

การจัดการโรคไตเรื้อรังโดยใช้รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังในสถานบริการปฐมภูมิ จังหวัดนครศรีธรรมราช

อุไรวรรณ พานทอง พย.ม.
โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองกลุ่มเดียววัดผลก่อน-หลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการโรคไตเรื้อรังโดยบูรณาการจากรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังซึ่งมี 6 องค์ประกอบคือ การสนับสนุนการดูแลตนเอง การสนับสนุนการตัดสินใจ การออกแบบการให้บริการ การใช้ระบบข้อมูลทางคลินิก การปรับปรุงหน่วยบริการสุขภาพ และการใช้ทรัพยากรและนโยบายของชุมชนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 30 รายระยะ 3 หรือ 4 เข้าร่วมในโปรแกรม ตั้งแต่ มกราคม ถึง มิถุนายน 2560 วิเคราะห์ผลของโปรแกรมก่อนและหลังการศึกษาจากคะแนนความรู้พฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับค่าเฉลี่ยซีรั่มครีเอตินิน อัตราการกรองของไต และระดับความดันโลหิต หลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสทอลิก และระดับค่าเฉลี่ยซีรั่มครีเอตินิน ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติผู้มีระดับอัตราการกรองของไตลดลงมีระดับอัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้น หลังเข้าโปรแกรม ระดับความรู้และทักษะการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การจัดการโรคไตเรื้อรัง ในสถานบริการปฐมภูมิโดยใช้รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง เป็นรูปแบบที่มีประสิทธิภาพต่อผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

คำสำคัญ : การจัดการโรคไตเรื้อรังในสถานบริการปฐมภูมิ รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง

Chronic kidney Disease Management with Chronic Care Model at Primary Care in Nakhon si thammarat Province

Uraivan Pantong MNS..

MaharajNakhon Si Thammarat Hospital

Abstract

Quasi - Experimental Research, one Group Pretest - Posttest Design. To study the effects of CKD management program by using chronic care model. An intervention had to integrate all of the six areas of chronic care model: self-management support, decision support, delivery system design, clinical information systems, health care organization, and community resources. 30 Patients with CKD stage 3 or 4 were enrolled with in the program between January and June 2017. We analyzed the performance against clinical targets looking at a change in renal function, blood pressure control and the proportion of patients achieving of Self-Care Behavior prior to and following joining the program. The samples were significant improvements after 24 weeks, since systolic blood pressure decreased. They also increased significantly in perception, knowledge and skill in self-care behavior. Additionally, patients who had a decrease in eGFR before the program experienced a significant increase in eGFR .

These data suggest that CKD management in primary care based on chronic care model is an effective method for managing patients with CKD. The improvement in risk factors and reduction in the rate of decline of renal function have potentially significant health benefits for the patients and should result in cost effectiveness for the health care system.

Key word: Chronic kidney Disease self-Management ,Primary Care ,Chronic Care Model

ความสำคัญของปัญหา

โรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease [CKD]) คือการสูญเสียการทำงานของไตอย่างต่อเนื่องในระยะเวลาหลายเดือนหรือหลายปี⁽¹⁾ สาเหตุหลักที่ทำให้เกิดโรคไตเรื้อรังคือ โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง สาเหตุอื่นๆ เช่น ภาวะการอักเสบที่ไต การอักเสบติดเชื้อที่ทางเดินปัสสาวะ การได้รับสารพิษหรือยาบางชนิด หากไม่ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมอาจนำไปสู่การสูญเสียการทำงานของไต ทำให้เกิดภาวะไตวายระยะสุดท้ายซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดหรือการปลูกถ่ายไต การทำงานของไตที่ลดลงยังก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น ภาวะการผิดปกติของสมดุลน้ำและเกลือแร่ ภาวะซีด ภาวะของเสียคั่งในร่างกาย ซึ่งอาการเหล่านี้สามารถควบคุมและป้องกันได้ถ้าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องและเป็นไปตามมาตรฐานโรคไตเรื้อรัง เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญและเป็นภาระของระบบบริการสุขภาพทั่วโลกผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนเปลี่ยนถ่ายไตในประเทศไทยใช้ชีวิตประจำวันที่บ้านในชุมชนและได้รับการดูแลโดยพยาบาลเวชปฏิบัติในสถานบริการปฐมภูมิ การให้การดูแลช่วยเหลือในระยะเริ่มต้น จะสามารถชะลอภาวะแทรกซ้อนของโรคและลดอัตราการตายลงได้ ระบบบริการเดิมที่เน้นรักษาผู้ป่วยตามปัญหาเฉพาะหน้า และการตัดสินใจทุกอย่างขึ้นกับแพทย์ ซึ่งอาจใช้ได้ดีในกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน แต่เมื่อนำมาใช้กับกรณีเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่นโรคไตเรื้อรัง ซึ่งมีมิติทั้งด้านกาย ใจ สังคมชุมชน รวมทั้งระยะเวลาที่ต้องดูแลยาวนาน ทำให้บุคลากรการแพทย์ต้องแบกรับภาระหนักขึ้น แม้มีความตั้งใจให้การอย่างดูแลผู้ป่วยอย่างองค์รวมแต่ขาดสภาพแวดล้อมสนับสนุนก็ปฏิบัติจริงได้ยาก บทบาทพยาบาลใน

