดล. และ Triglyceride น้อยกว่า 150 มก./ดล.

สรุป โรคไตเรื้อรังเป็นโรคที่มีความซับซ้อน และต้องการจัดการดูแลตนเองที่มีประสิทธิภาพ เพื่อการยืดอายุการทำงานของไตให้เข้าสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายให้ช้าที่สุด แนวทางการชะลอ

ความเชื่อมโยงของไตจึงต้องผสมผสาน ความร่วมมือจากทั้งทีมสุขภาพในการวางแผนการรักษาพยาบาล เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิต ให้เป็นปกติ รวมทั้งการแก้ไขภาวะโพรตีนรั่วในปัสสาวะได้ อย่างทันท่วงที ในขณะที่ผู้ป่วยและครอบครัวจำเป็นต้องให้ความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำเนินชีวิต ประจำวัน โดยเฉพาะการใช้อาหารบำบัด ซึ่งมุ่งเน้นอาหารจำกัด โปรตีน ควบคุมคาร์โบไฮเดรตที่อยู่ในรูปปลอดโปรตีน และน้ำตาล จำกัดอาหารไขมันและโซเดียมสูง อีกทั้งต้องระมัดระวัง อาหารที่มีฟอสเฟตสูง อย่างไรก็ตาม ในการจัดอาหารสำหรับ ผู้ป่วยกลุ่มนี้ ยังต้องคำนึงถึงพลังงานอาหารที่ต้องได้รับอย่างเพียงพอ เพื่อป้องกันภาวะทุโภชนาการอันจะยิ่งส่งผลกระทบต่อ ให้โรคไตมีความรุนแรงยิ่งขึ้นได้

5.1.2 การสังเคราะห์รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยการใช้การจัดการตนเองร่วมกับการจัดการรายกรณีเพื่อชะลอโรคไตเรื้อรังในชุมชนเมืองของจังหวัดขอนแก่น

จากการถอดบทเรียนรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพื่อปรับใช้ให้ เหมาะสมกับบริบทของชุมชนเมือง ร่วมกับการใช้กลยุทธ์ที่เหมาะสมในการสร้างแรงจูงใจให้พยาบาลผู้รับผิดชอบคลินิกโรคเรื้อรัง มีส่วนร่วมในการวางแผนสร้างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เพื่อเอื้อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยและญาติจึงได้จัดตั้งคลินิกโรคไตเรื้อรังขึ้นภายในหน่วยงาน เพื่อให้เกิดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอย่างครบวงจร ทำให้ผู้ป่วยและญาติ ได้มีโอกาสในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การชะลอความเสื่อมของไต โดยกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของทีมนสหวิชาชีพในการให้บริการเพื่อชะลอความเสื่อมของไต อย่างชัดเจน ได้แก่ แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว พยาบาลผู้จัดการรายกรณี เภสัชกร โภชนากร และนักกายภาพบำบัด เพื่อให้การปฏิบัติงานเกิดดุลยภาพ อันจะส่งผลให้ระบบการปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพ จัดแนวทางการปฏิบัติ จัดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างทีมนสหวิชาชีพ บุคลากรในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผู้ป่วยและญาติ เพื่อนำข้อดีและข้อจำกัดที่เกิดจากกระบวนการปฏิบัติงานมา ถอดบทเรียน และนำมาพัฒนาศักยภาพในการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยที่ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยการปรับอาหารให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ และสอดคล้องกับโรคที่เป็นร่วมกับการรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง และ รับการตรวจสุขภาพตามนัดอย่างสม่ำเสมอ ผลจากการสังเคราะห์รูปแบบการดูแลของผู้ป่วยโรคไตร่วมกัน ได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ส่งเสริมพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อชะลอโรคไตเรื้อรังในด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการใช้ยาสมเหตุผล โดยใช้ทักษะและความสามารถในการกำกับตนเอง (Self-regulation) ซึ่งเป็นกระบวนการที่ใช้ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ดังนี้

1) การตั้งเป้าหมาย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ที่ช่วย ในการชะลอความเสื่อมของไตด้วยตนเอง โดย พยาบาลผู้จัดการรายกรณีทำหน้าที่คอยให้ คำแนะนำเกี่ยวกับเป้าหมายที่เหมาะสม

2) การติดตามตนเองและการสะท้อนคิด ส่งเสริมให้ผู้ป่วยประเมินปัญหาและ อุปสรรค ของตนเองที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมในการชะลอโรคไตเรื้อรัง สิ่งที่ต้องได้รับการ แก้ไข โดยใช้กระบวนการสะท้อนคิด

3) การตัดสินใจ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วย ตัดสินใจหาแนวทางแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง โดยมีพยาบาลผู้จัดการรายกรณีทำหน้าที่คอยให้คำแนะนำ สนับสนุน และให้กำลังใจ

4) การวางแผนและการปฏิบัติ ให้ผู้ป่วยวางแผนการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้วย ตนเอง โดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณีทำหน้าที่ในการให้ข้อมูลและ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับพฤติกรรมใน การชะลอโรคไตเรื้อรัง

5) การประเมินตนเอง ให้ผู้ป่วยประเมินตนเองภายหลังการปฏิบัติว่าบรรลุตาม เป้าหมายที่ตั้งไว้หรือไม่ มีปัญหาและอุปสรรค อะไรบ้าง

ขั้นตอนที่ 2 ให้ความรู้ เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนและความรุนแรงของโรคไตเรื้อรังที่ เกิดจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม โดยมีการแลกเปลี่ยนรู้จากผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ สุดท้ายที่ได้รับการรักษาโดยการบำบัดทดแทนไต เล่าประสบการณ์ตรง และฝึกทักษะการจัดการ ตนเองแก่ผู้ป่วยและญาติ โดยแยกเป็นฐานเรียนรู้ ในแต่ละด้านของพฤติกรรมร่วมกับการเสริม ความรู้ เกี่ยวกับการจัดการตนเอง

ขั้นตอนที่ 3 มีการติดตามต่อเนื่องที่บ้านโดยทีมสหวิชาชีพ เพื่อเยี่ยมเสริมพลัง แก่ปัญหา ระดับบุคคล ร่วมกับญาติผู้ป่วย โดยบันทึกในแบบติดตามรายบุคคล ภายหลังการเยี่ยมจะ ร่วมประชุมประเมินพฤติกรรมเสี่ยงปัญหา วางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน และพัฒนาศักยภาพในการ ดูแลปรับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในการชะลอโรคไตเรื้อรังให้คำแนะนำ ทำข้อตกลงร่วมกับผู้ป่วยและ ญาติ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในรายที่พฤติกรรมไม่เปลี่ยนแปลง ผู้จัดการรายกรณีวางแผนแก้ไข สาเหตุของ ปัญหา จนกว่าพฤติกรรมจะเปลี่ยนแปลง ในรายที่พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง เสริมพลังเพื่อ ส่งเสริมพฤติกรรมที่ยั่งยืน พยาบาลผู้จัดการรายกรณีทำหน้าที่ในการวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพ (Life Style Modification) ของผู้ป่วย โดยนำเสนอหลายๆ อย่าง เพื่อให้ผู้ป่วยได้เลือก พฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการด้วยตัวเอง พร้อมกับตั้งเป้าหมายและเริ่มทำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในทันที นอกจากนี้ก็จะให้คำแนะนำพร้อมกับเป็นที่ปรึกษา เพื่อป้องกันอาการแทรกซ้อนที่อาจจะเกิด ขึ้นกับผู้ป่วยอีกด้วย โดยจะทำการประเมินความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน และวางแผนจัดการตั้งแต่ เนิ่นๆ ทั้งยังให้คำแนะนำเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตัวเองได้ในยามฉุกเฉินอีกด้วย

