



การพัฒนาคุณภาพระบบบริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ตามมาตรฐานเวชปฏิบัติ
สำหรับโรคไตเรื้อรัง ก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2552
โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

ขวัญชนก ยะปัญญา

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ
พฤศจิกายน 2556
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

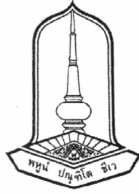


การพัฒนาคุณภาพระบบบริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ตามมาตรฐานเวชปฏิบัติ
สำหรับโรคไตเรื้อรัง ก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2552
โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

ขวัญชนก ยะปัญญา


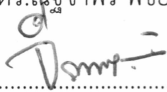


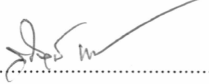
เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ
พฤศจิกายน 2556
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม





คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนางสาวขวัญชนก ยะปัญญา แล้วเห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธาณสุขศาสตร์ ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

 (รศ.ดร.ณัฐจาพร พิชัยณรงค์)	ประธานกรรมการ (กรรมการบัณฑิตศึกษาประจำคณะ)
 (ผศ.ดร.จีระศักดิ์ เจริญพันธ์)	กรรมการ (ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์)
 (นพ.สุรพร ลอยหา)	กรรมการ (กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์)
 (ผศ.ดร.สงครามชัย ลีทองดี)	กรรมการ (กรรมการบัณฑิตศึกษาประจำคณะ)
 (อาจารย์ ดร.วิโรจน์ เขมรัมย์)	กรรมการ (ผู้ทรงคุณวุฒิ)

มหาวิทยาลัยขอนแก่นให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธาณสุขศาสตร์ ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

 (ผศ.ดร.สงครามชัย ลีทองดี) คณบดีคณะสาธาณสุขศาสตร์	 (รศ.เทียนศักดิ์ เมฆพรรณโอภาส) ผู้รักษาการคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย วันที่ 25 เดือน ๕.๑. พ.ศ. 2556
--	--



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยเพื่อพัฒนานิสิตระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยมหาสารคาม งบประมาณเงินรายได้ ประจำปีงบประมาณ 2556

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างสูงยิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จีระศักดิ์ เจริญพันธ์ ประธานคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ อาจารย์ นายแพทย์สุรพร ลอยหา กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาช่วยขัดเกลา ตรวจสอบรายละเอียด ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์ ฉบับนี้จนสำเร็จสมบูรณ์

ขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จีระศักดิ์ เจริญพันธ์ ประธานกรรมการควบคุม วิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สงครามชัย ลีทองดี คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กรรมการบัณฑิตศึกษาประจำคณะ นายแพทย์ สุรพร ลอยหา กรรมการ ควบคุมวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาชี้แนะ ตรวจสอบรายละเอียด ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์ ฉบับนี้จนสำเร็จสมบูรณ์

ขอขอบพระคุณนายแพทย์พิทักษ์พงษ์ จันทร์แดง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลน้ำยืน แพทย์หญิงปัทมา สงวนตระกูล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม นางราตรี เสียงเสนาะ พยาบาล วิชาชีพชำนาญการ หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม ที่กรุณาเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม และบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือ เข้าร่วมกิจกรรมและให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัย

ประโยชน์และคุณค่าในงานวิจัยฉบับนี้ ขอมอบบูชาพระคุณบุพการี และครู อาจารย์ ทุกท่านที่ให้การศึกษา ห่วงใยรักใคร่ สนับสนุนให้เกิดความมานะพยายามให้งานวิจัยสำเร็จลงด้วยดี

ขวัญชนก ยะปัญญา



ชื่อเรื่อง	การพัฒนาคุณภาพระบบบริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ตามมาตรฐานเวชปฏิบัติ สำหรับโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ.2552 โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี		
ผู้วิจัย	นางสาวขวัญชนก ยะปัญญา		
ปริญญา	สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต	สาขาวิชา	การจัดการระบบสุขภาพ
กรรมการควบคุม	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จีระศักดิ์ เจริญพันธ์ นายแพทย์สุรพร ลอยหา		
มหาวิทยาลัย	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	ปีที่พิมพ์	2556

บทคัดย่อ

โรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญ เป็นโรคที่เกิดจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่เป็นผลมาจากพฤติกรรมที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ จากรายงานจะเห็นว่าอุบัติการณ์ของโรคนี้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยได้เล็งเห็นความสำคัญของปัญหานี้ จึงศึกษาแนวทางเพื่อจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ด้วยการรักษาภายใต้ทีมสหวิชาชีพ การให้การรักษาระยะของโรคส่งผลให้การรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังประสบผลดี แต่ยังไม่มีการศึกษาความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพระบบการให้บริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ดังนั้นวัตถุประสงค์ของการศึกษาค้นคว้า เพื่อศึกษาผลการพัฒนาคุณภาพระบบบริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการให้บริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 18 คน โดยบุคลากรทุกคนต้องตอบแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับความรู้และทัศนคติในการให้บริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ผลการวิจัย พบว่า บุคลากรมีความรู้หลังการพัฒนาอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 15.56$, S.D. = 1.149) และทัศนคติ หลังการพัฒนา อยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X} = 46.61$, S.D. = 1.944) ดังนั้น การศึกษาในครั้งนี้มีข้อมูลเพียงพอที่จะสรุปได้ว่าความรู้และทัศนคติของบุคลากรโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม จะเป็นปัจจัยที่ช่วยพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้

การพัฒนาคุณภาพระบบบริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังตามมาตรฐานเวชปฏิบัติ สำหรับโรคไตเรื้อรัง ก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ.2552 โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี นำไปสู่การวางแผนการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพระบบบริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไตในจังหวัดอุบลราชธานี อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : การพัฒนาคุณภาพระบบบริการ ; โรคไตเรื้อรัง



TITLE The quality development process for chronic kidney disease care service based on CKD Thai Guideline 2009 standard in Thungsriudom hospital, Ubon Ratchatani Province.

AUTHOR Ms. Kwunchanog Yapanya.

DEGREE Master Degree of Public Health **MAJOR** Health Sytem Management

ADVISORS Assist. Prof. Cheerasak Charoenpan, Dr.P.H.
Suraporn Loiha, M.D.

UNIVERSITY Mahasarakham University **YEAR** 2013

ABSTRACT

Chronic kidney disease is a major health problem. The report reveals that incidence of this disease is increasing steadily. Researchers have realized the importance of this issue. The treatment phase of the disease. Results in the treatment of patients with chronic kidney disease have a good effect. It has been important in the development of quality educational system for patients with chronic kidney disease. The purpose of this study the quality of services for patients with chronic kidney disease. The sample consisted of personnel who work on providing patients with chronic kidney disease 18 patients of Thung Sri Udom Hospital, Ubon ratchathani responded.

The results showed that people have the knowledge behind the development is high (= 15.56, SD = 1.149) and attitude behind the development of clearly stated in very good (= 46.61, SD = 1.944), the study of this sufficient information to conclude that the knowledge and attitudes of hospital personnel, be the factor that helps patients develop chronic kidney disease.

Improving the quality of services for patients with chronic kidney disease, according to standard practice .For chronic kidney disease.Before renal replacement therapy Hospital Thung Sri Udom2552.Ubon Ratchathani. Contribute to the planning, development and improvement efficiently of services for patients with chronic kidney disease before renal replacement therapy in Ubon Ratchathani Province.

Keyword: Quality of service system ; Chronic kidney disease



สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญภาพประกอบ	ช
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ภูมิหลัง	1
1.2 คำถามในการวิจัย	1
1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	4
1.4 ความสำคัญของการวิจัย	4
1.5 ขอบเขตของการวิจัย	4
1.6 นิยามศัพท์เฉพาะ	5
บทที่ 2 ปรัชญาเอกสารข้อมูล	7
2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง	7
2.2 แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคไตเรื้อรัง ก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2552	14
2.3 วงจรบริหารงานคุณภาพ (PDCA)	20
2.4 แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)	26
2.5 แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ	38
2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	41
2.7 กรอบแนวความคิด	46
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	47
3.1 รูปแบบการวิจัย	47
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.	48
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	49
3.4 การสร้างและการหาคุณภาพเครื่องมือ	51
3.5 การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล.	53
3.6 สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล	55
บทที่ 4 ผลการวิจัย	57
4.1 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล	57
4.2 บริบททั่วไปของโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม	57
4.3 ระบบบริการที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน	60
4.4 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ	65
4.5 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ	73



4.6 ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการผู้ป่วยไต โรคเรื้อรัง โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดมจังหวัดอุบลราชธานี	85
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	87
5.1 ความมุ่งหมายของการวิจัย	88
5.2 สรุปผล	88
5.3 อภิปรายผล	90
5.4 ข้อเสนอแนะ	91
เอกสารอ้างอิง	93
ภาคผนวก	96
ภาคผนวก ก ใบรับรองการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์	97
ภาคผนวก ข หนังสือขอความร่วมมือในการวิจัย	99
ภาคผนวก ค หนังสือขอความอนุเคราะห์ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ	102
ภาคผนวก ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	106
ภาคผนวก จ ภาพกิจกรรม	120
ประวัติผู้วิจัย	121



สารบัญตาราง

	หน้า
ตาราง 2.1 ช่วงเวลาที่แนะนำในการติดตาม ความดันโลหิต, GFR	16
ตาราง 4.1 จำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการเฉลี่ยต่อวันงานบริการผู้ป่วยนอก	61
ตาราง 4.2 จำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการงานผู้ป่วยใน	61
ตาราง 4.3 งานบริการผู้ป่วยนอก 10 อันดับโรค	62
ตาราง 4.4 งานบริการผู้ป่วยใน 10 อันดับโรค	62
ตาราง 4.5 แผนภูมิกระบวนการทำงานในการให้บริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง	63
ตาราง 4.6 แผนภูมิกระบวนการหลักในการให้บริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง	64
ตาราง 4.7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส	74
ตาราง 4.8 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานโดยรวม ก่อนและหลังการพัฒนา	75
ตาราง 4.9 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของทัศนคติ ก่อนและหลังการพัฒนา	76
ตาราง 4.10 ผลการเปรียบเทียบความรู้โรคไตเรื้อรังโดยรวมก่อนและหลังการพัฒนา	78
ตาราง 4.11 ผลการเปรียบเทียบทัศนคติในการปฏิบัติงานก่อนและหลังการพัฒนา	78
ตาราง 4.12 เปรียบเทียบระบบบริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนและหลังการพัฒนา	79



สารบัญภาพประกอบ

หน้า

ภาพประกอบ 2.1 โครงสร้างวงจร PDCA	22
ภาพประกอบ 2.2 กรอบแนวคิดการวิจัย	46
ภาพประกอบ 3.1 รูปแบบการวิจัย	47
ภาพประกอบ 4.1 แผนที่แสดงอาณาเขตติดต่ออำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี	60
ภาพประกอบ 4.2 เป้าหมายการพัฒนาคุณภาพระบบบริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง	70
ภาพประกอบ 4.3 กระบวนการส่งการพัฒนาคุณภาพระบบบริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง	71
ภาพประกอบ 4.4 การคัดกรองโรคไตเรื้อรังในผู้ใหญ่	72
ภาพประกอบภาคผนวก ก-1 การประชุมกลุ่มขั้นเตรียมการวิจัย	114
ภาพประกอบภาคผนวก ก-2 การประชุมกลุ่มขั้นเตรียมการวิจัย	114
ภาพประกอบภาคผนวก ก-3 การประชุมกลุ่มครั้งที่	115
ภาพประกอบภาคผนวก ก-4 การประชุมกลุ่มครั้งที่	115
ภาพประกอบภาคผนวก ก-5 การประชุมกลุ่มครั้งที่ 1	116
ภาพประกอบภาคผนวก ก-6 การประชุมกลุ่มครั้งที่ 1	116
ภาพประกอบภาคผนวก ก-7 การประชุมกลุ่มครั้งที่ 1	117
ภาพประกอบภาคผนวก ก-8 การประชุมกลุ่มครั้งที่ 2	117
ภาพประกอบภาคผนวก ก-9 การประชุมกลุ่มครั้งที่ 2	118
ภาพประกอบภาคผนวก ก-10 การประชุมกลุ่มครั้งที่ 2	118
ภาพประกอบภาคผนวก ก-11 การประชุมกลุ่มครั้งที่ 2	119
ภาพประกอบภาคผนวก ก-12 การประชุมกลุ่มครั้งที่ 2	119



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ภูมิหลัง

ไตมีหน้าที่กรองของเสียในเลือดออกทางปัสสาวะ ควบคุมความดันโลหิต ควบคุมสมดุลของเกลือแร่ ควบคุมภาวะกรดต่าง ช่วยในกระบวนการสร้างเม็ดเลือดแดง และช่วยในการสร้างวิตามินดี หากไตไม่สามารถทำหน้าที่ได้ หรือทำหน้าที่ได้ไม่เต็มที่ เนื่องจากความผิดปกติของไต ก็จะทำให้ร่างกายอยู่ในภาวะไม่สมดุล ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิต โดยโรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease) หมายถึง ภาวะที่ไตสูญเสียการทำงานไปจากเดิม เป็นระยะเวลามากกว่า 3 เดือน (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2555) ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และบทบาททางสังคม แม้โรคไตเรื้อรังจะไม่ได้เป็นปัญหาที่องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญในอันดับต้นๆ แต่โรคไตเรื้อรังเป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยรวม และยิ่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตก่อนวัยอันควร

สำหรับภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ประเทศไทยเป็นประเทศแรกที่มีบทบาทสำคัญในการปลุกกระแสให้ผู้ที่เกี่ยวข้องในทุกระดับ ได้เล็งถึงเห็นความสำคัญของโรคไตเรื้อรัง (ทวี ศิริวงศ์, 2550) จากข้อมูลของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า พ.ศ. 2547-2550 คนไทยป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังจาก 217. 24 ต่อประชากร 100,000 คน เป็น 347. 57 ต่อประชากร 100,000 คน กล่าวคือ มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้นเกือบ 2 เท่า ภายในระยะเวลา 4 ปี และเป็นที่น่าสังเกตว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย นอกจากนี้สาเหตุของโรคไตเรื้อรังถึงร้อยละ 70 เกิดจากโรคเบาหวาน ซึ่งผู้ป่วยโรคเบาหวานมีโอกาสเกิดโรคไตเรื้อรังมากกว่าคนปกติถึง 20 เท่า เนื่องจากโรคเบาหวาน จะมีการทำลายเส้นเลือดขนาดเล็กที่อยู่ในไต (NEPHRON) จากสถิติพบว่า ผู้ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานก่อนอายุ 20 ปี จะมีโอกาสเกิดโรคไตเรื้อรังได้มากถึงร้อยละ 45-50 ของผู้ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งโรคเบาหวานชนิดที่ 2 นี้ พบมากถึงร้อยละ 95 ของโรคเบาหวานทั้งหมด แต่มีโอกาสเกิดโรคไตเรื้อรังเพียงร้อยละ 6 นอกจากโรคเบาหวานแล้ว ยังมีโรคความดันโลหิตสูง ภาวะไตอักเสบ หรือ SLE โรคไขข้ออักเสบ (RHEUMATOID ARTHRITIS) ไวรัสตับอักเสบบีหรือซี เก๊าท์ หรือแม้แต่การกินยาแอสไพริน NSAIDs ยาสมุนไพร หรือยาเสพติด เป็นเวลานาน ปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ อาจทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังได้

ในอดีตภาครัฐยังไม่มี การเข้ามาสนับสนุนงบประมาณในการจัดบริการสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลซึ่งอยู่ในอัตราค่อนข้างสูง เมื่อเทียบกับฐานรายได้ของประชากรส่วนใหญ่ เมื่อไม่มีค่ารักษาพยาบาล หรือผู้ป่วยปฏิเสธเข้ารับการรักษาที่ต่อเนื่อง จากการมีค่ารักษาพยาบาลไม่เพียงพอ ทำให้ผู้ป่วยไม่เข้ารับการรักษา หรือได้รับการรักษาที่ไม่เต็มที่ ส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตก่อนเวลาอันควร หากปล่อยให้สถานการณ์นี้ลุกลามต่อไป จะเป็นการสูญเสียทั้งทรัพยากรบุคคลและเงินจำนวนมากศาล จึงเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่ภาครัฐต้องเข้ามาบริหารจัดการ เนื่องจากเป็นโรคที่บั่นทอนคุณภาพชีวิต ส่งผลกระทบต่อภาระค่าใช้จ่ายของประเทศที่เพิ่มสูงขึ้น อีกทั้งยังเป็นภาระทางสังคม (อำนาจ ชัยประเสริฐ, 2551) ดังนั้น เพื่อเป็นการลดภาระที่จะเกิดขึ้น จึงมีนโยบายในการคัดกรอง ป้องกันภาวะแทรกซ้อน



ทางไตในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และเน้นรักษาตามระยะของโรคก่อนผู้ป่วยจะมีภาวะไตเสื่อม และต้องรักษาด้วยวิธีบำบัดทดแทนไต

ปัจจุบันสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้มีการจัดตั้งกองทุนสนับสนุนบริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ในระบบหลักประกันสุขภาพกว่า 15,000 รายทั่วประเทศ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้รับการรักษาที่ถูกต้องตามหลักของโรค ที่ครอบคลุมทั้งการล้างไตทางหน้า (PERITONEAL DIALYSIS) การฟอกเลือด (HEMODIALYSIS) และการปลูกถ่ายไต (KIDNEY TRANSPLANT) โดยรณรงค์ใช้วิธีการล้างไตทางหน้าห้อง เพราะเป็นวิธีที่ผู้ป่วยทำได้ด้วยตนเอง เพียงได้รับการฝึกหัดให้ถูกวิธี โดยใช้เทคนิคปลอดภัย ทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องเสียเวลามาโรงพยาบาล และจัดส่งน้ำยาล้างไตฟรีถึงบ้าน ส่วนการฟอกเลือดผู้ป่วยต้องมารับบริการฟอกเลือดที่โรงพยาบาลสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ในแต่ละครั้งต้องร่วมจ่ายครั้งละ 500 บาท และกระทรวงการคลังได้เริ่มใช้ระบบการหักค่ารักษาโดยตรงจากต้นสังกัด(ประสิทธิ พุตระกูล,2550)

เมื่อเข้าสู่โรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 (END STAGE RENAL DISEASE: ESRD) ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาด้วยวิธีบำบัดทดแทนไต แม้ว่าการรักษาด้วยวิธีบำบัดทดแทนไตจะช่วยยืดอายุให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง แต่ผู้ป่วยเองก็ต้องตระหนักถึงประโยชน์ของการดูแลตนเอง (LAN J RAMAGE) โดยต้องทำควบคู่กับการรักษาไตให้อยู่ในภาวะสมดุล คือ งดสูบบุหรี่ ควบคุมอาหาร เช่น ลดเค็ม ลดอาหารที่มีโปแตสเซียมสูง ลดเนื้อสัตว์ ไขมัน เป็นต้น ลดน้ำ ควบคุมความดันโลหิต ควบคุมเบาหวานไม่ให้เกิดภาวะ HYPOGLYCEMIA หรือแม้แต่การรับประทานยาในกลุ่ม Angiotensin-Covertng Enzyme Inhibitors เพื่อชะลอการเสื่อมของไต (ชนิดา โพธิ์การ, 2545)

จากข้อมูลสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี พ.ศ. 2555 พบว่า โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม มีผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คือโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนมากที่สุดในจังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่มี ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตเรื้อรัง การตัดเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน เป็นต้น ทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจึงสนับสนุนให้มีการจัดบริการสำหรับพัฒนาคลินิกโรคไตเรื้อรังขึ้น ทั้งในด้านการสนับสนุนงบประมาณและส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่รับผิดชอบงาน เพื่อให้การจัดบริการเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและเป็น การตอบสนองนโยบายของประเทศ

จากข้อมูลโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม พบว่าโรคเบาหวานเป็นโรคที่เป็นสาเหตุอันดับหนึ่งของการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต พ.ศ. 2554-2555 มีผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต จำนวน 49 และ 70 คนตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 25 แบ่งตามอัตราความสามารถกรองของเสียออกจากเลือด (Glomerular Filtratio: GFR) ซึ่งคำนวณจาก Creatinine, Micoalbumin คือ GFR มากกว่าร้อยละ 90 จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 42 GFR ร้อยละ 60-90 จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 14 GFR ร้อยละ 30-59 จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 20 GFR ร้อยละ 15-29 จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 8.5 และ GFR น้อยกว่าร้อยละ 15 จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 14 ซึ่งสถิติการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ที่ปฏิเสธการรักษาด้วยวิธีการบำบัดทดแทนไต ซึ่งจัดเป็นปัญหาที่สำคัญของโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม จึงถือเป็นโอกาสในการพัฒนา เพียงส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังตระหนักถึงความสำคัญของโรคที่ผู้ป่วยเป็นการรักษา การปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและชะลอการเสื่อมของไต แม้การดำเนิน



ของโรคจะเป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ก็ตาม ดังนั้น หากผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้รับการรักษาที่เหมาะสมกับระยะของโรคในระบบบริการปฐมภูมิ จะช่วยชะลอผู้ป่วยเข้าสู่โรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ได้

ผู้วิจัย พบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีความรู้สึกท้อแท้ หมุดกำลังใจในการดูแลตนเอง แม้ว่าจะได้รับความรู้และคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่อย่างสม่ำเสมอ ถึงความสำคัญในการดูแลตนเองเพื่อลดความเสี่ยง และชะลอการเกิดภาวะไตเสื่อม ประกอบกับผู้ป่วยไม่ตระหนักและเห็นความสำคัญ อีกทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษาด้วยวิธีบำบัดทดแทนไตยังสูง แม้ว่ากระทรวงการคลังได้เริ่มนำระบบการหักค่ารักษาโดยตรงจากต้นสังกัดมาใช้ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสนับสนุนงบประมาณในสิทธิประกันสุขภาพก็ตาม แต่ผู้ป่วยก็ยังคงต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาพอกเลือด ต้องเผชิญกับความเจ็บปวดจากการถูกลงเข็มในกระบวนการบำบัดทดแทนไตและผู้ป่วยบางรายมีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการบำบัดทดแทนไต อีกทั้งวิธีบำบัดทดแทนไตไม่สามารถกรองสารโมเลกุลขนาดใหญ่และไม่สามารถทดแทนหน้าที่ในการสร้างฮอร์โมนของไตได้

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงให้ความสนใจที่จะพัฒนาคุณภาพระบบบริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังตามมาตรฐานเวชปฏิบัติสำหรับโรคไตเรื้อรัง เพื่อศึกษาและวางแนวทางการให้บริการ การเข้าถึงบริการของผู้ป่วย การคัดกรองผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง การให้การรักษามาตรฐานของโรค โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ยังไม่ผ่านการล้างไต โดยแยกผู้ป่วยตามระยะของโรค เพื่อให้การรักษาที่เหมาะสม เน้นเฉพาะผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คือ โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ต้องได้รับการดูแลเพื่อชะลอการเสื่อมของไตให้ดำเนินสู่โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายช้าลง โดยการคัดกรองความดันโลหิต Creatinine, Microalbumin และ Hemoglobin A1c เป็นต้น หรือแม้กระทั่งการเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมก่อนการล้างไต โดยจะเริ่มให้การรักษาโดยการบำบัดทดแทนไตเมื่อผู้ป่วยมีค่า GFR น้อยกว่าร้อยละ 15 (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2552) มีทีมสหวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด พยาบาลวิชาชีพ และโภชนากร ในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องเพื่อติดตามผลการรักษาจากโรงพยาบาลแม่ข่าย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ และยังส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยในการดำรงชีวิต ดูแลสภาพจิตใจ ตลอดจนสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้ป่วย พร้อมทั้งเพิ่มศักยภาพของบุคลากรด้านการประสานงาน การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ด้านวิชาการ และทักษะการทำงานทั้งในกลุ่มผู้บริหาร นักวิชาการ และผู้ปฏิบัติงานให้มากขึ้น

ผลการวิเคราะห์โดยใช้ SWOT ANALYSIS

ผลการวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานการบริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี สามารถวิเคราะห์หาปัญหาของระบบเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ต่อการพัฒนาซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้

สรุปสภาพปัญหา

การบริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานีจากการวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆ ที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์ สามารถสรุปประเด็นที่เป็นปัญหาการดำเนินงานการบริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดมดังนี้

1.1.1 บุคลากรยังไม่มีทักษะในการปฏิบัติงานเฉพาะด้าน ขาดการส่งเสริมการศึกษาเพื่อพัฒนางานบริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง บุคลากรไม่ทราบขอบเขตหน้าที่รับผิดชอบงานของตนเอง เป็นเหตุให้การดำเนินงานไม่ประสบผลสำเร็จ บุคลากรบางส่วนยังยอมรับการเปลี่ยนแปลงและยอมรับผู้อื่นน้อยทำให้การประสานงานเป็นไปได้ยาก



1.1.2 การดำเนินงานบางส่วนสิ้นเปลืองทรัพยากรทั้งด้านงบประมาณ และบุคลากรอันเป็นผลมาจากขาดการเตรียมการ ขาดการวางแผนการดำเนินงาน และการติดตามผล อย่างเป็นระบบ

1.1.3. ยังไม่มีระบบบริการผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ชัดเจนทำให้การให้บริการ ไม่สัมฤทธิ์ผล

1.2 คำถามในการวิจัย

การพัฒนาคุณภาพระบบบริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี เป็นอย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.3.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนาคุณภาพระบบการบริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

1.3.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

1.3.2.1 เพื่อศึกษาระดับความรู้ทั่วไปเรื่องโรคไตเรื้อรัง ของบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการ บริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ก่อนและหลังการพัฒนา

1.3.2.2 เพื่อศึกษาระดับทัศนคติของบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการบริการผู้ป่วยโรคไต เรื้อรัง โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ก่อนและหลังการพัฒนา

1.3.2.3 เพื่อศึกษาผลการพัฒนาคุณภาพระบบบริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาล ทุ่งศรีอุดมจังหวัดอุบลราชธานี

1.3.2.4 เพื่อศึกษาปัจจัยความสำเร็จของการพัฒนาระบบการบริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

1.4 ความสำคัญของการวิจัย

1.4.1 เพื่อทราบถึงระบบการบริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

1.4.2 ผลการวิจัยเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

1.4.3 ผลการวิจัยเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาแนวทางการบริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในอนาคตต่อไป



1.5 ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มุ่งเน้นด้านการพัฒนาคุณภาพระบบการบริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม พร้อมทั้งเพิ่มศักยภาพด้านการประสานงาน การติดตามงาน การผสมผสานการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ด้านวิชาการ และทักษะการทำงานทั้งในกลุ่มผู้บริหาร นักวิชาการ และผู้ปฏิบัติงานให้มากขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อจะลดจุดอ่อน เพิ่มจุดแข็งในการดำเนินงานเพื่อให้บริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้กำหนดขอบเขตในการศึกษาดังนี้

1.5.1 รูปแบบวิจัยเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

1.5.2 ขอบเขตพื้นที่การศึกษา การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

1.5.3 ขอบเขตด้านประชากร

ประชากรที่ใช้วิจัยในครั้งนี้ ได้แก่ บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติงานด้านการให้บริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 18 ราย ประกอบด้วย

- 1) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม จำนวน 1 คน
- 2) หัวหน้างานผู้ป่วยใน จำนวน 1 คน
- 3) หัวหน้างานผู้ป่วยนอก จำนวน 1 คน
- 4) หัวหน้างานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน จำนวน 1 คน
- 5) เภสัชกร จำนวน 2 คน
- 6) นักกายภาพบำบัด จำนวน 1 คน
- 7) พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 9 คน
- 8) เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ จำนวน 1 คน
- 9) โภชนากร จำนวน 1 คน

1.6 นิยามศัพท์เฉพาะ

การพัฒนาระบบ หมายถึง การวิเคราะห์ ปรับปรุงองค์ประกอบต่างๆ ที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนด โดยปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้

ระบบบริการ หมายถึง การมุ่งตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยหรือผู้รับผลงาน การปรับปรุงกระบวนการทำงานอย่างเป็นระบบต่อเนื่อง โดยการใช้ข้อมูลและความคิดสร้างสรรค์ การทำงานเป็นทีม และการที่ผู้นำมีบทบาทในการชี้แนะและสนับสนุนอย่างเหมาะสม