ปฐมภูมิ นอกจากการใช้ความรู้ความสามารถเฉพาะตัวให้การดูแลผู้ป่วยแล้วยังต้องอาศัยการทำงานเป็นทีมร่วมกับสหวิชาชีพรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง(Chronic care model[CCM]) พัฒนขึ้นในช่วงปี พ.ศ. 2541-2545 โดย MacColl Institute for Healthcare Innovation ซึ่งเป็นกลุ่มนักวิจัยนำโดย Edward H Wagner เพื่อสร้างความชัดเจนเกี่ยวกับประเภทมาตรการและสร้างต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรัง รูปแบบการจัดการโรคไตเรื้อรังโดยใช้รูปแบบการดูแลแบบโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model)⁽²⁾ ซึ่งมีการจัดการตาม 6 องค์ประกอบหลัก ได้แก่การสนับสนุนการดูแลตนเอง (self-management support) คือการสร้างความตระหนัก และความสามารถในการดูแลรักษาตนเองของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตั้งเป้าหมายการรักษา, เข้าใจอุปสรรคและข้อจำกัดของตนเอง รวมทั้งสามารถประเมินสภาวะสุขภาพของตนเองได้ว่า สามารถจัดการเองได้หรือต้องไปพบแพทย์การที่ผู้ป่วยจะเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อรักษาสุขภาพตนเองได้นั้น ประกอบด้วยปัจจัยดังต่อไปนี้⁽³⁾ คือ 1) ผู้ป่วยมีแรงจูงใจที่จะดูแลตนเอง (motivation) 2) การมีความรู้ความเข้าใจในโรคของตนเอง 3) มีทักษะในการดำเนินชีวิตอยู่กับโรคไตเรื้อรัง 4) มีความมั่นใจที่จะดูแลตนเอง 5) ส่วนที่เป็นอุปสรรค หรือความขาดแคลนทรัพยากร ได้รับการช่วยเหลือสนับสนุน การสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision support) โดยมีแนวทางเวชปฏิบัติที่มีหลักฐานอ้างอิงเป็นเกณฑ์เพื่อจัดการโรคในสถานบริการปฐมภูมิ (evidence-based guidelines) ผสมผสานอยู่ในระบบการให้บริการประจำวันการออกแบบการให้บริการ (delivery system design)เป็นการปรับและเชื่อมโยงระบบบริการได้แก่ การคัดกรอง การส่ง