ขั้นตอนที่ 4 ประสานภาคีเครือข่ายระดับ ชุมชนในการดูแลแบบองค์รวม ชุมชนถือเป็นหนึ่งใน 3 องค์ประกอบสำคัญ ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ ผู้ป่วยและครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพ เพื่อสร้างศักยภาพให้ผู้ป่วย และครอบครัวหรือผู้ดูแลใหม่ศักยภาพ และสามารถ จัดการปัญหาสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม ยั่งยืน โดยแต่ละองค์ประกอบมีความเชื่อมโยงเกี่ยวพันซึ่งกัน และกัน แม้จะมีบทบาทและศักยภาพที่แตกต่างกัน ในกรณีมีปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมในครัวเรือน ชุมชน การขาดผู้ดูแล จะประสานเพื่อร่วมเยี่ยมดูแล และให้การสนับสนุนในส่วนขาด ส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือกันระหว่างบุคคล ครอบครัวและเจ้าหน้าที่สุขภาพ เช่น การสนับสนุน ข้อมูล โดยการแจกคู่มือการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยโรค ไตเรื้อรัง การสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพหรือเจ้าหน้าที่สุขภาพได้ง่าย เช่น การโทรศัพท์ติดต่อสอบถามหรือขอคำแนะนำ เพิ่มเติมเมื่อมีปัญหาหรือข้อสงสัย โดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้ความรู้ สร้างความตระหนักกับผู้ป่วยและชุมชนตามประเด็นและ Key message ที่สวนกลาง กำหนดและเน้นในประเด็น “ลดเค็มเพื่อชะลอโรคไตเรื้อรัง” เก็บรวบรวมข้อมูลรายบุคคลของผู้ป่วยในความรับผิดชอบแบบบันทึกข้อมูลเยี่ยมบนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดย อสม. และแบบบันทึกข้อมูลการไต่ถามผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โภชนาการ รวมถึง การออกกำลังกายโดยประสานงานกับพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ซึ่งรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยการใช้รูปแบบการจัดการตนเองและการจัดการผู้ป่วยรายกรณีเพื่อชะลอโรคไตเรื้อรังในชุมชนเมือง ของจังหวัดขอนแก่น

5.1.3 ผลการศึกษาการประเมินรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยการใช้การจัดการตนเองและการจัดการรายกรณีเพื่อชะลอโรคไตเรื้อรังในชุมชนเมือง ของจังหวัดขอนแก่น

5.1.3.1 ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคุณลักษณะด้านเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ไรคร่วม และผู้ดูแลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5.1.3.2 ก่อนการใช้รูปแบบการจัดการตนเองและการจัดการรายกรณีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าดัชนีมวลกาย และรอบเอว อัตราการกรองของไตไม่แตกต่างหลังการใช้โปรแกรม แต่พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิต และอัตราการกรองของไต แตกต่างจากก่อนการใช้รูปแบบและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5.1.3.3 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอโรคไตเรื้อรังด้านการโภชนาการ การใช้ยาสมเหตุสมผล และการออกกำลังกาย ของกลุ่มทดลองหลังใช้รูปแบบการจัดการตนเองและการจัดการรายกรณีแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5.1.3.4 คะแนนเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตโดยทั่วไปด้านความเจ็บปวด การรับรู้สุขภาพทั่วไป ความอ่อนเพลีย หน้าที่ทางสังคม และข้อจำกัดบทบาททางอารมณ์ของกลุ่มทดลองหลังใช้รูปแบบการจัดการตนเองและการจัดการรายกรณีแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่

ระดับ.05 ส่วนคะแนนเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตโดยทั่วไป ด้านสภาวะร่างกาย ข้อจำกัดจากปัญหาทางสุขภาพ และสุขภาพจิตโดยทั่วไปของกลุ่มทดลองหลังใช้รูปแบบการจัดการตนเองและการจัดการรายการณ์ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

5.1.3.5 คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโรคไตเรื้อรังด้านความยากลำบากจากโรค การสนับสนุนจากสังคม การให้กำลังใจของเจ้าหน้าที่ และความพึงพอใจของผู้ป่วยเองของกลุ่มทดลองหลังใช้รูปแบบการจัดการตนเองและการจัดการรายการณ์แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ส่วนคะแนนเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตโรคไตเรื้อรังด้านอาการ/ปัญหาของสภาวะโรคต่อผู้ป่วยสถานภาพในการทำงาน สมรรถภาพในการรับรู้ การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม สมรรถภาพทางเพศ และ การนอนหลับของกลุ่มทดลองหลังใช้รูปแบบการจัดการตนเองและการจัดการรายการณ์ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

5.1.4 ข้อเสนอแนะ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยการใช้การจัดการตนเองและการจัดการรายการณ์เพื่อชะลอโรคไตเรื้อรังในชุมชนเมือง ของจังหวัดขอนแก่น

5.1.4.1 ด้านระบบบริการ เนื่องจากในหน่วยบริการปฐมภูมิ ขาดนักโภชนาการ และนักกายภาพบำบัด ดังนั้น พยาบาลผู้จัดการรายการณ์เป็นผู้ประเมินความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายที่มีปัญหาเกี่ยวกับการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย จัดกลุ่มโดยประสานในการจัดให้ความรู้ร่วมกันเพื่อ ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการบริการได้อย่างทั่วถึงการติดตามต่อเนื่องโดยการเยี่ยมบ้าน พยาบาลผู้จัดการรายการณ์ เยี่ยมบ้านร่วมกับบอสม. ในพื้นที่รับผิดชอบเพื่อประเมินปัญหาและความต้องการดูแล การออกเยี่ยมแต่ละครั้งยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ตลอดทั้งประเมินผลการดูแลตนเองของผู้ป่วย ส่งเสริมการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับวัย เช่น การแกว่งแขนการเดินตาราง เก้าช่องการฟ้อนหมอลำ เน้นการสร้างสุขภาพซึ่งประยุกต์ภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้ ในการออกกำลังกายให้ ความรู้เรื่อง อาหารชะลอไตเสื่อม การรณรงค์การใช้ยาสมเหตุสมผล งดสูบบุหรี่และดื่มสุรา เป็นต้น มีอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นรับผิดชอบดูแลซึ่งเป็นเสมือนทีมสุขภาพประจำหมู่บ้าน คอยให้ความช่วยเหลือให้การปรึกษา ร่วมกับพยาบาลผู้จัดการรายการณ์ในการจัดกิจกรรม ส่งเสริมการชะลอไตเสื่อม การป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคไตวายเรื้อรัง

5.1.4.2 ด้านผู้ป่วย มีการกำหนดเป้าหมายการชะลอโรคไตเรื้อรังร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และปฏิบัติตัวเพื่อให้สามารถบรรลุเป้าหมาย รูปแบบการดูแลมีความเหมาะสมทำให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสในการเข้าถึงบริการรวมทั้งการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ รับรู้ปัญหาของตนเอง และมีส่วนสำคัญในแก้ไขโรคที่เป็นอยู่

5.1.4.3 ด้านครอบครัว และผู้ดูแล ควรส่งเสริมให้กำลังใจผู้ป่วย จัดสภาพแวดล้อมที่บ้านตามบริบทของผู้ป่วยแต่ละราย รูปแบบการดูแลมีความเหมาะสมสอดคล้องกับบริบทของชุมชน

เนื่องจาก ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุการเข้าถึงบริการมีความลำบากในการเดินทางการจัดกิจกรรมในชุมชนมีความเหมาะสม ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถปฏิบัติได้จริง

5.2 ข้อเสนอแนะ

5.2.1 ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

5.2.1.1 การจัดระบบบริการการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยการใช้ทรัพยากรร่วมกันโดยมีการประสานงานโดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณี

5.2.1.2 สร้างเสริมความร่วมมือและส่งต่อการดูแลรักษาระหว่าง แพทย์ผู้รักษา ผู้จัดการรายกรณี อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน ผู้ป่วย และผู้ดูแล

5.2.1.3 สถานบริการปฐมภูมิเน้นการบริการเชิงรุกค้นหาบุคคลกลุ่มเสี่ยงให้การดูแลโดยเน้นการจัดการตนเองและการจัดการรายกรณีเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวมตอบสนองความต้องการตามความเชื่อ วัฒนธรรมและบริบทของชุมชน

