

การจัดการความรู้ เรื่อง การชะลอไตเสื่อมโดยรูปแบบ 4C Model Knowledge Management Using 4C Model in Slowing the Renal Failure

สุนีรัตน์ สิงห์คำ*
Suneerat Singhkum*

บทคัดย่อ

การจัดการความรู้ เรื่อง การชะลอไตเสื่อมโดยรูปแบบ 4C Model มีผลโดยตรงภายใต้การขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี 2558-2561 และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุขปี 2561 สู่การปฏิบัติในระดับ CUP ปีงบประมาณ 2561 แผนงานที่ 6 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service Plan (17 โครงการ 27 ตัวชี้วัด) ตัวชี้วัดที่ 24 โครงการพัฒนาระบบบริการสาขาโรคไต ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 4ml/min/1.73 ตารางเมตร (เป้าหมายปี 2561 > ร้อยละ 66) ซึ่งดำเนินกิจกรรมโดยโรงพยาบาลแกดำ ร่วมกับ เครือข่ายสถานบริการสาธารณสุขอำเภอแกดำ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะแพทยศาสตร์มหาวิทาลัยมหาสารคาม และได้รับงบประมาณสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพเขต 7 ขอนแก่น ปี 2557-2558 จำนวนเงิน 850,000 บาท ในพื้นที่อำเภอแกดำ เป้าหมายของโครงการ คือ การชะลอไตเสื่อมผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอำเภอแกดำ โดยมีภาคีเครือข่ายในชุมชนและผู้ดูแลเข้ามามีบทบาทสำคัญในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจนทำให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีความรู้ ความเข้าใจ และเกิดความตระหนักในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง เพื่อนำไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จนสามารถชะลอไตเสื่อมได้ อันส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและครอบครัวต่อไป

คำสำคัญ : โรคไตเรื้อรัง, ชะลอไตเสื่อม, 4C Model

* งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลแกดำ อำเภอแกดำ จังหวัดมหาสารคาม

บทนำ

โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เป็นโรคติดต่อเรื้อรังที่พบบ่อย ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญและเป็นปัญหาสำคัญของประชากรไทย พบ ร้อยละ 17.5 (8.5 ล้านคน) จากการศึกษาของ Thai SEEK Study สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2552 พบความชุกของโรคไตเรื้อรังได้ 17.5% และจากการสำรวจ พบว่า 4.6-17.5% ของประชาชนไทยมีโรคไตเรื้อรัง แนวโน้มความชุกของผู้ป่วยที่รักษาบำบัดทดแทนไต (Renal Replacement Therapy, RRT) เพิ่มขึ้นปีละ 15.20% สาเหตุสำคัญ คือโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรังแบ่งออกเป็น 5 ระยะ ระยะที่ 1-3 ไม่แสดงอาการทำให้ผู้ป่วยขาดความตระหนักในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง จนการดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะที่ 4 และระยะไตวาย ซึ่งต้องรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมาก สาเหตุของโรคไตวาย ร้อยละ 70 เกิดจากโรคเบาหวาน ซึ่งมีโอกาสสูงกว่าคนปกติทั่วไป 20 เท่า พบว่า ผู้ที่เป็นเบาหวานก่อนอายุ 20 ปี จะมีการไตวายได้ ร้อยละ 45-50 และผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 จะทำให้เป็นโรคไตวายได้ ร้อยละ 6 และมีการเสียชีวิตจากโรคไตเรื้อรังประมาณ 2,000 รายต่อปี เป็นโรคแห่งความทุกข์ทรมาน ค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง และมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังตั้งแต่ระยะที่สามขึ้นไปประมาณ