การพัฒนาคุณภาพระบบบริการ หมายถึง การจัดระบบบริหารและระบบการทำงานในโรงพยาบาลตามแนวทางที่กำหนดไว้ในมาตรฐานโรงพยาบาล มุ่งเน้นการทำงานด้วยใจที่มุ่งมั่นต่อคุณภาพของเจ้าหน้าที่ การทำงานเป็นทีม การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและผู้รับผลงาน มีระบบตรวจสอบเพื่อแก้ไขปรับปรุง การประกันคุณภาพ และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง



ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง หมายถึง ผู้ป่วยที่มีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่งในสองข้อต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยที่มีภาวะไตผิดปกติติดต่อกันเกิน 3 เดือน ทั้งนี้ผู้ป่วยอาจจะมีอัตรากรองของไต (Glomerular Filtration Rate: GFR) ผิดปกติหรือไม่ก็ได้ ซึ่งภาวะไตผิดปกติ มีลักษณะตามข้อหนึ่งดังต่อไปนี้ ตรวจพบความผิดปกติจากการตรวจปัสสาวะอย่างน้อย 2 ครั้ง ในระยะเวลา 3 เดือน ดังต่อไปนี้

1.1 ตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะ ถ้าผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ตรวจพบ Microalbuminuria ถ้าผู้ป่วยไม่ได้เป็นโรคเบาหวาน ตรวจพบ Proteinuria มากกว่า 500 mg ต่อวันหรือมากกว่า 500 mg/g creatinine

1.2 ตรวจพบความผิดปกติทางรังสีวิทยา

1.3 ตรวจพบความผิดปกติทางโครงสร้างหรือพยาธิสภาพ

2. ผู้ป่วยที่มี GFR น้อยกว่า 60 mL/min/1.73 m² ติดต่อกันเกิน 3 เดือน โดยที่อาจจะตรวจพบหรือไม่ว่ามีร่องรอยของไตผิดปกติก็ได้

ภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้าย หมายถึง การสูญเสียการทำงานของหน่วยไต (Nephron) ลดลงเป็นจำนวนมาก หน่วยไตถูกทำลายเกินร้อยละ 90 มี GFR น้อยกว่า 15 มิลลิลิตร/นาที/1.73 ตารางเมตร และต้องรักษาด้วยวิธีบำบัดทดแทนไต (RRT)

ความรู้ทั่วไปเรื่องโรคไตเรื้อรัง หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับหน้าที่การทำงานของไต ความหมายของโรคไตเรื้อรัง สาเหตุ อาการ การรักษา และการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและชะลอไตเสื่อม

ทัศนคติ หมายถึง สภาวะความพร้อมของบุคคล ที่จะแสดงพฤติกรรมออกมาในทางสนับสนุนหรือต่อต้านบุคคล สถาบัน สถานการณ์ หรือ แนวความคิด



บทที่ 2

ปริทัศน์เอกสารข้อมูล

ในการศึกษาเรื่องการพัฒนากระบวนการให้บริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีมาตรฐาน โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดมจังหวัดอุบลราชธานีครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาและนำเสนอตามลำดับหัวข้อดังต่อไปนี้

- 2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง
- 2.2 แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2552
- 2.3 วงจรบริหารงานคุณภาพ (PDCA)
- 2.4 แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)
- 2.5 ทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจ
- 2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.7 กรอบแนวคิดการวิจัย

2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง

โรคไตเรื้อรัง หมายถึง โรคที่มีการทำงานของไตบกพร่องเป็นเวลานานเกินกว่า 3 เดือนและมีความผิดปกติของโครงสร้างและการทำหน้าที่ของไต (Meguid, 2005) โดยพบว่าขนาดของไตทั้ง 2 ข้างเล็กกว่าปกติและพบว่าผู้ป่วยมีอัตราการกรองที่ไต GFR (glomerular filtration rate) น้อยกว่า 60 มล./นาที/พื้นที่ผิวกาย 1.73 ตร.ม. (ทวี ศิริวงศ์, 2548; Meguid, 2005) และการวินิจฉัยไตวายเรื้อรังอาศัยเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้

- 1) มีภาวะของเสียคั่งในเลือด (azotemia) ติดต่อกันนานเกิน (ไตรรักษ์ พิสิษฐ์กุล และเกรียง ตั้งสง่า, 2543; โสภณ นภธร, 2542) 3 เดือน โดยใช้ระดับของครีอะตินินมากกว่า 3 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร
- 2) มีขนาดของไตทั้งสองข้างเล็กกว่าปกติ ขนาดเล็กกว่า 9 เซนติเมตร
- 3) ตรวจพบการเปลี่ยนแปลงของกระดูกที่เกิดจากไตวาย (renal osteodystrophy)
- 4) ตรวจปัสสาวะพบบรอดคาสท์ (broad cast) คือโปรตีนที่มีความกว้างมากกว่าความยาวของเม็ดเลือดขาว 3 ตัวเรียงกัน
- 5) มีภาวะโลหิตจางที่หาสาเหตุอื่นมาอธิบายไม่ได้องค์ประกอบของเกณฑ์ในการวินิจฉัยไตวายเรื้อรังนี้ไม่จำเป็นต้องเกิดขึ้นพร้อมกันทุกข้อจะพบเกณฑ์ในข้อใดขึ้นกับระยะความรุนแรงของโรค โดยทั่วไปเมื่อไตเริ่มเสื่อมหน้าที่อัตราการกรองของไตจะลดลงก่อน หากค่าอัตราการกรองของไตลดลงเหลือร้อยละ 60 จะพบว่าไตมีขนาดเล็กลงจนสามารถอัลตราซาวด์พบ เมื่อลดลงเหลือร้อยละ 50 จึงตรวจพบค่าของครีอะตินินในเลือดสูงเกิน 1.5 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และเมื่อค่าอัตราการกรองของไตลดลงเหลือร้อยละ 30 หรือต่ำกว่าจะพบภาวะโลหิตจาง สุดท้ายเมื่อภาวะไตวายรุนแรงมากจนมีภาวะยูรีเมีย จึงจะตรวจพบการเปลี่ยนแปลงของกระดูกที่เกิดจากภาวะไตวาย (ไตรรักษ์ พิสิษฐ์กุล และเกรียง ตั้งสง่า, 2543; โสภณ นภธร, 2542)



2.1.1 สาเหตุของโรคไตวายเรื้อรัง

โรคไตวายเรื้อรังมีสาเหตุการเกิดคล้ายกับโรคไตวายเฉียบพลัน ซึ่งแบ่งสาเหตุการเกิดของโรคตามพยาธิสภาพได้ดังนี้ (ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์, จันทนา รณฤทธิชัย, วิไลวรรณ ทองเจริญ,วินัส ลิพทกุล, และพัสมณท์ คุ่มทวีพร, 2542)

2.1.1.1 พยาธิสภาพที่อยู่เหนือตำแหน่งไต (Pre-Renal) เกิดเนื่องจากจำนวนเลือดไปเลี้ยงที่ไตลดลงหรือมีพยาธิสภาพที่อยู่ก่อนถึงเนื้อไต ได้แก่

1) ภาวะลดการไหลเวียนเลือดผ่านไต เกิดจากพยาธิสภาพของหัวใจ เช่นกล้ามเนื้อหัวใจตาย(myocardial infarction) หัวใจล้มเหลวเลือดคั่ง (Congestive Heart Failure) มีการคั่งของของเหลวในเยื่อหุ้มหัวใจ (Pericardial Tamponade) หรือเกิดจากพยาธิสภาพของหลอดเลือด เช่น หลอดเลือดอักเสบ (Vasculitis) ความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง หรือเกิดจากปริมาณเลือดในร่างกายลดลง (Hypovolemia) จากการสูญเสียเลือด (hemorrhage) เป็นต้น ทำให้เลือดไปเลี้ยงไตลดลงและทำให้ไตสูญเสียหน้าที่ได้

2) ภาวะการแตกทำลายของเม็ดเลือดแดง (Hemolysis) จากสาเหตุต่างๆ ได้แก่ การให้เลือดผิดหมู่ โรคมาลาเรีย ขาดเอนไซม์ G-6-P-D ทำให้ปริมาณออกซิเจนที่ใช้ในการสร้างพลังงานเพื่อใช้ในกลไกการดูดกลับและขับออกของสารต่างๆที่หลุดลอยไตลดลงทำให้ไตสูญเสียหน้าที่

3) ภาวะขาดโซเดียม เกิดจากการสูญเสียโซเดียมปริมาณมากออกจากระบบทางเดินอาหาร เช่น ท้องร่วง อาเจียนรุนแรง เป็นต้น หรือเกิดจากการสูญเสียโซเดียมทางปัสสาวะเพิ่มขึ้น ได้แก่ โรคแอดดิสัน (Addison's disease) ทำให้ผู้ป่วยขาดฮอร์โมนกระตุ้นให้หลุดลอยไตหน้าที่ในการดูดกลับโซเดียมเข้าสู่ร่างกายเพิ่มมากขึ้น หรือเกิดจากการสูญเสียโซเดียมในพลาสมาโดยตรง เช่น ผิวหนังถูกความร้อนลวก เซลล์อักเสบ (cellulitis) เป็นต้น

4) ภาวะขาดน้ำ (dehydration) เมื่อไตสูญเสียหน้าที่จะทำให้ไตไม่สามารถปรับความเข้มข้นของปัสสาวะให้เจือจางลงได้ ทำให้ปัสสาวะมีความเข้มข้นสูงจนสามารถดึงน้ำจากร่างกายให้เข้าสู่หลอดเลือดฝอยไตเพิ่มมากขึ้น และ/หรือไม่ปล่อยให้ น้ำถูกดูดกลับโดยหลอดเลือดฝอยไตตามปกติ ทำให้สูญเสียน้ำออกจากร่างกายทางปัสสาวะมากจนเกิดภาวะขาดน้ำได้

5) ภาวะเครียด หรือภาวะที่รบกวนสมดุลของร่างกาย เช่น การเกิดแผลฉกรรจ์ภาวะหลังผ่าตัดใหญ่หรือได้รับยาสลบเป็นเวลานานจึงเกิดการรบกวนการหลั่งแอนตี้ไดยูเรติกฮอร์โมน (antidiuretic hormone) และสารกระตุ้นการหดตัวของหลอดเลือด (vasoconstrictor) ต่างๆเพิ่มขึ้น

2.1.1.2 พยาธิสภาพที่ไต (Intrarenal) มักเกิดจากการติดเชื้อ การขาดเลือดไปหล่อเลี้ยงไตอย่างรุนแรงและ/หรือเป็นเวลานาน และการได้รับสารพิษซึ่งมีผลทำลายเนื้อไตเช่น ยาปฏิชีวนะกลุ่มอะมิโนไกลโคไซด์ หรือการทำลายไมโอโกลบินในกล้ามเนื้อ (rhabdomyolysis) เช่นการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อ (Crush Injury to Muscle) สารพิษเหล่านี้จึงตกตะกอนที่ท่อไตทำให้เกิดอาการอักเสบและ/หรือการตายอย่างเฉียบพลันของท่อไต (acute tubular necrosis) ทำให้เกิดพยาธิ 4 ประการ คือ

1) พยาธิสภาพที่หลอดเลือด คือ หลอดเลือดตีบตัวทำให้การนำส่งเลือดลดลงหรือเสียหายที่ไปในการนำส่งเลือด จากการอักเสบหรือการอุดตันจึงส่งเสริมพยาธิสภาพการอุดตันและส่งเสริมพยาธิสภาพการขาดเลือดของไตให้รุนแรงขึ้นทำให้เนื้อไตส่วนที่หลอดเลือดนั้นไปเลี้ยงจึงตาย

2) พยาธิสภาพที่โกลเมอรูลัส คือ พยาธิสภาพที่ส่งผลให้โกลเมอรูลัสอักเสบจึงให้เพิ่มเซลล์ชนิดโปรเฟอเรทีฟ (proliferative type) เกิดการเบียดหลอดเลือดหล่อเลี้ยงไตทำให้พยาธิส



รีรภาพขาดเลือดรุนแรงขึ้น อาการที่พบคือปัสสาวะมีโปรตีน (proteinuria) เม็ดเลือดแดง (hematuria) และเศษเซลล์ (cast) เป็นต้น

3) พยาธิสรีรภาพที่เนื้อเยื่อแทรกในช่องว่างระหว่างเซลล์ (interstitial) จากพยาธิสรีรภาพที่หลอดเลือดและ/หรือหลอดฝอยไต ทำให้เกิดการรั่วของสารโมเลกุลใหญ่ เช่นไขมัน โปรตีน เป็นต้น เข้าสู่ช่องว่างระหว่างเซลล์ไต จึงกระตุ้นให้เกิดการอักเสบซึ่งจะทำลายหลอดเลือดและหลอดฝอยไตต่อไป

4) พยาธิสรีรภาพที่หลอดฝอยไต มักเกิดจากได้รับสารพิษ ซึ่งจะมีผลทำลายหลอดฝอยไตส่วนต้นได้ง่าย เนื่องจากเป็นส่วนที่มีหน้าที่หลักในการดูดกลับสารต่างๆ และการขาดเลือดซึ่งจะมีผลทำลายหลอดฝอยไตส่วนปลายได้มาก เนื่องจากเป็นส่วนที่ไวต่อการขาดเลือด พยาธิสรีรภาพที่พบคือการทำลายเยื่อหุ้มเซลล์ส่วนที่คล้ายขนแปรง (brush border) ของหลอดฝอยไตส่วนต้นทำให้กลไกการขนถ่ายโซเดียมและโปตัสเซียมภายในเซลล์ถูกทำลาย มีการสะสมของโซเดียมและแคลเซียมโดยแคลเซียมจะมีผลกระตุ้นฟอสโฟไลเปส (phospholipase) ให้ทำการสลายตัวเองจึงทำให้เยื่อหุ้มเซลล์ถูกทำลายเพิ่มขึ้น

2.1.1.3 พยาธิสรีรภาพที่ถดถอยจากไตลงมา (post-renal) ประมาณร้อยละ 2-10 ของผู้ป่วยไตวายเฉียบพลันทั้งหมดเกิดจากการอุดตันทางเดินปัสสาวะตั้งแต่กรวยไตลงมา จากนั้น ลิ้มเลือดฝกของยาซัลฟา ฝกของกรดยูริก ต่อมลูกหมากโต หรือหลอดปัสสาวะตีบจากการติดเชืหรือพยาธิสรีรภาพนอกระบบทางเดินปัสสาวะ เช่น เนื้องอกของมดลูกที่เบียด (compress) ทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น

2.1.2 ระยะของโรคไตวายเรื้อรัง

โรคไตวายเรื้อรังแบ่งออกเป็น 5 ระยะ ตามอัตราการกรองที่ไต GFR (glomerular filtration rate) ดังนี้ (เกรียง ตั้งสง่า, 2548; อิชณี พุทธิมนตรี, 2550; Roderick and Feest, 2005; Visovsky, 2002)

2.1.2.1 ระยะที่หนึ่ง เป็นระยะที่เนื้อไตถูกทำลายแต่อัตราการกรองที่ไตยังปกติ โดยมีค่าเกิน 90 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวร่างกาย (body surface area [BAS]) 1.73 ตารางเมตร และมีค่าซีรัมครีอะตินิน น้อยกว่า 1.2 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

2.1.2.2 ระยะที่สอง เป็นระยะที่เนื้อไตถูกทำลายมากขึ้น และมีอัตราการกรองที่ไตลดลงแต่ยังไม่เข้าเกณฑ์ที่เรียกว่าโรคไตวายเรื้อรัง กล่าวคืออัตราการกรองที่ไตมีค่าต่ำกว่า 90 แต่ไม่เกิน 60 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวร่างกาย 1.73 ตารางเมตร

2.1.2.3 ระยะที่สาม เป็นระยะที่ผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะโรคไตวายเรื้อรัง มีอัตราการกรองที่ไตลดลงต่ำกว่า 60 จนถึง 30 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวร่างกาย 1.73 ตารางเมตร และมีค่าซีรัมครีอะตินิน ประมาณ 1.2-2 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

2.1.2.4 ระยะที่สี่ เป็นระยะที่โรคไตมีความรุนแรงมากขึ้น มีอัตราการกรองที่ไตต่ำกว่า 30 จนถึง 15 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวร่างกาย 1.73 ตารางเมตร และมีค่าซีรัมครีอะตินิน ประมาณ 3-5 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

2.1.2.5 ระยะที่ห้า เป็นระยะที่ผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย มีอัตราการกรองที่ไตต่ำกว่า 15 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวร่างกาย 1.73 ตารางเมตร

2.1.3 การเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสรีรภาพ อาการและอาการแสดง

การเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสรีรภาพ อาการและอาการแสดง มีดังต่อไปนี้



2.1.3.1 การเปลี่ยนแปลงระดับเมตาบอลิซึม (metabolic alteration) ได้แก่

- 1) ยูเรียและครีอะตินิน ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังจะพบลักษณะเฉพาะคือมีระดับของยูเรียไนโตรเจนและครีอะตินินสูงในเลือด (Gallagher-Lepak, 1998; Visovsky, 2002)
- 2) การเปลี่ยนแปลงระดับโซเดียม ในระยะแรกๆที่ไตวายผู้ป่วยมักมีภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ เนื่องจากมีภาวะปัสสาวะออกมากหรืออาเจียนและท้องเสีย การขาดโซเดียมทำให้การไหลเวียนเลือดไปที่ไตลดลงไตจะเสื่อมมากยิ่งขึ้น การมีโซเดียมในเลือดต่ำทำให้เกิดอาการเช่น อาการอ่อนแรง ซึม ความดันโลหิตต่ำ ถ้าเป็นมากจะกระตุกและหมดสติได้ ในระยะท้ายๆความสามารถในการขับโซเดียมออกจากร่างกายลดลง ทำให้เกิดการคั่งของโซเดียม ทำให้เพิ่มจำนวนน้ำและเลือด ความดันโลหิตสูงขึ้น อาจทำให้หัวใจวายและน้ำท่วมปอด เมื่อหัวใจวายจะทำให้เลือดไปเลี้ยงไตลดลงอีกทำให้ไตเสื่อมมากขึ้น ในระยะสุดท้ายการขับโซเดียมออกได้น้อยมากแม้เกลือขนาดปกติที่ต้องรับประทานจากอาหารประจำวันโซเดียมก็ยังมีมากเกินไป (Price and Wilson, 2003; Visovsky, 2002)
- 3) การเปลี่ยนแปลงระดับโปตัสเซียม ระดับโปตัสเซียมจะสูงได้ในภาวะอะโซซีเมีย (azotemia) ที่มีอัตราการกรองที่ไตลดลงต่ำกว่า 10-15 มล./นาทีหรือมีปัสสาวะน้อยกว่าวันละ 500 มิลลิลิตร ส่งผลให้การขับโปตัสเซียมออกจากปัสสาวะจะลดลง (Visovsky, 2002) การรับประทานอาหารโปรตีนและผลไม้ทุกชนิดจำนวนมากทำให้มีโปตัสเซียมคั่ง การได้รับยาขับปัสสาวะที่มีคุณสมบัติในการกักเก็บโปตัสเซียม เช่น ยาต้านอัลโดสเตอโรน (aldosterone antagonist) การจำกัดเกลือมากเกินไป ทำให้โซเดียมผ่านมาแลกกับโปตัสเซียมที่หลอดเลือดส่วนปลายลดลง ส่งผลให้ระดับโปตัสเซียมในเลือดสูงขึ้น อาการที่เกิดจากระดับโปตัสเซียมในเลือดสูงได้แก่ หัวใจเต้นผิดปกติ ซิฟจรต้นขา อาการกล้ามเนื้อโดยเฉพาะมัดใหญ่อ่อนแรงถ้ารุนแรงอาจมีอันตรายถึงชีวิต (Price and Wilson, 2003; Visovsky, 2002)
- 4) การเปลี่ยนแปลงระดับแคลเซียมและฟอสเฟต เมื่ออัตราการกรองที่ไตลดต่ำกว่า 30-50 มิลลิลิตรต่อนาที จะทำให้มีการกรองฟอสเฟตออกจากไตลดลง เกิดการคั่งของฟอสเฟตในเลือดส่งผลให้ระดับแคลเซียมลดลง จะไปกระตุ้นต่อมพาราไทรอยด์ทำให้การสร้างพาราไทรอยด์ฮอร์โมนเพิ่มขึ้น เพื่อไปเพิ่มระดับของแคลเซียมในเลือดให้เป็นปกติ ฮอร์โมนนี้ออกฤทธิ์ที่ไตโดยการลดการขับแคลเซียมออกจากปัสสาวะและเพิ่มการดูดกลับของแคลเซียมที่หลอดเลือดบริเวณห่วงเฮนส์เลย์ส่วนหนาที่ทอขึ้น (Thick Ascending Limb of Henle's loop) และหลอดเลือดส่วนปลาย (โคภณ นภทร, 2542)

2.1.3.2 การเปลี่ยนแปลงภาวะสมดุลกรดต่างเสียไป จากขบวนการเผาผลาญอาหารในร่างกายทำให้เกิดไฮโดรเจนไอออนซึ่งจะถูกขับออกจากร่างกายทางปอดและไต การขับไฮโดรเจนไอออนทางไตจะลดลงเมื่ออัตราการกรองลดลงเหลือ 20 มล. ต่อ นาที (Visovsky, 2002) และในภาวะไตวายท่อไต (Renaltubule) จะมีการขับโปรตอนออกไปทางปัสสาวะลดการสร้างแอมโมเนียลดลง และการขับไทรเอเบิลแอซิดลดลงทำให้มีการคั่งของฟิกส์แอซิด (Fixed Acid) เช่น ซัลฟูริกแอซิด (Sulfuric Acid) ฟอสฟอริกแอซิด (Phosphoric Acid) ออกานิคแอซิด (Organic Acids) ที่เกิดจากกระบวนการเผาผลาญของโปรตีน ไขมัน และคาร์โบไฮเดรต เป็นต้น (โคภณ นภทร, 2542) ฟิกส์แอซิดในร่างกายที่สูงขึ้นจะใช้ระบบบัฟเฟอร์ของร่างกาย เพื่อช่วยทำปฏิกิริยากับโปรตอนไม่ให้เกิดโปรตอนอิสระสะสมในร่างกาย ระบบบัฟเฟอร์ที่สำคัญของร่างกายคือ เอกซ์ตราเซลล์ลูลาร์ (Extracellular)



และอินตราเซลล์ลูลาร์ (Intracellular) บัฟเฟอร์ ระบบเอกซ์ตราเซลล์ลูลาร์บัฟเฟอร์ที่สำคัญ คือ ไบคาร์บอเนต รองลงมาคือ โปรตีนในพลาสมา และฟอสเฟต ระบบอินตราเซลล์ลูลาร์บัฟเฟอร์ที่สำคัญคือ โปรตีนในเซลล์ ฟอสเฟตในเซลล์ ฮีโมโกลบินและกระดูก หรืออาศัยระบบอินตราเอกซ์ตราเซลล์ลูลาร์ ไอออนเอกซ์เชนจ์ (Intra-Extracellular Ion Exchange) คือ การแลกเปลี่ยนโปรตีนกับแคทไอออนหรือคลอไรด์กับไบคาร์บอเนต ระบบบัฟเฟอร์ดังกล่าว มีขีดจำกัดเมื่อมีโปรตอนสะสมมากเกินไป ความสามารถของระบบบัฟเฟอร์ทั้งสองที่รับไว้ได้ก็จะเกิดภาวะร่างกายเป็นกรด (Metabolic Acidosis) ซึ่งส่งผลเสียต่อร่างกายเช่น เกิดภาวะกระดูกผุมีผลต่อกระบวนการเผาผลาญโปรตีนทำให้มีการหลั่งพาราไธรอยด์ฮอร์โมนออกมาสูงขึ้น เป็นต้น (โสภณ นภทร, 2542)

2.1.3.3 มีการเปลี่ยนแปลงของคูลน้ำในร่างกาย (body water disturbances)

ผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายจะพบว่ามีการของการขาดน้ำหรือภาวะน้ำเกิน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการเสื่อมหน้าที่ของไตและระยะเวลาที่เป็นโรคไตวายเรื้อรัง ซึ่งในระยะเริ่มแรกที่ไตสูญเสียหน้าที่จะทำให้ปัสสาวะเข้มข้น ผู้ป่วยจะมีปัสสาวะมาก (Gallagher-Lepak, 1998) และความสามารถในการขับน้ำเสียไปเมื่ออัตราการกรองที่ไตลดลงต่ำกว่า 10 มิลลิลิตรต่อนาทีหรือมีค่าซีรัมครีเอตินินประมาณ 8 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร เมื่อไตเสื่อมมากขึ้นไตจะขับน้ำออกจากร่างกายได้ลดลง ถ้าร่างกายได้รับน้ำในปริมาณที่มากเกินไปอาจเกิดภาวะน้ำเกินได้ง่าย (โสภณ นภทร, 2542; Price and Wilson, 2003)

2.1.3.4 การเปลี่ยนแปลงทางระบบหัวใจและหลอดเลือด ผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากโรคหัวใจมากกว่าคนปกติ 10-30 เท่า ความผิดปกติทางระบบหัวใจและหลอดเลือดที่พบ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง หัวใจล้มเหลว เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ (Visovsky, 2002) ความดันโลหิตสูงเกิดจากการคั่งของโซเดียม มีการกระตุ้นระบบเรนิน-แองจิโอเทนซิน-อัลโดสเตอโรน (Renin-angiotensin-aldosterone system) มีเอนโดทีลินเพิ่มขึ้นและมีไนโตรออกไซด์ลดลง และยังเชื่อว่าการเกิดเส้นเลือดแข็งในภาวะยูรีเมียเกี่ยวข้องกับสาเหตุหลายประการคือ ภาวะไชมันในเลือดสูง ภาวะไฮเปอร์พาราไธรอยด์ ระดับออกซาเลต และฮีโมซิสเตอินที่สูงขึ้น รวมถึงการสูบบุหรี่หรือโรคเบาหวานที่พบร่วมด้วย (โสภณ นภทร, 2542)

2.1.3.5 การเปลี่ยนแปลงระบบทางเดินหายใจ ปัญหาในระบบทางเดินหายใจในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ได้แก่ ภาวะปอดบวม น้ำ การติดเชื้อในปอด เยื่อหุ้มปอดอักเสบ และภาวะน้ำท่วมปอด (pleural effusions) มีอาการหายใจหอบลึกจากภาวะเลือดเป็นกรด ถ้าเป็นมากจะหายใจแบบหอบลึกลมหายใจมีกลิ่นยูเรีย (Kussmaul breathing) ผู้ป่วยจะมีเสมหะเหนียวข้น กลไกการไหลลดลง ร่วมกับการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันลดลง ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดการติดเชื้อในปอด และทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้เร็วขึ้น (โสภณ นภทร, 2542; สัจจิรา ลิ้มอำนวยลาภ, 2539; Price and Wilson, 2003)

2.1.3.6 การเปลี่ยนแปลงระบบเลือด ยูรีเมียทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางโลหิตวิทยาหลายประการ ที่สำคัญคือ ทำให้เกิดภาวะซีดหรือโลหิตจาง กลไกการเกิดลิ่มเลือดผิดปกติ การทำงานของเม็ดเลือดขาวผิดปกติ เนื่องจากมีปริมาณอิริโทรพอยตินลดลง มีการกดไขกระดูกและเม็ดเลือดแดงมีอายุสั้นลง (Gallagher-Lepak, 1998; Price and Wilson, 2003; Visovsky, 2002)

2.1.3.7 การเปลี่ยนแปลงระบบทางเดินอาหาร โรคไตวายเรื้อรังทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระบบทางเดินอาหารตั้งแต่ปากจนถึงทวารหนัก อาการที่พบโดยทั่วไปได้แก่ อาการเบื่ออาหารคลื่นไส้ อาเจียน ลิ้นมีรสเผื่อน เยื่อช่องปากและเหงือกอักเสบ ท้องผูก ส่วนอาการที่พบเมื่อมี



อาการรุนแรงได้แก่ การอักเสบของกระเพาะอาหาร แผลในลำไส้เล็กและลำไส้ใหญ่ เป็นต้น(โศภณ นภาธร, 2542; Price and Wilson, 2003; Visovsky, 2002)