ต่อ ระบบการดูแลแบบสหวิชาชีพ การใช้ระบบข้อมูลทางคลินิก (Clinical information system) สามารถช่วยเตือนผู้ให้บริการและผู้ป่วยว่าถึงเวลาต้องทำอะไร เช่น ถึงเวลาตรวจเลือด สามารถแยกแยะผู้ป่วยที่อยู่ในฐานข้อมูลเป็นกลุ่มย่อยตามความเสี่ยง เพื่อวางแผนการดูแลรักษาที่เหมาะสมกับแต่ละรายบุคคลได้ สามารถวัดประเมินประสิทธิภาพการทำงานของทีมนและระบบงานได้ในหน่วยบริการขนาดเล็กเช่นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้จัดระบบการเก็บข้อมูลในแฟ้มประจำครอบครัว และใช้ฐานข้อมูลโปรแกรม JHCIS มีการแชร์ข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพผ่านโปรแกรมโซเชียลมีเดีย (Line) แก่ทีมสหวิชาชีพเพื่อปรึกษาหารือ หรือการนัดเตือนกับผู้ป่วย การปรับปรุงหน่วยงานบริการสุขภาพ (Health Systems organization) ผู้นำในองค์กร มีการกำหนดการดูแลโรคเรื้อรัง อยู่ในวิสัยทัศน์ และพันธกิจขององค์กร และการใช้ทรัพยากรและนโยบายของชุมชนเพื่อเอื้อต่อการจัดการโรคเรื้อรังในชุมชน (Community resource linkages) ได้แก่ความร่วมมือระหว่างหน่วยบริการกับส่วนบริการอื่นๆ ในชุมชน เช่น การจัดสถานที่เพื่อการออกกำลังกายในชุมชน การตั้งทรัพยากรบุคคล เงินสนับสนุน หรือนโยบายสาธารณะของท้องถิ่นเพื่อดูแลสุขภาพคนในท้องถิ่นโดยใช้องค์ประกอบย่อยจากรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังภาคขยาย (Expanded chronic care model: ECC⁽⁴⁾) ซึ่งในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนมีการจัดการดังนี้ 1) การวางมาตรการทางสังคม (Public policy) เช่นการสร้างธรรมนูญสุขภาพด้านการบริโภคเกลือ การควบคุมการใช้ผงชูรสในร้านอาหาร และควบคุมการขายขนมซองใน

โรงเรียน การควบคุมการขายอาหารของรถเร่ในชุมชน 2) การปรับสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Supportive environment) 3) การให้คนชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมและกำหนดทิศทางการป้องกันการเกิดโรคไตวายในชุมชนตามความต้องการของตนเอง (Strengthen community action) ทำให้พยาบาลเวชปฏิบัติในชุมชน ได้รับการสนับสนุนจากคนในพื้นที่มากขึ้น รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังสามารถสร้างปฏิสัมพันธ์อย่างสร้างสรรค์ (productive interaction) จากเดิมที่มีช่องว่างระหว่างผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กับผู้ให้บริการทางการแพทย์รวมถึงพยาบาลในชุมชน จะเห็นได้ว่ารูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง สามารถอธิบายผลลัพธ์ทางสุขภาพและตอบโจทย์การดูแลรักษาโรคเรื้อรังในระดับปฐมภูมิได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