5.2.1.4 ควรส่งเสริมให้มีการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยการใช้การจัดการตนเองและการจัดการรายกรณีเพื่อชะลอโรคไตเรื้อรังไปประยุกต์และทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง หรือนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยในบริบทที่มีสังคม วัฒนธรรม และความเชื่อที่แตกต่างกันต่อไป

5.2.2 ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

5.2.2.1 การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการทดลองโดยใช้ระยะเวลา 12 เดือน และประเมินผลหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ในการวิจัยครั้งต่อไป ควรเพิ่มระยะติดตามผล เพื่อประเมินความคงอยู่ของพฤติกรรมกรรมการชะลอโรคไตเรื้อรัง โดยเฉพาะคุณภาพชีวิตเนื่องจากใช้ระยะเวลานาน

5.2.2.2 ควรมีการทำวิจัยที่เน้นข้อมูลคุณภาพ ในการประเมินปัญหาและอุปสรรคในการจัดการตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคไตเรื้อรัง



บรรณานุกรม



บรรณานุกรม

1. Thanakitcharu P. Current situation of chronic kidney disease in Thailand. *J Dep Med Serv.* 2015;5–18.
2. Hill NR, Fatoba ST, Oke JL, Hirst JA, O’Callaghan CA, Lasserson DS, et al. Global prevalence of chronic kidney disease – A systematic review and meta-analysis. Remuzzi G, editor. *PLoS One.* 2016 Jul;11(7):e0158765.
3. Hoerger TJ, Simpson SA, Yarnoff BO, Pavkov ME, Ríos Burrows N, Saydah SH, et al. The future burden of CKD in the United States: A simulation model for the CDC CKD initiative. *Am J Kidney Dis.* 2015 Mar;65(3):403–11.
4. Ingsathit A, Thakkinstian A, Chaiprasert A, Sangthawan P, Gojaseni P, Kiattisunthorn K, et al. Prevalence and risk factors of chronic kidney disease in the Thai adult population: Thai SEEK study. *Nephrol Dial Transplant.* 2010 May;25(5):1567–75.
5. National Kidney Foundation. K/DOQI Clinical Practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. *Am J Kidney Dis.* 2002 Feb;39(2 Suppl 1):S1-266.
6. Zhang Q-L, Rothenbacher D. Prevalence of chronic kidney disease in population-based studies: Systematic review. *BMC Public Health.* 2008 Dec;8(1):117.
7. Ali B, Gray-Vickrey P. Limiting the damage from acute kidney injury. *Nursing (Lond).* 2011 Mar;41(3):22–31.
8. White P, Hall ME. Mapping the literature of case management nursing. *J Med Libr Assoc.* 2006 Apr;94(2 Suppl):E99-106.
9. Cruz MC, Andrade C, Urrutia M, Draibe S, Nogueira-Martins LA, Sesso R de CC. Quality of life in patients with chronic kidney disease. *Clinics (Sao Paulo).* 2011;66(6):991–5.
10. Health-Related Quality of Life (HRQOL) | CDC. [cited 2018 May 5]. Available from: <https://www.cdc.gov/hrqol/index.htm>.

11. Fukuhara S, Yamazaki S, Marumo F, Akiba T, Akizawa T, Fujimi S, et al. Health-related quality of life of predialysis patients with chronic renal failure. *Nephron Clin Pract.* 2006 Nov;105(1):c1–8.
12. McClellan WM, Abramson J, Newsome B, Temple E, Wadley VG, Audhya P, et al. Physical and psychological burden of chronic kidney disease among older adults. *Am J Nephrol.* 2010;31(4):309–17.
13. พงศ์พัฒน์พัชร รวีวรรณ, ศรียุกต์ศุทธ อรวมน, เสน่หา จงจิต, ว่องสิริมาศ นพพร. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ.* 2556;31(1):52–61.
14. เศรษฐ์บุญสร้าง กิติมา, ประสมรักษ์ ประเสริฐ. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา จังหวัดยโสธร. *วารสารการพัฒนาศุภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น.* 2559;4(4):485-503.
15. Usrds. 2015 USRDS Annual Data Report | Volume 1 -CKD in the United States Chapter 1: CKD in the General Population.
16. Levey AS, Coresh J, Balk E, Kausz AT, Levin A, Steffes MW, et al. National Kidney Foundation practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. *Ann Intern Med.* 2003 Jul;139(2):137–47.
17. Lameire N, Van Biesen W. The initiation of renal-replacement therapy — just-in-time delivery. *N Engl J Med.* 2010 Aug;363(7):678–80.
18. KDIGO 2012 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. | National Guideline Clearinghouse.
19. Ngarmukos C, Bunnag P, Kosachunhanun N, Krittiyawong S, Leelawatana R, Prathipanawatr-T, et al. Thailand diabetes registry project: prevalence, characteristics and treatment of patients with diabetic nephropathy. *J Med Assoc Thai.* 2006 Aug;89 Suppl 1:S37-42.
20. KDOQI. KDOQI Clinical Practice Guidelines and Clinical Practice Recommendations for Diabetes and Chronic Kidney Disease. *Am J Kidney Dis.* 2007 Feb;49(2):S12–154.