1.9 และ 1.6 เท่าตามลำดับ (สำนักโรคไม่ติดต่อ 2558.) จึงเป็นภัยต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม กระทบต่อคุณภาพของชีวิต ครอบครัวและสังคมโดยรวม ปัจจัยที่สำคัญอีกประการหนึ่งเกิดจากวิถีชีวิตที่เป็นอยู่ เช่น ปัจจัยการบริโภคที่ไม่เหมาะสม (อาหาร บุหรี่ สุรา) ขาดการออกกำลังกาย น้ำหนักเกิน ภาวะความเครียดจึงจำเป็นต้องระดมพลังให้ความรู้แก่ประชาชนและสร้างความตระหนักถึงอันตรายที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพ โดยจังหวัดมหาสารคาม ปัจจุบันมีผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการ CAPD (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis) จำนวน 258 ราย HD (Hemodialysis) จำนวน 417 ราย (ข้อมูล ณ วันที่ 30 กรกฎาคม 2559) ผู้ป่วย CKD ทุกระยะ (ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-5) ประมาณ 17,690 รายการป้องกันความเสื่อมของไตเรื้อรัง จึงถือว่าเป็นวิธีการที่ตรงจุดและเป็นเรื่องที่สำคัญที่สุด

ผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคคอบบี (Cobb, 1976) และแลงกลี (Langlie, 1977) ได้รายงานผล การศึกษาถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ เช่น การตรวจสุขภาพร่างกาย ประจำ การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร พบว่า ผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคม จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย

ผลต่อสุขภาพจิต ผลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสุขภาพจิต มีลักษณะเช่นเดียวกับสุขภาพ กาย คือ

พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่ช่วยเพิ่มความสามารถในการต่อสู้กับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตบุคคลช่วยลดความเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากความเครียดและช่วยลดความเครียด ซึ่งจะมีผลต่อการเพิ่มความต้านทานโรคของบุคคลได้อีกด้วย กอร์ (Gore 977 อ้างใน Minkler, 1981 : 151) ศึกษาในผู้ขายว่างงาน จำนวน 110 คน พบว่า ผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง มีปัญหาทางด้านร่างกาย และจิตใจน้อยกว่าผู้ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ และแคพแลน (Caplan 1974 : 7) กล่าวว่า การสนับสนุนทางอารมณ์เป็นสิ่งที่ช่วยลดผลของความเครียดที่มีผลต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจในผู้ที่ทำงาน ซึ่งพบว่ามีความเครียดมาก และยังพบอีกว่า ผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมต่างมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจมากกว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูง

โรงพยาบาลแกดำเป็นองค์กรหนึ่งในการพัฒนาระบบสุขภาพ เพื่อให้คนในพื้นที่มีสุขภาพดีโดยการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน การสร้างความเข้มแข็งในชุมชน เป็นกลไกสำคัญที่ต้องมีภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพชุมชนเพื่อสามารถถ่ายทอดความรู้และเสริมสร้างสุขภาพที่ดีให้กับชุมชน ดังนั้น ภาคีเครือข่ายการดูแลสุขภาพชุมชนจึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาศักยภาพให้มีความรู้ความสามารถ และทักษะในการจัดการด้านสุขภาพ ตลอดจนให้บริการประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น อันจะส่งผลให้

ประชาชนมีสุขภาพที่ดีขึ้นในอนาคต (กระทรวงสาธารณสุข, 2550) ภาคีเครือข่ายการดูแลสุขภาพชุมชน ก็คือ กลุ่มแกนนำชุมชนหรือผู้นำชุมชน รวมถึงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. ซึ่งถือได้ว่าเป็นบุคลากรด้านสาธารณสุขที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพประชาชนในชุมชน ซึ่งเป็นรูปแบบหนึ่งของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน โดยจะได้รับความรู้ผ่านกระบวนการอบรมให้ความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากแนวคิดในปัจจุบันที่ส่งเสริมให้มีการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม มองสุขภาพในเชิงสุขภาพะ คือ สุขภาพมีความเกี่ยวข้องกับทุกปัจจัย การพัฒนาสุขภาพต้องพัฒนาไปพร้อมๆ กับการพัฒนาด้านอื่นๆ ด้วย¹ การส่งเสริมสุขภาพ เป็นทั้งกระบวนการ กิจกรรม และแนวทางสำหรับการดำเนินงานเกี่ยวกับสุขภาพ เพื่อส่งเสริม และเกื้อหนุนให้บุคคล ได้พัฒนาศักยภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชนในทุกด้าน แบบองค์รวมอย่างเป็น ระบบ เนื่องจากสุขภาพนั้นเป็นองค์รวม ที่มาจากส่วนประกอบหลายๆ ประการ อาทิ สังคม สิ่งแวดล้อม ระบบบริการสุขภาพ และวิถีการดำเนินชีวิตของบุคคล เพื่อสนับสนุน ยับยั้ง หรือกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ ไปสู่การปฏิบัติ จึงต้องอาศัยความร่วมมือ และการระดมพลังจากทุกฝ่าย ในการดูแลสุขภาพของตนเอง และการปรับปรุงสังคมด้านต่างๆ บทบาทของประชาชนและแกนนำชุมชนมีความสำคัญอย่างยิ่ง ต่อการ