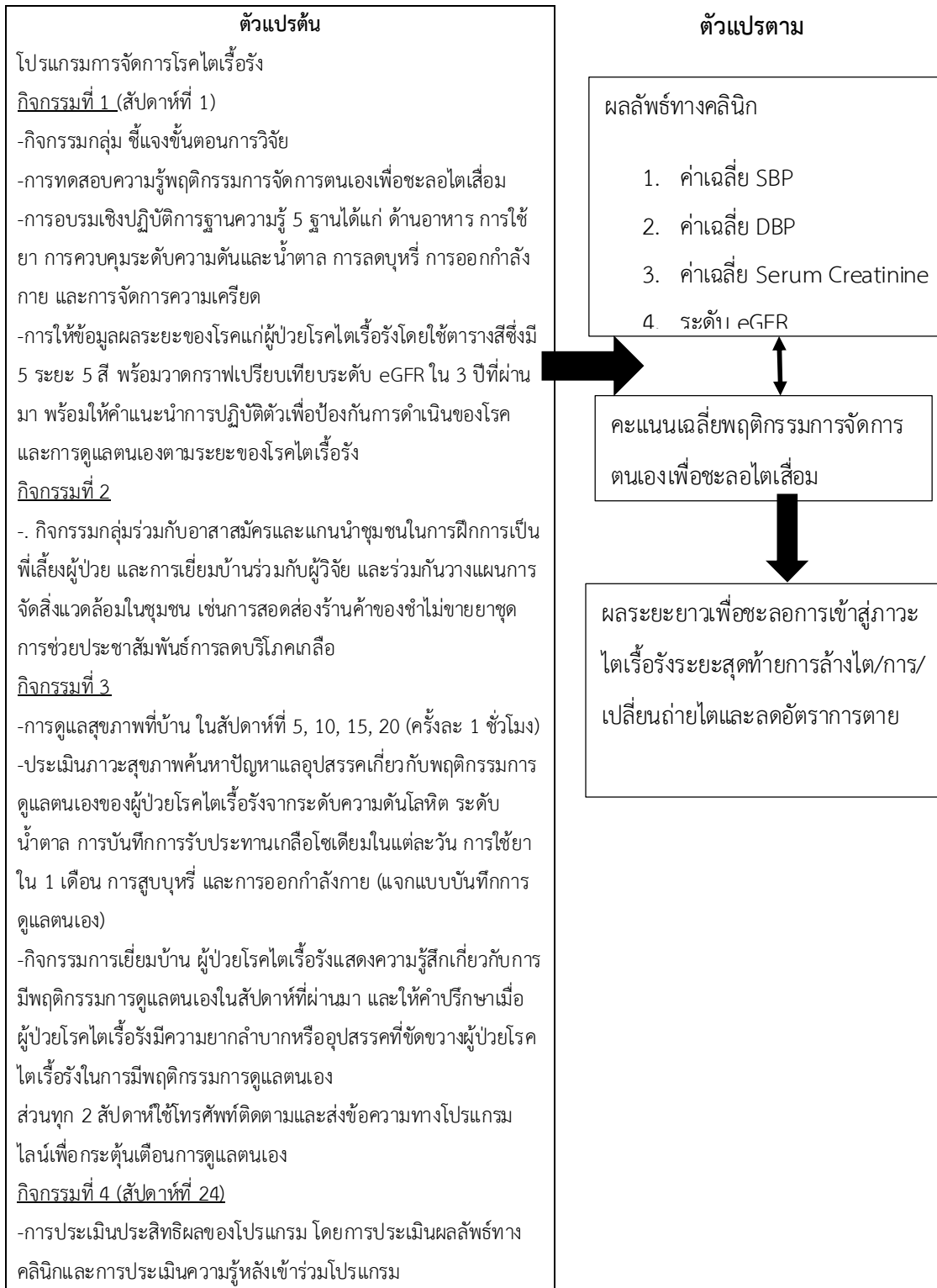
เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการโรคไตเรื้อรังโดยใช้รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง

กรอบแนวคิด

การดูแลโรคไตเรื้อรัง ประยุกต์โดยใช้รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (chronic care model [CCM]) ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ทรัพยากรและนโยบายของชุมชน 2) หน่วยงานบริการสุขภาพ 3) การสนับสนุนการดูแลตนเอง 4) การออกแบบระบบการให้บริการ 5) การสนับสนุนการตัดสินใจ และ 6) ระบบข้อมูลทางคลินิก โดยองค์ประกอบทั้ง 6 ด้านไม่ได้แยกจากกันแต่มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันของชุมชนและระบบบริการสุขภาพการศึกษานี้ให้ชุมชนมีส่วนร่วมทั้งในด้านทุนสนับสนุนและการร่วมกิจกรรมการดูแล

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) แบบกลุ่มเดียว วัดผล ก่อน-หลังการทดลอง (One Group Pretest - Posttest Design) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองใน สัปดาห์ที่ 24



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไม้แดง จำนวน 30 คน ในจำนวน 150 ราย ที่ได้จากการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling)⁽⁵⁾ และผ่านเกณฑ์การคัดเลือกดังต่อไปนี้

- 1) เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไม้แดงอย่างน้อย 1 ปี
- 2) อายุอยู่ในช่วง 20-70 ปี
- 3) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจและหลอดเลือด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลผลลัพธ์ทางคลินิก และแบบประเมินความรู้พฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจากงานวิจัยของศิริลักษณ์ น้อยปาน ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม

2) โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ผู้วิจัยพัฒนาโดยใช้รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (chronic care model) โดยการบูรณาการร่วมกับแนวคิดการจัดการตนเอง (self-management concepts) ของแคนเฟอร์และแกลลิค-บายส์ (Kanfer & Gaelick-Buys)⁽⁶⁾ 2) แผนการสอนเรื่องการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม 3) สมุดบันทึกและประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเอง 4) คู่มือการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม และ 5) สื่อนำเสนอภาพนิ่ง (powerpoint) ในการให้ความรู้ขณะสอนกลุ่ม 6) วงล้อเทียบสัณฐานของไตเรื้อรังและ แนะนำการปฏิบัติตัวในแต่ละระยะ เพื่อใช้สอนรายบุคคล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (validity) ของเครื่องมือ โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งได้แก่แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคไต 1 ท่านพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะไตเสื่อม 1 ท่าน จากการตรวจสอบดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือทั้งชุด (S-CVI) ได้ผลดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.97