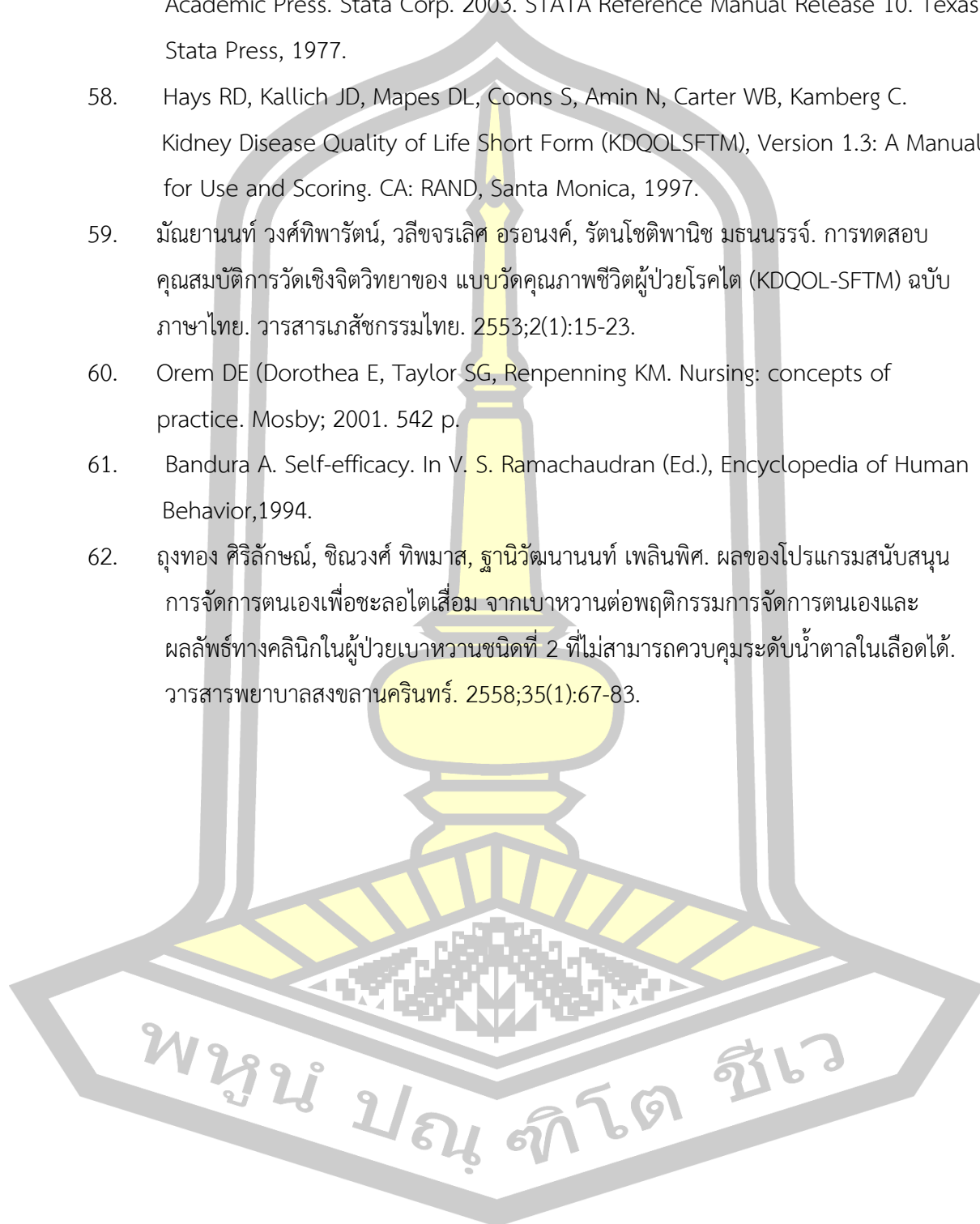
21. Horowitz B, Miskulin D, Zager P. Epidemiology of Hypertension in CKD. *Adv Chronic Kidney Dis*. 2015 Mar;22(2):88–95.
22. Ghane Shahrbafe F, Assadi F. Drug-induced renal disorders. *J Ren Inj Prev*. 2015;4(3):57–60.
23. About Chronic Kidney Disease | The National Kidney Foundation. [cited 2018 May 5]. Available from: <https://www.kidney.org/atoz/content/about-chronic-kidney-disease#causes>.
24. Thailand Renal Replacement Therapy Report 2013 | GHDx. [cited 2018 May 5]. Available from: <https://www.kidney.org/atoz/content/about-chronic-kidney-disease#causes>.
25. Ibrahim H, Mondress M, Tello A, Fan Y, Koopmeiners J, Thomas W. An alternative formula to the Cockcroft-Gault and the modification of diet in renal diseases formulas in predicting GFR in individuals with type 1 diabetes. *J Am Soc Nephrol*. 2005 Feb;16(4):1051–60.
26. Levey AS, Stevens LA, Schmid CH, Zhang YL, Castro AF, Feldman HI, et al. A new equation to estimate glomerular filtration rate. *Ann Intern Med*. 2009 May;150(9):604–12.
27. Agents affecting mineral ion homeostasis and bone turnover | Goodman & Gilman's: The pharmacological basis of therapeutics, 12e | AccessMedicine | McGraw-Hill Medical. [cited 2019 Jan 29]. Available from: <https://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1613§ionid=102162390>
28. Stauffer ME, Fan T. Prevalence of anemia in chronic kidney disease in the United States. Moura IC, editor. *PLoS One*. 2014 Jan;9(1):e84943.
29. Liu M, Li X-C, Lu L, Cao Y, Sun R-R, Chen S, et al. Cardiovascular disease and its relationship with chronic kidney disease. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2014 Oct [cited 2019 Jan 30];18(19):2918–26.
Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25339487>
30. Chillon JM, Massy ZA, Stengel B. Neurological complications in chronic kidney disease patients. *Nephrol Dial Transplant*. 2016;31(10):1606–14.

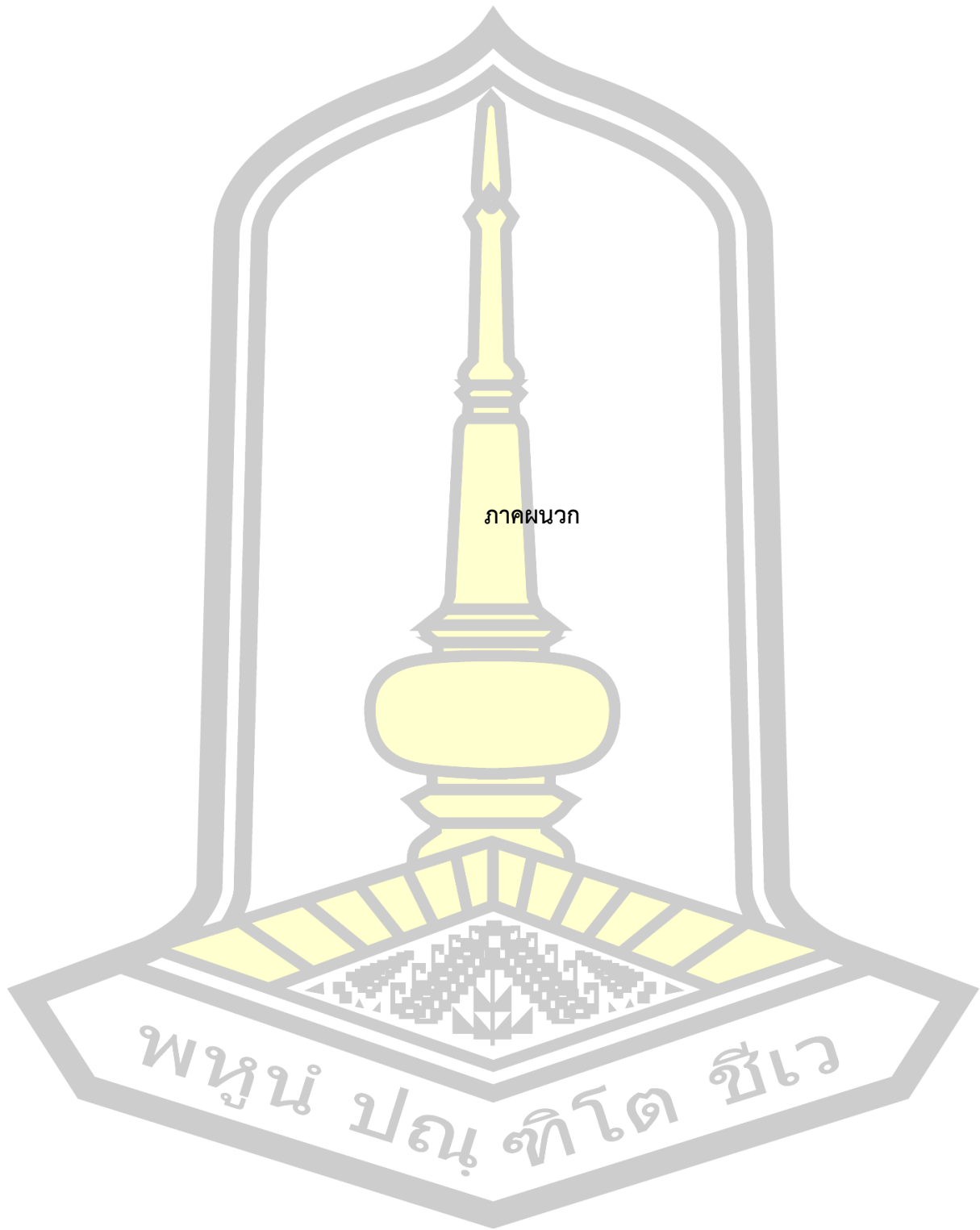
31. Saunders WB. KDOQI Clinical practice guidelines and clinical practice recommendations for diabetes and chronic kidney disease. *Am J Kidney Dis.* 2007;49(2):S12–154.
32. Bellizzi V. Low-protein diet or nutritional therapy in chronic kidney disease? *blood purif.* 2013 [cited 2019 Jan 30];36(1):41–6.
Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23735624>
33. Berl T, Hunsicker LG, Lewis JB, Pfeffer MA, Porush JG, Rouleau J-L, et al. Impact of achieved blood pressure on cardiovascular outcomes in the Irbesartan diabetic nephropathy trial. *J Am Soc Nephrol.* 2005 Apr 20 [cited 2019 Jan 30];16(7):2170–9.
Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15930097>
34. แก่นการ วราทิพย์. การพยาบาลแบบองค์รวมผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง: บทบาทท้าทายภายใต้นโยบาย PD First Policy. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ.* 2558;33(4): 6–14.
35. Kidney Transplant | The National Kidney Foundation. [cited 2018 May 8].
Available from: <https://www.kidney.org/atoz/content/kidney-transplant>.
36. Coleman K, Austin BT, Brach C, Wagner EH. Evidence on the chronic care model in the new millennium. *Health Aff.* 2009 Jan;28(1):75–85.
37. Challis D, Hughes J, Berzins K, Reilly S, Abell J, Stewart K. Self-care and case management in long-term conditions: The effective management of critical interfaces report for the National Institute for Health Research Service Delivery and Organisation programme. 2010;
38. Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO). [cited 2018 May 8].
Available from: <https://www.theisn.org/kidney-disease-improving-global-outcomes-kdigo>.
39. Costantini L, Beanlands H, McCay E, Cattran D, Hladunewich M, Francis D. The self-management experience of people with mild to moderate chronic kidney disease. *Nephrol Nurs J.* 35(2):147–55; quiz 156.
40. Creer TL. Self-management of chronic illness. 2000 [cited 2019 Jan 30].
Available from: <http://cachescan.bcub.ro/e-book/E1/580704/601-649.pdf>.