ส่งเสริมสุขภาพของตนเอง และชุมชน โดยประชาชนจะต้องเห็นคุณค่า และผลของสิ่งแวดล้อม ต่อภาวะสุขภาพ ช่วยกันรักษา และสร้างสิ่งแวดล้อมที่เกื้อกูลต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี

ปี 2555 โรงพยาบาลแกดำจัดตั้ง CKD Clinic พัฒนาศักยภาพ จนท.สส/ทีมสหวิชาชีพ/พยาบาลผู้รับผิดชอบโรคไตเรื้อรังเครือข่ายแกดำเริ่มใช้นวัตกรรมวงกลมสีบอกฉัน ติดบนสมุดประจำตัวผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มารับบริการที่รพ.แกดำ มีการคัดกรองผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในกลุ่มเสี่ยง เช่น DM/HTยังไม่ครอบคลุม ผลการตรวจ Lab Cr. ใช้แบบJaffe kineticปี 2556 ด้านบริการก็ยังไม่มีความชัดเจน ยังให้การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังตามแพทย์สั่ง การคัดกรองยังไม่ครอบคลุมผู้รับผิดชอบขาดทักษะ ประสิทธิภาพ และปัญหากระบวนการข้อมูล

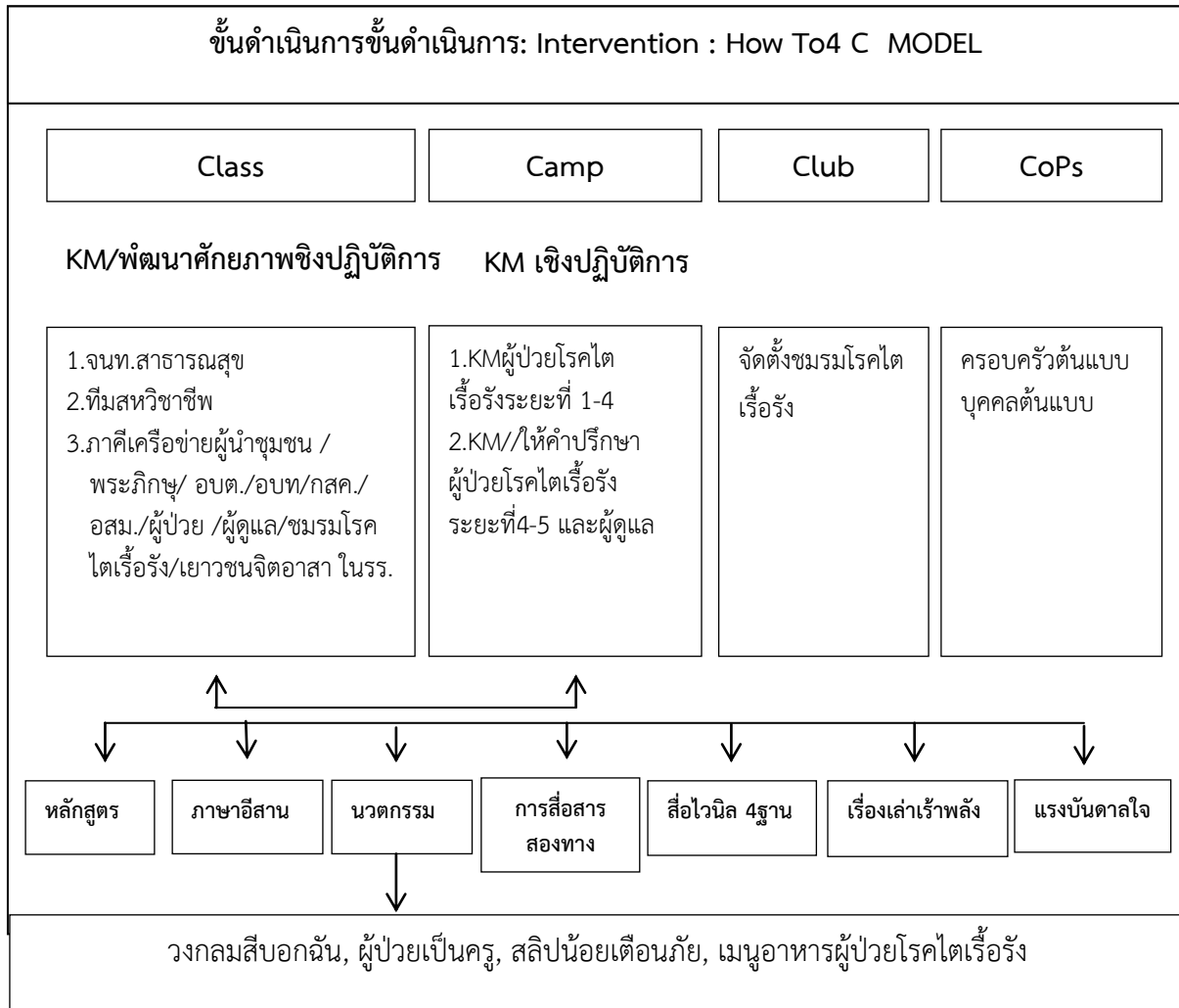
ปี 2557-ถึงปัจจุบัน ผู้บริหารประกาศนโยบายการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังชัดเจน มีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยใช้ 4C Model ในการดำเนินกิจกรรม แต่โรคไตเรื้อรังยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ สถิติผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอำเภอแกดำปี 2557-2560 คิดเป็นร้อยละ 65.35, 82.04, 82.46, และ 82.68 ผู้ป่วยบำบัดทดแทนไต 12, 20, 24 และ 29 ราย พบว่า มีแนวโน้มสูงขึ้น ผู้ป่วยล้างไตเสียชีวิตทั้งหมด 6 ราย เครือข่ายแกดำได้ส่งเสริมพัฒนางานการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมุ่งเน้นการมีประสิทธิภาพ และความ

ต่อเนื่องและได้รับการยอมรับจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการศึกษาจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