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม ตรวจสอบโดยการหาค่าความสอดคล้องภายใน โดยใช้การคำนวณหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.74 ส่วนการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือการตรวจผลลัพธ์ทางคลินิกในห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยศรีธรรมราช ที่มีการตรวจสอบค่ามาตรฐานจากบริษัทผู้ผลิตไม่เกิน 1 ปี ส่วนเครื่องมือวัดความดันโลหิตใช้เครื่องมือวัดความดันโลหิตแบบอัตโนมัติที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพการใช้งานของเครื่องจากศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์สุราษฎร์ธานีไม่เกิน 1 ปีการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ใช้เครื่องตรวจเครื่องเดียวกันและผู้ตรวจคนเดียวทุกครั้งตลอดโครงการวิจัย

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

เริ่มโปรแกรมครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและภาวะไตวาย ประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อช่วยชะลอไตเสื่อมและผลลัพธ์ทางคลินิกที่ต้องการศึกษาก่อนการได้รับโปรแกรม หลังจากนั้นกลุ่มตัวอย่าง 30 คน จะได้รับความรู้รายกลุ่มในการอบรมเชิงปฏิบัติการร่วมกับผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 3-4 ทุกคนในตำบลท่าเรือจำนวน 150 คน ผู้นำชุมชนและทีมสหวิชาชีพ รวมทั้งอาสาสมัครประจำหมู่บ้านและผู้ดูแล ในการเตรียมชุมชนและสร้างสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการจัดการชะลอภาวะไตเสื่อมในชุมชน และการเตรียมความพร้อมเป็นรายบุคคลเกี่ยวกับทักษะการจัดการตนเองด้านการรับประทานอาหาร การใช้อย่างเหมาะสม การปฏิบัติตัวเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อม เช่น การควบคุมความดันโลหิต ระดับน้ำตาล ระดับไขมันในเลือด และการควบคุมน้ำหนักให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน โดยในขั้นตอนนี้จะใช้องค์ประกอบการสนับสนุนการตัดสินใจจากทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์พยาบาล นักโภชนากร นักกายภาพบำบัดและเภสัชกรเข้าร่วมทำกิจกรรมให้ความรู้และการฝึกปฏิบัติและแนะนำคู่มือการพัฒนาพฤติกรรมตนเองและแบบบันทึกพฤติกรรมจัดการตนเองที่บ้าน ด้านการรับประทานอาหารและการใช้อย่างสมเหตุสมผล การออกกำลังกายและการผ่อนคลายความเครียด สัปดาห์ที่ 2-4 กลุ่มตัวอย่างจะกลับไปปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองที่บ้านพร้อมกับการจดบันทึกประเมินตนเองลงในสมุดบันทึกพฤติกรรมจัดการตนเอง และผู้วิจัยและทีมเครือข่ายผู้ช่วยวิจัยจะมีการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินและจัดการสนับสนุนการตัดสินใจใน

แผนการดูแลตนเองของผู้ป่วย ในสัปดาห์ที่ 5,10,15,20 มีการให้คำปรึกษาผ่านทางโทรศัพท์ทุกสัปดาห์ และผู้วิจัยจะนัดหมายวัน เวลาและสถานที่เพื่อพบผู้วิจัยรายบุคคล และรายกลุ่มเพื่อติดตามผลการพัฒนาพฤติกรรมจัดการตนเอง ด้านการบริโภคอาหาร การใช้ยาที่เหมาะสม การผ่อนคลายอารมณ์ และการออกกำลังกายครั้งต่อไป ในสัปดาห์ที่ 12 และ 24 และผลลัพธ์ทางคลินิก ประเมินหลังการได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง 24 สัปดาห์

จริยธรรมในการวิจัย

เมื่อผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในงานวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช เลขที่ 08/2560