41. Lorig KR, Holman HR. Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. *Ann Behav Med.* 2003 Aug [cited 2019 Jan 30];26(1):1–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12867348>
42. Redman, BK. Patient self-management of chronic disease: The health care provider's challenge. Sudbury, MA: Jones & Bartlett 2004. [cited 2019 Jan 30]. Available from: <http://www.sciepub.com/reference/219141>.
43. Curtin RB, Mapes D, Schatell D, Burrows-Hudson S. Self-management in patients with end stage renal disease: exploring domains and dimensions. *Nephrol Nurs J.* [cited 2019 Jan 30];32(4):389–95. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16180780>
44. CMSA's Standards of Practice for Case Management, 2016.
45. Powell & Tahan, 2010 | CCMC's Case Management Body of Knowledge (CMBOK). [cited 2019 Jan 30]. Available from: <https://www.cmbodyofknowledge.com/content/powell-tahan-2010>.
46. สิงห์คำ สุรินทร์. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน โดยการเสริมสร้างพลังภาคีเครือข่ายแบบมีส่วนร่วม อำเภอแกดดำ. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม.* 2559;3(1)92-9.
47. อรรถพานุรักษ์ ราณี, มานิตย์ อนุรักษ์. การพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ล้างไตทางหน้าท้อง โดยใช้แนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ลพบุรี. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก.* 2558;26(1):133-47.
48. Perlman RL, Finkelstein FO, Liu L, Roys E, Kiser M, Eisele G, et al. Quality of life in chronic kidney disease (CKD): a cross-sectional analysis in the Renal Research Institute-CKD study. *Am J Kidney Dis.* 2005 Apr;45(4):658–66.
49. Cruz MC, Andrade C, Urrutia M, Draibe S, Nogueira-Martins LA, Sesso RCC. Quality of life in patients with chronic kidney disease. *Clinics.* 2011;66(6):991-995.
50. Park HC, Yoon H-B, Son M-J, Jung ES, Joo KW, Chin HJ, et al. Depression and health-related quality of life in maintenance hemodialysis patients. *Clin Nephrol.* 2010 May 1 [cited 2018 Aug 26];73(05):374–80. Available from: http://www.dustri.com/article_response_page.html?artId=7537&doi=10.5414/CNP73374&L=0.

51. ชาวโพนทอง เสาวลักษณ์. ผลการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยทีมสหสาขาวิชาชีพในคลินิกโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย. 2558;5(3):197–206.
52. Riamcham S, Lasuka D, Khampolsiri T. Effects of the self-efficacy and social support enhancement program on disease control behaviors and serum creatinine level among the elderly with end stage renal disease. *Nurs J (Manila)*. 2012;39(2):14–26. Available from: <https://tcithaijo.org/index.php/cmunursing/article/view/7405>
53. Everett B, Castel LD, McGinnis M, Beresky A, Cane RC, Cooper T, et al. Economic and clinical outcomes resulting from the stage 4 chronic kidney disease case management quality improvement initiative. *Prof Case Manag*. 2017 Sep [cited 2019 Jan 30];22(6):1. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28902768>
54. You EC, Dunt D, Doyle C, Hsueh A. Effects of case management in community aged care on client and carer outcomes: a systematic review of randomized trials and comparative observational studies. *BMC Health Serv Res*. 2012 Dec 14 [cited 2019 Jan 30];12(1):395. Available from: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-12-395>
55. Jiamjariyaporn T, Ingsathit A, Tungsanga K, Banchuin C, Vipattawat K, Kanchanakorn S, et al. Effectiveness of integrated care on delaying chronic kidney disease progression in rural communities of Thailand (ESCORT study): rationale and design of the study [NCT01978951]. *BMC Nephrol*. 2014 Jun 25 [cited 2019 Jan 30];15:99. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24966007>
56. Barrett BJ, Garg AX, Goeree R, Levin A, Molzahn A, Rigatto C, et al. A nurse-coordinated model of care versus usual care for stage 3/4 chronic kidney disease in the community: A randomized controlled trial. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2011 Jun 1 [cited 2019 Jan 30];6(6):1241–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21617090>

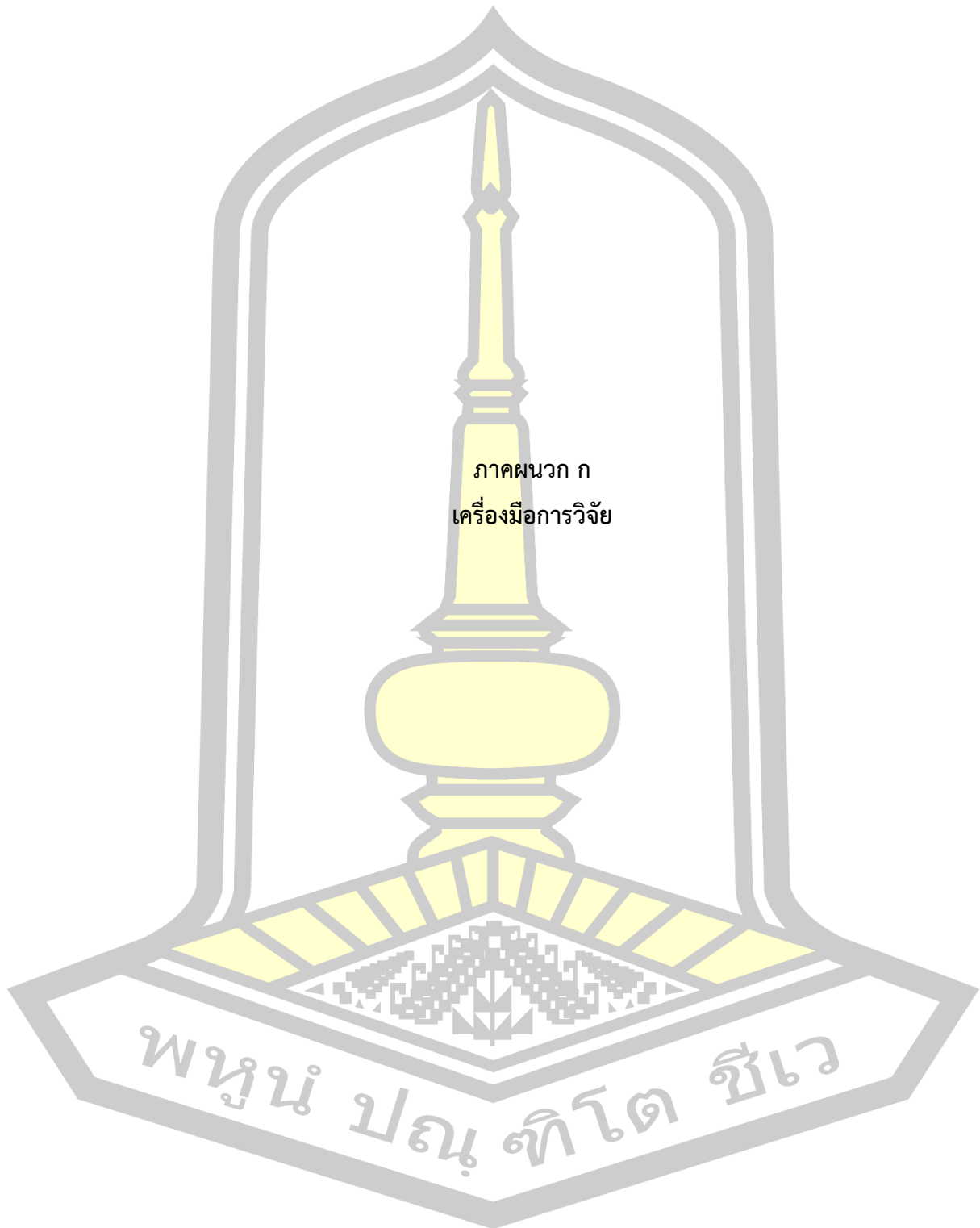
57. Cohen J. Statistical Power Analysis for Behavioral Sciences. New York: Academic Press. Stata Corp. 2003. STATA Reference Manual Release 10. Texas: Stata Press, 1977.
58. Hays RD, Kallich JD, Mapes DL, Coons S, Amin N, Carter WB, Kamberg C. Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOLSFTM), Version 1.3: A Manual for Use and Scoring. CA: RAND, Santa Monica, 1997.
59. มัณยานนท์ วงศ์ทิพารัตน์, วลีขจรเลิศ อรอนงค์, รัตนโชติพานิช มธนนรรัจ. การทดสอบคุณสมบัติการวัดเชิงจิตวิทยาของ แบบวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไต (KDQOL-SFTM) ฉบับภาษาไทย. วารสารเภสัชกรรมไทย. 2553;2(1):15-23.
60. Orem DE (Dorothea E, Taylor SG, Renpenning KM. Nursing: concepts of practice. Mosby; 2001. 542 p.
61. Bandura A. Self-efficacy. In V. S. Ramachaudran (Ed.), Encyclopedia of Human Behavior, 1994.
62. กุญทอง ศิริลักษณ์, ชินวงศ์ ทิพมาส, ฐานิวัฒน์นันทน์ เพลินพิศ. ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม จากเบาหวานต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 2558;35(1):67-83.