วิธีการศึกษา

ใช้รูปแบบวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม(Participation action research) กลุ่มตัวอย่าง (ปี 2557-2558 รวมทั้งหมด 2,282 คน) เลือกแบบเฉพาะเจาะจง กลุ่มที่ 1 จนท.สาธารณสุข ทีมสหวิชาชีพ ภาควิชาเครือข่าย เยาวชนจิตอาสาในโรงเรียนต้นแบบ กลุ่มที่ 2 กลุ่มผู้ป่วยผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 1-5 และผู้ดูแล เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถามการรับรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ตามแนวคิดแบบผสมผสานความเชื่อด้านสุขภาพของเบอร์เกอร์ (Becker, 1990) ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงและได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.78 และผลการตรวจเลือด Creatinine (Cr.) ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เปรียบเทียบก่อนและหลังดำเนินการ 12 เดือน สถิติที่ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์วิเคราะห์ทางสถิติหาค่าความถี่ (ร้อยละ) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าเฉลี่ยระยะก่อนดำเนินการมีการประชุมคณะกรรมการทบทวนเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้อง เตรียมความพร้อมทีมสหวิชาชีพจัดทำแนวทางปฏิบัติ ระบบส่งต่อให้ได้มาตรฐาน ระยะดำเนินการ โดยใช้ 4C MODEL

4 C MODEL



รูปภาพที่ 1



4C Model คือ Class Camp
ClupCoPs

C1 = Class

ปี 2557 พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่
สาธารณสุข ภาคีเครือข่าย (ผู้นำชุมชน/

พระภิกษุ/ อบต./อปท/กสค./อสม./ผู้ดูแล
ตัวแทนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จำนวน 9 ครั้งๆ
ละ 50 คน/รพ.สต. จำนวน 450 คน