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย มาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ร้อยละ
2. วิเคราะห์ข้อมูลความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองและความแตกต่างของค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ระดับความดันโลหิต ระดับซีรัมครีเอตินิน (serum creatinine; Scr) และอัตราการกรองของไต (Glomerular filtration rate; eGFR) ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 24 ด้วยสถิติ Dependent หรือ Paired t-Test

ผลการศึกษา

1. จากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ผู้วิจัยได้ศึกษาข้อมูลทั่วไปพบว่า ด้านข้อมูลทั่วไปและข้อมูลด้านสุขภาพกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ร้อยละ 62 เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 64.32 ปี

(SD = 8.01) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุมากกว่า 70 ปี คิดเป็นร้อยละ 35 กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาเป็นโรคไตเรื้อรัง 1-2 ปี ร้อยละ 58.8 ระยะเวลา 2-3 ปี ร้อยละ 16.2,ระยะมากกว่า 3 ปีร้อยละ 25 มีประวัติเป็นทั้งเบาหวานและความดันโลหิตสูง ร้อยละ 45.5 เป็นความดันโลหิตสูง ร้อยละ 38.5 และเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 16.0 ผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นภรรยาหรือสามีร้อยละ 58.0 บุตรร้อยละ 35.5 ญาติพี่น้องและอื่นๆร้อยละ 6.5 ตามลำดับมีระยะเวลาการเป็นเบาหวานหรือความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 14.48 ปี (SD = 6.39) และกลุ่มตัวอย่างทุกรายมีโรคเรื้อรังอื่นๆ เป็นโรคร่วมโดยเฉพาะโรคไขมันในเลือดสูง มีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 26.39 กก./ม² กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 78 มีน้ำหนักเกินอยู่ในเกณฑ์อ้วนมีค่าอัตราการกรองของไตโดยเฉลี่ยเท่ากับ 54.55 มิลลิลิตรต่อนาที ซึ่งจัดอยู่ในระยะ

ไตเสื่อมระยะที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 58 นอกจากนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างยังมีปัจจัยส่งเสริมการเสื่อมของไตร่วมด้วยได้แก่ การใช้ยาสมุนไพร/ยากกลุ่มสเตียรอยด์ (ร้อยละ 35) และรับประทานอาหารเสริม (ร้อยละ 12)

2. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมหลังการได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.914, p < 0.01$) รายละเอียดดังตาราง 1

ตาราง 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ด้วยสถิติ Pair -t test

คะแนน พฤติกรรม	ก่อนเข้าโปรแกรม (n=30)		หลังเข้าโปรแกรม (n=30)		Pair t test	p-value
	M	SD	M	SD		
ดูแลตนเอง	39.58	6.28	54.99	1.34	5.914	<0.01**

**p<0.01

3. ผลการศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก ระดับซีรัมครีเอตินิน และอัตราการกรองของไต ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง พบว่าภายหลังการให้โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองค่าเฉลี่ย

ผลลัพธ์ทางคลินิกแตกต่างจากก่อนการได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ยกเว้น ค่าระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกก่อนและหลังได้รับโปรแกรมมีแนวโน้มเปลี่ยนแปลงลดลงแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียดดังตาราง 2

ตารางที่ 2 แสดงผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางคลินิก

ผลลัพธ์ทางคลินิก	ก่อนเข้าโปรแกรม		หลังเข้าโปรแกรม		Pair t test	p-value
	(n=30)		(n=30)			
	M	SD	M	SD		
Systolic BP	146.40	11.68	136.35	10.25	2.852	<0.01**
Diastolic BP	77.60	9.65	74.45	7.02	1.828	0.124
Serum Creatinine	1.23	0.28	1.09	0.42	1.98	<0.05*
eGFR	53.24	14.25	58.78	14.28	4.252	<0.01**