ภาคผนวก

พรุณํ ปณฺ ทิโต ชีเว



ภาคผนวก ก
เครื่องมือการวิจัย

พหุ ประจักษ์ วิทยา

--	--	--	--

แบบสัมภาษณ์

คำชี้แจงสำหรับผู้สัมภาษณ์ แบบสัมภาษณ์นี้ประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 ข้อมูลแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไต

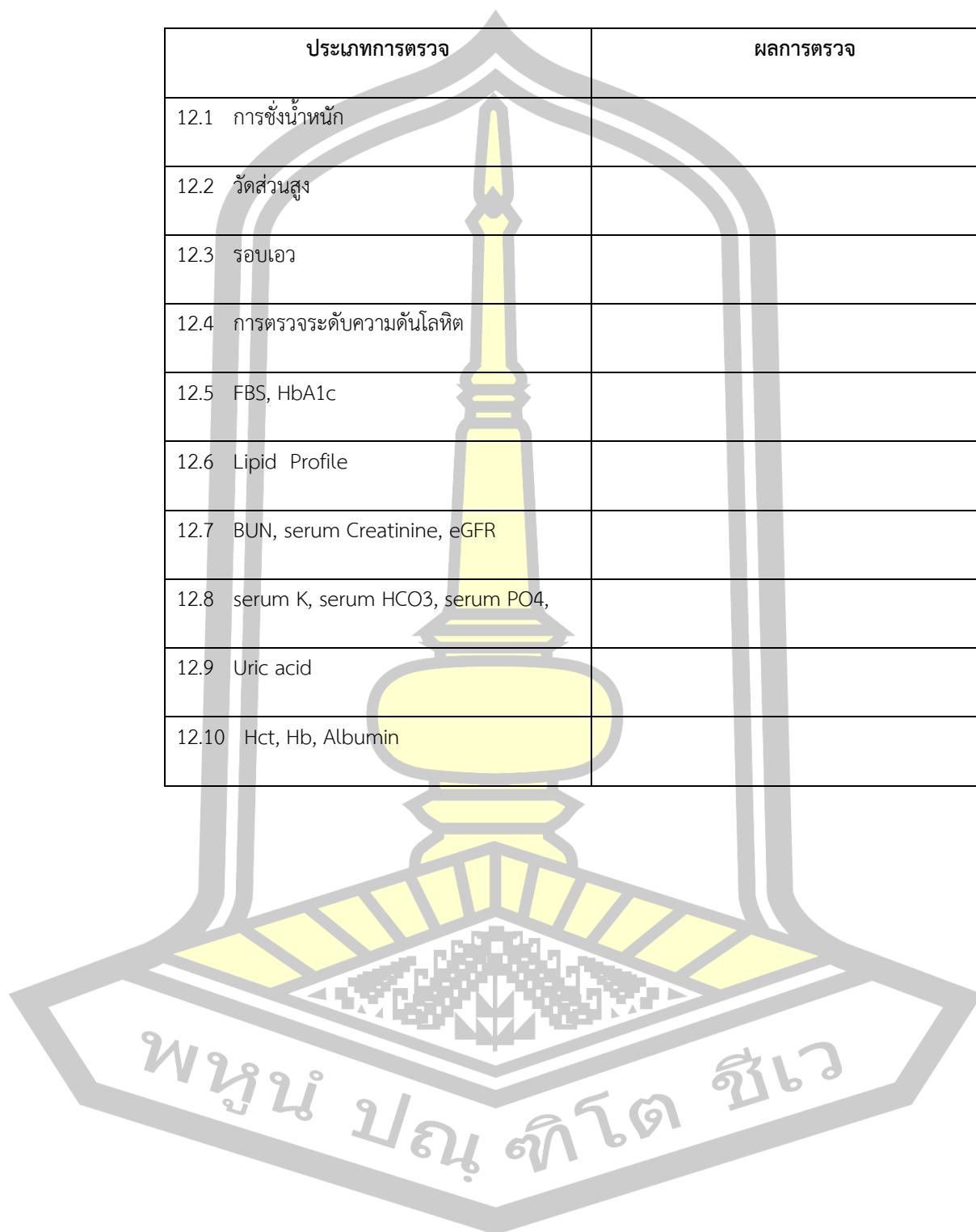
ผู้สัมภาษณ์ ทำเครื่องหมาย ลงใน หรือเติมข้อความลงให้ตรงกับข้อเท็จจริงที่ได้จากการสัมภาษณ์