ปี 2558 พัฒนาศักยภาพ ชมรม
โรคไตเรื้อรัง จำนวน 9 ครั้งๆละ 50 คน /

รพ.สต. จำนวน 450 คน เยาวชนจิตอาสา
ใน รร.ต้นแบบ 2 โรงเรียน (จำนวน 120
คน) จำนวน 2 ครั้ง

C2 = Camp

ปี 2557 แลกเปลี่ยนเรียนรู้ผู้ป่วย
โรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 และผู้ดูแลเชิง
ปฏิบัติการ 4 ฐานแบบไป กลับ จำนวน
9 ครั้งๆละ 60 คน/รพ.สต. จำนวน 540
คน ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4-5 และ
ผู้ดูแล 1 ครั้ง จำนวน 80 คน

ปี 2558-2559 แลกเปลี่ยนเรียนรู้
ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 และผู้ดูแล
เชิงปฏิบัติการ 4 ฐานแบบไป กลับ จำนวน
9 ครั้งๆละ 60 คน/รพ.สต. จำนวน 540
คน ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4-5 และ
ผู้ดูแล 1 ครั้ง จำนวน 60 คน

ปี 2560 แลกเปลี่ยนเรียนรู้ผู้ป่วย
โรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 และผู้ดูแลเชิง
ปฏิบัติการ 4 ฐานแบบไป กลับ จำนวน
9 ครั้งๆละ 50 คน/รพ.สต. จำนวน 450
คน

C1และ C2 มีการนำเสนอนโยบาย
แจกคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
สถานการณ์ข้อมูลโรคไตเรื้อรังในพื้นที่คืนสู่
ชุมชน แลกเปลี่ยนเรียนรู้นวัตกรรมผู้ป่วย
เป็นครู ที่มีประสบการณ์ตรง โดยผู้ป่วย
บำบัดทดแทนไต (ล้างไต ฟอกไต เปลี่ยนไต
หรือผู้ป่วยที่ดูแลตัวเองดีสามารถลดระยะ
ความรุนแรงของโรคไตเรื้อรังได้เพิ่มมากขึ้น
มาบอกเล่าเรื่องราวดีเป็นเรื่องเล่าเร้าพลัง
เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรม มีความรู้
ความเข้าใจ เกิดแรงบันดาลใจเกิดความ
ตระหนัก ในการดูแลตนเองสู่การปรับ

เปลี่ยนพฤติกรรมชะลอไตเสื่อม แบ่งกลุ่ม
กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เชิงปฏิบัติการ 4
ฐาน สื่อไวเนล 4 ฐาน โดยทีมสหวิชาชีพโรค
ไตเรื้อรังฐานที่ 1 ฐานความรู้โรคไตเรื้อรัง
นวัตกรรมวงกลมสี่บอกฉัน (ใช้เป็นสื่อบอก
การแบ่งระยะความรุนแรงของโรคไตเรื้อรัง
5 ระยะ คือ ระยะที่ 1 สีเขียว ระยะที่ 2 สี
เหลือง ระยะที่ 3 สีชมพู ระยะที่ 4 สีส้ม
ระยะที่ 5 สีแดง) ติดสมุดประจำตัวของ
ผู้ป่วยฐานที่ 2 ฐานยาโรคไตเรื้อรัง /แพทย์
แผนไทย (ธาตุเจ้าเรือน) ฐานที่ 3 ฐาน
อาหารโรคไตเรื้อรัง ตัวอย่าง อาหารที่มีรส
เค็ม Model อาหารสาธิตโรคไตเรื้อรัง ผัก
พื้นบ้านรอบรั้วทานได้ฐานที่ 4 ฐานการออก
กำลังกายและสุขภาพจิต(อารมณ์)

C3 = Club ปี 2557 จัดตั้งชมรมโรค
ไตเรื้อรัง รพ.สต.ละ 1 ชมรม(สมาชิก
ประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ผู้ดูแล
และภาคีเครือข่ายที่สมัครใจ) จำนวน 340
คน ปี 2558-2559 เพิ่มขึ้น 300 คน
รวมเป็น 640 คน