2.1.3.8 การเปลี่ยนแปลงของระบบประสาท พบความผิดปกติในระบบประสาทส่วนกลางส่วนปลายและระบบประสาทอัตโนมัติ ความผิดปกติในระบบประสาทส่วนกลางได้แก่ สมอส่วนต่างๆทำงานผิดปกติ เช่น ไม่มีสมาธิ เฉื่อยชา พุดซ้า หลงลืมง่าย ระดับความรู้สึกตัวผิดปกติ ซึมลง ซัก และหมดสติ ความผิดปกติในระบบประสาทส่วนปลาย และระบบประสาทอัตโนมัติ ได้แก่ อาการชา กล้ามเนื้ออ่อนแรง ตะคริว ต่อมน้ำนมทำงานลดลง ปวดแสบปวดร้อนตามปลายประสาท (Gallagher-Lapak, 1998; Price and Wilson, 2003; Visovsky, 2002)

2.1.3.9 การเปลี่ยนแปลงของระบบผิวหนัง ผู้ป่วยที่มีภาวะยูรีเมียจะมีลักษณะเฉพาะของผิวหนังคือ ผิวหนังสีซีดซึ่งเกิดจากภาวะโลหิตจางและผิวหนังสีเข้มจากมีสารยูโรโครม(urochrome) (โศภณ นภาธร, 2542) และมีอาการคันทางผิวหนังจากเกลือยูเรีย (uremic frost) และมีแคลเซียมฟอสเฟตคั่ง จำนวนต่อมน้ำนมลดลงทำให้ไม่มีการขับเหงื่อ ผิวหนังแห้งทำให้มีอาการคัน ผู้ป่วยที่มีอาการคันหากมีความผิดปกติเกี่ยวกับการแข็งตัวของเลือดร่วมด้วยเมื่อเกาแรงๆ จะทำให้เกิดจำเลือดและนำไปสู่การติดเชื้อได้ง่าย อาการอื่นที่พบได้แก่ เล็บ และเส้นผมเปราะบางฉีกขาดได้ง่าย (Gallagher-Lapak, 1998; Price and Wilson, 2003; Visovsky, 2002)

2.1.3.10 การเปลี่ยนแปลงของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ จะพบอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงจากการมีฟอสฟอรัสสูง และแคลเซียมฟอสเฟตที่มักไปเกาะตามอวัยวะต่างๆ ได้แก่ ผิวหนัง ตา ข้อต่อหลอดเลือด หัวใจ ปอด กระดูกและเกิดอาการเจ็บปวดข้อ ซึ่งการขาดวิตามินดี การสะสมของอะลูมิเนียมในกระดูก การมีพาราไธรอยด์ฮอร์โมนต่ำ การมีภาวะอื่นร่วมด้วย เช่น เบาหวาน มีการสะสมของเหล็กในไขกระดูก เป็นต้น ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ของกระดูกจากภาวะไตวาย (Renalosteodystrophy) อาการที่เกิดขึ้นได้แก่ ปวดกระดูก ข้อ และบริเวณรอบข้ออักเสบ รูปร่างกระดูกผิดปกติ เป็นต้น (Gallagher-Lapak, 1998; Price and Wilson, 2003; Visovsky, 2002)

2.1.3.11 การเปลี่ยนแปลงของระบบต่อมไร้ท่อ ผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายจะมีอาการและอาการแสดงของต่อมไร้ท่อทำงานผิดปกติ เช่น ต่อมไธรอยด์ ต่อมพาราไธรอยด์ ต่อมใต้สมอง (โศภณ นภาธร, 2542) การคั่งของฟอสเฟตทำให้ระดับแคลเซียมในเลือดต่ำ ส่งผลให้เกิดกระดูกพรุนหรือกระดูกพวุน ภาวะยูรีเมียทำให้มีการหลั่งฮอร์โมนเจริญเติบโต (Growth Hormone) และกลูคาγον(glucagon) เพิ่มมากขึ้น ประกอบกับมีภาวะเซลล์ต่อต่อฮอร์โมน อินซูลินทำให้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงได้ นอกจากนี้ในผู้ชายจะมีระดับของเทสโทสเตอโรนลดลง ส่วนในเพศหญิงจะมีระดับของเอสโตรเจนและโปรเจสเทอโรนลดลง (โศภณ นภาธร, 2542; Price and Wilson, 2003; Visovsky, 2002)

2.1.3.12 การเปลี่ยนแปลงของระบบสืบพันธุ์ในเพศชาย พบว่ามีการเสื่อมสมรรถภาพทางเพศและเป็นหมัน ส่วนในเพศหญิงพบการเปลี่ยนแปลงของประจำเดือน ปริมาณสารหล่อลื่นในช่องคลอดลดลง สาเหตุที่ทำให้เกิดความผิดปกติของระบบสืบพันธุ์มาจากหลายสาเหตุ ได้แก่ ระดับของยูเรียสูง ความผิดปกติของระบบประสาท การหลั่งของฮอร์โมน ปัญหาทางด้านจิตใจ ภาวะซีด ความดันโลหิตสูง ยาที่ได้รับและภาวะทุพโภชนาการ (Gallagher-Lapak, 1998; Price and Wilson, 2003; Visovsky, 2002)



2.1.3.13 การเปลี่ยนแปลงทางตา ผู้ป่วยจะมีอาการทางตา คือ มีแคลเซียมไปเกาะที่เยื่อตาเกิดการระคายเคือง ตามัวและตาแดงได้ และอาจพบการเปลี่ยนแปลงของเรตินาจากความดันโลหิตสูงหรือเบาหวาน สำหรับการทำงานของกล้ามเนื้อตาผิดปกติจากประสาทตาเสื่อม อาจพบความพิการของตาร่วมด้วย (โศภณ นภทร, 2542; Price and Wilson, 2003; Visovsky, 2002) การรักษาโรคไตวายเรื้อรัง

2.1.4 การรักษาโรคไตวายเรื้อรังสามารถแบ่งตามระยะของโรคดังนี้ (อิษณี พุทธิมนตรี, 2550)

ระยะที่หนึ่ง ในระยะนี้จะต้องรักษาสาเหตุและแก้ไข เช่น ให้อาหารควบคุมปริมาณโปรตีนในอาหาร อักเสบเรื้อรัง สลายนิ่ว หรือผ่าตัด แก้ไขการอุดตันในทางเดินปัสสาวะ ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงจะเริ่มพบไมโครอัลบูมินูเรีย (Microalbuminemia) ในปัสสาวะการเริ่มใช้ยาในกลุ่มยับยั้งเอนไซม์ที่กระตุ้นการสลายแองจิโอเทนซิน (Angiotensin Converting Enzyme Inhibitors) และยาปิดกั้นแองจิโอเทนซินทูรีเซพเตอร์ (Angiotensin II Receptor blockers) นอกจากช่วยลดความดันโลหิตแล้วยังช่วยชะลอการเสื่อมของไต

ระยะที่สอง ในการรักษาผู้ป่วยในระยะนี้นอกจากการรักษาที่ต้นเหตุของการเกิดโรคแล้วต้องลดอาหารเค็มเพื่อควบคุมความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 130/80 mmHg สำหรับยาในกลุ่มยับยั้ง เอนไซม์ที่กระตุ้นการสลายแองจิโอเทนซิน (Angiotensin Converting Enzyme Inhibitors) และยาปิดกั้นแองจิโอเทนซินทูรีเซพเตอร์ (Angiotensin II Receptor Blockers) ช่วยในการควบคุมความดันโลหิตได้ แต่ถ้าหากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีในระยะนี้สามารถให้ยาความดันโลหิตกลุ่มอื่นได้

ระยะที่สาม ในระยะนี้การทำงานของไตที่ขับของเสียที่มีไนโตรเจนเป็นองค์ประกอบลดลงต่ำกว่าครึ่ง จำเป็นต้องลดอาหารโปรตีนลงเหลือ 0.6 กรัม/กิโลกรัม/วัน และต้องลดอาหารที่มีเกลือฟอสฟอรัสสูง การใช้ยาในกลุ่มฟอสเฟต อาทิ แคลเซียมคาร์บอเนตและวิตามินดี ควรเริ่มให้ในระยะนี้จะช่วยในการชะลอการเสื่อมของไต

ระยะที่สี่ ผู้ป่วยในระยะนี้ซึ่งจะเริ่มมีอาการแทรกซ้อนจากโรคไตวายเรื้อรังต้องป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยเสียชีวิตหรือพิการในระยะนี้ต้องระวังเรื่องระดับโปตัสเซียมในเลือดสูงเพราะไตขับโปตัสเซียมออกได้น้อยลง อาจมีอันตรายถึงชีวิต ต้องลดอาหารประเภทผักและผลไม้ ไม่ควรใช้ยาในกลุ่มยับยั้งเอนไซม์ที่กระตุ้นการสลายแองจิโอเทนซิน (Angiotensin Converting Enzyme Inhibitors) ยาปิดกั้นแองจิโอเทนซินทูรีเซพเตอร์ (Angiotensin II Receptor Blockers) และยาขับปัสสาวะในกลุ่มเก็บโปตัสเซียม (Potassium Sparing) สำหรับการใช้ยาเพื่อเพิ่มเม็ดเลือดแดงเพื่อป้องกันอาการอ่อนเพลีย ควรใช้ยาในกลุ่มอีริโทรพอยอิติน (Erythropoietin) เหล็ก และกรดโฟลิกส่วนการช่วยไม่ให้เลือดเป็นกรดควรให้โซเดียมไบคาร์บอเนต

ระยะที่ห้า ในระยะนี้ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลียมากขึ้น มีอาการบวมเพราะไตขับน้ำและเกลือลดลง มีอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ซีด หอบ เหนื่อย สับสน ซึม ซึ่งอาการดังกล่าวเกิดจากภาวะยูรีเมีย ต้องทำการบำบัดทดแทนไตโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) หรือการล้างไตทางเยื่อช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (Peritoneal Dialysis) หรือการปลูกถ่ายไต (Kidney transplantation) การล้างไตทางเยื่อช่องท้องอย่างต่อเนื่องเป็นกระบวนการแลกเปลี่ยนน้ำและสารละลายภายในช่องท้องตลอด 24 ชั่วโมงต่อ 1 วันและ 7 วันต่อ 1 สัปดาห์ โดยมีหลักการคือใช้เยื่อช่องท้องทำหน้าที่เป็นเยื่อกั้นระหว่างน้ำยาไดอะลิซิสกับเลือด ภายหลังจากที่มีการแลกเปลี่ยนกัน



แล้วทำให้มีการลดลงของน้ำและของเสียที่คั่งในเลือด ได้แก่ ยูเรีย ครีเอตินิน รวมทั้ง เกลือแร่ต่างๆ การล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องนี้ ผู้ป่วยเป็นผู้ที่กระทำด้วยตนเองที่บ้านโดยการใส่น้ำยาเข้าไปในช่องท้องตลอด 24 ชั่วโมง ติดต่อกันทุกวันโดยไม่มีวันหยุด มีการเปลี่ยนน้ำยาเข้าและออก วันละ 3-4 ครั้ง (สุจิตรา ลีมนานวยลาภ, 2539) ส่วนการปลูกถ่ายไตเป็นวิธีการรักษาวิธีหนึ่งสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายโดยการปลูกถ่ายไตจากผู้บริจาคไต (Donor) ไปยังผู้ป่วยหรือผู้รับบริจาคไต (recipient) โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้บริจาคไตและผู้รับบริจาคไต รวมทั้งมีการทดสอบความเข้ากันได้ของระบบภูมิคุ้มกัน การรักษาโดยการปลูกถ่ายไตเป็นวิธีได้รับความนิยมมากเนื่องจากทำให้สุขภาพผู้ป่วยแข็งแรงมีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ (สุจิตรา ลีมนานวยลาภ, 2539)

2.2 แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคไตเรื้อรัง ก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ.2552

2.2.1 แนวทางเวชปฏิบัติที่ 1 การเลือกผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคไตเรื้อรังเข้ารับการรักษาโรคไตเรื้อรัง ผู้ป่วยที่มีประวัติดังต่อไปนี้จัดเป็น ผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเป็น โรคไตเรื้อรัง

2.2.1.1 โรคเบาหวาน

2.2.1.2 โรคความดันโลหิตสูง

2.2.1.3 โรคแพ้ภูมิตนเอง

2.2.1.4 โรคติดเชื้อในระบบ (Systemic Infection) ที่อาจก่อให้เกิดโรคไต

2.2.1.5 โรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular Disease)

2.2.1.6 โรคติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะซ้ำหลายครั้ง

2.2.1.7 ได้รับสารพิษหรือยาที่ทำลายไต

2.2.1.8 อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป

2.2.1.9 มีมวลเนื้อไตลดลง ทั้งที่เป็นมาแต่กำเนิดหรือเป็นภายหลัง

2.2.1.10 มีประวัติโรคไตเรื้อรังในครอบครัว

2.2.1.11 ตรวจพบนิ่วในไต

2.2.2 แนวทางเวชปฏิบัติที่ 2 การคัดกรองโรคไตเรื้อรัง

ผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงข้อใดข้อหนึ่งจากแนวทางเวชปฏิบัติที่ 1 ควรได้รับการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรคไตเรื้อรัง ดังนี้

2.2.2.1 ประเมินค่า estimated GFR (eGFR) อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ด้วยการตรวจระดับครีเอตินินในซีรัม (Serum Creatinine, SCr) และคำนวณด้วยสูตร Modifi Cation of Diet in Renal Disease (MDRD) Equation

2.2.2.2 ตรวจหาโปรตีนจากตัวอย่างปัสสาวะถ่ายครั้งเดียว โดยใช้แถบสีจุ่ม (Dipstick)

1) กรณีผู้ป่วยเบาหวาน

(1) ถ้าตรวจพบมีโปรตีนรั่วทางปัสสาวะตั้งแต่ระดับ 1+ขึ้นไป และไม่มีสาเหตุที่สามารถทำให้เกิดผลบวกปลอม ถือได้ว่ามีภาวะไตผิดปกติ

(2) ถ้าตรวจไม่พบโปรตีนรั่วทางปัสสาวะด้วยแถบสีจุ่มควรส่งตรวจ urinary Albumin/Creatinine Ratio (UACR) จากการเก็บปัสสาวะตอนเช้า (Spot morning Urine) ถ้ามีค่า 30-300 mg/g แสดงว่ามีภาวะ Microalbuminuria



(3) ในกรณีที่ไม่สามารถส่งตรวจ UACR ได้ อาจส่งตรวจปัสสาวะด้วย Microalbuminuria dipstick แทน ถ้าได้ผลบวกให้ถือว่า ผู้ป่วยอาจมีภาวะ Microalbuminuria

2) กรณีผู้ป่วยไม่ได้เป็นเบาหวาน

(1) ถ้าตรวจพบมีโปรตีนรั่วทางปัสสาวะตั้งแต่ระดับ 2+ ขึ้นไป และไม่มีสาเหตุที่สามารถทำให้เกิดผลบวกปลอม ถือได้ว่ามีภาวะไตผิดปกติ

(2) ถ้าตรวจพบโปรตีนรั่วทางปัสสาวะในระดับ 1+ ควรส่งตรวจ urinary protein/creatinine ratio (UPCR) ถ้ามากกว่า 500 mg/g ให้ถือว่ามีภาวะไตผิดปกติ

3) ตรวจสอบเม็ดเลือดแดงในปัสสาวะด้วยแถบสีจุ่ม ถ้าได้ผลบวกให้ทำการตรวจ microscopic examination โดยละเอียด หากพบเม็ดเลือดแดงมากกว่า 5/HPF ในปัสสาวะที่ได้รับการปั่น และไม่มีสาเหตุที่สามารถทำให้เกิดผลบวกปลอม ถือได้ว่ามีภาวะไตผิดปกติ

4) ในกรณีที่ตรวจพบความผิดปกติตามข้อ 2.1 - 2.3 ควรได้รับการตรวจซ้ำอีกครั้ง ในระยะเวลา 3 เดือน หากยืนยันความผิดปกติสามารถให้การวินิจฉัยผู้ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง หากผลการตรวจซ้ำไม่ยืนยันความผิดปกติ ให้ทำการคัดกรองผู้ป่วยในปีถัดไป

5) การตรวจอื่นๆ เช่น การตรวจทางรังสี (Plain KUB) และ/หรือการตรวจอัลตราซาวด์ (Ultrasonography of KUB) ขึ้นอยู่กับข้อบ่งชี้ในผู้ป่วยแต่ละราย

2.2.3 แนวทางเวชปฏิบัติที่ 3 การติดตามระดับการทำงานของไตในโรคไตเรื้อรัง ควรมีการติดตามระดับการทำงานของไตโดยการตรวจค่า eGFR และการตรวจปัสสาวะโดยมีความถี่ในการตรวจแบ่งตามระยะของโรคไตเรื้อรังได้ ดังนี้

2.2.3.1 โรคไตเรื้อรังระยะที่ 1 และ 2 ติดตามอย่างน้อยทุก 12 เดือน (ทุก 6 เดือน ถ้าตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะ)

2.2.3.2 โรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ติดตามอย่างน้อยทุก 6 เดือน (ทุก 12 เดือน ถ้าระดับการทำงานของไตคงที่และตรวจไม่พบโปรตีนในปัสสาวะ)

2.2.3.3 โรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ติดตามอย่างน้อยทุก 3 เดือน (ทุก 6 เดือน ถ้าระดับการทำงานของไตคงที่)

2.2.3.4 โรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ติดตามอย่างน้อยทุก 3 เดือน

2.2.4 แนวทางเวชปฏิบัติที่ 4 การส่งปรึกษาหรือส่งต่อผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

2.2.4.1 ควรส่งปรึกษาหรือส่งต่อผู้ป่วยพบอายุรแพทย์ เมื่อ

4.1.1 ผู้ป่วยมี eGFR 30-59 mL/min/1.73m² ร่วมกับมีการเสื่อมของไต ไม่มากกว่า 7 mL/min/1.73m² ต่อปี

2.2.4.2 ควรส่งปรึกษาหรือส่งต่อผู้ป่วยพบอายุรแพทย์โรคไต เมื่อ

1) ผู้ป่วยมี eGFR 30-59 mL/min/1.73m² ร่วมกับมีการเสื่อมของไตมากกว่า 7 mL/min/1.73m² ต่อปี หรือมีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

2) ผู้ป่วยมี eGFR น้อยกว่า 30 mL/min/1.73m²

3) ผู้ป่วยมีโปรตีนรั่วในปัสสาวะมากกว่า 1,000 mg ต่อวัน หรือ Spot Urine protein/creatinine ratio มากกว่า 1,000mg/g creatinine หลังได้รับการควบคุมความดันโลหิตได้ตามเป้าหมายแล้ว



2.2.5 แนวทางเวชปฏิบัติที่ 5 การควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

2.2.5.1 เป้าหมายของระดับความดันโลหิตที่หวังผลชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง คือ น้อยกว่า 130/80 mmHg

2.2.5.2 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีความดันโลหิตสูง ควรได้รับยา angiotensin converting enzyme inhibitor (ACEI) หรือ angiotensin receptor blocker (ARB) เป็นยาตัวแรก ถ้าไม่มีข้อห้ามในการใช้

2.2.5.3 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับยา ACEI หรือ ARB ควรใช้ยาในขนาดปานกลางหรือสูง ตามที่มีการศึกษาวิจัยผลดีของยาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

2.2.5.4 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับยา ACEI หรือ ARB ควรได้รับการติดตามระดับครีเอตินินในซีรัม (SCr) และระดับโปแตสเซียมในซีรัม (Serum K) เป็นระยะตามความเหมาะสมและยังคงใช้ยาดังกล่าวต่อไปได้ในกรณีที่มีการเพิ่มขึ้นของ SCr ไม่เกิน 30% จากค่าพื้นฐานในระยะเวลา 4 เดือน หรือ Serum K น้อยกว่า 5.5 mmol/L

2.2.5.5 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังส่วนใหญ่จำเป็นต้องใช้ยาลดความดันโลหิตอย่างน้อย 2 ชนิดร่วมกัน เพื่อควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับเป้าหมาย

ตาราง 2.1 ช่วงเวลาที่แนะนำในการติดตาม ความดันโลหิต, GFR (Glomerular Filtration Rate) และโปแตสเซียมในซีรัม เพื่อเฝ้าระวังผลแทรกซ้อนของ ACEI หรือ ARB ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังตามค่า ที่วัดได้

ค่าที่วัดได้			
ค่าความดันซิสโตลิก (มม.ปรอท)	≥ 120	110 - 119	< 110
GFR (mL/min/1.73m ²)	≥ 60	30 - 59	< 30
GFR ที่ลดลงในช่วงแรก (%)	< 15	15 - 30	> 30
ระดับโปแตสเซียมในเลือด (mmol/L)	≤ 4.5	4.6 - 5.0	> 5
ช่วงเวลาที่แนะนำในการติดตาม			
หลังจากเริ่มใช้ยา หรือเพิ่มขนาดยา	4-12 สัปดาห์	2-4 สัปดาห์	< 2 สัปดาห์
หลังจาก BP ถึงเป้าหมายและขนาดยาคงที่	6-12 เดือน	3-6 เดือน	1-3 เดือน

2.2.6 แนวทางเวชปฏิบัติที่ 6 การลดปริมาณโปรตีนในปัสสาวะในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

2.2.6.1 เป้าหมายของระดับโปรตีนในปัสสาวะ (proteinuria) ที่หวังผลชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ไม่ได้เกิดจากเบาหวาน คือ UPCR น้อยกว่า 500-1,000 mg/g creatinine

2.2.6.2 เป้าหมายของระดับโปรตีนในปัสสาวะ (proteinuria) ที่หวังผลชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่เกิดจากเบาหวาน คือ ลดระดับโปรตีนในปัสสาวะให้ต่ำที่สุดเท่าที่จะทำได้

2.2.6.3 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับยา ACEI หรือ ARB ควรปรับขนาดยาจนปริมาณโปรตีนถึงเป้าหมาย



2.2.6.4 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ไม่ได้เกิดจากเบาหวานและมีระดับโปรตีนในปัสสาวะไม่ถึงเป้าหมาย อาจได้รับยา ACEI ร่วมกับ ARB (น้ำหนักคำแนะนำ c คุณภาพหลักฐานระดับ 1, 2) และควรได้รับการติดตามความปลอดภัยอย่างใกล้ชิดหรืออยู่ในการดูแลของอายุรแพทย์โรคไต

2.2.7 แนวทางเวชปฏิบัติที่ 7 การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

2.2.7.1 เป้าหมายของการควบคุมน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคไตเรื้อรัง คือ

1) ระดับน้ำตาลก่อนอาหาร (Preprandial Capillary Plasmaglucoese)

90-130 mg/dL (5.0-7.2 mmol/L)

2) ระดับน้ำตาลสูงสุดหลังอาหาร (Peak Postprandial Capillaryplasma Glucose) น้อยกว่า 180 mg/dL (<10.0mmol/L)

3) ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) น้อยกว่า 7.0% โดยควรตรวจเมื่อได้เป้าหมายตามข้อ 7.1.1 หรือ 7.1.2 แล้วและควรตรวจ HbA1C อย่างน้อยทุก 6 เดือน

2.2.7.2 การใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

1) ยังไม่มีข้อมูลเพียงพอที่แสดงว่ายาลดระดับน้ำตาลในเลือดชนิดใด ที่ช่วยชะลอการเสื่อมของไตได้ดีกว่ายาตัวอื่นนอกเหนือจากผลของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

2) ยาลดระดับน้ำตาลชนิดรับประทาน

(1) กลุ่ม biguanide (metformin): ไม่แนะนำให้ใช้ถ้ามีค่า serum creatinine มากกว่า 1.5 mg/dL ในผู้ชาย หรือมากกว่า 1.4 mg/dL ในผู้หญิง

(2) กลุ่ม sulfonylurea

(2.1) Chlorpropamide: ไม่แนะนำให้ใช้

(2.2) Glybenclamide: ไม่แนะนำให้ใช้ถ้า eGFR น้อยกว่า

30 mL/min/1.73m²

(2.3) Glipizide และ gliclazide: สามารถใช้ได้ ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยไม่ต้องปรับขนาดยา แต่ต้องระวังในผู้ป่วยที่ eGFR น้อยกว่า 10 mL/min/1.73m²

(3) กลุ่ม Alpha-Glucosidase Inhibitors :ได้แก่ Acarbose และ Miglitol ไม่แนะนำให้ใช้ถ้า eGFR น้อยกว่า 30 mL/min/1.73m²

(4) กลุ่ม Metiglinide (Repaglinide): สามารถใช้ได้ ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยไม่ต้องปรับขนาดยา (น้ำหนักคำแนะนำ + คุณภาพหลักฐานระดับ 4) ส่วน nateglinide จำเป็นต้องลดขนาดลง และไม่เหมาะในผู้ป่วยที่ eGFR น้อยกว่า 30 mL/min/1.73m²

(5) กลุ่ม Thiazolidinedione: สามารถใช้ได้ ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยไม่ต้องปรับขนาดยา แต่ต้องระวังภาวะบวมและหัวใจวายจากการที่มีเกลือและน้ำคั่งและไม่ควรใช้ Rosiglitazone ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

2.2.7.3 อินซูลินเป็นยาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยเฉพาะเมื่อการทำงานของไตลดลงอย่างมาก

2.2.8 แนวทางเวชปฏิบัติที่ 8 การควบคุมระดับไขมันในเลือดในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

2.2.8.1 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังควรได้รับการควบคุมระดับไขมันในเลือด โดยให้ระดับไขมัน LDL cholesterol น้อยกว่าหรือเท่ากับ 100 mg/dL (น้ำหนักคำแนะนำ a คุณภาพหลักฐานระดับ 3) และน้อยกว่า 70 mg/dL ในผู้ป่วยซึ่งมีหลักฐานว่ามีโรคหลอดเลือดหัวใจ หรือหลอดเลือดสมอง



2.2.8.2 การควบคุมระดับไขมันในเลือด ควรพิจารณาการควบคุมอาหารไขมันสูง บริโภคไขมันไม่อิ่มตัวได้ แต่ต้องจำกัดไขมันอิ่มตัวในอาหารและพิจารณาใช้ยากกลุ่มstatin เมื่อการควบคุมอาหารไม่ได้ตามเป้าหมาย

2.2.8.3 ใช้ยากกลุ่ม statin ตั้งแต่ต้นในผู้ป่วยซึ่งมีโรคหลอดเลือดหัวใจ หรือโรคหลอดเลือดสมอง

2.2.9 แนวทางเวชปฏิบัติที่ 9 การงดสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังต้องได้รับคำแนะนำให้งดสูบบุหรี่เพื่อชะลอการเสื่อมของไตและลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

2.2.10 แนวทางเวชปฏิบัติที่ 10 โภชนบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

2.2.10.1 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังควรได้รับอาหารโปรตีนต่ำเพื่อชะลอการเสื่อมของไต โดยกำหนดระดับอาหารโปรตีนที่ผู้ป่วยควรได้รับต่อวัน ดังนี้

1) ผู้ป่วยที่ eGFR น้อยกว่า 30 mL/min/1.73m² (ระยะที่ 4-5) ควรได้รับโปรตีน 0.6 กรัม/กิโลกรัมน้ำหนักตัวที่ควรเป็น

2) ผู้ป่วยที่ eGFR มากกว่า 30 mL/min/1.73m² (ระยะที่ 1-3) ควรได้รับโปรตีน 0.6-0.8 กรัม/กิโลกรัมน้ำหนักตัวที่ควรเป็น

3) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ควรได้รับโปรตีนที่มีคุณภาพสูง (Highbiological Value protein) โปรตีนที่มีกรดอะมิโนจำเป็นครบถ้วน ได้แก่ โปรตีนจากเนื้อสัตว์ ไข่ขาว เป็นต้นอย่างน้อยร้อยละ 60

2.2.10.2 ถ้าอายุน้อยกว่า 60 ปี เท่ากับ 35 กิโลแคลอรี/กิโลกรัมน้ำหนักมาตรฐาน/วัน
0.2.2 ถ้าอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี เท่ากับ 30-35 กิโลแคลอรี/กิโลกรัมน้ำหนักมาตรฐาน/วัน

2.2.10.3 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังควรได้รับการดูแลรักษาให้มีระดับโปแตสเซียมในซีรัมอยู่ในเกณฑ์ปกติ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีระดับโปแตสเซียมในซีรัมสูงควรค้นหาสาเหตุ เช่น ผลจากยา ACEI เป็นต้น และแนะนำให้รับประทานอาหารที่มีโปแตสเซียมต่ำ

2.2.10.4 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีความดันโลหิตสูง หรือมีอาการบวม ควรได้รับคำแนะนำให้รับประทานอาหารที่มีโซเดียมต่ำกว่า 100 มิลลิโมลต่อวัน (2,300 มิลลิกรัมของโซเดียม)

2.2.10.5 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังควรได้รับการชั่งน้ำหนัก คำนวณค่าดัชนีมวลกาย (Body mass index, BMI) วัดความดันโลหิต ตรวจสอบอาการบวมทุกครั้งที่มาพบแพทย์