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

- | | | |
|--|---|--|
| 1. อาศัยอยู่ในพื้นที่ | <input type="radio"/> 1. เขตเทศบาล | <input type="radio"/> 2. นอกเขตเทศบาล |
| 2. เพศ | <input type="radio"/> 1. ชาย | <input type="radio"/> 2. หญิง |
| 3. อายุ.....ปี | | |
| 4. ศาสนา | <input type="radio"/> 1. พุทธ | <input type="radio"/> 2. คริสต์ |
| | <input type="radio"/> 3. อิสลาม | <input type="radio"/> 4. อื่นๆ ระบุ..... |
| 5. สถานภาพสมรส | <input type="radio"/> 1. โสด | <input type="radio"/> 2. สมรส / คู่ |
| | <input type="radio"/> 3. หม้าย | <input type="radio"/> 4. หย่า |
| 6. ระดับการศึกษา | <input type="radio"/> 1. ประถมศึกษา | <input type="radio"/> 2. มัธยมศึกษาตอนต้น |
| | <input type="radio"/> 3. มัธยมศึกษาตอนปลาย | <input type="radio"/> 4. ปวส./อนุปริญญา/ปวท. |
| | <input type="radio"/> 5.ปริญญาตรี | <input type="radio"/> 6. สูงกว่าปริญญาตรี |
| | <input type="radio"/> 7. ไม่ได้รับการศึกษา | <input type="radio"/> 8. อื่นๆ ระบุ..... |
| 7. อาชีพ | <input type="radio"/> 1. ทำสวน/ทำนา/ทำไร่/เลี้ยงสัตว์ | <input type="radio"/> 2. รับจ้างทั่วไป |
| | <input type="radio"/> 3. รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ | <input type="radio"/> 4. โรงงาน/บริษัทเอกชน |
| | <input type="radio"/> 5. ค้าขาย/ทำธุรกิจส่วนตัว | <input type="radio"/> 6. แม่บ้าน/พ่อบ้าน |
| | <input type="radio"/> 7. ไม่มีงานทำ/ว่างงาน | <input type="radio"/> 8. อื่นๆระบุ..... |
| 8. รายได้เฉลี่ยต่อเดือนบาท/เดือน | | |
| 9. ผู้ประกอบอาหารรับประทานเป็นประจำ | <input type="radio"/> 1. ตนเอง | <input type="radio"/> 2. ภรรยา/สามี |
| | <input type="radio"/> 3. บุตร/หลาน | <input type="radio"/> 4. ผู้ดูแล |
| | <input type="radio"/> 5. ซื้อจากร้านค้า | <input type="radio"/> 6. อื่น..... |
| 10. ระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรัง | <input type="radio"/> 1. ไม่ทราบ | <input type="radio"/> 2.ปี |
| 11. โรคร่วม | <input type="radio"/> 1. เบาหวาน.....ปี | <input type="radio"/> 2. ความดัน.....ปี |
| | <input type="radio"/> 3. หัวใจ.....ปี | <input type="radio"/> 4. ไชมัน.....ปี |
| | <input type="radio"/> 5. เก๊าท์.....ปี | <input type="radio"/> 6. ไม่มี..... |

12. ผลการตรวจทางคลินิก วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ประเภทการตรวจ	ผลการตรวจ
12.1 การชั่งน้ำหนัก	
12.2 วัดส่วนสูง	
12.3 รอบเอว	
12.4 การตรวจระดับความดันโลหิต	
12.5 FBS, HbA1c	
12.6 Lipid Profile	
12.7 BUN, serum Creatinine, eGFR	
12.8 serum K, serum HCO ₃ , serum PO ₄ ,	
12.9 Uric acid	
12.10 Hct, Hb, Albumin	



ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อชะลอโรคไตเรื้อรัง

คำชี้แจง ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่ผู้ถูกสัมภาษณ์ตอบคำถามตรงกับข้อความในวงเล็บ หรือคำตอบอื่นที่มีความหมายเดียวกัน และถ้าตอบนอกเหนือจากในวงเล็บให้เขียนระบุคำตอบในช่องว่างที่เว้นไว้ให้ ตามคำตอบที่ผู้ถูกสัมภาษณ์ ตอบ เพียงข้อละ 1 คำตอบ

ปฏิบัติสม่ำเสมอ หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรม 5-7 วัน/สัปดาห์

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรม 3-5 วัน/สัปดาห์

ปฏิบัตินานๆครั้ง หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรม 1-2 วัน/สัปดาห์

ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย

ข้อความ	ปฏิบัติ			
	สม่ำเสมอ	บางครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่เคย
1. ท่านรับประทานอาหารครบ 3 มื้อในแต่ละวัน				
2. ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีรสเค็มจัด เช่น อาหารหมักดอง อาหารแปรรูป เช่น เนื้อเค็ม ปลาเค็ม				
3. ท่านเลือกรับประทานอาหารที่มีรสเค็มน้อย				
4. ท่านไม่เติมน้ำปลาหรือซีอิ๊ว น้ำตาล เพิ่มจากอาหารที่ปรุงสำเร็จแล้ว				
5. ท่านหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น น้ำผลไม้ปั่นที่มีรสหวาน น้ำอัดลม น้ำหวานต่างๆ				
6. ท่านงดรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น ขาหมู หมูสามชั้น อาหารที่ผัดทอดด้วยน้ำมันหมู				
7. ท่านจำกัดปริมาณแป้งและเนื้อสัตว์ให้พอเหมาะในแต่ละมื้อ				
8. ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานผัก ผลไม้ที่โปรตัสเซียมสูง เช่น กัลยหอม ส้ม แก้วมังกร ยอดผักใบเขียว				
9. ท่านเลือกรับประทานอาหารที่มีโปรตีนต่ำเช่น วุ้นเส้น ก๋วยเตี๋ยว เส้นใย เติมน้ำจากข้าวได้หรือรับประทานขนมที่ทำจากแป้งปลอดโปรตีนได้ เช่น ซาหริม สาคุเปียก				
10. ดื่มน้ำอย่างน้อยไม่ต่ำกว่าวันละ 8 แก้ว				
11.				
12.				
13.				
30. ท่านควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ				

ส่วนที่ 3 แบบทดสอบวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยไตวายเรื้อรังฉบับเรื้อรัง

ข้อคำถามเกี่ยวกับสุขภาพ

1. โดยทั่วไปแล้ว คุณจะบอกว่าสุขภาพของคุณ (วงกลมเพียงตัวเลือกเดียว)

ยอดเยี่ยม 1

ดีมาก 2

ดี 3

พอใช้ได้ 4

ไม่ดี 5

2. เปรียบเทียบกับ 1 ปีที่ผ่านมา คุณจะประเมินว่าสุขภาพของคุณโดยทั่วไป ณ ปัจจุบัน อย่างไร

ดีกว่าสุขภาพในปีที่ผ่านมา 1

ดีกว่าสุขภาพในปีที่ผ่านมาบ้างเป็นบางครั้ง 2

สุขภาพประมาณเดิมนับในปีที่ผ่านมา 3

แย่กว่าสุขภาพในปีที่ผ่านมาบ้างเป็นบางครั้ง 4

แย่กว่าสุขภาพในปีที่ผ่านมา 5

3. แต่ละข้อต่อไปนี้เกี่ยวข้องกับกิจกรรมที่คุณอาจทำในแต่ละวัน สุขภาพของคุณในปัจจุบันจำกัดคุณในการทำกิจกรรมเหล่านี้หรือไม่ ถ้าใช่ มากเท่าไร (วงกลมเพียงตัวเลือกเดียว)