C4 = CoPs เชิดชูเกียรติ ให้กำลังใจ
ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยการมอบใบประกาศ
เกียรติบัตรครอบครัวยุทธันแบบ บุคคล
ต้นแบบปี 2557 มีครอบครัวยุทธันแบบ
9 ครอบครัวยุทธันแบบ ปี 2558 จัดตั้งชมรมโรคไต
ต้นแบบ 9 ชมรม จนถึงปัจจุบัน ปี 2560
มีบุคคลต้นแบบ รพ.สต.ละ 3 คน รวมเป็น
27 คน

มีการนิเทศติดตามและเยี่ยมบ้านเพื่อ
เสริมองค์ความรู้และเพิ่มส่วนขาดแก่กลุ่ม
ตัวอย่าง

หลังดำเนินงาน มีการสรุปผลถอดบทเรียนโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้รับผิดชอบงานโรคไตเรื้อรัง ภาควิชาอายุรศาสตร์ ประกอบด้วย ผู้นำชุมชนท้องถิ่น อบต. อปท. อสม. พระภิกษุ ครู เยาวชนจิตอาสา ในโรงเรียน ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและผู้ดูแล มีการจัดประกวดอาหารโรคไตเรื้อรังโดยชมรมโรคไตเรื้อรัง

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 ผลการศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ด้านบริการ ปี 2557

กิจกรรม	รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่
1.ด้านนโยบาย	-ไม่ชัดเจน	-ผู้บริหารมีนโยบายชัดเจน
2.คณะกรรมการ	-ไม่มีคณะทำงาน	-มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ
3.ด้านบริการ	-ให้บริการร่วมกับผู้ป่วยนอก	-มีคลินิกโรคไตเรื้อรัง (CKD Clinic) มี Flow chart การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
4.ระบบข้อมูล	-ยังไม่มีการจัดเก็บข้อมูล	-มีการจัดเก็บข้อมูลโปรแกรม Hos.Xp
5.การส่งต่อ	- ตามแพทย์สั่ง	- มีแนวทางปฏิบัติการส่งต่อทุกระดับ (ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ)
6.การติดตามเยี่ยมบ้าน	- ตามแพทย์สั่ง	- เยี่ยมบ้านผู้ป่วยบำบัดทดแทนไตทุกราย โดยทีมสหวิชาชีพ
7.สื่อ คู่มือ	- แผ่นพับ	- คู่มือจนท.สาธารณสุข/คู่มือแกนนำสุขภาพครอบครัว/สื่อไวเนล 4 ฐาน
8.นวัตกรรม	-ไม่มี	- วงกลมสีบอกฉัน, ผู้ป่วยเป็นครู, สลิปน้อยเตือนภัย, เมนูอาหารโรคไตเรื้อรัง
9.CKD Clinic	- ติดตามวงกลมสีบอกฉัน	- ติดตามวงกลมสีบอกฉัน, ผู้ป่วยเป็นครู, สลิปน้อยเตือนภัย, เมนูอาหารโรคไตเรื้อรัง

ตารางที่ 2 ด้านภาคีเครือข่าย

กิจกรรม	รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่
1.ด้านบริการ	- ไม่มีส่วนร่วม	- มีส่วนร่วมในการคัดกรองผู้ป่วยDM HT โดยการตรวจปัสสาวะร่วมกับจนท.สส.
2.จิตอาสา	- ไม่มี	- มีจิตอาสาชมรมโรคไตเรื้อรัง
3.การเยี่ยมบ้าน	- ไม่มี	- เยี่ยมบ้านร่วมกับ จนท.สส.
4.ครอบครัวต้นแบบ	- ไม่มี	- มีครอบครัวต้นแบบในการแลกเปลี่ยน1ครอบครัว/รพ.สต.