2.2.10.6 ผู้ป่วยควรได้รับการตรวจระดับอัลบูมินในซีรัม (serum albumin) ทุก 3-6 เดือน โดยให้มีระดับอัลบูมินไม่น้อยกว่า 3.5 g/dL และไม่มีภาวะทุพโภชนาการ

2.2.10.7 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังควรได้รับการประเมินปริมาณโปรตีนที่ผู้ป่วยรับประทาน (Dietary Protein Intake) ทุก 3-6 เดือน โดยวิธีเก็บปัสสาวะ คำนวณหาค่า Normalized Protein Catabolic Rate (nPNA) ตามสูตรคำนวณในกรณีที่ไม่สามารถตรวจหาค่า nPNA อาจใช้วิธี Dietary Recall หรือ Food Record มาใช้ประเมินปริมาณโปรตีนที่ผู้ป่วยได้รับแทน

2.2.10.8 ในกรณีที่สามารถเก็บปัสสาวะ 24 ชั่วโมงได้ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังควรได้รับการประเมินปริมาณโซเดียมในปัสสาวะ อย่างน้อยทุก 3-6 เดือน

2.2.11 แนวทางเวชปฏิบัติที่ 11 การดูแลรักษาความผิดปกติของแคลเซียมและฟอสเฟตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง



2.2.11.1 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังควรได้รับการดูแลให้ Serum Calcium (Ca) และ Phosphate (P) อยู่ในเกณฑ์ปกติ ดังนี้

1) ค่า Corrected Serum Ca ระหว่าง 9.0-10.2 mg/dL

2) ค่า Serum P ระหว่าง 2.7-4.6 mg/dL

3. ผลคูณของ Serum Ca x P ไม่เกิน 55 (mg/dL)²

2.2.11.2 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีระดับ Serum P สูง ควรได้รับการแนะนำอาหารที่มีฟอสเฟตสูง เช่น เมล็ดพืช นม เนย กาแฟผง เป็นต้น และให้ยาลดการดูดซึมฟอสเฟต (Phosphate Binder)

2.2.11.3 ในกรณีที่สงสัยว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังขาดวิตามินดี อาจพิจารณาให้วิตามินดี

2.2.11.4 ในกรณีที่สงสัยว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 มีภาวะพาราไทรอยด์ฮอร์โมนสูง (Hyperparathyroidism) ควรส่งตรวจ เพื่อหาระดับพาราไทรอยด์ฮอร์โมน (Intact Parathyroid Hormone, iPTH) และควบคุมให้ได้ระดับ iPTH 150-300 pg/mL

2.2.12 แนวทางเวชปฏิบัติที่ 12 การดูแลรักษาภาวะโลหิตจางในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

2.2.12.1 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีระดับ Hemoglobin (Hb) ต่ำกว่า 10.0 g/dL โดยวินิจฉัยแยกสาเหตุของภาวะโลหิตจางอื่นๆ ออกไปแล้ว ควรได้รับ Erythropoiesis Stimulating Agent (ESA)

2.2.12.2 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับยา ESA ควรมีปริมาณเหล็กในร่างกายเพียงพอที่จะทำให้ระดับ Hb มากกว่า 10.0 g/dL โดยเป้าหมายที่แสดงว่ามีปริมาณเหล็กเพียงพอคือ serum ferritin มากกว่า 100 ng/mL และ Transferrin Saturation (TSAT) มากกว่า 20% โดยมีการตรวจก่อนการให้ ESA และติดตามอย่างน้อยทุก 3 เดือนอย่างไรก็ดี ควรระมัดระวังภาวะเหล็กเกินในร่างกาย ถ้า Serum Ferritin มีค่ามากกว่า 500 ng/mL การให้ธาตุเหล็กเสริมอาจให้ในรูปยารับประทานหรือยาฉีด

2.2.12.3 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับยา ESA ควรมีระดับ Hb เป้าหมายที่ 10.0g/dL แต่ไม่ควรให้สูงกว่า 13.0 g/dL

2.2.13 แนวทางเวชปฏิบัติที่ 13 การดูแลรักษาภาวะเลือดเป็นกรดในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังควรได้รับการรักษาภาวะเลือดเป็นกรดด้วยโซเดียมไบคาร์บอเนต ให้ความเป็นกรดต่างในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ซีรัมไบคาร์บอเนตมากกว่า 22 mmol/L)

2.2.114 แนวทางเวชปฏิบัติที่ 14 การหลีกเลี่ยงยาหรือสารพิษที่ทำลายไต ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทุกคนควรหลีกเลี่ยงการได้รับยากลุ่ม Non Steroidal Antiinflammatory drugs (NSAIDs) และ COX2 Inhibitors รวมทั้งควรใช้ยากลุ่ม Aminoglycosides Radiocontrast Agents และสมุนไพรด้วยความระมัดระวังเพราะอาจมีผลทำให้ไตเสื่อมเร็วขึ้นได้

2.2.15 แนวทางเวชปฏิบัติที่ 15 การฉีดวัคซีนในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

2.2.15.1 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทุกคนควรได้รับการชกประวัติเบื้องต้น และตรวจคัดกรองไวรัสและภูมิคุ้มกันตับอักเสบบี ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทุกคนควรได้รับวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี ชนิดบี (hepatitis B vaccine) ถ้าตรวจพบว่ายังไม่มีภูมิคุ้มกันโดยใช้ขนาดยาเป็น 2 เท่าของคนปกติ 3 เข็ม (0, 1, 6 เดือน) โดยแบ่งครึ่งและฉีดเข้ากล้ามเนื้อ deltoid ทั้งสองข้าง และมีการติดตามระดับภูมิคุ้มกันหลังฉีดเข็มสุดท้าย 1 เดือน ถ้าพบว่ายังไม่มีภูมิคุ้มกัน (antiHBs <10 IU/L) ให้ฉีดซ้ำ และตรวจภูมิคุ้มกันหลังฉีดครบอีกครั้ง



2.2.15.2 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ขึ้นไป ควรได้รับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ทุกปี (Infl Uenza Vaccine)

2.2.16 แนวทางเวชปฏิบัติที่ 16 การลดความเสี่ยงและคัดกรองโรคหัวใจและหลอดเลือด

2.2.16.1 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังควรได้รับการประเมินและลดระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยถือว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจระดับสูงมาก (Very High Risk)

2.2.16.2 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังควรได้รับการตรวจคัดกรองโรคหัวใจและหลอดเลือดในครั้งแรกที่ได้รับการวินิจฉัยและตรวจติดตามในกรณีที่มีข้อบ่งชี้ ดังนี้

1) เอกซเรย์ปอด (Chest x-ray)

2) คลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG)

2.2.16.3 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังควรได้รับการตรวจคัดกรองโรคหัวใจและหลอดเลือดอื่นๆ ตามข้อบ่งชี้เช่นเดียวกับผู้ป่วยทั่วไปที่ไม่ได้เป็นโรคไตเรื้อรัง

2.2.16.4 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังควรได้รับการดูแลรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดตามข้อบ่งชี้เช่นเดียวกับผู้ป่วยทั่วไปที่ไม่ได้เป็นโรคไตเรื้อรัง

2.2.17 แนวทางเวชปฏิบัติที่ 17 การเตรียมตัวเพื่อการบำบัดทดแทนไต

2.2.17.1 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังควรได้รับคำแนะนำให้เตรียมตัวเพื่อการบำบัดทดแทนไตเมื่อเริ่มเข้าสู่โรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 (eGFR < 30 mL/min/1.73m²)

2.2.17.2 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ขึ้นไป ควรได้รับคำแนะนำถึงทางเลือกวิธีการรักษา รวมทั้งข้อดีและข้อด้อยของการบำบัดทดแทนไตแต่ละประเภท และสิทธิประโยชน์ต่างๆ ที่พึงได้จากรัฐบาล หรือหน่วยงานอื่นๆ

2.2.17.3 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่เลือกการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ควรได้รับการเตรียมเส้นเลือด (vascular access) สำหรับการฟอกเลือดก่อนการฟอกเลือดอย่างน้อย 4 เดือน โดยที่ควรเลือก arterio-venous fistula เป็นลำดับแรก

2.3 วงจรบริหารงานคุณภาพ (PDCA)

2.3.1 ประวัติความเป็นมา ของ PDCA

William Edward Deming จบการศึกษาปริญญาตรีทางวิทยาศาสตร์ จากมหาวิทยาลัย Wyoming ปริญญาโททางวิทยาศาสตร์จากมหาวิทยาลัย Colorado และปริญญาเอก สาขา คณิตศาสตร์ฟิสิกส์จากมหาวิทยาลัย Yale ในปี 1928 ดร.เดมมิ่ง เริ่มงานกับกระทรวงเกษตร ในปี 1927 ในตำแหน่งนักคณิตศาสตร์และ สถิติศาสตร์ ปี 1939 ดร.เดมมิ่ง ย้ายมาเป็นที่ปรึกษาด้านการสุ่ม ตัวอย่างของสำนักสำมะโนประชากร ปี1946เริ่มสอนหนังสือที่คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัย New York และสอนหนังสือจนถึงปี 1993ตั้งแต่ปี1950 ดร.เดมมิ่ง เริ่มรับเป็นวิทยากรและที่ปรึกษาให้กับอุตสาหกรรมในประเทศญี่ปุ่น ผ่านสหภาพนักวิทยาศาสตร์วิศวกรรมญี่ปุ่นพัฒนาก้าวหน้าไปอย่างรวดเร็ว ปี 1951 JUSE เริ่มการมอบรางวัลคุณภาพ คุณภาพ Deming Prize of Quality ให้แก่ธุรกิจที่ ดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพในประเทศญี่ปุ่น ซึ่งเป็นรางวัลที่ทรงเกียรติที่ธุรกิจต่างๆต้องการ



และ เริ่มต้นก่อนรางวัลคุณภาพ Malcolm Baldrige (Malcolm Baldrige National Quality Award) หรือ MBNQA ในสหรัฐอเมริกาหลายสิบปีจนกระทั่งปี 1980 ดร.เดมมิ่ง ได้รู้จักกันกว้างขวางใน ชาวอเมริกา หลังร่วมออกรายการ ถ้าญี่ปุ่นทำได้ ทำไมเราจะทำไม่ได้ (If Japan Can, Why can't we) ของสถานีโทรทัศน์ NBC ดร.เดมมิ่ง เสนอหลักการสำคัญไว้ 14 ข้อคือ

- 2.3.1.1 สร้างปณิธานที่มุ่งมั่นในการปรับปรุงคุณภาพ ของสินค้าหรือบริการ (Constancy of Purpose) ผู้บริหารจะต้องมุ่งมั่น และทุ่มเทในการพัฒนาคุณภาพ โดยกำหนดแผนการดำเนินงานทั้งระยะสั้น ระยะกลางและระยะยาว ซึ่งจะพิสูจน์ความตั้งใจ อดทนและไม่ย่อท้อต่อความ ล้มเหลว
- 2.3.1.2. ยอมรับปรัชญาการบริหารคุณภาพใหม่ๆ (Adopt the New Philosophy) ที่เปลี่ยนแปลงและก้าวหน้าอย่างต่อเนื่อง
- 2.3.1.3 ยุติการควบคุมคุณภาพโดยการอาศัยการตรวจสอบเพียงด้านเดียว (Case Dependence on Mass Inspection)
- 2.3.1.4 ยุติการดำเนินธุรกิจโดยการตัดสินกันที่ราคาขายเพียงอย่างเดียว (End the Practice of Awarding)
- 2.3.1.5 ปรับปรุงระบบการผลิตและระบบการให้บริการต่อเนื่อง (Continual Improvement) โดยใช้วงล้อ PCDA เป็นเครื่องผลักดันองค์กรให้หมุนไปข้างหน้าอย่างต่อเนื่องซึ่งจะ ช่วยให้ธุรกิจก้าวหน้าไปข้างหน้าอย่างสม่ำเสมอและไม่หยุดยั้ง
- 2.3.1.6. ทำการฝึกอบรมทักษะ (Training for a skill) ในการทำงานและการจัดการ คุณภาพอย่างต่อเนื่อง
- 2.3.1.7. กำจัดความกลัวให้หมดไป (Driver Out Fear) เป็นพื้นฐานสำคัญขององค์การ คุณภาพ โดยส่งเสริมความกล้าถาม กล้าคิด กล้าตัดสินใจ กล้าปฏิบัติและกล้ายอมรับในความผิดพลาด ในทุกระดับของธุรกิจ
- 2.3.1.8. ทำลายสิ่งกีดขวางความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่างๆ (Break Down Barriers) โดยส่งเสริมการประสานงานและการช่วยเหลือกันข้ามสายงานเพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหา
- 2.3.1.9. ยกเลิกคำขวัญ คติพจน์และเป้าหมายที่ตั้งขึ้นตามอำเภอใจ (Eliminate Slogans, Exhortation, Arbitrary Targets)
- 2.3.1.10. ยกเลิกการกำหนดจำนวนโควตาที่เป็นตัวเลข (Eliminate Numerical Quotas) ในการประเมินผลงานด้านปริมาณเพียงด้านเดียว แต่จะต้องวัดคุณภาพอย่างชัดเจน โปร่งใส และตรวจสอบได้
- 2.3.1.11. ยกเลิกสิ่งที่กีดขวางความภาคภูมิใจของพนักงาน (Remove Barriers to Pride of Workmanship) โดยส่งเสริมให้พนักงานเกิดความภาคภูมิใจในผลงานและความสำเร็จของตน ซึ่งมีส่วนผลักดันให้เขาและองค์กรประสบความสำเร็จร่วมกัน
- 2.3.1.12. การศึกษาและ การเจริญเติบโต (Education and Growth) เพื่อทันต่อการ เปลี่ยนแปลงและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
- 2.3.1.13. ลงมือปฏิบัติ เพื่อให้บรรลุผลสำเร็จในการเปลี่ยนแปลง (Take Action to Accomplish the Transformation) ดำเนินการให้เห็นผลเป็นรูปธรรมและต่อเนื่องในระยะยาว ไม่ใช่การดำเนินการดำเนินเฉพาะหน้าในการแก้ปัญหาเพียงเล็กน้อยเท่านั้น โดยผู้บริหารต้องเป็นส่วน



สำคัญในการกำหนดกลยุทธ์และผลักดันการดำเนินงานด้านคุณภาพ โดยเป็นผู้นำ ต้นแบบ และผู้สนับสนุน การดำเนินงานคุณภาพอย่างสมบูรณ์คุณภาพเป็นพื้นฐานที่สำคัญในการดำเนินงาน และอนาคตของธุรกิจ โดย ดร.เดมมิ่ง กล่าวถึง ปฏิกริยาลูกโซ่ (Chain Reaction) ว่าการปรับปรุงคุณภาพจะก่อให้เกิดผลต่อเนื่อง ขั้นตอนได้แก่ค่าใช้จ่ายลดลง เพราะความผิดพลาดน้อยลง เพราะความผิดพลาดลดลง ความล่าช้าลดลง ลดความล่าช้า ไม่ต้องเสียเวลาแก้ไข และของเสียลดลงผลิตภัณฑ์เพิ่มขึ้น เพราะใช้ปัจจัยนำเข้าน้อยลง แต่ได้ผลลัพธ์มากขึ้นกว่าเดิมส่วนแบ่งตลาดเพิ่มขึ้น และคุณภาพสูงขึ้นคุณภาพจึงเป็นปัจจัยอันดับต้นๆในความสำเร็จของทุกองค์กร ที่ผู้บริหารจะต้องให้ความสนใจและให้ความสำคัญ นอกจากนี้ ระหว่างการสอนและเป็นที่ปรึกษาให้กับนักธุรกิจและนักอุตสาหกรรมชาวญี่ปุ่น ดร.เดมมิ่ง ได้นำวงจรของ Walter A. Shewhart มาปรับปรุงใช้และอธิบายให้เห็นรูปธรรม ซึ่ง Walter A. Shewhart เขียนเกี่ยวกับ Shewhart Cycle ไว้ในหนังสือของเขาในปี ค.ศ. 1939 โดยที่ ดร.เดมมิ่ง เรียกวงจรนี้ว่า Shewhart Cycle หรือ PDSA Cycle ส่วนในญี่ปุ่นรู้จักกันในนาม Deming Cycle และคนทั่วไปนิยมเรียก PDCA Cycle ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก ดังนี้ (Safter Pak, 2009)

- P = Plan หมายถึง การวางแผนเพื่อการปรับปรุงคุณภาพ
- D = Do หมายถึง การลงมือปฏิบัติตามแผน
- C = Check หมายถึง การตรวจสอบ
- A = Act หมายถึง ทำเป็นแผนถาวร หรือศึกษาเพื่อปรับปรุงแผน



ภาพประกอบ 2.1 โครงสร้างวงจร PDCA

2.3.2 องค์ประกอบของ PDCA

ที่คนทั่วไปรู้จักกันประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลักดังนี้ (วีรพล บดีรัฐ, 2543: 7)

Plan หมายถึง การวางแผน เป็นส่วนประกอบของวงจรที่มีความสำคัญ เนื่องจากการวางแผน จะเป็นจุดเริ่มต้นของงานและเป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้การทำงานในส่วนอื่นเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ การวางแผนในวงจร เดมมิ่ง เป็นการหาองค์ประกอบของปัญหา โดยวิธีการระดมความคิด การเลือกปัญหา การหาสาเหตุของปัญหา การหาวิธีการแก้ปัญหา การจัดทำตารางการปฏิบัติงาน การกำหนด วิธีการดำเนินการ การกำหนดวิธีการตรวจสอบและประเมินผล ในขั้นตอนนี้สามารถนำเครื่องมือเบื้องต้นแห่งคุณภาพอื่นๆมาใช้ร่วมกันด้วย เช่น Flowchart, Why-Why Diagram, How-How Diagram, 5W 2H Principles, Brainstorming ฯลฯ ในขั้นตอนนี้ดำเนินการดังนี้



1) ตระหนักและกำหนดปัญหาที่ต้องการแก้ไข หรือปรับปรุงให้ดีขึ้น โดยสมาชิกแต่ละคนร่วมมือและประสานกันอย่างใกล้ชิดในการระบุปัญหาที่เกิดขึ้นในการดำเนินงาน เพื่อที่จะร่วมกันทำการศึกษาและวิเคราะห์หาแนวทางแก้ไขต่อไป

2) การเก็บรวบรวมข้อมูล สำหรับการวิเคราะห์และตรวจสอบการดำเนินงานหรือสาเหตุของปัญหา เพื่อใช้ในการปรับปรุง หรือแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งควรวางแผนและดำเนินการเก็บข้อมูลให้เป็นระบบ ระเบียบ เข้าใจง่าย และสะดวกต่อการใช้งาน เช่นการวางตารางตรวจสอบ แผนภูมิ แผนภาพ หรือแบบสอบถาม เป็นต้น

3) อธิบายปัญหาและกำหนดแนวทางเลือกวิเคราะห์ปัญหาเพื่อใช้กำหนดสาเหตุของความบกพร่องตลอดจนแสดงสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นซึ่งนิยมใช้วิธีการเขียน และวิเคราะห์แผนภูมิหรือแผนภาพเช่นแผนภูมิแกงปลา แผนภูมิพาเรโตและแผนภูมิการควบคุม เป็นต้น เพื่อให้สมาชิกทุกคนในที่ทีมงานคุณภาพเกิดความเข้าใจในสาเหตุและปัญหาอย่างชัดเจนแล้วร่วมกันระดมความคิด (Brainstorm) ในการแก้ไขปัญหา

4) เลือกวิธีการแก้ไขปัญหา หรือปรับปรุงการดำเนินงาน โดยร่วมกันวิเคราะห์และวิจารณ์ ทางเลือกต่างๆผ่านการระดมความคิดและการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นของสมาชิกเพื่อตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ไขที่เหมาะสมที่สุดในการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพซึ่งอาจจะต้องทำวิจัยและหาข้อมูลเพิ่มเติมหรือกำหนดทางเลือกใหม่ที่มีความน่าจะเป็นในการแก้ปัญหาได้มากกว่าเดิมนอกจากนี้เทคนิคการวางแผนที่ดีควรตอบคำถามต่อไปนี้ได้ (สถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ, 2552)

- (1) มีอะไรบ้างที่ต้องทำ
- (2) ใครทำ
- (3) มีอะไรต้องใช้บ้าง
- (4) ระยะเวลาในการทำงานในแต่ละขั้นตอนเท่าใด
- (5) ลำดับการทำงานเป็นอย่างไร ควรทำอะไรก่อนหลัง
- (6) เป้าหมายในการกระทำครั้งนี้คืออะไร
- (7) เป้าหมายที่ดี ควรยึดหลัก SMART (อาภรณ์ ภูวิทย์พันธุ์, 2552)
 - (7.1) S - specific ชัดเจน เจาะจง
 - (7.2) M - measurable วัดได้ ประเมินผลได้
 - (7.3) A - attainable ต้องมีสิ่งสนับสนุนการบรรลุได้
 - (7.4) R-Relevant ความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับวิสัยทัศน์ภารกิจเป้าหมายและ

กลยุทธ์ T-time frame มีกำหนดเวลาให้แล้วเสร็จ

DO หมายถึงการปฏิบัติตามแผน เป็นการลงมือปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้ในตารางการปฏิบัติงาน ทั้งนี้ สมาชิกกลุ่มต้องมีความเข้าใจถึงความสำคัญและความจำเป็นในแผนนั้นๆ ความสำเร็จของการนำแผนมาปฏิบัติต้องอาศัยการทำงานด้วยความร่วมมือเป็นอย่างดีจากสมาชิกตลอดจนการจัดการทรัพยากรที่จำเป็นต้องใช้ปฏิบัติตามแผนนั้นๆ ในขั้นตอนนี้ขณะที่ลงมือปฏิบัติจะมีการตรวจสอบไปด้วย หากไม่เป็นไปตามแผนอาจ จะต้องมีการปรับแผนใหม่ และเมื่อแผนนั้นใช้งานได้ก็นำไปใช้เป็นแผนและถือปฏิบัติต่อไป เทคนิคขั้นตอนการปฏิบัติ ทำให้ถูกต้องตั้งแต่แรก จะได้ไม่ต้องแก้ไขหรือรับผลเสียจากการกระทำที่ผิดพลาดตรวจสอบทุกขั้นตอน หากพบข้อบกพร่องให้รีบแก้ไข ก่อนที่ความเสียหายจะขยายเป็นวงกว้าง



Check คือ การตรวจสอบ (check= c) หมายถึง การตรวจสอบว่าเมื่อปฏิบัติงานตามแผน หรือการแก้ปัญหาทางแผนแล้ว ผลลัพธ์เป็นอย่างไร สภาพปัญหาได้รับการแก้ไขตรงตามเป้าหมายที่กลุ่มตั้งใจหรือไม่ การไม่ประสบผลสำเร็จอาจเกิดสาเหตุหลายประการ เช่น ไม่ปฏิบัติตามแผน ความไม่เหมาะสมของแผนการเลือกใช้เทคนิคที่ไม่เหมาะสม เป็นต้น

เทคนิคขั้นตอนการตรวจสอบ

- 1) ตรวจสอบวิธีการและระยะเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติจริง ว่าทำได้ตามแผนหรือไม่
- 2) ตรวจสอบผล ที่ได้ว่าได้ตามเป้าหมายหรือไม่
- 3) ตรวจสอบว่ามีข้อมูลอะไรใหม่ๆ เกิดขึ้นบ้าง
- 4) รวบรวมและบันทึกข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการวิเคราะห์และปรับปรุง

ให้ติดต่อไป สิ่งที่จะสามารถรู้ได้ว่าผลกับแผนที่ตั้งไว้แตกต่างกันอย่างไร สิ่งสำคัญที่สุดคือการบันทึกข้อมูล ซึ่งเทคนิคการบันทึกข้อมูลมีเครื่องมืออยู่หลายชนิด และหลายเทคนิควิธี เช่น Check list, test, Questionnaires, Attitudetest, Interview, Observation, Fishbone Diagram, Pareto ฯลฯ

Action หมายถึง การดำเนินการให้เหมาะสม เป็นกระบวนการที่เกิดภายหลังที่กระบวนการ 3 ขั้นตอน ตามวงจรได้ทำการสำเร็จแล้ว ขั้นตอนนี้เป็น การนำเอาผลจากขั้นการตรวจสอบ (Check) มาดำเนินการให้เหมาะสมต่อไป(วิระพล บดีรัฐ, 2543:15-16) เทคนิคขั้นตอนการดำเนินการให้เหมาะสมหลังการตรวจสอบแล้ว ถ้าเราทำได้ตามเป้าหมาย ให้รักษาความดีนี้ไว้หากตรวจสอบแล้วพบว่ามีข้อผิดพลาดไม่ว่าขั้นตอนใดก็ตาม ให้หาสาเหตุและแก้ไขสาเหตุหาทางปรับปรุง เพื่อให้การปฏิบัติครั้งต่อไปให้ดีกว่าเดิมกรณีที่เกิดขึ้นเป็นไปตามแผนที่ตั้งไว้ให้นำวิธีการหรือการปฏิบัตินั้นมาปรับใช้ให้เป็นนิสัยหรือเป็นมาตรฐานส่วนตัวสำหรับใช้แผนอื่นๆ ที่มีลักษณะเดียวกัน นอกจากนี้เรายังจำเป็นต้องคิดหาทางปรับปรุงกระบวนการหรือวิธีการที่จำทำให้แผนประสบความสำเร็จมากกว่าที่ตั้งไว้ ซึ่งอาจจะหมายถึงประสบผลสำเร็จตามแผนเร็วขึ้น หรือใช้ทรัพยากรน้อยลง หรือได้ผลลัพธ์ที่มีคุณภาพมากขึ้นกรณีที่ไม่เป็นไปตามแผนที่ตั้งไว้ เมื่อผลลัพธ์ที่ได้ไม่เป็นไปตามแผนที่ตั้งไว้ไม่ว่าจะมากหรือให้อาข้อมูลที่รวบรวมไว้มาวิเคราะห์และให้พิจารณาว่าควรทำอะไรต่อไปเช่น

- 1) มองหาทางเลือกใหม่ที่นำไปได้
- 2) ใช้ความพยายามที่มากกว่าเดิม
- 3) ขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นในกรณีที่ไม่สามารถจัดการด้วยตัวเองได้
- 4) เปลี่ยนเป้าหมายใหม่

2.3.3 การใช้วงจร PDCA

วงจร PDAC ที่สมบูรณ์จะเกิดขึ้นเมื่อเรานำผลที่ได้จากขั้นตอนการดำเนินการที่เหมาะสม (A) มาดำเนินการให้เหมาะสมในกระบวนการวางแผนอีกครั้งหนึ่ง (P) และเป็นวงจรอย่างนี้เรื่อยๆ ไม่มีที่สิ้นสุด จนกระทั่งเราสามารถใช่วงจรนี้กับทุกกิจกรรมที่คล้ายกันได้อย่างเป็นปกติธรรมดาไม่ยุ่งยากอีก วงจร PDCA จะไม่ได้หยุดหรือจบลง เมื่อหมุนครบรอบ แต่วงล้อ PDCA จะหมุนไปข้างหน้าเรื่อยๆ โดยจะทำงานในการแก้ไขปัญหาในระดับที่สูงขึ้นและซับซ้อนขึ้น ยากขึ้น หรือเป็นการเรียนรู้สิ้นสุด ซึ่งสอดคล้องกับปรัชญาของการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (Continuous Improvement) หัวใจสำคัญของวงจร Deming ไม่ได้ขึ้นอยู่กับ PDCA เท่านั้น แต่อยู่ที่ทัศนคติ และเข้าใจคุณภาพอย่างแท้จริง หรือที่เรียกว่า คุณภาพอยู่ที่ใจ (Quality at Heart) ที่พร้อมจะเปิดการเรียนรู้ และพัฒนาตนเองอยู่



ตลอดเวลาอย่างมุ่งมั่นและไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค (ณัฐพันธ์ เขจรนันท์และคณะ, 2546: 80) นอกจากนี้ Ishikawa (2009) ได้ขยาย 4 ขั้นตอนของวงจร Deming ออกไปเป็น 6 ขั้นตอน ดังนี้

- 1) กำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์
- 2) กำหนดวิธีการที่จะไปสู่เป้าหมาย
- 3) ศึกษาและฝึกอบรม
- 4) ลงมือปฏิบัติ
- 5) ตรวจสอบผลการปฏิบัติ
- 6) ดำเนินการตามความเหมาะสม

2.3.4 ประโยชน์ของ PDCA สถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ (2552) ได้กล่าวถึงประโยชน์ของ PDCA ไว้ดังนี้