ใช่ จำกัดมาก = 1 ใช่ จำกัดเล็กน้อย = 2 ไม่ จำกัดเลย = 3

3.a กิจกรรมที่ใช้กำลังมาก เช่น การวิ่ง การยกของหนัก เล่นกีฬาที่ใช้แรงมาก 1 2 3

3.b กิจกรรมที่ใช้กำลังปานกลาง เช่น เคลื่อนย้ายโต๊ะ การใช้เครื่องดูดฝุ่น 1 2 3

3.c ยกของหรือหิ้วของ 1 2 3

3.d ขึ้นบันไดหลายชั้น 1 2 3

3.e ขึ้นบันไดชั้นเดียว 1 2 3

3.f งอตัว คูกเข่า ก้มตัวลง 1 2 3

3.g เดินในระยะทางมากกว่า 1.6 กิโลเมตร 1 2 3

3.h เดินผ่านหลายช่วงตึก 1 2 3

3.i เดินผ่าน 1 ช่วงตึก 1 2 3

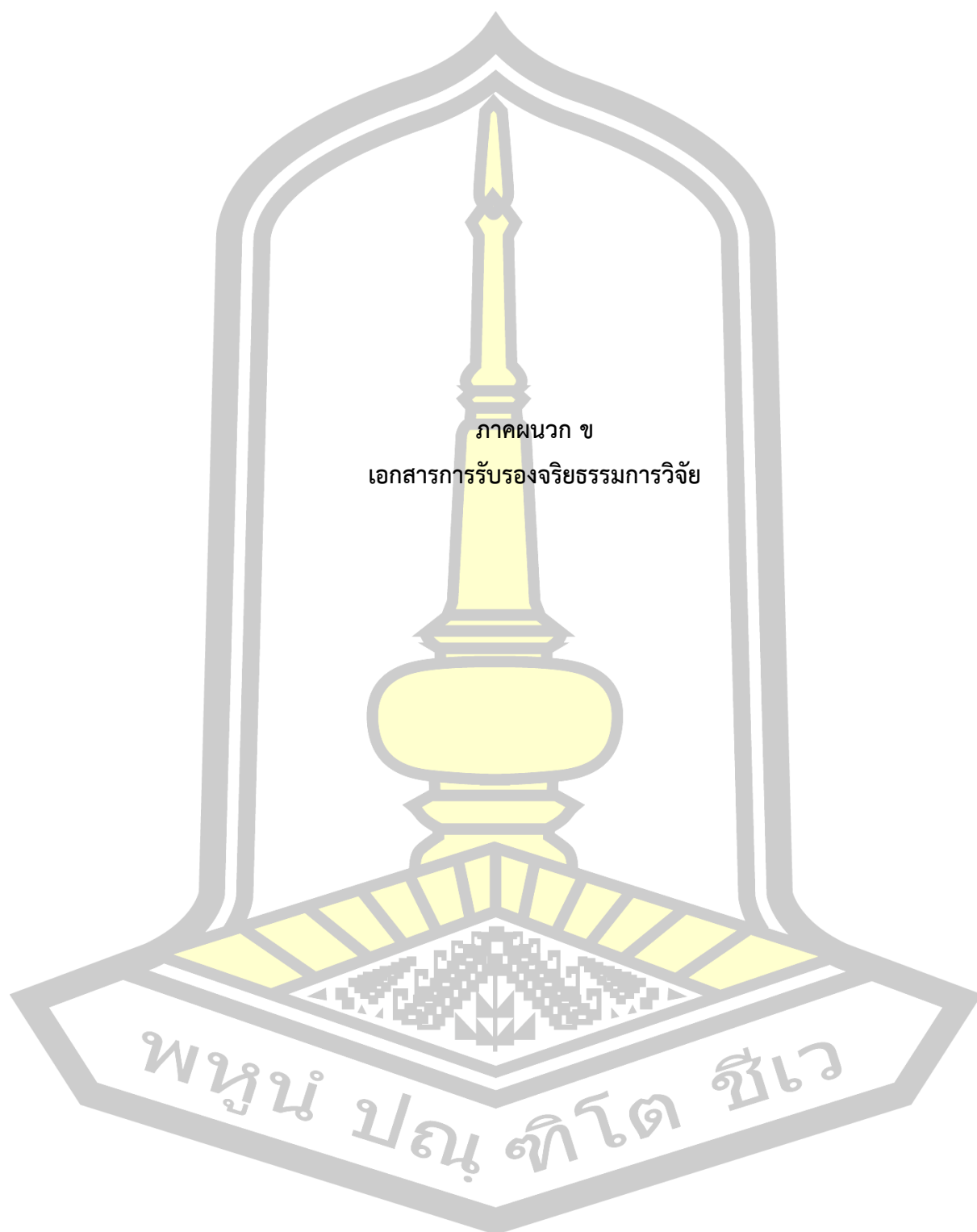
3.j อาบน้ำและแต่งตัวให้ตนเอง 1 2 3

24. จริงหรือไม่ในแต่ละข้อต่อไปนี้ (วงกลมเพียงตัวเลือกเดียว)

จริงแน่นอน,จริงที่สุด = 1 ส่วนมากจริง = 2 ไม่ทราบ = 3 ส่วนมากไม่จริง = 4

ไม่จริงอย่างแน่นอน = 5

24.b บุคลากรทางการแพทย์ช่วยเหลือฉันในการจัดการกับภาวะโรคของฉัน 1 2 3 4 5





KHON KAEN UNIVERSITY

This is to certify that

The Project entitled: Chronic Kidney Disease Prevention in the Northeast of Thailand: CKDNET

Principle Investigator: Associate Professor Sirirat Anutrakulchai, M.D.
Department of Medicine, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

Co-Investigators:

1. Professor Amorn Premgamone, M.D.
Departments of Community Medicine, Faculty of Medicine, Khon Kaen University
2. Associate Professor Nattaya Sae-ung
Faculty of Associate Medical Sciences, Khon Kaen University
3. Associate Professor Somchai Pinlaor
Department of Parasitology, Faculty of Medicine, Khon Kaen University
4. Assistant Professor Ratee Travichakomtrakool
Faculty of Associate Medical Sciences, Khon Kaen University
5. Assistant Professor Porntip Pinlaor
Faculty of Associate Medical Sciences, Khon Kaen University
6. Associate Professor Wanida Kanarkad
Faculty of Engineering, Khon Kaen University
7. Thanachai Panaput, M.D.
Khon Kaen Hospital
8. Associate Professor Ampornpan Theeranut
Faculty of Nursing, Khon Kaen University
9. Assistant Professor Waratip Kankarn
Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani Rajabhat University
10. Associate Professor Bandit Thinkhamrop
Faculty of Public Health, Khon Kaen University
11. Associate Professor Chonlatip Pongskul, M.D.
Department of Medicine, Faculty of Medicine, Khon Kaen University
12. Associate Professor Sune Lertsinudom
Faculty of Pharmaceutical Sciences, Khon Kaen University

Record No. 3.4.01 : 19/2560

Reference No. HE601166

Office of the Khon Kaen University Ethics Committee in Human Research
Academic and Research Laboratory Building (Wechwichakarn), 3rd Floor, Room 5317
Faculty of Medicine, Khon Kaen University, 40002 Thailand
Tel. +66-89-7141913, 67133, 67134

Institutional Review Board Number; IRB00001189

Federal wide Assurance; FWA00003418

13. Associate Professor Juraporn Limwattananon
Faculty of Pharmaceutical Sciences, Khon Kaen University
14. Assistant Professor Ubon Cha'on
Department of Biochemistry, Faculty of Medicine, Khon Kaen University
15. Assistant Professor Naesinee Chaiear
Departments of Community Medicine, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

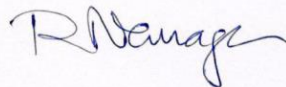
Document acceptance:

1. KKUEC Application Form, version 1.1 dated 4 May 2017
2. Protocol, version 1.1 dated 4 May 2017
3. Case Report Form, version 1.1 dated 4 May 2017
4. Principal Investigator's and Co-Investigator's Curriculum Vitae

have been reviewed by the Khon Kaen University Ethics Committee for Human Research based on the Declaration of Helsinki and the ICH Good Clinical Practice Guidelines. Please submit the progress report every 12 months

Date of approval: 12 May 2017

Date of expiration: 11 May 2018



(Professor Ratanavadee Nanagara, M.D.)

Acting Chairman of the Khon Kaen University Ethics Committee for Human Research, Panel 1

Record No. 3.4.01 : 19/2560

Reference No. HE601166

Office of the Khon Kaen University Ethics Committee in Human Research
Academic and Research Laboratory Building (Wechwichakarn), 3rd Floor, Room 5317
Faculty of Medicine, Khon Kaen University, 40002 Thailand
Tel. +66-89-7141913, 67133, 67134

Institutional Review Board Number; IRB00001189
Federal wide Assurance; FWA00003418

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	นางสาววราทิพย์ แก่นการ
วันเกิด	วันที่ 2 มีนาคม พ.ศ. 2508
สถานที่เกิด	จังหวัดอุบลราชธานี
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่ 40 หมู่ที่ 4 บ้านท่าวารี ตำบลหัวดอน อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี รหัสไปรษณีย์ 34150
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	อาจารย์
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี เลขที่ 2 ถนนราชธานี ตำบลในเมือง อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2529 ประกาศนียบัตรการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นต้น วิทยาลัยพยาบาลสุรินทร์ พ.ศ. 2536 ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต (พย.บ.) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2542 ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (พย.ม.) สาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2561 ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (ปร.ด.) สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ทุนวิจัย	โครงการวิจัยได้รับรับทุนอุดหนุนการทำกิจกรรมส่งเสริมและสนับสนุนการวิจัยประเภททุนบัณฑิตศึกษาจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ(วช.) ประจำปี 2561

พูน ปณ ทัโต ชีเว