รูปภาพที่ 2 ชมรมโรคไตเรื้อรัง (Camp) และครอบครัวต้นแบบ (CoPs)



ตารางที่ 3 ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ปี พ.ศ.	กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง	ด้านการรับประทาน อาหารรสเค็ม		ด้านการออกกำลังกาย	
		ก่อน (ร้อยละ)	หลัง(ร้อยละ)	ก่อน(ร้อยละ)	หลัง(ร้อยละ)
ปี 2557	ระยะที่ 3 (251คน)	57.60	39.92	45.66	63.58
ปี 2558- 2559	ระยะที่ 1-3 (270คน)	89.60	72.60	66.89	93.30
ปี 2560	ระยะที่ 3 และ4 (47คน)	75.00	25.00	83.30	100

ตารางที่ 4 ผลการตรวจเลือดครีตินิน(Cr.)ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเปรียบเทียบก่อนหลัง 12 เดือน

ปี พ.ศ.	กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยโรคไต เรื้อรัง	ผลการตรวจเลือดครีตินิน(Cr.) ระยะความรุนแรงของผู้ป่วย โรคไตเรื้อรัง (ก่อน)				ผลการตรวจเลือดครีตินิน(Cr.) ระยะความรุนแรงของผู้ป่วยโรคไต เรื้อรัง(หลัง)			
		1	2	3	4	1	2	3	4
ปี 2557	ระยะที่ 3 (251คน)	0	0	100	0	8.76	25.89	62.15	3.18
ปี 2558- 2559	ระยะที่ 1-3 (270คน)	7.78	35.19	57.03	0	27.40	38.88	33.70	0
ปี 2560	-ระยะที่ 3 และ4 (47คน) (ชุมชน รักษั้ไตบ้านดอน ก่อดอนไทรทอง)	0	0	82.98	17.02	0	36.17	48.94	14.89

วิจารณ์

จากการศึกษาของโรงพยาบาลแกดำ พบว่า ผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่างที่ได้ร่วมกิจกรรม มีความรู้ความเข้าใจการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและชะลอไตเสื่อมเพิ่มมากขึ้นในระดับดี ดีมาก สอดคล้องสมมุติฐาน การมีความรู้สามารถนำเอาความรู้ไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และสอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการสร้างเสริมพฤติกรรมปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไตสู่ภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้ายของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 ที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรคไตโรงพยาบาลรามาริบัติ² พบว่า หลังการทดลองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อมดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังจากเข้าร่วมโครงการ กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีระยะความรุนแรงของโรคไตเรื้อรังลดลงหลังจากใช้รูปแบบ 4C Model และแลกเปลี่ยนเรียนรู้เชิงปฏิบัติการ 4 ฐาน (ความรู้ ยา อาหาร การออกกำลังกาย และสุขภาพจิต) และการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ส่งผลให้สามารถ ชะลอไตเสื่อมได้ สอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง³ ภายหลังจากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.01$) และมีเป้าหมายในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยการออกกำลังกายและดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องในระยะเวลา 1 เดือนและ 6 เดือน และผลจากการเสริมสร้างพลังาศีเครือข่าย แบบมีส่วนร่วมของชุมชนและผู้ดูแล พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังส่วนใหญ่สามารถลดระยะความ

รุนแรงของโรคไตเรื้อรังได้ สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมลดความก้าวหน้าของโรคไตเรื้อรังในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง⁴ ที่พบว่า การพัฒนาความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานที่ถูกต้องร่วมกับการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว นำไปสู่การมีพฤติกรรมลดความก้าวหน้าของไต

ผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนและภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้าย การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อชะลอไตเสื่อม และการรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติเพื่อชะลอไตเสื่อมในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม⁵ พบว่า การรับรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไตจากงานวิจัยควรส่งเสริมให้มีการดูแลตนเอง กระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักและให้ความสำคัญถึงความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อนของโรคไตเรื้อรัง ควรให้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์โดยชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อชะลอการเสื่อมของไตลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นและเพิ่มการรับรู้ความสามารถตนเองเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจและเกิด

ความมั่นใจในการดูแลตนเองที่ดีและคงสภาพการทำงานของไตให้ยาวนานยิ่งขึ้น

ข้อยุติ

ผลการดำเนินงานได้จากงานวิจัยพบว่า สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ คือ การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยใช้รูปแบบ 4C Model โดยการเสริมสร้างพลังภาคีเครือข่ายในชุมชน แบบมีส่วนร่วม ทำให้ผู้ป่วยผู้ดูแล มีความรู้ ความเข้าใจเกิดความตระหนักในการดูแลตนเองนำไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและชะลอไตเสื่อม