2.3.4.1. เพื่อป้องกัน

1) การนำวงจร PDCA ไปใช้ ทำให้ผู้ปฏิบัติมีการวางแผนการปฏิบัติที่ดี ช่วยป้องกันปัญหาที่ยังไม่เกิดขึ้น ช่วยลดการสับสนในการทำงาน ลดการใช้ทรัพยากรมากหรือน้อยเกินความพอดี ลดความสูญเสียในรูปแบบต่างๆ

2) การทำงานที่มีการตรวจสอบเป็นระยะ ทำให้การปฏิบัติงานมีความรัดกุมขึ้น และแก้ไขปัญหาได้อย่างรวดเร็วก่อนจะลุกลาม

3) การตรวจสอบที่จะนำไปสู่การแก้ไขปรับปรุง ทำให้ปัญหาที่เกิดขึ้นแล้วไม่เกิดซ้ำ หรือลดความรุนแรงของปัญหาถือเป็นการนำความผิดพลาดมาใช้ให้เกิดประโยชน์

2.3.4.2 เพื่อการแก้ไขปัญหา

1) ถ้าเราประสบสิ่งที่ไม่เหมาะสม ไม่สะอาด ไม่สะดวก ไม่มีประสิทธิภาพ ไม่ประหยัดเราควรแก้ไขปัญหา

2) การใช้ PDCA เพื่อการแก้ไขปัญหา ด้วยการตรวจสอบว่ามีอะไรบ้างที่เป็นปัญหา เมื่อพบปัญหาได้นำมาวางแผนเพื่อการดำเนินการตามวงจร PDCA ต่อไป

2.3.4.3. เพื่อการปรับปรุง

โดยการใช้วงจร PDCA เป็นเครื่องมือในการดำเนินงาน 2 ลักษณะดังนี้ (วีรพล บดีรัฐ, 2553: 7)

1) ทุกครั้งที่เริ่มต้นทำกิจกรรม PDCA จะช่วยให้กิจกรรมมีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง การใช้งาน PDCA ในแนวทางนี้เริ่มจากการตั้งเป้าหมายด้วยการวางแผน (P) และการนำไปสู่การปฏิบัติ (D) หลังจากนั้นมีการตรวจสอบประเมินผลการปฏิบัติงานตามแผน (C) ว่าผลนั้นเป็นไปตามที่คิดไว้มากน้อยเพียงใดและขั้นสุดท้ายก็คือ นำผลที่ได้จากการประเมินไปดำเนินการต่อตามความเหมาะสม (A) หากผลการปฏิบัติเป็นไปตามแผนที่ตั้งไว้ก็จะจัดทำมาตรฐานสำหรับวิธีการดำเนินการเพื่อทำกิจกรรมลักษณะเดียวกันต่อไป แต่หากว่าผลการดำเนินงานไม่เป็นไปตามแผนที่ตั้งไว้ อาจจะจำเป็นต้องคิดปรับเปลี่ยนบางอย่างเช่น เปลี่ยนแผน เปลี่ยนวิธีการดำเนินการ ฯลฯ

2) เมื่อต้องการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น การใช้งาน PDCA ในแนวทางนี้เริ่มต้นจากรระบุปัญหาและค้นคว้าวิธีการแก้ไขปัญหาด้วยการกำหนดเป็นแผน (P) แล้วลงมือแก้ไขปัญหาตามแผน (D) ในการแก้ไขปัญหาอาจจะสำเร็จหรือไม่สำเร็จก็ได้ ซึ่งจะทราบได้ด้วยการตรวจสอบผลลัพธ์และวิธีการประเมินวิธีแก้ไขปัญหาลูกเลือกใช้ (C) และสุดท้ายเมื่อตรวจสอบและประเมินผลแล้วหากวิธีการแก้ไข



ปัญหานั้นใช้ได้ผลแก้ปัญหานั้นได้ ก็นำวิธีการนั้นมาใช้แก้ไขปัญหามีลักษณะเดียวกันในอนาคตต่อไป แต่ถ้าหากวิธีการนั้นแก้ปัญหานั้นไม่ได้ผลก็มีการคิดหาวิธีการแก้ไขปัญหาแบบใหม่มาใช้ต่อไป (A)

สรุป PDCA คือ วงจรบริหารงาน คุณภาพ มาจาก ภาษาอังกฤษ 4 คำ ได้แก่ P=Plan (วางแผน) D=Do (การปฏิบัติ), C=Check (ตรวจสอบ), A=Action (ดำเนินการให้เหมาะสม) แนวคิดเกี่ยวกับวงจร PDCA เริ่มขึ้นเป็นครั้งแรกโดยนักสถิติ Walter Shewhart ในประเทศสหรัฐอเมริกา เป็นที่รู้จักกันในชื่อ “วงจร Shewhart” และได้มีการเผยแพร่อย่างกว้างขวางโดย W.Edwards Deming ปรมาจารย์ทางด้านการบริหารคุณภาพ หลายคนจึงเรียกวงจรนี้ว่า " Deming Cycle "

2.4 แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

คำว่า “การวิจัยเชิงปฏิบัติการ” ถูกบัญญัติขึ้นครั้งแรกโดย Kurt Lewin นักจิตวิทยาสังคมชาวอเมริกัน เมื่อประมาณปี ค.ศ. 1944 โดยมีแนวคิดสำคัญอยู่ 2 ประการคือ แนวคิดเกี่ยวกับการตัดสินใจของกลุ่ม และแนวคิดด้านภาระหน้าที่ในการพัฒนาปรับปรุง ลักษณะของการวิจัยปฏิบัติการที่แตกต่างจากการวิจัยแบบอื่น คือ การวิจัยปฏิบัติการจะเน้นผลที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงอย่างมีแผน อันเนื่องมาจากการวิจัย ซึ่งถือเป็นหน้าที่แรกของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ในอันที่จะนำไปสู่การปรับปรุงและใช้ในการประเมินผลลัพธ์ของยุทธวิธีในการปฏิบัติงาน ดังนั้นการวิจัยเชิงปฏิบัติการจึงเป็นกิจกรรมกลุ่ม

2.4.1 ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

ความหมายการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

ยาใจ พงษ์บริบูรณ์ (2537, อ้างอิงจาก สมนึก ปฏิพานนท์, 2550) กล่าวว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการ คือการวิจัยที่ใช้กระบวนการปฏิบัติอย่างมีระบบ โดยผู้วิจัยและผู้เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการและวิเคราะห์วิจารณ์ผลการปฏิบัติ จากการใช้วงจร 4 ขั้นตอนคือ การวางแผน การลงมือกระทำ การสังเกตและการสะท้อนการปฏิบัติ ซึ่งดำเนินการต่อเนื่องกันไป ผลที่ได้นำไปปรับแผนเข้าสู่วงจรใหม่จนกว่าจะได้ข้อสรุปที่แก้ไขปัญหานั้นได้จริง

ยาใจ พงษ์บริบูรณ์ (2552, อ้างอิงจาก Lewin, 1946) กล่าวว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการ คือการวิจัยที่ใช้กระบวนการศึกษาในลักษณะกลุ่มรวมกันทำงานและตัดสินใจ อย่างมีพันธะต่อกันเพื่อมุ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น และใช้การปฏิบัติการ 3 ขั้นตอน คือการวางแผน การปฏิบัติการ และการสะท้อนผลการปฏิบัติ

สมนึก ปฏิพานนท์ (2550) กล่าวว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นการวิจัยที่มุ่งจะนำหลักการของวิธีการทางวิทยาศาสตร์มาใช้เพื่อแก้ปัญหาในสภาพการณ์เฉพาะ เน้นการวิจัยที่ง่ายไม่สลับซับซ้อน และนำไปใช้ในการแก้ปัญหาในการทำงานจริงๆ

สุวิมล ร่องวาณิช (2551, อ้างอิงจาก Dick B., 2000) กล่าวว่า การวิจัยปฏิบัติการ ประกอบด้วยวิธีวิทยาการการวิจัยที่ทำให้เกิดผลของการปฏิบัติ และผลของการวิจัย ในเวลาเดียวกัน โดยมีขั้นตอนการวิจัยที่เป็นวงจรต่อเนื่อง ประกอบด้วยผู้มีส่วนร่วมในกระบวนการ ใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งส่วนใหญ่มีลักษณะเป็นข้อความที่เป็นภาษามากกว่าตัวเลข นอกจากนี้ยังมีการสะท้อนผลซึ่งครอบคลุมทั้งส่วนที่เป็นกระบวนการและผลลัพธ์ มีความยืดหยุ่น ตอบสนองต่อความต้องการจำเป็นที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ต่างๆ เป็นการวิจัยที่มีการสร้างสมมติฐานการวิจัยจากข้อมูลที่รวบรวมได้ระหว่าง



การทำวิจัย และสามารถใช้กระบวนการดังกล่าวเป็นเครื่องมือสำหรับการวิจัยนำร่อง การนำไปใช้เป็นเครื่องมือวินิจฉัยจุดบกพร่องต่างๆ หรือใช้เพื่อการประเมินผล

ธีรวิทย์ เอกะกุล (2552) ให้ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการ หมายถึง การรวบรวมและหรือการแสวงหาข้อเท็จจริง โดยใช้ขั้นตอนกระบวนการทางวิทยาศาสตร์เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อสรุปอันนำไปสู่การแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ ทั้งในด้านประสิทธิภาพและประสิทธิผลของงานในขอบข่ายที่รับผิดชอบ โดยผู้วิจัยมีการปรับปรุงแก้ไข และดำเนินการซ้ำหลายๆ ครั้ง จนกระทั่งผลการปฏิบัติงานนั้นบรรลุจุดประสงค์หรือแก้ไขปัญหานั้นที่ประสบอยู่ได้สำเร็จ

พินดา แก้วกิ่ง (2551) ให้ความหมายว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะช่วยในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในชั้นเรียน ครูสามารถนำผลมาใช้ในการปรับปรุงการเรียนการสอนหรือส่งเสริมพัฒนาการเรียนรู้ของผู้เรียนให้ดียิ่งขึ้นโดยมีการแก้ปัญหา 4 ขั้นตอน คือ วางแผน ลงมือปฏิบัติ สังเกต และสะท้อนผลการปฏิบัติ ดำเนินการต่อไปจนกว่าจะได้ข้อสรุปที่แก้ไขปัญหาได้จริง อีกทั้งข้อค้นพบที่ได้มาจากกระบวนการสืบค้นที่เป็นระบบและเชื่อถือได้ ทำให้ผู้เรียนเกิดการพัฒนาการเรียนรู้และครูเกิดการพัฒนาการจัดการเรียนการสอนส่งผลต่อการพัฒนาวิชาชีพครู

ประพร โชติพงษ์ (2552) ให้ความหมายว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นการศึกษา ค้นคว้าร่วมกันด้วยวิธีการอย่างเป็นระบบของกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน เพื่อหาแนวทางการปฏิบัติเพื่อการแก้ไขปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น ซึ่งถ้ากล่าวในบริบทของโรงเรียนการวิจัยเชิงปฏิบัติการก็เป็นการหาแนวทางปรับปรุง หรือพัฒนาวิธีการจัดการเรียนรู้ของครูจากการทดลองปฏิบัติเพื่อสรุปแนวทางแก้ปัญหาด้านการเรียนการสอนที่ครูผู้สอนกำลังเผชิญอยู่

สุทธิดา รักษาพันธ์ (2550) ให้ความหมายว่า การวิจัยปฏิบัติการ (Action Research) หมายถึง การแสวงหาวิธีการแก้ปัญหาค้นคว้าการศึกษาที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานจริง โดยผู้วิจัยและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้วิเคราะห์ วิจัยและสะท้อนผลการปฏิบัติงาน เพื่อนำผลหรือสรุปผลที่ได้จากการวิจัยให้ได้เป็นรูปแบบหรือแนวทางในการนำไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงาน

โดยสรุปการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นการวิจัยที่เน้นการพัฒนาหรือแก้ปัญหา โดยอาศัยการทำงานร่วมกันของทีมผู้วิจัย มีวงจรพัฒนาต่อเนื่อง เพื่อให้ผลการปฏิบัติงานของตนมีประสิทธิภาพดีขึ้นหรือสามารถแก้ปัญหาได้ การศึกษาค้นคว้ารวบรวมข้อเท็จจริงโดยใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์เพื่อนำผลหรือข้อสรุปที่ได้ไปเป็นรูปแบบหรือแนวทางในการแก้ปัญหา

2.4.2 ประเภทของการวิจัยปฏิบัติการ

การวิจัยปฏิบัติการแบ่งออกเป็น 3 ประเภท (ประวิต เอราวรรณ์, 2545 อ้างอิงจาก McKernan, 1996: unpagged) ดังนี้

2.4.2.1 การวิจัยเชิงปฏิบัติการเชิงวิธีวิทยาศาสตร์ (Scientific Action Research) เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่อาศัยกระบวนการทางวิทยาศาสตร์เป็นวิธีวิจัยหรือวิธีแก้ปัญหา เช่น รูปแบบวิจัยปฏิบัติการของเคิร์ต เลวิน ตาบา โนเอล และลิปพิท แรดเก (Kurt Lewin, Taba – Noel, Lippitt – Radke)

2.4.2.2 การวิจัยปฏิบัติการเชิงปฏิบัติ (Practical – Deliberative Action Research) เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับความเข้าใจและปรับปรุงพัฒนาวิธีการปฏิบัติงาน ผู้ปฏิบัติการเป็นผู้ริเริ่มโครงการและบทบาทของผู้วิจัย คือ การกระตุ้นและช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความ



เข้าใจและทำการปรับปรุงการปฏิบัติงาน เช่น รูปแบบการวิจัยปฏิบัติการของจอห์น เอลเลียต และเดวิด เอบบัท (John Elliott , avid Ebbutt)

2.4.1.3 การปฏิบัติการเชิงอิสระ (Emancipatory Action Research Deakin) เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการตอบสนองความต้องการขององค์กร โดยมีจุดประสงค์ เพื่อสร้างความเข้าใจและปรับปรุงการปฏิบัติงาน โดยกลุ่มผู้วิจัยมีอิสระในการเผชิญหน้ากับปัญหาและร่วมมือกันแสวงหาวิธีที่ดีที่สุดที่จะแก้ไข แล้วส่งสะท้อนตนเองจากผลการปฏิบัติ เช่น รูปแบบวิจัยปฏิบัติการของ Kemmis และคณะ ซึ่งมีความเห็นว่า กระบวนการวิจัยปฏิบัติการมีลักษณะเป็นเกลียว (Spiral) ประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกตผล และการสะท้อนผล

2.4.3 หลักการสำคัญของการวิจัยปฏิบัติการ

หลักการสำคัญของการวิจัยปฏิบัติการ (ประวิต เอราวรธณ์, 2545 อ้างอิงจาก McKernan, 1996: unpagged) มีหลักการสำคัญซึ่งสรุปได้ดังนี้

- 2.4.3.1. เพิ่มพูนความเข้าใจในปัญหาต่างๆ
 - 2.4.3.2 มุ่งปรับปรุงการปฏิบัติตนและการปฏิบัติงานของบุคคล
 - 2.4.3.3 เน้นที่ปัญหาเร่งด่วนของผู้ปฏิบัติงาน
 - 2.4.3.4 ให้ความสำคัญต่อการร่วมมือกันของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง
 - 2.4.3.5 ดำเนินการวิจัยภายใต้สถานการณ์ที่กำลังเป็นปัญหา
 - 2.4.3.6 ผู้เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมอย่างเป็นธรรมชาติ
 - 2.4.3.7 เน้นการศึกษาเฉพาะกรณีหรือศึกษาเพียงหน่วยเดียว
 - 2.4.3.8 ไม่มีการควบคุมหรือจัดกระทำต่อตัวแปร
 - 2.4.3.9 ปัญหา วัตถุประสงค์ และระเบียบวิธี มีลักษณะเป็นกระบวนการสืบเสาะหาความรู้ ความจริง
 - 2.4.3.10 มีการประเมินหรือส่งสะท้อนผลที่เกิดขึ้นเพื่อทบทวน
 - 2.4.3.11 ระเบียบวิธีวิจัยมีลักษณะเป็นนวัตกรรม สามารถคิดขึ้นมาใหม่ให้เหมาะสมกับปัญหาได้
 - 2.4.3.12 กระบวนการศึกษามีความเป็นระบบหรือเป็นวิทยาศาสตร์และมีการแลกเปลี่ยนผลวิจัยและมีการนำไปใช้จริง
 - 2.4.3.13 ใช้วิธีการแบบบรรยายข้อมูล หรือการอภิปรายร่วมกันอย่างเป็นธรรมชาติ
 - 2.4.3.14 คิควิเคราะห์อย่างมีเหตุผล ซึ่งต้องมาจากการทำความเข้าใจการตีความหมายและการคิดอย่างอิสระ
 - 2.4.3.15 เป็นการวิจัยที่ปลดปล่อยความคิดอย่างอิสระ และเป็นการเสริมสร้างพลังร่วมในการทำงาน (Empowerment) ให้ผู้เกี่ยวข้อง
- กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการของมหาวิทยาลัยเดคิน (Deakin) ในประเทศออสเตรเลีย สตีเฟน เคมมิส และคณะ (Stephen Kemmis) ได้นำเอาแนวคิด เลวิน (Lewin) มาประยุกต์ใช้ในการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อปรับปรุงการจัดการศึกษาของออสเตรเลีย จนได้รับการยอมรับและเผยแพร่ไปกว้างขวาง ซึ่งในความคิดของ Kemmis และคณะนั้น การวิจัยเชิงปฏิบัติการ คือ การวิจัยแบบมีส่วนร่วมและการร่วมมือกันเป็นหมู่คณะ จะกระทำคนเดียวไม่ได้ เพราะการกระทำเพียงคนเดียวถึงแม้จะเกิดการเปลี่ยนแปลง ก็จะทำลายพลังการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากกลุ่ม ดังนั้น ในขั้นตอนของการวิจัย



เชิงปฏิบัติการจึงต้องกำหนดจุดสนใจร่วมกัน (Thematic Concern) เช่น สนใจที่จะพัฒนาหลักสูตร และวิธีสอนให้มีประสิทธิภาพ หรือพัฒนาให้ผู้เรียนเข้าใจวิธีการวิทยาศาสตร์ให้ลึกซึ้ง เป็นต้น เมื่อได้จุดสนใจร่วมกันแล้วก็นำไปสู่การปฏิบัติที่สำคัญ 4 ประการที่เกี่ยวข้องกันเป็นวงจร (ประวิต เอราวรรณ์, 2545) ดังนี้

1) การพัฒนาแผนการปฏิบัติเพื่อปรับปรุงสิ่งที่ปัญหา ซึ่งเป็นการปฏิบัติงานที่มีโครงสร้างและแนวทาง การวางแผนต้องมีความยืดหยุ่น และต้องคำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นในอนาคตที่อาจส่งผลกระทบต่อแผนที่กำหนดไว้

2) การปฏิบัติตามแผน ซึ่งเป็นการดำเนินการตามแนวทางที่วางไว้อย่างละเอียดรอบคอบ และมีการควบคุมอย่างสมบูรณ์

3) การสังเกตผลการปฏิบัติ เป็นการบันทึกข้อมูล หลักฐาน หรือร่องรอยต่างๆ อย่างมีวิจรรย์ญาณเกี่ยวกับผลที่ได้จากการปฏิบัติ โดยอาจใช้วิธีการวัดต่างๆ เข้ามาช่วยซึ่งสารสนเทศจากการสังเกตนี้จะนำไปสู่การสะท้อนและการปรับปรุงการปฏิบัติอย่างเข้าใจและถูกต้อง

4) การสะท้อนผลผลการปฏิบัติ เป็นกระบวนการทบทวนการปฏิบัติจากบันทึกที่ได้จากการสังเกตว่าได้ผลเป็นอย่างไร มีปัญหาหรือข้อขัดแย้งอย่างไร เพื่อเป็นพื้นฐานการวางแผนในวงจรต่อไป

ดังนั้นองค์ประกอบสำคัญของกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการของมหาวิทยาลัย DEAKIN จึงมีส่วนสำคัญ 4 ส่วน คือ การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) ซึ่งมีการเคลื่อนไหวลักษณะ “เกลียวสว่าน”

2.4.4 จุดมุ่งหมายของการวิจัยปฏิบัติการ

การวิจัยปฏิบัติการมีจุดมุ่งหมายที่สำคัญคือ ความพยายามที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและการปรับปรุงการปฏิบัติงานทางการศึกษา (ธีรวิทย์ เอกะกุล, 2552 อ้างอิงจาก Ebbutt, 1985) เพราะครูเป็นบุคคลที่มีความใกล้ชิดกับการจัดการศึกษามากที่สุด อันส่งผลกระทบโดยตรงต่อนักเรียน ซึ่งเป็นผลผลิตของการศึกษา คาร์ร และเคมมิส (ธีรวิทย์ เอกะกุล, 2552 อ้างอิงจาก Carr and Kemmis, 1986) ได้อธิบายจุดมุ่งหมายของการวิจัยปฏิบัติการว่าเพื่อปรับปรุง และเพื่อสร้างความเกี่ยวข้องผูกพัน

โคเฮน และแมนเนียน (ธีรวิทย์ เอกะกุล, 2552 อ้างอิงจาก Cohen and Manion, 1992) ได้จำแนกจุดมุ่งหมายของการวิจัยปฏิบัติการไว้ ดังนี้

1. เป็นแนวทางการวิเคราะห์ เพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นหรือเพื่อปรับปรุงเงื่อนไขสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น

2. เป็นแนวทางในการฝึกอบรมบุคลากรประจำการ โดยมุ่งส่งเสริมให้ครูได้รับทักษะและวิธีการใหม่ๆ ให้มีความชัดเจนในการวิเคราะห์ และตระหนักถึงบทบาทหน้าที่ของตน

3. เป็นแนวทางของการเพิ่มพูนหรือเสนอนวัตกรรมต่างๆ ทางการเรียนการสอน เพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

4. ปรับปรุงการสื่อสารที่ล้มเหลว ระหว่างครูผู้ปฏิบัติงานกับนักวิจัย และแก้ไขปรับปรุงความล้มเหลวของการวิจัยแบบดั้งเดิมให้มีความเข้าใจที่ชัดเจนยิ่งขึ้น

5. เป็นแนวทางของการเสนอทางเลือกใหม่ ที่มีความพึงพอใจเพิ่มมากขึ้นและแนวทางที่เหมาะสมกับการแก้ปัญหาในชั้นเรียน



นอกจากนี้ รุ่งทิวา มากสุข (2552 อ้างอิงจาก ยาใจ พงษ์บริบูรณ์, 2537) ได้กล่าวถึง จุดมุ่งหมายของการวิจัยปฏิบัติการว่า เป็นการปรับปรุงประสิทธิภาพของการปฏิบัติงานประจำให้ดีขึ้น โดยนำงานที่ปฏิบัติอยู่มาวิเคราะห์หาสาระสำคัญของสาเหตุที่เป็นปัญหา อันเป็นเหตุให้งานที่ปฏิบัตินั้น ไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร จากนั้นจะใช้แนวคิดทางทฤษฎีและประสบการณ์การปฏิบัติที่ผ่านมา แสดงวงหาข้อมูลและวิธีการที่คาดว่าจะแก้ปัญหาได้ แล้วนำวิธีการดังกล่าวไปทดลองใช้กับกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับปัญหา การวิจัยเชิงปฏิบัติการไม่จำเป็นต้องมีกลุ่มตัวอย่าง เพราะกลุ่มตัวอย่างคือ ประชากรของเรื่อง ที่ศึกษาไม่ว่าจะเป็นหน่วยงานหรือห้องเรียนซึ่งมีขนาดไม่ใหญ่นักและประการสำคัญการวิจัยชนิดนี้ไม่ต้องการที่จะนำผลไปสรุปอ้างอิง (Generalization) ถึงกลุ่มคนอื่นๆ ด้วย

2.4.5 รูปแบบของการวิจัยปฏิบัติการ

การวิจัยปฏิบัติการเมื่อพิจารณาจากความหมายและจุดประสงค์แล้ว กล่าวได้ว่าเป็นวิธีการปฏิบัติงานวิธีหนึ่งที่น่ามาประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาปรับปรุงคุณภาพของสิ่งหนึ่งสิ่งใดให้มีคุณภาพดีขึ้นกว่าที่เป็นอยู่ โดยขั้นตอนที่น่ามาใช้ในวิธีการปฏิบัติงานนั้นเป็นขั้นตอนทางวิทยาศาสตร์และเมื่อนำวิธีการวิจัยปฏิบัติการมาใช้ในการจัดการศึกษา จะเป็นการพัฒนาคุณภาพของการจัดการศึกษา อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการวิจัยปฏิบัติการมีจุดกำเนิดมาจากแนวคิดของเคอร์ท เลวิน นักจิตวิทยาสังคมชาวอเมริกัน Lewin (1946 cited from Kemmis and Mc. Taggart, 1990: 6) ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า รูปแบบของการวิจัยปฏิบัติการสามารถนำไปใช้ในการพัฒนา หรือปรับปรุงผลการปฏิบัติงานในสาขาวิชาใดๆ ก็ได้ นอกจากนี้บุคคลที่เป็นผู้ดำเนินการวิจัยปฏิบัติการนั้น จะต้องเป็นบุคคลที่มีความรู้ความเข้าใจ และสามารถดำเนินการโดยใช้วิธีการวิจัยปฏิบัติการ ซึ่งบุคคลนั้นอาจจะเป็นผู้ที่มีหน้าที่ในหน่วยงานนั้นๆ หรือไม่ก็ได้ (ธีรวุฒิ เอกะกุล, 2552)

2.4.6 ขั้นตอนการวิจัยปฏิบัติการ

การวิจัยปฏิบัติการมีการกำหนดขั้นตอนของการวิจัยไว้ดังนี้

ธีรวุฒิ เอกะกุล (2552 อ้างอิงจาก วรยา เพชรประดับ, 2534)

- 1) ศึกษา วิเคราะห์ปัญหาในชั้นเรียน และจัดลำดับความสำคัญของปัญหา
- 2) คัดเลือกปัญหาที่สำคัญมาทำการวิจัย
- 3) สร้างกิจกรรม วิธีการ หรือนวัตกรรม เพื่อใช้ในการแก้ปัญหา
- 4) นำกิจกรรมวิธีการหรือนวัตกรรมมาทดลองใช้กับนักเรียนในห้องเรียน โดยบูรณาการกับการเรียนการสอนตามปกติ
- 5) เก็บรวบรวมข้อมูลจากการทดลองอย่างมีระบบ
- 6) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการทางสถิติอย่างง่าย
- 7) แปลข้อมูลจากตัวเลขเพื่อแสดงให้เห็นข้อเท็จจริงที่ได้จากการทดลอง
- 8) เขียนรายงานเผยแพร่ผลการทดลอง

ธีรวุฒิ เอกะกุล (2552 อ้างอิงจาก อรวรรณ ณรงค์สรศักดิ์, 2531) ได้เสนอว่า การวิจัยปฏิบัติการมีกระบวนการในการดำเนินงาน ดังนี้

- 1) จำแนกหรือพิจารณาปัญหาที่พึงประสงค์จะศึกษา ซึ่งเกี่ยวข้องกับนักเรียน เป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่ม
- 2) เลือกปัญหาโดยอาศัยทฤษฎีแล้วกำหนดวัตถุประสงค์ สมมติฐานที่แสดงให้เห็นถึงวัตถุประสงค์ และกระบวนการที่นำไปสู่เรื่องที่ศึกษา



3) เลือกเครื่องมือที่จะช่วยให้ได้คำตอบของปัญหา ตามสมมติฐานที่กำหนดขึ้น
 4) บันทึกเหตุการณ์อย่างละเอียดและเก็บสะสมไว้ เพื่อให้ได้คำตอบของ
 สมมติฐานที่กำหนดไว้

- 5) เก็บรวบรวมข้อมูลจากการทดลองอย่างมีระบบ
- 6) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการทางสถิติอย่างง่าย ๆ
- 7) แปลข้อมูลจากตัวเลข เพื่อแสดงให้เห็นข้อเท็จจริงที่ได้จากการทดลอง
- 8) เขียนรายงานเผยแพร่ผลการทดลอง

ขณะที่ ธีรวุฒิ เอกะกุล, 2552 อ้างอิงจาก ยาใจ พงษ์บริบูรณ์, 2537) ได้เสนอ
 ขั้นตอนการวิจัยปฏิบัติการไว้ดังนี้