*p<0.05**p<0.01

การอภิปรายผลการวิจัย

คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างใกล้เคียงกับคุณลักษณะของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในประเทศไทยคือส่วนใหญ่จะอยู่ในวัยผู้สูงอายุตอนต้น ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 โดยสำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย(2552) และส่วนใหญ่อยู่ในระยะไตเสื่อมระยะที่ 3⁽⁷⁾ โปรแกรมการจัดการตนเองสามารถทำให้คะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองเพิ่มขึ้นและควบคุมอัตราการกรองของไตให้เพิ่มขึ้นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากโปรแกรมนี้ได้พัฒนามาจากรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเน้นองค์ประกอบการสนับสนุนการจัดการดูแลตนเองและการสนับสนุนการตัดสินใจ ร่วมกับการใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ แคนเฟอร์และแกลลิคบาย ซึ่งกระบวนการการจัดการตนเอง เน้นการกำกับตนเอง สร้างทักษะการคิดแก้ไขปัญหา และการวางแผนจัดการปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเอาตัวรอดได้ ซึ่งผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้ทั้งเรื่องอาหารและเรื่องยา ส่งผลให้และระดับความดันโลหิตลดลงทำให้หลอดเลือดถูกทำลาย

ลดลง ประสิทธิภาพการทำงานของไตดีขึ้น ซึ่งประเมินได้จากอัตราการกรองของไตที่เพิ่มขึ้น โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง สามารถช่วยควบคุมผลลัพธ์ทางคลินิกซึ่ง ได้แก่ ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ระดับซีรัมครีเอตินิน และอัตราการกรองของไตให้ดีขึ้นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การเปลี่ยนแปลงของผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการภายใน 24 สัปดาห์ตามระยะเวลาการศึกษาโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในครั้งนี้อาจมีข้อจำกัดทำให้ไม่เห็นผลทางคลินิกบางอย่างที่เปลี่ยนแปลงได้ชัดเจน ดังจะเห็นได้จากผลระดับความดันโลหิตไดแอสทอลิก ซึ่งผู้ป่วยทุกรายในกลุ่มตัวอย่างมีความดันโลหิตสูงเป็นโรคร่วม โดยเฉพาะในช่วงที่ผู้วิจัยทำการศึกษานี้ ผู้ป่วยหลายรายมีระดับความดันโลหิตที่เพิ่มสูงขึ้น เนื่องจากการพักผ่อนไม่เพียงพอหรือความเครียด นอกจากปัจจัยข้างต้นแล้ว การใช้ยาแก้ปวดประเภทสเตียรอยด์ การใช้ยาสมุนไพรในการรักษาโรคหรืออาหารเสริมบำรุงกำลังทำให้ไตต้องทำงานหนักในการกรองของเสียออกจากร่างกาย จึงทำให้ส่งเสริมการเสื่อมของกระบวนการกรองของไตอีกทางหนึ่ง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา

ในครั้งนี้นี้พบว่า พฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างบางราย ยังปฏิบัติไม่ดีเท่าที่ควร คือการใช้อาหารเสริม โปรตีนสูง หรือการนำยาสมุนไพรมาใช้ร่วมกับยาแผนปัจจุบันตามแผนการรักษาของแพทย์ และการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยเพศชาย ซึ่งปัญหาเหล่านี้เป็น ปัญหาที่ควรได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน เพื่อช่วยชะลอการเสื่อมของไตให้ได้มากที่สุด ส่วนปัจจัยที่ไม่สามารถป้องกันได้ เช่น การเสื่อมของอวัยวะตามอายุ ในคนปกติเมื่อเติบโตเจริญเต็มวัยแล้ว อัตราการกรองของไตจะค่อยๆ ลดลงปีละประมาณ 1 มิลลิตรต่อนาที⁽⁸⁾ หากอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปก็จะเกิดการเสื่อมตามอายุที่เพิ่มขึ้น ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยผู้สูงอายุตอนต้น และผู้ป่วยบางรายที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มานานกว่า 10 ปี จะพบว่า อัตราการกรองของไตลดลงเริ่มมีอาการไตเสื่อมประมาณ 30-35 เปอร์เซ็นต์ ซึ่งเกิดจากไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้จึงไปทำลายหลอดเลือดที่จะไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ รวมทั้งไตด้วย⁽⁹⁾ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนมีผลต่ออัตราการกรองของไตที่ยังไม่เปลี่ยนแปลงชัดเจนนอกจากปัจจัยหลักสำคัญที่ได้กล่าวมาแล้ว

สรุปและอภิปรายผล

โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (chronic care model) สามารถพัฒนาพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมได้อย่างเป็นระบบครอบคลุมในทุกมิติ และสามารถควบคุมผลลัพธ์ทางคลินิกให้ดีขึ้นได้หลังเข้าร่วมโปรแกรม