กิตติกรรมประกาศ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพเขต 7 ขอนแก่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะแพทยศาสตร์มหาวิทาลัยมหาสารคาม โรงพยาบาลมหาสารคาม โรงพยาบาลแกดำ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแกดำ ภาคีเครือข่ายผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน

การนำไปใช้ประโยชน์

1. ขยายผล CKD Kaedam Model ทั้งเครือข่ายแกดำ
2. นโยบายระดับจังหวัด/เขต ได้รับงบประมาณสนับสนุนจาก สปสช. เขต 7 ขอนแก่น จำนวนเงิน นารอง 1 อำเภอ/จังหวัด รวม 4 จังหวัด (อำเภออย่างสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม อำเภออมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ อำเภอโพหนอง จังหวัดร้อยเอ็ด อำเภอชำสูง จังหวัดขอนแก่น)

3. เผยแพร่ผลงานวิชาการในการประกวดผลงานวิชาการดีเด่นระดับจังหวัด ระดับเขต

ปี 2558,2560 รางวัล R2R ดีเด่น ระดับประเทศ

ปี 2558 รับรางวัลพยาบาลดีเด่น ระดับปฏิบัติการของหม่อมเจ้าหญิงบุญจิราธร (ชุมพล) จุฑาธุช

ปี 2559 รางวัลดีเด่นผลงานวิชาการกระทรวงสาธารณสุข

ปี 2558 -2560 Best Practice สาขาไต ระดับจังหวัด ระดับเขต ระดับประเทศ

ปี 2560 -รางวัลชนะเลิศการพัฒนาาระบบบริการสุขภาพตามกลุ่มวัย เขตสุขภาพของกรมการแพทย์

- รางวัลหน่วยงานการดำเนินงานเยี่ยมการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคไตเรื้อรัง (CKD Clinic) ของกรมควบคุมโรคไตไม่ติดต่อ

- รางวัลดีเด่น Service Plan Sharing สาขาไต ของกระทรวงสาธารณสุข

4. การเผยแพร่ผลงานวิชาการ

- r2rthailand.org/download/r2r10/พว.สุนีรัตน์%20สิงห์คำ.pdf

- www.r2rthailand.org/.../

R2R THAILAND

- mkho.moph.go.th/research/2018/showdata2.php?id=5

- mkho.moph.go.th/research/2018/showdata2.php?id=54

- thailand.digitaljournals.org/tdj/index.php/MHJ/article/viewFile/2777/2484.

เอกสารอ้างอิง

1. สิบเอกฉลองชัย ภิรมณ์. โครงการพัฒนาศักยภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขในเขตเทศบาลเมืองศรีสะเกษต่อเนือง [online]. form:URL:http://carbonn.org/uploads/tx_carbonndata/Sheet%206-1_Sisaket.PDF โครงการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตเทศบาลเมืองศรีสะเกษ ต่อเนือง ประจำปีงบประมาณ 2557 งานส่งเสริมสุขภาพ กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลเมืองศรีสะเกษ. 2557.
2. ปิ่นแก้ว กลายประยงค์, และกรัณธรัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาในการสร้างเสริมพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไตสู่ภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้ายของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 ที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรคไตโรงพยาบาลรามธิบดี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า 2551; 19(2), 49-59.
3. นันธิญา พันอินากุล. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. วิทยาลัยพยาบาลสหภาพชาติไทย; 2553 .
4. จินตนา หามาลี, นัยนา พิพัฒน์วณิชชา และรวีวรรณ เผ่ากัณหา. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรม การชะลอความก้าวหน้าของโรคไตเรื้อรัง

ในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มี
ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง.
วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2557;
34(2): 1-20.

5. ภทรพรรณ อุณาภาค และขวัญชัย
รัตนมณี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ
พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกัน
ภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยโรคไต
เรื้อรังของโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธ-
เลิศหล้าจังหวัดสมุทรสงคราม. วารสาร
สาธารณสุขมหาวิทาลัยบูรพา 2558;
10 (2): 1-11.