ข้อเสนอแนะ

ในการนำผลการวิจัยไปใช้เพื่อการพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพระดับอำเภอในส่วนของท้องถิ่นควรมีความร่วมมือกับหน่วยบริการสุขภาพระดับอำเภอ

จัดทำแผนพัฒนาสุขภาพชุมชนเรื่องการดูแลโรคไตเรื้อรัง โดยกำหนดนโยบายสาธารณสุขเพื่อสุขภาพและมาตรการทางสังคมให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ เช่นการควบคุมการสูบบุหรี่ในชุมชนเพราะ บุหรี่ทำลายไตและเพิ่มระดับความดันโลหิต การสร้างวัฒนธรรมใหม่ในการบริโภคเกลือ การจัดการควบคุมอาหารและยาในร้านค้าในชุมชน ส่วนในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะเริ่มต้นในผู้ที่มีระดับความดันโลหิตสูง ควรลดความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่า 130/80 มม.ปรอท โดยการรับประทานอาหารรสจืด ไม่เค็ม ออกกำลังกาย และรับประทานยาตามที่แพทย์แนะนำอย่างสม่ำเสมอ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ควรควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ใกล้เคียงปกติ จะสามารถป้องกันหรือชะลอการเสื่อมของไตได้ผู้ป่วยควรได้รับการรักษาโรค หรือภาวะที่เป็นสาเหตุของโรคไตเรื้อรังร่วมด้วย เช่น รักษาการอักเสบที่ไต กำจัดนิ่วในทางเดินปัสสาวะ รักษาโรคเก๊าท์หยุดยาที่ทำลายไต เป็นต้น ผู้ป่วยบางรายโดยเฉพาะผู้ที่การทำงานของไตลดลงมาก จะได้รับคำแนะนำจากแพทย์ให้รับประทานอาหารที่มีปริมาณโปรตีนต่ำกว่าปกติ เพราะการเผาผลาญโปรตีนจะทำให้ได้ของเสียเพิ่มขึ้นในร่างกายซึ่งไตจะต้องกำจัดออก ดังนั้นการกินโปรตีนสูงจึงเพิ่มภาระงานให้ไต นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ควรได้รับการตรวจเลือดและปัสสาวะเป็นระยะๆ เพื่อประเมินการทำงานของไต และรักษาผลแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคไตเรื้อรังหน่วยบริการสุขภาพควรมีการติดตามประเมินผลโครงการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง พัฒนาสมรรถนะของเจ้าหน้าที่สร้างทักษะการจัดการตนเองให้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังสร้างกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่อสม. และผู้ป่วยรวมถึงการ

จัดระบบบริการให้มีความต่อเนื่องด้านข้อมูล นำไปสู่การพัฒนาคุณภาพบริการในการดูแลผู้ป่วย
เพื่อให้มีการสื่อสารระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ โรคไต

อ้างอิง

1. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะเริ่มต้น. กรุงเทพมหานคร: ยูเนียนอูลตราไวโอเล็ต.2555
2. Barr VJ, Robinson S, Marin-Link B, Underhill L, Dotts A, Ravensdale D, Salivaras S. The expanded chronic care model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the chronic care model. *Hospital Quarterly* 2003; 7(1): 73-82
3. ศิริลักษณ์ น้อยปาน. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ในผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.2555
4. Barr VJ, Robinson S, Marin-Link B, Underhill L, Dotts A, Ravensdale D, Salivaras S. The expanded Chronic Care Model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model. *Healthcare Quarterly*. 2003 Nov 15;7(1).
5. Polit, D. F. & Beck, C. T. *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (9th ed). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins. 2012
6. Kanfer, F. H., & Gaelick-Buys, L. Self management methods. In F. H. Kanfer, & A. Goldstein (Eds). *Helping people change: A textbook of methods*. w York: Pergamon. 1991; (pp. 305-360).
7. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน. กรุงเทพมหานคร: หจก. อรุณการพิมพ์. 2557
8. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไตพิมพ์ครั้งที่ 1. 2009; ISBN 974-300-791-0
9. ปิ่นแก้ว กลายประยงค์, และ กรัณชรัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาในการสร้างเสริมพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไตสู่ภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้ายของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 ที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรคไต โรงพยาบาลรามาริบัติ. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า. 2551; 19(2), 49-59.