1) การจำแนกหรือพิจารณาปัญหาที่ประสงค์จะศึกษา ผู้วิจัยและกลุ่มที่ทำการ
 วิจัยจะต้องศึกษารายละเอียดของปัญหาที่จะศึกษาอย่างชัดเจน ปัญหาที่เกิดขึ้นในห้องเรียนที่ทำการ
 วิจัยปฏิบัติการจะต้องมีทฤษฎีรองรับในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับปัญหานั้น การวิเคราะห์สภาพของปัญหาควร
 พิจารณาให้ครบ 4 องค์ประกอบ คือ ปัญหาเกี่ยวกับครู นักเรียน เนื้อหาวิชา และสภาพแวดล้อม

2) เลือกปัญหาสำคัญที่เป็นสาระควรแก่การศึกษาวิจัย เลือกโดยอาศัยทฤษฎี
 มาร่วมพิจารณาลักษณะของ แล้วสร้างวัตถุประสงค์การวิจัย ตลอดจนอาจจะต้องสร้างสมมติฐานของ
 การวิจัยในรูปแบบของข้อความที่จะประเมิน ซึ่งแสดงความสัมพันธ์ของปัญหากับหลักการ หรือกับ
 ทฤษฎีพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับปัญหานั้น

3) เลือกเครื่องมือดำเนินการวิจัย ที่จะช่วยให้ได้คำตอบของปัญหาตาม
 สมมติฐานที่ตั้งไว้ เครื่องมือที่ใช้จะมี 2 ลักษณะ คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองปฏิบัติหรือฝึกหัดตาม
 วิธีการ เช่น อุปกรณ์การเรียนการสอน แบบฝึก เป็นต้น และเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลที่ไดจาก
 การปฏิบัติ เช่น แบบทดสอบ แบบสังเกตพฤติกรรม เป็นต้น

4) บันทึกเหตุการณ์อย่างละเอียดในแต่ละขั้นตอนของการวิจัย ทั้งส่วนที่เป็น
 ความก้าวหน้าและเป็นอุปสรรคตามวงจรของการปฏิบัติการ คือ ในขั้นตอนของการวางแผนงาน การ
 ปฏิบัติการ การสังเกต และการสะท้อนการปฏิบัติการ เก็บสะสมข้อบันทึกไว้เพื่อใช้ในการปรับปรุงวงจร
 ปฏิบัติการต่อไป และเพื่อเป็นการรวบรวมข้อมูลวิเคราะห์หาคำตอบของสมมติฐาน

5) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ในด้านต่างๆ ของข้อมูลที่รวบรวมไว้ ซึ่งส่วนใหญ่จะ
 เกี่ยวข้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การตรวจสอบรายละเอียดของข้อมูลเพื่อให้แน่ใจความถูกต้อง
 แสดงรายละเอียดอธิบายสถานการณ์ จัดหมวดหมู่และแยกประเภทของกลุ่มข้อมูลตามหัวข้อที่เหมาะสม
 เปรียบเทียบข้อแตกต่างและคล้ายคลึงของข้อมูลแต่ละประเภทโดยวิเคราะห์วิจารณ์อย่างลึกซึ้งกับกลุ่ม
 ผู้วิจัย

6) ตรวจสอบข้อมูลที่กลุ่มผู้วิจัยได้พิจารณาไว้แล้วอีกครั้งหนึ่ง เพื่อสรุปหา
 คำตอบที่เป็นสาเหตุ ผลและวิธีแก้ปัญหานั้นตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ และจะก่อประโยชน์สูงสุด
 โดยสรุปประมวลเป็นหลักการ รูปแบบของการปฏิบัติ หรือข้อเสนอเชิงทฤษฎี ทั้งนี้ต้องอาศัยหลัก
 ตรรกวิทยาโดยวิธีอุปนัย และความรู้เชิงทฤษฎีของผู้วิจัย

ธีรวุฒิ เอกะกุล (2552) กล่าวว่า จากขั้นตอนของกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ
 ตามแนวคิดดังกล่าวข้างต้นพบว่า มีลักษณะการดำเนินงานเช่นเดียวกับการวิจัยทางการศึกษาทั่วไป
 เพียงแต่กำหนดขอบเขตการวิจัยภายในห้องเรียนเท่านั้น ซึ่งมีความขัดแย้งกับแนวคิด กระบวนการ



รูปแบบของการวิจัยปฏิบัติการของนักวิชาการต่างประเทศ อาทิ เคมมิส และ แมค แทกกรัท (Kemmis and Mc Taggrat, 1990) สเตนเฮ้าส์ (Stenhouse, 1970) อีลเลี่ยนและอเดลแมน (Ebbutt, 1985: cited from Elliott and Adelman, 1973) คอเรีย (Corey, 1953) เป็นต้น กล่าวคือ การวิจัยปฏิบัติการนั้นจะหมายถึง การแสวงหาวิธีการแก้ไขปัญหาทางการศึกษาที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติจริง (Sowell and Casey, 1982: 225) และประเด็นสำคัญคือการวิจัยปฏิบัติการมีการดำเนินการในลักษณะบันไดเวียน และเป็นการวิจัยที่ต้องอาศัยความร่วมมือ (Kemmis and Mc Taggrat, 1990) ตลอดจนสามารถดำเนินการวิจัยได้หลายระดับทั้งในระดับห้องเรียนและระดับโรงเรียน (Calhoun, 1993: 63) สำหรับประโยชน์ที่สำคัญของการวิจัยปฏิบัติการคือ ทำให้ผู้เรียนมีความสามารถในด้านต่างๆ ต่อไปนี้ (Zuber – Skerritt, 1992: 215)

23. แก้ปัญหาการปฏิบัติงานที่เกิดจากการใช้หลักสูตรอย่างเป็นทางการเป็นระบบและร่วมมือกัน
24. ปรับปรุงการเรียนการสอนและพัฒนาวิชาชีพครู
25. ปรับปรุงบริบททางสังคมและเงื่อนไขต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงาน
26. พัฒนาความรู้ในการศึกษาระดับสูง โดยการสรุปไปสู่ทฤษฎีการวิจัยและสิ่งพิมพ์
27. สนับสนุนส่งเสริมการสอนที่ดี

2.4.8 การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยปฏิบัติการ

การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยนี้ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ คือ การแจกแจงข้อค้นพบที่สำคัญในเชิงอธิบายความ ซึ่งจะนำไปสู่การสรุปเป็นผลงานวิจัย และแสดงให้เห็นแนวทางหรือรูปแบบการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ เพื่อแก้ไขปัญหาในเรื่องราวของสิ่งที่ตนศึกษานั้น

จากที่กล่าวมาแล้วข้างต้น สามารถสรุปหลักการสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ได้ดังนี้

- 1) การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นความพยายามที่จะปรับปรุงการศึกษา โดยการเปลี่ยนแปลง (Changing) การศึกษานั้น และการเรียนรู้ลำดับขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงนั้น
- 2) การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นการทำงานของกลุ่ม (Participatory) การปรึกษาหารือ ร่วมกันทำงาน (Collaboration) ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโดยการปฏิบัติตามที่กลุ่มกำหนด
- 3) การวิจัยเชิงปฏิบัติการใช้การสะท้อนการปฏิบัติ (Reflection) โดยการประเมิน ตรวจสอบในทุกๆ ขั้นตอน เพื่อปรับปรุงฝึกหรือการปฏิบัติให้เป็นไปตามจุดมุ่งหมาย
- 4) การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นกระบวนการเรียนอย่างมีระบบ (Systematic Learning Process) โดยบุคคลที่เกี่ยวข้องนำความตึงเครียดมาสร้างเป็นข้อสมมุติฐานทดลองฝึกปฏิบัติ และประเมินผลการปฏิบัติ ซึ่งเป็นการทดสอบ (Test) ว่าข้อสมมุติฐานตามแนวคิดนั้นถูกหรือผิด
- 5) การวิจัยเชิงปฏิบัติการเริ่มต้นจากจุดเล็กๆ (Start Small) อาจจะเริ่มต้นจากบุคคล (ครู หรือนักเรียน) คนเดียวที่พยายามดำเนินการให้มีการเปลี่ยนแปลง หรือปรับปรุงบางสิ่งบางอย่างทางการศึกษาให้ดีขึ้น โดยขณะที่ปฏิบัติต้องปรึกษา รับฟังข้อคิดเห็นและอาศัยการร่วมปฏิบัติจากผู้เกี่ยวข้อง
- 6) การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นการสร้างความรู้ใหม่ที่ให้แนวทางปฏิบัติเชิงรูปธรรมจากการบันทึก (Record) พัฒนาการของกิจกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้เห็นกระบวนการเข้าสู่ปัญหา การแก้ปัญหา การปรับปรุง และได้ผลสรุปที่สมเหตุสมผล ในขณะเดียวกันสามารถนำปรากฏการณ์ที่ศึกษา มาประมวลเป็นข้อเสนอเชิงทฤษฎี (Proposition) ได้



จากการศึกษาการวิจัยเชิงปฏิบัติการ จะเห็นว่าเป็นกระบวนการปฏิบัติงานที่ก่อให้เกิดองค์ความรู้ที่สามารถนำไปใช้ในการพัฒนา เพื่อแก้ปัญหาในหน่วยงานโดยอาศัยความร่วมมือของบุคลากร และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในหน่วยงานให้ประสบผลสำเร็จได้เป็นอย่างดี ซึ่งเป็นการวิจัยเพื่อพัฒนาโดยแท้

2.5 ทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจ

2.5.1 ความหมายและความสำคัญของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นแนวคิดหนึ่งที่ใช้สำหรับสร้างเสริมแรงจูงใจในการทำงานของบุคคล รวมถึงการสร้างพลังอำนาจในตนเพื่อให้มองเห็นถึงสมรรถนะตนเองในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ โดยประยุกต์แนวคิดที่มาจากทางสังคมศาสตร์ จิตวิทยาอุตสาหกรรมและ สหสาขาวิชา รวมถึงแนวคิดทางการแพทย์มาผสมผสานให้เกิดองค์ความรู้เกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจในการระบบบริการ

ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

คำว่า “การเสริมสร้างพลังอำนาจ” (Empowerment) ตามพจนานุกรมของ Merriam Webster (2005) ให้ความหมายไว้ 3 ประการ คือ 1) การให้อำนาจที่เป็นทางการ (to give official authority) หรือที่ถูกต้องตามกฎหมาย (Legal Power to) 2) การจัดหาหรือให้โอกาส (to provide with the means or opportunity) และ 3) การส่งเสริมความเป็นตัวเอง (to promote the self-actualization) นอกจากนี้มีนักวิชาการได้ให้ความหมายไว้หลายทัศนะดังนี้

กรีสเลย์ และคิง (Greasley and King, 2005) กล่าวว่า ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีความสัมพันธ์กับแนวคิดของอำนาจ (Concept of power) ซึ่งแนวคิดดังกล่าวเน้นถึง การควบคุม (Control) การปกครอง (Hierarchy) และการควบคุมอย่างเคร่งครัด (Rigidity) แต่ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจในด้านองค์กรและการจัดการ จะหมายถึง การให้อำนาจและความรับผิดชอบแก่ผู้ปฏิบัติงาน ทำให้เกิดความรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของและการควบคุมงานได้ด้วยตนเอง การทำให้ผู้ปฏิบัติสามารถปฏิบัติงานได้อย่างเต็มศักยภาพ (Tebbitt, 1993) ทั้งส่วนบุคคล ทีมงาน และองค์กรโดยรวม (Kinlaw, 1995) และมีการจัดเครื่องมือและทรัพยากร เพื่อการพัฒนาการเสริมสร้างและเพิ่มพูนประสิทธิภาพและความสามารถของบุคคล (Hawks, 1992)

คอนเจอร์ และคานูโก (Conger and Kanungo, 1988) เน้นถึงการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านจิตใจ โดยการขจัดความรู้สึกไร้อำนาจของบุคคล ให้ความรู้สึกมั่นใจในการทำงาน เช่นเดียวกับ โทมัส และ เวลเฮาส์ (Thomas and Velhouse, 1990) และ สปริตเซอร์ (Spreitzer, 1995) ที่ให้ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจว่า เป็นการสร้างแรงจูงใจ ให้ผู้ปฏิบัติเกิดความมั่นใจในตนเองว่ามีความสามารถในการทำงานให้สำเร็จได้ ความหมายดังกล่าวเป็นการพัฒนาความรู้สึกของบุคคลให้มีความเชื่อในเรื่อง ประสิทธิภาพของบุคคลเพื่อทำงานร่วมกันไปสู่เป้าหมายของงาน หรือขององค์กร

กิบสัน (Gibson, 1991) ได้กล่าวถึงการเสริมสร้างพลังอำนาจว่า เป็นแนวคิดที่อธิบายกระบวนการทางสังคม การแสดงถึงการยอมรับและชื่นชม การส่งเสริม การพัฒนาและเสริมสร้างความสามารถของบุคคลในการตอบสนองความต้องการของตนเองและแก้ปัญหาด้วยตนเอง รวมถึงความสามารถในการใช้ทรัพยากรที่จำเป็นในการดำรงชีวิต เพื่อให้เกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองและรู้สึกว่าตนเองมีอำนาจสามารถควบคุมความเป็นอยู่หรือวิถีชีวิตของตนเองได้



จากความหมายการเสริมสร้างพลังอำนาจที่กล่าวมาแล้ว สรุปได้ว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นการเพิ่มศักยภาพของบุคคล โดยผู้บังคับบัญชาถ่ายทอดอำนาจ ให้อิสระในการตัดสินใจ และจัดหาทรัพยากรในการปฏิบัติงานให้ผู้ใต้บังคับบัญชา รวมถึงการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปฏิบัติงาน และส่งเสริมให้บุคคลเกิดความสามารถในการทำงานและแก้ปัญหาต่างๆได้บรรลุผลสำเร็จของตนเองและองค์กร

2.5.2 ความสำคัญของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการแบ่งปันอำนาจระหว่างผู้บริหาร เพื่อนร่วมงาน และผู้ใต้บังคับบัญชา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ทุกคนมีความสามารถที่จะไปถึงเป้าหมายของงาน หรือขององค์กรและเสริมสร้างให้กับผู้อื่นเพื่อให้เขามีความสามารถที่จะไปถึงจุดหมายเช่นกัน ในด้านพยาบาลศาสตร์ได้มีนักวิชาการนำเอาแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจมาใช้ในลักษณะของการพัฒนาพลังอำนาจของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง ดังนั้นในปัจจุบันการเสริมสร้างพลังอำนาจจึงเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญที่นำมาประยุกต์ใช้เป็นกิจกรรมสอดแทรกในการพัฒนาทั้งระดับบุคคล ครอบครัว กลุ่มองค์กรและชุมชน

การเสริมสร้างพลังอำนาจในงานแก่บุคลากรพยาบาล ถือเป็นกลยุทธ์การบริหารที่ผู้บริหารควรให้ความสำคัญ เพราะการเสริมสร้างพลังอำนาจมีผลต่อประสิทธิภาพการทำงานโดยรวม และความสำเร็จตามเป้าหมายขององค์กร (Wilson and Laschinger, 1994)

การเสริมสร้างพลังอำนาจจึงมีความสำคัญต่อองค์กรพยาบาล 3 ระดับ ดังนี้

1) ความสำคัญต่อบุคคลในองค์กร การเสริมสร้างพลังอำนาจมีความสำคัญกับบุคคลทั้งระดับผู้ปฏิบัติงานและผู้บริหารงานในองค์กรพยาบาล ดังนี้

(1) การเสริมสร้างพลังอำนาจบุคคลระดับผู้ปฏิบัติงาน คือ การที่ให้ผู้ปฏิบัติงานได้รับโอกาส ในการแสดงความคิดเห็นและตัดสินใจร่วมกับผู้บริหารในการดำเนินงานขององค์กร ซึ่งอาจจะเป็นหอผู้ป่วย แผนก หรือ ฝ่ายการพยาบาลตามความเหมาะสมแก่ระดับของผู้ปฏิบัติการณ์นั้น ๆ เช่น ถ้าเป็นพยาบาลประจำการในหอผู้ป่วย ก็ควรได้รับโอกาสให้มีส่วนร่วมในการบริหารจัดการหอผู้ป่วย แต่ถ้าเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยก็ควรมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการแผนก เช่น แผนกอายุรกรรม หรือ แผนกกุมารเวชศาสตร์ เป็นต้น ถ้าเป็นหัวหน้าแผนกก็ควรมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการฝ่ายการพยาบาล การเสริมสร้างพลังอำนาจในระดับผู้ปฏิบัติงานโดยเฉพาะพยาบาลประจำการที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยและผู้ให้บริการของโรงพยาบาล บุคคลกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่จะนำกลยุทธ์ต่างๆไปปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมายขององค์กร โดยทำงานที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งต้องปฏิบัติงานผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนกันตลอด 24 ชั่วโมง งานดังกล่าวเป็นงานที่ก่อให้เกิดความเครียดสูง เนื่องจากเป็นงานที่ต้องดูแลรับผิดชอบชีวิตผู้อื่น (ทัศนาศ บุญทอง, 2533) นอกจากนี้ยังมีงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เช่น การพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล เพื่อนำไปสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล จะเห็นได้ว่างานของพยาบาลมีจำนวนมากขึ้นในขณะที่ผู้ปฏิบัติงานมีเท่าเดิมหรือลดลง ทำให้พยาบาลเกิดความเบื่อหน่ายในงาน (พวงรัตน์ บุญญา นุรักษ์, 2536) อย่างไรก็ตามการปฏิบัติงานที่ต้องรับผิดชอบสูง แต่ขาดอำนาจในการตัดสินใจขณะปฏิบัติงานในหน้าที่ความรับผิดชอบของตน ทำให้พยาบาลขาดความมั่นใจ ขาดกำลังใจในการทำงาน และรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยส่งผลให้พยาบาลไม่เกิดความภาคภูมิใจในวิชาชีพของตน

ดังนั้นการเสริมสร้างพลังอำนาจจึงเป็นเหมือนแรงจูงใจที่จะทำให้พยาบาลปฏิบัติงานอย่างเต็มใจ และพึงพอใจในงานโดยการที่พยาบาลได้รับการสนับสนุน ได้ข้อมูลข่าวสาร



ได้รับทรัพยากร และได้รับโอกาส (Kanter, 1997) หรือให้การเสริมสร้างพลังอำนาจด้านจิตใจ เพื่อให้ผู้ปฏิบัติเกิดความรู้สึกมีส่วนร่วมเป็นเจ้าขององค์กรและมีความรับผิดชอบต่อองค์กร มีส่วนร่วมในการพัฒนาปรับปรุงและพัฒนาการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง ส่งผลต่อการพัฒนาองค์กรให้มีประสิทธิภาพและนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายขององค์กรในที่สุด (Kinlaw, 1995) นอกจากนี้การเสริมสร้างพลังอำนาจแก่พยาบาล ก็เพื่อให้พยาบาลเหล่านั้นไปเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้อื่นได้ แต่ถ้าตนเองยังอยู่ในความรู้สึกไร้อำนาจ (Powerlessness) พยาบาลจะไม่มีพลังอำนาจที่จะช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ หากได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจในงานจากองค์กรอย่างมีประสิทธิภาพแล้ว จะช่วยเพิ่มสมรรถนะของพยาบาลให้มั่นใจในการทำงานของตนมากขึ้น ซึ่งเป็นผลสะท้อนโดยตรงถึงความสามารถทางการพยาบาลที่จะนำไปสู่คุณภาพงานพยาบาล

(2) การเสริมสร้างพลังอำนาจระดับผู้บริหาร การเสริมสร้างพลังอำนาจในระดับนี้จะมีความแตกต่างจากผู้ปฏิบัติ คือ ต้องเป็นทั้งผู้ที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจและเป็นผู้เสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ใต้บังคับบัญชา โฮโนลด์ (Honold, 1997) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ ถือเป็นเครื่องมือการบริหารงานอย่างหนึ่งที่ผู้บริหารหรือผู้นำใช้บริหารจัดการทรัพยากรมนุษย์ในองค์กร เนื่องจากการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการแบ่งปันพลังอำนาจแก่ผู้อื่นเพื่อให้เขามีความสามารถ ที่จะไปถึงเป้าหมาย (Puetz, 1988) เป็นการอยู่ร่วมกันของบุคคลในองค์กรที่ให้ประโยชน์เกื้อกูลซึ่งกันและกัน (McKay, Forbes and Bourner, 1990) และเป็นการกระตุ้นให้ผู้ใต้บังคับบัญชาแสดงความสามารถของตนในการปฏิบัติงานเมื่อได้รับโอกาสหรือได้รับการส่งเสริมให้ผู้ใต้บังคับบัญชามีความก้าวหน้าและมีศักยภาพในงานเพิ่มขึ้น (Rappaport, 1987) ทำให้ผู้ใต้บังคับบัญชามีอิสระในการปฏิบัติงาน (Job autonomy) (Sabiston and Laschinger, 1995; Laschinger and Havens, 1995) เกิดความพึงพอใจในงาน (Laschinger, et al., 2004) และคงอยู่ในงาน (อโณทัย วีระพงษ์สุชาติ, 2541)

2) ความสำคัญต่อทีมงาน ทีมงานหรือทีมในการทำงาน คือผู้ปฏิบัติงานแต่ละคนมีปฏิสัมพันธ์ในการทำงานร่วมกันเป็นกลุ่ม โดยปกติลักษณะทีมจะมีหัวหน้าทีม และสมาชิกทีม ในกรณีงานของทีมอาจจะมีปัญหาเรื่องความขัดแย้ง หรือมีความคิดเห็นที่ไม่ลงรอยกัน มีการเกี่ยงกันทำงาน เป็นเหตุให้สัมพันธภาพในทีมไม่ดี แต่ถ้าทีมงานได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และมีการประสานงานเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารในการทำงาน ให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ซึ่งก็ทำให้ ทุกคนในทีมรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของและรับผิดชอบร่วมกันในผลงานที่จะเกิดขึ้น มีการปรับปรุงและพัฒนาการทำงานของทีมอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผลิตผลจากการทำงานเพิ่มสูงขึ้น (ยงยุทธ เกษสาคร, 2541)

3) ความสำคัญต่อระดับองค์กร คินลอร์ (Kinlaw, 1995) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นแนวคิดในการพัฒนาบุคลากรและทีมงานในการกระตุ้นและส่งเสริมการเรียนรู้ของบุคลากร โดยมีผู้บริหารเป็นผู้อำนวยความสะดวก หรือเป็นผู้แนะนำแก่ผู้ปฏิบัติในการทำงานให้บรรลุความสำเร็จของงาน ซึ่งการเสริมสร้างพลังอำนาจมีส่วนช่วยให้องค์กรดำเนินงานให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ และการเสริมสร้างพลังอำนาจยังเป็นการเพิ่มความเชื่อมั่นจากการได้กระทำบางสิ่งที่คุณปฏิบัติคิดว่าตนเองไม่สามารถทำได้ ว่าตนเองมีความสามารถที่จะทำงานนั้นได้สำเร็จ การให้ข้อมูลข่าวสารและการเปิดโอกาสให้มีการพัฒนาตนเอง คิดค้นนวัตกรรมใหม่ๆมาใช้ในหน่วยงาน ก็เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติงานและพัฒนางาน การส่งเสริมให้มีการพัฒนางานให้มีประสิทธิภาพและมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ก็จะช่วยให้เกิดประสิทธิผลขององค์กร นอกจากองค์กรจะได้งานตามที



ตั้งเป้าหมายไว้แล้ว การร่วมมือร่วมใจกันทำงานของผู้ปฏิบัติงาน โดยมีหัวหน้าเป็นผู้เสริมสร้างพลังอำนาจให้ในหลายๆด้าน เช่น ให้โอกาสทุกคนมีส่วนร่วมในการคิดและ ร่วมตัดสินใจ ให้โอกาสทุกคนได้พัฒนาความรู้ความสามารถ และมีระบบการให้รางวัลที่ยุติธรรม กลยุทธ์เหล่านี้ จะทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีขวัญและกำลังใจในการทำงาน เกิดความพึงพอใจในงาน ปฏิบัติงานให้หน่วยงานอย่างเต็มความสามารถ มีความสุขกับการทำงาน และในที่สุดทุกคนจะมีความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร (McDermott, Laschinger, and Shamian, 1996; Wilson and Laschinger, 1994)

2.5.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้บริหาร

ดังที่กล่าวมาแล้วว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจมีความสำคัญทั้งในระดับบุคคล ทีม และองค์กร ดังนั้นผู้บริหารการพยาบาลจึงนำการเสริมสร้างพลังอำนาจมาเป็นเครื่องมือหนึ่งในการบริหารจัดการองค์กรพยาบาล เพื่อให้องค์กรบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ อย่างไรก็ตาม การที่จะนำการเสริมสร้างพลังอำนาจมาใช้ ผู้บริหารต้องเรียนรู้ว่ามีปัจจัยอะไรบ้างที่มีผลต่อการเสริมสร้างพลัง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้บริหารการพยาบาล ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศ ซึ่งพบว่า มีนักวิชาการได้กล่าวถึงปัจจัยที่มีผลต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจในงานไว้ดังนี้ (Gomez and Rosen, 2001; Kanter, 1979; Klakovich, 1996 Laschinger, et al., 2001; Laschinger and Havens, 1994; Morrison, et al.,1997; Tebbitt, 1993; จิตรศิริ ชันเงิน 2545; พิสมัย ฉายแสง 2540)

2.5.3.1. ระบบโครงสร้างองค์กร

โดยทั่วไปโครงสร้างและระบบการจัดการในองค์กร จะขึ้นอยู่กับอำนาจหน้าที่และตำแหน่ง องค์กรใดที่มีการบริหารงานแบบรวมอำนาจ ผู้บริหารเป็นผู้กำหนดทุกอย่างโดยไม่ได้เกิดจากความต้องการของผู้ปฏิบัติ ออกคำสั่งโดยไม่ฟังเสียงประชาชน ปรับเปลี่ยนโครงสร้างหรือกระบวนการทำงานโดยไม่ได้ใช้ประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติ กำหนดเป้าหมายและควบคุมตารางการทำงานทั้งหมดขององค์กร กล่าวคือ ไม่มีการกระจายอำนาจไปพร้อมๆกับการมอบหมายงาน องค์กรนั้นจะมีการเสริมสร้างพลังอำนาจน้อย

2.5.3.2 วัฒนธรรมองค์กร

จากการวิเคราะห์งานวิจัยด้วยวิธีวิเคราะห์เมตาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน ของจิตรศิริ ชันเงิน (2545) โดยวิเคราะห์จากงานวิจัยและวิทยานิพนธ์ทั้งในและต่างประเทศ จำนวน 24 เรื่อง พบว่า วัฒนธรรมองค์กรแบบสร้างสรรค์ที่ให้ความสำคัญต่อค่านิยมที่สร้างความพึงพอใจในบุคคลขององค์กร คือต้องการความสำเร็จบนพื้นฐานของการส่งเสริมความรักและสัมพันธ์ภาพที่ดีในองค์กร เป็นการทำงานที่มีเป้าหมายร่วมกัน ลักษณะวัฒนธรรมองค์กรดังกล่าวส่งผลต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจ ส่วนวัฒนธรรมองค์กรแบบปกป้องเฉื่อยชา (Passive Defensive Organization Culture) ซึ่งเป็นการบริหารแบบตั้งรับเมื่อเกิดปัญหา ในยามปกติองค์กรจะไม่มี การเคลื่อนไหว ปล่อยให้ทุกอย่างเกิดขึ้นเองโดยธรรมชาติ ในองค์กรดังกล่าว จะไม่มีการส่งเสริมการเรียนรู้การเสริมสร้างพลังอำนาจในงานแก่บุคลากร ดังนั้นวัฒนธรรมองค์กรแบบเฉื่อยชา จึงเป็นวัฒนธรรมองค์กรที่ส่งผลทางลบต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจ

2.5.3.3 ผู้บริหารองค์กร

นอกจากผู้บริหารจะต้องมีความสามารถในการบริหารงานแล้วผู้บริหารต้องมีภาวะผู้นำที่เป็นตัวอย่างที่ดีแก่ลูกน้อง สร้างแรงบันดาลใจในการปฏิบัติงาน คำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล



และกระตุ้นให้ลูกน้องใช้สติปัญญาในการสร้างสรรค์งาน ภาวะผู้นำดังกล่าว ได้แก่ ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Ozaralli, 2003) และพฤติกรรมของผู้นำในการเสริมสร้างพลังอำนาจมีส่วนสำคัญต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน แลงคาสเตอร์ (Laschinger, 1999) และ สจีวิต (Stewart, 1994) กล่าวว่า ผู้นำต้องยึดหลักการสำคัญ 8 ประการ คือ 1) การสร้างวิสัยทัศน์ร่วมกับบุคคลากร 2) การให้ความรู้ความสามารถเพื่อผู้ปฏิบัติงานตัดสินใจได้ถูกต้อง 3) สามารถจัดปัญหาและอุปสรรคที่ขัดขวางการปฏิบัติงานได้ 4) มีการสื่อสารที่เปิดเผย 5) มีความกระตือรือร้น 6) มีการเตรียมพร้อมอยู่เสมอ 7) มีการประเมินความก้าวหน้าและผลลัพธ์ของงาน และ 8) สามารถคาดการณ์ล่วงหน้า สามารถประเมินจุดแข็ง จุดอ่อน สิ่งคุกคามและโอกาสของหน่วยงานได้ โดยเฉพาะในเรื่องของความสำเร็จของงาน ส่วนด้านความสามารถในการบริหาร เทปปิท (Tebbit, 1993) กล่าวว่า ผู้บริหารต้อง มีการวางแผน กำหนดเป้าหมาย ระบุปัญหาที่ชัดเจน ตัดสินใจที่ดีภายใต้ข้อมูลและข้อเท็จจริงที่ครบถ้วน สามารถสร้างสัมพันธภาพภายในทีมได้ดี มีการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ รู้จักจัดการความขัดแย้งที่เกิดขึ้นอย่างสมเหตุสมผล และ มีการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ปฏิบัติงาน สิ่งเหล่านี้เป็นพื้นฐานของพฤติกรรมในการเสริมสร้างเสริมพลังอำนาจในงานได้

2.5.3.4 บุคลากร

ในองค์กรหนึ่ง ๆ จะมีบุคลากรที่มีความแตกต่างกัน เนื่องจากบุคลากรเหล่านั้นมาจากความหลากหลายของ วัฒนธรรม ค่านิยม พื้นฐานการศึกษาและระดับความเชี่ยวชาญ ยิ่งในองค์กรใหญ่ก็ยิ่งจะเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนา ซึ่งต้องใช้กลยุทธ์การยืดหยุ่นในการเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน แต่ถ้าผู้บริหารสามารถเชื่อมโยงค่านิยมที่หลากหลายเข้าด้วยกันและชี้ให้บุคลากรเห็นคุณค่าในพันธกิจและวิสัยทัศน์ขององค์กรได้ ก็จะทำให้เกิดการเสริมสร้างพลังอำนาจได้เช่นกัน นอกจากนี้ความสามารถและความเต็มใจของบุคลากรในการทำงานจะตอบสนองความต้องการที่จะปรับปรุงพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

2.5.3.5 ความไว้วางใจในองค์กร

ความไว้วางใจ เป็นการแสดงออกถึงความเชื่อมั่นระหว่างกันว่าทุกคนเห็นพ้องต้องกันในเป้าหมายขององค์กร ภายในองค์กรมีบรรยากาศของความไว้วางใจซึ่งกันและกัน กล่าวคือ การเปิดเผย จริงใจ เป็นมิตร ต่อกันทั้งผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน ความไว้วางใจนี้จะทำให้เกิดการร่วมมือ ความผูกพัน และความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน องค์กรใดที่สมาชิกทุกคนมีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน องค์กรนั้นจะมีการเสริมสร้างพลังอำนาจมาก

2.5.3.6 ลักษณะงาน

คานเตอร์ (Kanter, 1979) กล่าวถึงลักษณะงานที่ทำให้เกิดการเสริมสร้างพลังอำนาจไว้ ต้องมีลักษณะดังนี้ คือ เป็นงานที่ยืดหยุ่นระเบียบในหน่วยงานน้อย มีความยืดหยุ่นในบางโอกาส งานที่ยืดระบบอาวุโสน้อยและเปิดโอกาสให้ทุกคนได้แสดงความรู้ความสามารถ ในการพิจารณาความดีความชอบ ต้องมีเกณฑ์ที่ยุติธรรมและขึ้นอยู่กับความสามารถไม่ใช่อายุหรือความอาวุโส งานที่เป็นงานประจำน้อยแต่เป็นงานที่สร้างสรรค์มาก เป็นงานที่อาศัยการประสานงานและความร่วมมือจากหลายฝ่าย งานที่เปิดโอกาสให้ทุกคนมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น และเป็นงานที่มีการสนับสนุนความก้าวหน้าของผู้ใต้บังคับบัญชา กล่าวโดยสรุป ก็คือ ต้องมีการจัดลักษณะงานต้องเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติงาน เพื่อให้ผู้ปฏิบัติเกิดความมั่นใจ พึงพอใจในงาน คงอยู่ในองค์กร และ ร่วมกันพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง



2.5.3.7. สัมพันธภาพระหว่างหัวหน้ากับลูกน้อง

เป็นการแลกเปลี่ยนความสัมพันธ์และการตอบแทนซึ่งกันและกัน โดยที่หัวหน้าให้ความไว้วางใจและยอมรับในความสามารถของลูกน้อง มีความผูกพันทั้งเรื่องงานและเรื่องส่วนตัว เมื่อหัวหน้ามอบหมายงาน ลูกน้องก็เต็มใจที่จะปฏิบัติงานที่หัวหน้ามอบหมายและทำงานอย่างเต็มกำลังความสามารถของตน ตามทฤษฎีการแลกเปลี่ยนระหว่างหัวหน้ากับลูกน้อง (Leader-Member exchange) หัวหน้าจะมีการมอบหมายหน้าที่ความรับผิดชอบ ส่งเสริมสนับสนุนและให้รางวัลแก่สมาชิกในกลุ่มที่ตนดูแลรับผิดชอบ ซึ่งสัมพันธภาพดังกล่าว เป็นพื้นฐานของการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Gomez and Rosen, 2001)

2.5.4 แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ

กิบสัน (Gibson, 1991) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นแนวคิดแบบพลวัต (Dynamic Concepts) ที่มีทั้งการให้และการรับ มีการแลกเปลี่ยน และมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น สร้างความเข้มแข็งให้กับบุคคล เพื่อมุ่งเน้นการแก้ปัญหา โดยมีองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ ด้านผู้รับบริการ ด้านผู้ให้พยาบาล และ ด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้รับบริการกับพยาบาล

2.5.4.1 ด้านผู้รับบริการ ผู้รับบริการจะเป็นผู้ที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจจากพยาบาล เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง (Self-Determination) มีสมรรถนะในตน (Self-Efficacy) ควบคุมตนเองได้ (Self of Control) มีแรงจูงใจ (Motivation) เรียนรู้ (Learning) เจริญเติบโต (Growth) มีความรู้สึกเป็นนายตนเอง (Sense of Mastery) มีสัมพันธภาพกับผู้อื่น (Sense of Connectedness) การปรับปรุงคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น (Improved Quality of Life) สุขภาพดีขึ้น (Better Health) และมีจิตสำนึกในการตัดสินใจสังคม (Sense of Social Justice)

2.5.4.2 ด้านผู้ให้พยาบาล ผู้ให้พยาบาลหรือตัวพยาบาล จะเป็นผู้เสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้รับบริการ โดยพยาบาล จะมีบทบาทเป็นผู้ช่วยเหลือ (Helper) ผู้สนับสนุน (Support) ผู้ให้คำปรึกษา (Counselor) ผู้สอน (Educator) ผู้ให้คำปรึกษาแหล่งทรัพยากร (Resource Consultant) ผู้ใช้แหล่งทรัพยากร (Resource Mobilizer) ผู้เอื้ออำนวยความสะดวก (Facilitator) ผู้ส่งเสริม (Enabler) และผู้พิทักษ์สิทธิประโยชน์ให้ผู้รับบริการ (Advocate)

2.5.4.3. ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้รับบริการกับพยาบาล เป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน โดยมีความไว้วางใจกัน (Trust) เห็นใจกัน (Empathy) มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Participatory Decision-Making) วางเป้าหมายร่วมกัน (Mutual goal-setting) ทำงานร่วมกัน (Co-operation) ให้ความร่วมมือกัน (Collaboration) เอาชนะอุปสรรค (Overcoming organizational barriers) มีการจัดการอย่างเป็นระบบ (Organizing) มีการต่อรอง (Lobbying) และ มีการดำเนินการอย่างชอบธรรม (Legitimacy)

จากองค์ประกอบทั้ง 3 ด้าน จะเห็นได้ว่า พยาบาลมีบทบาทในการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยการดึงเอาแหล่งประโยชน์ทั้งภายในตนเองและแหล่งประโยชน์ในสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยมาใช้ในการสร้างเสริมให้ผู้รับบริการสามารถปรับตัวเองได้ และเห็นคุณค่าในตนเอง ต่อมากิบสัน (Gibson, 1995) ได้ทำการวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในมารดาที่ดูแลเด็กป่วยเรื้อรัง จากผลการวิจัยดังกล่าว กิบสันได้สรุปรูปแบบกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง (Discovering Reality)

เป็นการรับรู้และทำความเข้าใจและยอมรับเหตุการณ์และสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนตามสภาพที่เป็น



จริง ทำความเข้าใจข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง ในขั้นนี้จะมีการตอบสนองของบุคคล 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านการคิด และด้านพฤติกรรม

การตอบสนองด้านอารมณ์ (Emotional Response) เมื่อบุคคลรับรู้และต้องเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้น จะเกิดความรู้สึกสับสน ไม่แน่ใจ ต่อต้าน วิตกกังวล กระทบกระเทือน กลัว โกรธ ความรู้สึกดังกล่าวเกิดจากการที่บุคคลไม่สามารถยอมรับกับปัญหาที่เกิดขึ้นในสภาพของความเป็นจริงได้ เนื่องจากการขาดความรู้ ความเข้าใจในการดูแลที่จะเกิดขึ้น ทำให้บุคคลรู้สึกคับข้องใจคิดว่าตนเองป่วย และไม่สามารถกลับคืนสู่ภาวะสุขภาพที่ดีที่สุด แต่ถ้าบุคคลมีการเปลี่ยนความคิดโดยมีความหวังว่าตนเองมีโอกาที่จะมีอาการดีขึ้นได้ แต่อาจจะต้องอาศัยระยะเวลาเป็นตัวช่วย การคิดในลักษณะนี้จะช่วยให้บุคคลมีกำลังใจดีขึ้น พยายามค้นหาปัญหา สาเหตุที่เกิดขึ้นตามสภาพที่เป็นจริง ซึ่งจะช่วยให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

การตอบสนองทางการคิด (Cognitive Responses) เมื่อบุคคลรู้สึกสูญเสียความสามารถหรือไม่มั่นใจในการดูแลตนเอง ระยะนี้บุคคลจะแสวงหาความช่วยเหลือจากสิ่งรอบข้าง โดยการหาข้อมูลความรู้ให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ไม่ว่าจะเป็นการอ่านหนังสือ การถามแพทย์ พยาบาล ผู้ป่วยอื่นๆ ซึ่งประสบเหตุการณ์ที่คล้ายคลึงกัน เพื่อช่วยให้เกิดความเข้าใจเหตุการณ์และสถานการณ์ทั้งหมดที่เกิดขึ้น ในระยะนี้บุคคลจะใช้ข้อมูลความรู้ทั้งหมดที่ได้จากการแสวงหาจากแหล่งต่างๆ มาใช้ประกอบการตัดสินใจในการแก้ปัญหาและสถานการณ์ต่างๆต่อไป

การตอบสนองทางพฤติกรรม (Behavioral Responses) โดยบุคคลจะรับรู้และตระหนักว่า การดูแลตนเองเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของตน การที่บุคคลคิดว่าสิ่งที่ได้ทำ เป็นสิ่งที่ดีที่สุดที่สามารถทำได้ขณะนั้น และมองปัญหาที่เกิดขึ้นในแง่ดี พยายามทำความเข้าใจกับปัญหาและสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจนสามารถรู้ชัดเจนว่าสิ่งที่ตนเองต้องการการดูแลอย่างแท้จริงคืออะไร เกิดความเข้าใจ ชัดเจนในการดูแล ตระหนักถึงความสำคัญของตนเอง ใช้ประสบการณ์การแก้ปัญหาที่ผ่านมา มาประยุกต์กับสถานการณ์ใหม่ ในขั้นนี้การกระทำของบุคคลจะได้รับข้อมูลย้อนกลับจากบุคคลที่เกี่ยวข้องว่า ความวิตกกังวลจนเกินไป จะทำให้รู้สึกสับสน คับข้องใจ และไม่มั่นใจ จนในที่สุดบุคคลจะตระหนักได้เองถึงสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น และเปลี่ยนความคิดเป็นเชิงบวกว่าปัญหาทุกอย่างก็จะสามารถแก้ไขได้

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical Reflection)

การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ เป็นการทบทวนเหตุการณ์ สถานการณ์อย่างรอบคอบ เพื่อการตัดสินใจและจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม เป็นการฝึกทักษะในการทำความเข้าใจกับสถานการณ์ ปัญหา เมื่อบุคคลเกิดความรู้สึกคับข้องใจในการดูแล สามารถค้นหาสภาพการณ์จริง แสวงหาทางเลือก การพิจารณาอย่างมีวิจารณญาณ เกิดมุมมองใหม่ จะส่งผลให้บุคคลได้พัฒนาตนเองขึ้น ช่วยให้กลับมามองปัญหา ประเมิน และคิดวิเคราะห์ถึงสถานการณ์หรือสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งหมดในแง่มุมต่างๆ ทำให้เข้าใจมากขึ้น นำไปสู่การแก้ปัญหา หรือการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น ในขั้นนี้จะช่วยให้เกิดการพัฒนาความรู้สึกมีพลังอำนาจในการควบคุมตนเอง (Sense of Personal Control) ถ้าบุคคลผ่านขั้นตอนนี้ไปได้ จะทำให้บุคคลรู้สึกเข้มแข็ง มีความสามารถ และมีพลังเพิ่มขึ้น

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ (Taking Charge) ในขั้นตอนนี้ บุคคลจะตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมและดีที่สุด การที่บุคคลจะมีทางเลือกได้หลายวิธี ก็ขึ้นกับการแสวงหาแนวทางการแก้ไขปัญหานั้น ถ้าบุคคลมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้อื่น เพื่อเป็นสิ่งที่ช่วยประกอบการตัดสินใจด้วยตนเอง การตัดสินใจเลือก



ปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมเพื่อควบคุมและจัดการกับปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง เกิดการยอมรับตนเอง (Self-determination) การจะตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมและดีที่สุด จะอยู่ภายใต้เงื่อนไข ดังนี้

- 1) เป็นวิธีที่แก้ปัญหาให้แก่ตนเอง
- 2) สอดคล้องกับการดูแลรักษาของทีมสุขภาพ
- 3) ได้รับการเอาใจใส่และสามารถตอบสนองความต้องการของตนเอง
- 4) ผ่านการปรึกษาและยอมรับจากทีมสุขภาพแล้ว
- 5) เป็นวิธีที่ยอมรับได้ และเปิดกว้างให้บุคคลอื่นนำไปใช้ได้ ดังนั้นในขั้นตอนนี้

ทั้งพยาบาลและผู้รับบริการต้องมีส่วนร่วมหาข้อมูล มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และร่วมอภิปรายกับทีมสุขภาพ และร่วมกันตัดสินใจอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on) เป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ในระยะนี้ เมื่อเกิดปัญหา พยาบาลและผู้รับบริการจะร่วมมือแก้ไขปัญหา เมื่อนำวิธีการที่เลือกใช้ไปปฏิบัติแล้วเกิดประสิทธิภาพหรือประสบความสำเร็จ บุคคลก็รู้สึกมั่นใจ รู้สึกมีพลังอำนาจ มีความสามารถและถือว่าเป็นข้อผูกพันในการปฏิบัติที่จะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมแก้ปัญหานั้น สำหรับใช้ในครั้งต่อไป

การเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 4 ขั้นตอน เป็นกระบวนการระหว่างบุคคลที่มีความเชื่อมโยงและมีความต่อเนื่องกัน การที่บุคคลจะผ่านแต่ละขั้นตอน บุคคลต้องมีพลังใจ พลังความคิดจากปัจจัยต่างๆ มาช่วยกันสร้างเสริมแรงใจ ให้บุคคลรู้สึกมั่นใจที่จะแก้ปัญหาให้ได้ด้วยตนเอง อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยดังกล่าวมีข้อจำกัดที่ไม่สามารถนำไปอ้างอิงกับกลุ่มประชากรได้ เนื่องจากกระบวนการดังกล่าวเป็นข้อค้นพบจากกลุ่มตัวอย่างเฉพาะกลุ่มซึ่งต้องมีการพัฒนาโดยอาศัยการวิจัยเชิงปริมาณก่อนนำกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจดังกล่าวมาใช้เป็นแนวคิด (Concept) ที่ใช้ได้กับกลุ่มตัวอย่างอื่นๆต่อไป

สำหรับในประเทศไทย ดารณี จามจุรี และจินตนา ยูนิพันธ์ (2545) ได้นำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยของมิลเลอร์ (Miller) มาปรับใช้กับผู้ป่วยไทย โดยสรุปองค์ประกอบของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ไว้ 4 ประเด็น คือ

- 1) คุณลักษณะของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งประกอบด้วยบุคคล 2 กลุ่ม คือ ผู้ให้บริการสุขภาพ คือพยาบาล ซึ่งใช้ทักษะวิชาชีพที่สำคัญ คือ ทักษะการสื่อสาร ทักษะในการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและทักษะการใช้อำนาจในการรักษาพยาบาลในทางบวก และกลุ่มผู้ใช้บริการ หมายถึง ผู้ป่วย ซึ่งมีความตั้งใจที่ยอมรับการเสริมสร้างพลังอำนาจ หน้าที่ความรับผิดชอบและการมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและการตัดสินใจ

- 2) สิ่งที่เกิดขึ้นก่อนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ได้แก่ ความเชื่อ ค่านิยม ประสพการณ์ของบุคคล ความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ความเชื่อในความสามารถในการตัดสินใจยอมรับในหน้าที่และการกระทำของตัวผู้ป่วย และความมุ่งมั่นที่จะให้ความร่วมมือกับพยาบาลในการกระทำที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

- 3) กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ

- (1) การสร้างความร่วมมือระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย เพื่อนำไปสู่เป้าหมายร่วมกันที่จะส่งผลต่อการจัดการกับการเจ็บป่วยและดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ



(2) การค้นหาสภาพการณ์จริงของผู้ป่วย เป็นการประเมินทักษะของผู้ป่วย ต่อภาวะสุขภาพของตนเอง ความต้องการการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

(3) การสะท้อนความคิดและการสร้างความเข้าใจสถานการณ์ เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยทบทวนเหตุการณ์รอบด้าน เพื่อการตัดสินใจและจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม เป็นการฝึกทักษะในการทำความเข้าใจกับปัญหา การแสวงหาทางเลือก การพิจารณาเพื่อให้เกิดมุมมองใหม่ เมื่อผู้ป่วยสามารถค้นพบปัญหาตามสภาพการณ์จริง มองปัญหาได้ชัดเจน เพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาและการเปลี่ยนแปลงที่ดียิ่งขึ้น ในขั้นนี้จะช่วยให้เกิดการพัฒนาความรู้สึกรู้สึกมีพลังอำนาจในการควบคุมตนเอง จากเดิมที่คิดว่าไม่สามารถดูแลตนเองได้ ไปสู่ความคิดที่ว่าตนไม่ได้ไร้ความสามารถทุกอย่าง ผู้ป่วยจะมีทางเลือกในการปฏิบัติ ตระหนักถึงความเข้มแข็งของตน ความสามารถ ความถูกต้องของตน เกิดความรู้สึกมั่นใจที่จะดูแลตนเองมากขึ้น

(4) การสนับสนุนเอื้ออำนวย ข้อมูล ความรู้ ทักษะ แหล่งทรัพยากร และสร้างแรงจูงใจที่ส่งผลต่อการตัดสินใจที่มีเหตุผลและเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติตามที่ตนได้ตัดสินใจ โดยต้องการการสนับสนุนด้านความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากรนั้น เกิดจากความต้องการของผู้ป่วยเองที่มองเห็นว่าจะเป็นประโยชน์ต่อตนเอง

(5) การดำเนินการด้วยตนเอง ในขั้นตอนนี้บุคคลจะดำเนินการแก้ปัญหาหรือการกระทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์กับตนเอง ตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมที่สุด

4) ผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงการรับรู้ เช่น การเชื่อในสมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) การนับถือตนเอง (Self-esteem) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และการมีสุขภาวะที่ดี ซึ่งเป็นภาวะที่บุคคลมีความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม

2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ไตรรงค์ และ เกรียง (2543) ให้คำจำกัดความโรคไตเรื้อรังที่มาประกอบการอธิบายความรุนแรงของโรค และนำค่าต่าง ๆ ที่วิเคราะห์ได้โดย หมายถึง ภาวะที่มีการทำงานของหน่วยไตลดลงอย่างถาวร แก้ไขไม่ได้ และสามารถตรวจพบได้จากการตรวจหน้าที่ของไต (Renal Function Test) อย่างไม่อย่างหนึ่ง หากจะให้จำกัดความอย่างเป็นรูปธรรม ภาวะไตเรื้อรัง หมายถึง การมีค่า GFR (Glomerular Filtration Rate) ซึ่งแสดงด้วย ค่าครีเอตินิน เคลียร์เรนส์ (Creatinine Clearance [CCr]) หรือด้วยค่าเฉลี่ยระหว่างยูเรีย(urea) หรือ CCr ลดลงกว่าปกติ หรือหมายถึงการมีค่าซีรัมครีเอตินิน (Serum Cr) สูงกว่าปกติติดต่อกันเป็นเวลานาน จนแน่ใจว่าความผิดปกตินี้ ไม่อาจจะกลับคืนเป็นปกติได้ เมื่อไตเสื่อมหน้าที่ค่า GFR (Glomerular Filtration Rate) มักลดลงก่อน เมื่อ GFR (Glomerular Filtration Rate) ลดเหลือร้อยละ 50 มล./นาที/1.73 ตร.ม. ตรวจพบซีรัมครีเอตินินสูงเกิน 1.5 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร เมื่อค่า GFR (Glomerular Filtration Rate) ลดลงเหลือร้อยละ 60 มล./นาที/1.73 ตร.ม. จึงจะพบว่าไตมีขนาดเล็กจนสามารถตรวจพบได้ด้วยอัลตราโซโนกราฟี (Ultrasonography) เมื่อค่า GFR (Glomerular Filtration Rate) ลดเหลือร้อยละ 30 มิลลิตร/นาที/1.73 ตารางเมตร หรือต่ำกว่า



(Serum Cr เท่ากับ 3–3.5 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) จึงพบภาวะโลหิตจาง และโรคไตมีความรุนแรงถึงระยะยูรีเมีย (Uremia) จะพบภาวะรินอนออสทีโอติสโทรฟี (Renal Osteodystrophy)

ในปี พ.ศ. 2545 มูลนิธิโรคไตของประเทศสหรัฐอเมริกา (National Kidney Foundation [NKF]) ได้ออกแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (Kidney Disease Outcome Quality Initiative [K/DOQI]) แนะนำให้ใช้คำว่า “โรคไตเรื้อรัง” CKD (Chronic Kidney Disease) แทนคำว่าโรคไตวายเรื้อรัง (chronic renal failure) และให้ตามคำจำกัดความของโรคไตเรื้อรัง (เกรียง, 2548; ทวี, 2548; Levey, et al., 2003) หมายถึง

1) ผู้ป่วยมีภาวะไตผิดปกติติดต่อกันตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป กล่าวคือ การพบความผิดปกติของไตจากการตรวจเลือด การตรวจปัสสาวะ การตรวจทางรังสีวิทยา หรือพบความผิดปกติทางโครงสร้าง เช่น ความผิดปกติทางพยาธิวิทยาจากการตรวจเนื้อเยื่อไต ทั้งนี้ผู้ป่วยอาจจะมี GFR (glomerular filtration rate) ผิดปกติหรือไม่ก็ได้ หรือ

2) ผู้ป่วยที่มี GFR (glomerular filtration rate) น้อยกว่า 60 มิลลิลิตร/นาที/1.73 ตารางเมตร โดยที่อาจจะตรวจพบหรือไม่พบว่ามีร่องรอยของไตผิดปกติก็ได้จากการศึกษาความหมายของไตเรื้อรัง สรุปได้ว่า โรคไตเรื้อรัง หมายถึง ภาวะที่มีการทำงานของหน่วยไตลดลงอย่างถาวร ทำให้ไตสูญเสียหน้าที่ในการขจัดของเสีย การรักษาสมดุลของน้ำและเกลือแร่ และค่า GFR (glomerular filtration rate) ลดเหลือน้อยกว่า 60 มิลลิลิตร/นาที/1.73 ตารางเมตร

จากการศึกษาของ Phipps (1995) พบว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นลักษณะเฉพาะที่มีลักษณะอาการสงบ และอาการกำเริบนั้น ความรุนแรงของอาการที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวของผู้ป่วย

ชนิดา (2545) ศึกษาผลของการให้คำแนะนำอาหารต่อภาวะโภชนาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดที่โรงพยาบาลรามธิบดี 27 คน เป็นการศึกษาถึงความชุกของการเกิดปัญหาทางโภชนาการ และผลการให้คำแนะนำอาหารต่อการเปลี่ยนแปลงของภาวะโภชนาการ และผลของการให้คำแนะนำอาหารที่ถูกต้องรายบุคคล เป็นเวลา 8 สัปดาห์ผลจากการศึกษาพบว่า หลังได้รับคำแนะนำพบว่าผู้ป่วยรับประทานอาหารที่ให้พลังงานและโปรตีนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามผู้ป่วยเหล่านี้ยังคงรับประทานอาหารน้อยกว่าที่ได้รับคำแนะนำ ขณะที่ปริมาณวิตามินที่ได้รับจากอาหารดีขึ้นบ้าง หลังจากได้รับคำแนะนำ การวัดสัดส่วนของร่างกาย % std TSF, % IBW และ BMI ไม่เปลี่ยนแปลง MUAC และเส้นรอบวงกึ่งกลางกล้ามเนื้อต้นแขนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โปรตีน และไขมันในเลือดอยู่ในระดับปกติ

ศศิธร (2549) ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 28 รายที่ได้รับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีฐานะยากจนได้อาหารจากแหล่งธรรมชาติแปรเปลี่ยนไปตามฤดูกาลการซื้ออาหารมีข้อจำกัดของชนิด การกินเพื่อให้สามารถมีชีวิตอยู่ได้มากกว่าการกินเพื่อควบคุมอาการของโรค รับประทานอาหารตามความคุ้นเคยที่เป็นอาหารรสจัดและเค็ม ไม่ชอบอาหารที่มีไขมันและน้ำตาล มีความเชื่อและค่านิยมเกี่ยวกับอาหารที่มีอิทธิพลจากประเพณีและวัฒนธรรมท้องถิ่น ปัจจัยที่กำหนดพฤติกรรมการบริโภคอาหารคือแรงจูงใจด้านสุขภาพ และผู้ป่วยจะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคอาหารเมื่อมีอาการผิดปกติแสดงให้เห็น



ศัทธิยา (2550) ได้ประเมินการบริโภคอาหารโปรตีนต่อวันในผู้ป่วยที่มีการทำงานของไตระดับต่าง ๆ ผู้ป่วยที่ติดตามการรักษาที่คลินิกโรคไตโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ 167 คน โดยแนะนำให้รับประทานอาหารโปรตีนต่ำซึ่งหมายถึงได้รับโปรตีนประมาณ 0.6 กรัม ต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน ผลจากการศึกษาพบว่า เมื่อการทำงานของไตลดลง ผู้ป่วยมีแนวโน้มบริโภคอาหารโปรตีนลดลง การป้องกันภาวะทุพโภชนาการและชะลอการเสื่อมของไตนั้น โปรตีนที่ได้รับควรอยู่ในรูปของโปรตีนคุณภาพสูง เหมาะสมกับระยะไตเรื้อรัง กล่าวคือ ในผู้ป่วยที่มี GFR (Glomerular Filtration Rate) มากกว่า 50 มล./นาที/1.73 ตร.ม. ควรบริโภคอาหารโปรตีน 0.89 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน ผู้ป่วยที่มี GFR (Glomerular Filtration Rate) น้อยกว่า 10 มล./นาที/1.73 ตร.ม. ควรบริโภคอาหารโปรตีน 0.57 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน

ทวี (2550) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งเร้าต่อการปรับตัวของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่รักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น เป็นการวิจัยกึ่งทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 15 คน สื่อที่ใช้เป็นการให้ข้อมูล คือ เทปโทรทัศน์จดหมายกระตุ้นเตือน และคู่มือปฏิบัติตนของผู้ป่วยไตเรื้อรัง ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งเร้ามีคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวโดยรวม และคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวรายด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านมนโทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่และด้านการพึ่งพาระหว่างกัน สูงกว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ไม่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งเร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

รัชนิย์ (2549) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ บุคลิกภาพที่เข้มแข็งและพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยไตเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แรงจูงใจด้านสุขภาพ และสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยไตเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สุธินี (2545) ศึกษาและเปรียบเทียบสุขภาพจิตและพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ที่มารับการรักษาแบบประคับประคอง ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์จำนวน 196 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยไตเรื้อรังมีปัญหาทางสุขภาพจิต และมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองระดับสูง ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีรายได้ จำนวนครั้งที่มารับการรักษา การสนับสนุนทางสังคม และความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังต่างกัน มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คะแนนสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พงษ์ลดา (2544) ศึกษาความรู้ทางโภชนาการ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการศึกษา โดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โรงพยาบาลแมคคอร์มิค จังหวัดเชียงใหม่ ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลเรื่องเพศมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา และระยะเวลาในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการบริโภคอาหารอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับความรู้ทางโภชนาการและคุณภาพชีวิตอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ความรู้ทางโภชนาการมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับ 0.05 คุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์กับความรู้ทางโภชนาการและพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ



สุมาพร (2545) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการ ระยะเวลาของการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในอาการเจ็บป่วยกับการปรับตัวของผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคไตเรื้อรังจำนวน 100 คน เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ผลการวิจัยพบว่าความรุนแรงของอาการ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวระยะเวลาของการเจ็บป่วย และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวอย่างมีนัยสำคัญ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม และความรุนแรงของอาการสามารถใช้ร่วมกันพยากรณ์การปรับตัวของผู้ป่วยไตเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญ

ศิริธัญญา (2545) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการปฏิบัติด้านอาหารกับพฤติกรรม การบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง อายุ 30-60 ปี ที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 100 คน ประเมินอาหารบริโภคโดยวิธีการจดบันทึกอาหารที่บริโภคใน 1 วัน ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการนานกว่า 3 ปี มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีปัจจัยด้านเจตคติต่อการปฏิบัติด้านอาหาร และแรงสนับสนุนของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้พลังงานเฉลี่ยที่ผู้ป่วยได้จากอาหารบริโภคอยู่ในเกณฑ์พอเพียง แต่ได้รับโปรตีนเฉลี่ยต่ำกว่าเกณฑ์ที่ควรได้รับเล็กน้อย ($1.05 (+,-) 0.15$ กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน) และสัดส่วนของพลังงานจากไขมันค่อนข้างสูง (45% ของพลังงานรวม)

Oldrizzi et al (1989) ศึกษาการให้อาหารโปรตีนต่ำ 0.4-0.6 กรัมโปรตีนต่อกิโลกรัมต่อวัน ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 390 ราย เป็นเวลา 4-5 ปี พบว่ากลุ่มที่จำกัดอาหารโปรตีนมีอัตราเสื่อมของไตช้ากว่ากลุ่มที่ได้รับอาหารโปรตีน 1 กรัมโปรตีนต่อกิโลกรัมต่อวัน โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภาวะโภชนาการระดับโปรตีนในเลือด น้ำหนัก และ Antropometric Indices ในเกณฑ์ดี

Lin et al (1995) ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบความเชื่อความสามารถตนเอง ความรู้เรื่องโรคไตและแรงสนับสนุนทางสังคม ในการสร้างเสริมพฤติกรรมการร่วมมือรักษา ในผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 330 คน ในประเทศไต้หวัน พบว่ารูปแบบความเชื่อความสามารถตนเอง การกระตุ้นเตือน การให้ความรู้เรื่องโรคไตและแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อพฤติกรรมในการร่วมมือรักษา โดยผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจำนวนร้อยละ 72.1 มีการรายงานการควบคุมความดันโลหิต การจำกัดอาหารและน้ำ

Klang et al (1998) ศึกษาโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตนในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ที่มี GFR (Glomerular Filtration Rate) < 20 มล./นาที/73 ตร.ม. กลุ่มควบคุม 38 คน และกลุ่มทดลอง 28 คน กลุ่มทดลองได้รับการสอนเป็นกลุ่มละ 5-7 คน ครั้งละ 2 ชั่วโมง ใน 4 หัวข้อ ได้แก่ โรคไตและโภชนาบำบัดความรุนแรงของการดำเนินโรคสู่ไตเรื้อรังระยะสุดท้ายและการบำบัดทดแทนไต การฝึกการออกกำลังกายและผลกระทบจากไตเรื้อรังต่อเศรษฐกิจ สังคม และครอบครัว มีการติดตามพฤติกรรม 6 เดือน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีของเสียต่ำกว่ากลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองมีการปรับอารมณ์ ปรับตัวเข้ากับสังคม คุณภาพชีวิต และยอมรับการบำบัดทดแทนไตมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Crowley (2003) ศึกษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 840 คน ใช้เวลา 3 ปี แบ่งผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่มผลการศึกษากลุ่ม A 585 คน ผู้ป่วยไตเรื้อรังปานกลางที่มีระดับ GFR (Glomerular Filtration Rate) 25-55 มล./นาที/1.73 ตร.ม. ซึ่งจำกัดอาหารโปรตีน 0.58 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน พบว่ามีการชะลอการลดลงของ GFR (Glomerular Filtration Rate) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อ



เปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับโปรตีน 1.2 กรัม ต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน การลดอาหารโปรตีนลง จาก 0.9 เป็น 0.6 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวันมีผลให้การดำเนินของโรคไตเรื้อรังช้าลงร้อยละ 33 และการลดอาหารโปรตีนลง 0.2 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน มีความสัมพันธ์กับอัตราการชะลอการลดลงของ GFR (glomerular filtration rate) ร้อยละ 33 สำหรับกลุ่ม B ศึกษาผู้ป่วยที่มี GFR (glomerular filtration rate) 13-24 มล./นาที/1.73 ตร.ม. ซึ่งจำกัดอาหารโปรตีนที่ 0.28 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน และให้อาหารเสริมด้วย amino acid เปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ให้อาหารโปรตีน 0.85 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน พบว่าการลดลงของ GFR (Glomerular Filtration Rate) ไม่แตกต่างกัน

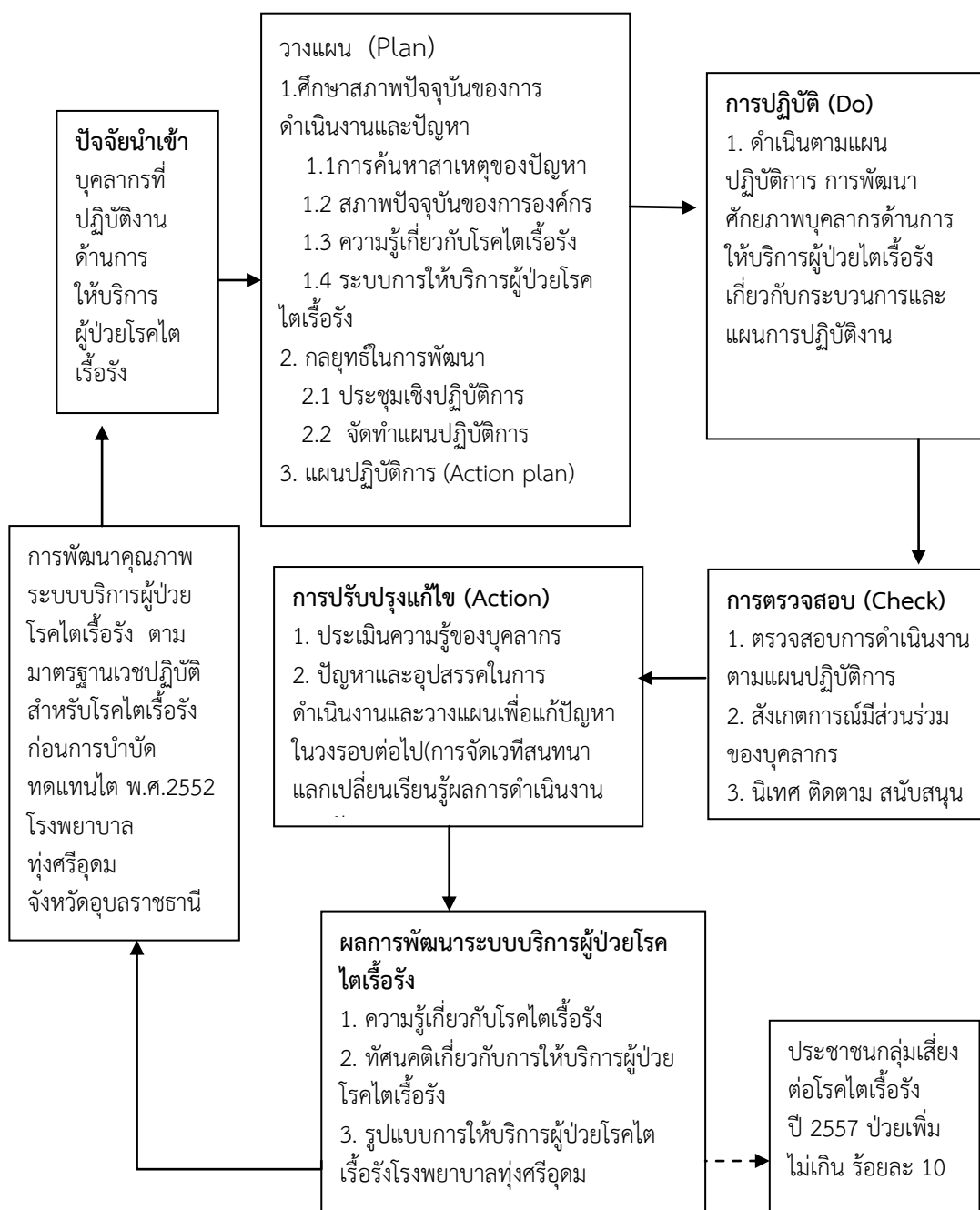
Norman et al (2004) ศึกษาการให้สุขศึกษาเพื่อควบคุมโภชนาการและเน้นการให้พลังงาน ที่มากเพียงพอในการเจริญเติบโตของผู้ป่วยเด็กโรคไตเรื้อรังอายุ 2-16 ปี ติดตามเป็นเวลา 2 ปี แบ่งเป็น กลุ่มไตเสื่อมเล็กน้อย (GFR (Glomerular filtration rate) > 70 มล./นาที/1.73 ตร.ม.) จำนวน 25 คน ไตเสื่อมปานกลาง (GFR (glomerular filtration rate) 25-50 มล./นาที/1.73 ตร.ม.) จำนวน 21 คน และไตเสื่อมมาก (GFR (glomerular filtration rate) < 25 มล./นาที/1.73 ตร.ม.) จำนวน 25 คน (ขณะทำการศึกษากลุ่มผู้ป่วยเข้าสู่ไตเรื้อรังระยะสุดท้ายจะตัดออกจากการศึกษา) วัตถุประสงค์ไข่มุนและ กล้ามเนื้อก่อนการทดลองและทุก 6 เดือน จัดอบรมโปรแกรมอาหาร 3 วันทุก 1 ปี โดยมีรายการอาหาร ที่จำเป็นในสมุดบันทึกประจำตัว ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเด็กที่มีไตเสื่อมเล็กน้อยและปานกลางมีการ เจริญเติบโตปกติ ได้รับพลังงานจากอาหารเพียงพอ ผู้ป่วยเด็กไตเสื่อมทุกรายพบว่า ความสูงที่เพิ่มขึ้น และดัชนีน้ำหนักมีความสัมพันธ์กับอาหารเสริมตามที่กำหนดให้การที่ผู้ป่วยเด็กได้รับพลังงานจากอาหาร ที่เพียงพอและเหมาะสม ทำให้การเจริญเติบโตดีขึ้นโดยไม่เกี่ยวข้องกับอายุ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการดูแล ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในเด็ก

ผลจากการศึกษาเอกสาร แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่ได้ประมวลมานั้น พบว่า มีการศึกษาการให้สุขศึกษาเพื่อควบคุมโภชนาการ ศึกษาโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตน ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเป็นส่วนมาก แต่ยังมีการศึกษาเรื่องคุณภาพระบบบริการน้อย ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงให้ ความสนใจที่จะพัฒนาคุณภาพระบบบริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังตามมาตรฐานเวชปฏิบัติสำหรับโรคไต เรื้อรัง เพื่อศึกษาและวางแนวทางการให้บริการ การเข้าถึงบริการของผู้ป่วย การคัดกรองผู้ป่วยโรคไต เรื้อรัง การให้การรักษาระยะของโรค โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ยังไม่ผ่านการล้างไต โดยแยกผู้ป่วยตาม ระยะของโรค เพื่อให้การรักษาที่เหมาะสม เน้นเฉพาะผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คือ โรคเบาหวานและ โรคความดันโลหิตสูง ต้องได้รับการดูแล เพื่อชะลอการเสื่อมของไตให้ดำเนินสู่โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ช้าลง โดยการคัดกรองความดันโลหิต Creatinine, Microalbumin และ Hemoglobin A1c เป็นต้น หรือแม้กระทั่งการเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมก่อนการล้างไต โดยจะเริ่มให้การรักษาโดยการบำบัดทดแทนไต เมื่อผู้ป่วยมีค่า GFR น้อยกว่าร้อยละ 15 (James T. McCarthy) โภชนาการต้องเข้ามามีบทบาทในเรื่อง สารอาหาร โดยหลีกเลี่ยงการขาดโปรตีนในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 1 ถึงระยะที่ 4 เพราะต้องบำรุง ร่างกายให้แข็งแรง และเพื่อเพิ่มวิตามินที่จะนำไปสร้างเป็นเม็ดเลือด มีทีมสหวิชาชีพ (Home Health Care) ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด พยาบาลวิชาชีพ และโภชนาการ ในการดูแล ผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อติดตามผลการรักษาจากโรงพยาบาลแม่ข่าย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือ ตนเองได้ และยังส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วยในการดำรงชีวิต ดูแลสภาพ จิตใจ ตลอดจนสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้ป่วย พร้อมทั้งเพิ่มศักยภาพด้านการประสานงาน



การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ด้านวิชาการ และทักษะการทำงานทั้งในกลุ่มผู้บริหาร นักวิชาการ และผู้ปฏิบัติงานให้มากขึ้น โดยประยุกต์วงจรบริหารงานคุณภาพ (PDCA)

2.7 กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพประกอบ 2.2 กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 3

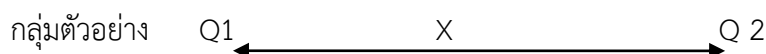
วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) การพัฒนาคุณภาพระบบบริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ตามมาตรฐานเวชปฏิบัติสำหรับโรคไตเรื้อรัง ก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2552 โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีและแนวคิด รวมทั้งเอกสารงานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องมาใช้ในการวิเคราะห์และสนับสนุนการศึกษา โดยมีรายละเอียดขั้นตอนของการดำเนินงาน ดังนี้

- 3.1 รูปแบบการวิจัย
- 3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
- 3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- 3.4 การสร้างเครื่องมือและการหาคุณภาพเครื่องมือ
- 3.5 การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.6 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

3.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยมีแบบการวิจัยกลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่ม เป็นแบบ Pre test – Post test One Group Design ก่อนและหลังการศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาคุณภาพระบบบริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ตามมาตรฐานเวชปฏิบัติสำหรับโรคไตเรื้อรัง ก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2552 โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัยวิเคราะห์ปัญหากระบวนการบริการของตนเอง กำหนดทิศทางการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน ตัดสินใจเลือกแนวทางแก้ปัญหาที่เหมาะสมและร่วมรับผลประโยชน์ที่จะเกิดขึ้น ใช้ระยะเวลาในการทำวิจัย 3 เดือน ระหว่างเดือน ธันวาคม 2555 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ 2556 ตามรูปแบบการวิจัยดังนี้



ภาพประกอบ 3.1 รูปแบบการวิจัย

3.1.1 การวางแผน (Plan) หมายถึง การวางแผน เป็นส่วนประกอบของวงจรที่มีความสำคัญ เนื่องจากการวางแผน จะเป็นจุดเริ่มต้นของงานและเป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้การทำงานในส่วนอื่นเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ การวางแผนในวงจร เดมมิ่ง เป็นการหาองค์ประกอบของปัญหา โดยวิธีการระดมความคิด การเลือกปัญหา การหาสาเหตุของปัญหา การหาวิธีการแก้ปัญหา การจัดทำตารางการปฏิบัติงาน การกำหนด วิธีการดำเนินการ การกำหนดวิธีการตรวจสอบและประเมินผล

3.1.2 การปฏิบัติ (Do) หมายถึงการปฏิบัติตามแผน เป็นการลงมือปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้ในตารางการปฏิบัติงาน ทั้งนี้ สมาชิกกลุ่มต้องมีความเข้าใจถึงความสำคัญและความจำเป็น



ในแผนนั้นๆความสำเร็จของการนำแผนมาปฏิบัติต้องอาศัยการทำงานด้วยความร่วมมือเป็นอย่างดีจากสมาชิก ตลอดจนการจัดการทรัพยากรที่จำเป็นต้องใช้ปฏิบัติตามแผนนั้นๆ ในขั้นตอนนี้ขณะที่ลงมือปฏิบัติจะมีการตรวจสอบไปด้วย หากไม่เป็นไปตามแผนอาจ จะต้องมีการปรับแผนใหม่ และเมื่อแผนนั้นใช้งานได้ก็นำไปใช้เป็นแผนและถือปฏิบัติต่อไป เทคนิคขั้นตอนการปฏิบัติ ทำให้ถูกต้องตั้งแต่แรก จะไม่ต้องแก้ไขหรือรับผลเสียจากการกระทำที่ผิดพลาดตรวจสอบทุกขั้นตอน หากพบข้อบกพร่องให้รีบแก้ไขก่อนที่ความเสียหายจะขยายเป็นวงกว้าง

3.1.3 การตรวจสอบ (Check) หมายถึง การตรวจสอบดูว่าเมื่อปฏิบัติงานตามแผนหรือการแก้ปัญหาตามแผนแล้ว ผลลัพธ์เป็นอย่างไร สภาพปัญหาได้รับการแก้ไขตรงตามเป้าหมายที่กลุ่มตั้งใจหรือไม่ การไม่ประสบผลสำเร็จอาจเกิดสาเหตุหลายประการ เช่น ไม่ปฏิบัติตามแผน ความไม่เหมาะสมของแผนการเลือกใช้เทคนิคที่ไม่เหมาะสม เป็นต้น

เทคนิคขั้นตอนการตรวจสอบ

- 1) ตรวจสอบวิธีการและระยะเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติจริง ว่าทำได้ตามแผนหรือไม่
- 2) ตรวจสอบผล ที่ได้ว่าได้ตามเป้าหมายหรือไม่
- 3) ตรวจสอบว่ามีข้อมูลอะไรใหม่ๆ เกิดขึ้นบ้าง
- 4) รวบรวมและบันทึกข้อมูลที่จำเป็นเพื่อประโยชน์ในการวิเคราะห์และปรับปรุงให้

ต่อไป

3.1.4 การปรับปรุงแก้ไข (Action) การดำเนินการให้เหมาะสม เป็นกระบวนการที่เกิดภายหลังที่กระบวนการ 3 ขั้นตอน ตามวงจรได้ทำการสำเร็จแล้ว ขั้นตอนนี้เป็นการนำเอาผลจากขั้นการตรวจสอบ (Check) มาดำเนินการให้เหมาะสมต่อไป(วิระพล บดีรัฐ, 2543:15-16) เทคนิคขั้นตอนการดำเนินการให้เหมาะสมหลังการตรวจสอบแล้ว ถ้าเราทำได้ตามเป้าหมาย ให้รักษาความดีนี้ไว้หากตรวจสอบแล้ว พบว่ามีข้อผิดพลาดไม่ว่าขั้นตอนใดๆก็ตาม ให้หาสาเหตุและแก้ไขสาเหตุหาทางปรับปรุง เพื่อให้การปฏิบัติครั้งต่อไปให้ดีกว่าเดิมกรณีที่เกิดขึ้นเป็นไปตามแผนที่ตั้งไว้ ให้นำวิธีการหรือการปฏิบัตินั้นมาปรับใช้ให้เป็นนิสัยหรือเป็นมาตรฐานส่วนตัวสำหรับใช้แผนอื่นๆ ที่มีลักษณะเดียวกัน นอกจากนี้เรายังจำเป็นต้องคิดหาทางปรับปรุงกระบวนการหรือวิธีการที่จำทำให้แผนประสบความสำเร็จมากกว่าที่ตั้งไว้ ซึ่งอาจจะหมายถึงประสบผลสำเร็จตามแผนเร็วขึ้น หรือใช้ทรัพยากรน้อยลง หรือได้ผลลัพธ์ที่มีคุณภาพมากขึ้นกรณีที่ไม่เป็นไปตามแผนที่ตั้งไว้ เมื่อผลลัพธ์ที่ได้ไม่เป็นไปตามแผนที่ตั้งไว้ไม่ว่าจะมากหรือให้เอาข้อมูลที่รวบรวมไว้มาวิเคราะห์และให้พิจารณาว่าควรทำอย่างไรต่อไปเช่น

- 1) มองหาทางเลือกใหม่ที่น่าเป็นไปได้
- 2) ใช้ความพยายามที่มากกว่าเดิม
- 3) ขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นในกรณีที่ไม่สามารถจัดการด้วยตัวเองได้
- 4) เปลี่ยนเป้าหมายใหม่

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) คือผู้ที่ปฏิบัติงานระดับหัวหน้าฝ่าย หัวหน้างานโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม



และผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง จำนวน 18 คนโดยกำหนดระยะเวลาในการศึกษา 3 เดือนระหว่างเดือนระหว่างเดือน ธันวาคม 2555 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ 2556 โดยมุ่งพัฒนาคุณภาพระบบการบริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีมาตรฐาน ศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการพัฒนาระบบการบริการ โดยการมีส่วนร่วมของทีมบุคลากรสาธารณสุข อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นบุคลากร ทางด้านสาธารณสุขประกอบด้วย

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม 1 คน

หัวหน้างานผู้ป่วยใน 1 คน

หัวหน้างานผู้ป่วยนอก 1 คน

หัวหน้างานผู้ป่วยอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน 1 คน

เภสัชกร 2 คน

นักกายภาพบำบัด 1 คน

พยาบาลวิชาชีพ 9 คน

เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ 1 คน

นักโภชนาการ 1 คน

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องใช้ในกลุ่มตัวอย่าง เพื่อเปรียบเทียบระดับความรู้และทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้แบ่งออกเป็น 4 ส่วนประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการให้บริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ด้วยสถิติพื้นฐาน เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง ซึ่งประกอบด้วยความรู้ทั่วไปเรื่องโรคไตเรื้อรัง จำนวน 4 ข้อ การคัดกรองผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จำนวน 4 ข้อ การติดตามระดับการทำงานของไตในโรคไตเรื้อรัง จำนวน 4 ข้อ การส่งปรึกษาหรือส่งต่อผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จำนวน 3 ข้อ และโภชนบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จำนวน 5 ข้อ รวมทั้งสิ้น 20 ข้อ แบบสอบถามเป็นแบบปรนัย ชนิด 2 ตัวเลือก คือ ใช่และไม่ใช่

ตัวเลือก เกณฑ์การให้คะแนน

ใช่ 1 คะแนน

ไม่ใช่ 0 คะแนน

การแปลผล

เกณฑ์การวิเคราะห์ระดับความรู้แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ (Bloom)



คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป ถือว่ามีระดับความรู้สูง
 คะแนนระหว่างร้อยละ 60-79 ถือว่ามีระดับความรู้ปานกลาง
 คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 ถือว่ามีระดับความรู้ต่ำ

ส่วนที่ 3 ด้านทัศนคติในการปฏิบัติงาน จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่มีข้อความเกี่ยวกับทัศนคติการให้บริการของเจ้าหน้าที่ ขั้นตอนการให้บริการ สถานที่ สิ่งอำนวยความสะดวก และข้อเสนอแนะอื่น ๆ ในการปรับปรุงการให้บริการ ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างสร้างขึ้น การสร้างดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้ ร่างกระทงคำถามตามกรอบการมุ่งเน้นผู้ให้บริการ เพื่อมุ่งความสัมพันธ์และความพึงพอใจของผู้ให้บริการการตอบแบบสอบถาม มี 5 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยน้อยที่สุด มีข้อความเชิงบวก(positive statement) และเชิงลบ (negative statement) มีข้อความเชิงบวกได้แก่ ข้อ 7, 8 ,10 การให้คะแนนจึงขึ้นอยู่กับข้อความดังนี้

ข้อความ	ด้านบวก	ข้อความ	ด้านลบ
เห็นด้วยมากที่สุด	ให้ 5	เห็นด้วยมากที่สุด	ให้ 1
เห็นด้วยมาก	ให้ 4	เห็นด้วยมาก	ให้ 2
เห็นด้วยปานกลาง	ให้ 3	เห็นด้วยปานกลาง	ให้ 3
เห็นด้วยน้อย	ให้ 2	เห็นด้วยน้อย	ให้ 4
เห็นด้วยน้อยที่สุด	ให้ 1	เห็นด้วยน้อยที่สุด	ให้ 5

การแปลผลโดยการแปลความหมาย

โดยคิดค่าคะแนนจาก(คะแนนสูงสุด- คะแนนต่ำสุด)/ขั้น

(วรพจน์ พรหมสัตยพรต, 2546: 33 อ้างอิงจาก Best, 1997: 147)

$$\begin{aligned} & \frac{\text{คะแนนสูงสุดของแบบสอบถาม} - \text{คะแนนต่ำสุดของแบบสอบถาม}}{\text{ระดับขั้น}} \\ &= \frac{5-1}{5} \\ &= 0.80 \end{aligned}$$

จากหลักเกณฑ์ดังกล่าวจึงแบ่งระดับสภาพปัจจัยเบื้องต้นออกเป็นดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	หมายถึง	ระดับความคิดเห็น
4.21 - 5.00	หมายถึง	ระดับความเห็นด้วยมากที่สุด
3.41 - 4.20	หมายถึง	ระดับความเห็นด้วยมาก
2.61 - 3.40	หมายถึง	ระดับความเห็นด้วยปานกลาง
1.81 - 2.60	หมายถึง	ระดับความเห็นด้วยน้อย
1.00 - 1.80	หมายถึง	ระดับความเห็นด้วยน้อยที่สุด

ส่วนที่ 4 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ



3.4 การสร้างและการหาคุณภาพเครื่องมือ

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้

3.4.1 กำหนดกรอบแนวคิดและศึกษาคุณลักษณะที่จะวัด ผู้วิจัยได้ศึกษาคุณลักษณะหรือประเด็นที่จะวัดให้เข้าใจอย่างละเอียด โดยทำการศึกษาจากเอกสารและผลการวิจัยต่างๆ ที่มีลักษณะเดียวกันหรือใกล้เคียงกัน ตลอดจนศึกษาคุณลักษณะของแบบสอบถามเพื่อใช้เป็นแนวทางในการสร้างแบบสอบถาม

3.4.2 กำหนดนิยามเชิงปฏิบัติการของตัวแปรที่ต้องการวัด และกำหนดชนิดของแบบสอบถาม ผู้วิจัยเลือกชนิดของแบบสอบถามให้เหมาะสมกับเรื่องที่จะวัดและกลุ่มตัวอย่าง

3.4.3 ศึกษาวิธีการสร้างแบบสอบถาม ผู้วิจัยได้ศึกษาวิธีการสร้างแบบสอบถามเพื่อวัดคุณลักษณะที่ต้องการจะวัด โดยศึกษาวิธีการสร้างแบบสอบถามจากตัวอย่างให้เข้าใจ และยึดวัตถุประสงค์เป็นหลักในการสร้างแบบสอบถาม

3.4.4 แบ่งคุณสมบัติที่ต้องการจะวัดออกเป็นด้านต่างๆ การสร้างแบบสอบถาม ผู้วิจัยได้แบ่งคุณสมบัติที่ต้องการจะวัดออกเป็นด้านๆ ซึ่งจะทำให้สร้างง่ายขึ้นและครอบคลุมในแต่ละด้านอย่างทั่วถึง

3.4.5 เขียนคำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม ส่วนแรกของแบบสอบถาม คือ คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วยความมุ่งหมายของการวิจัย คำอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามพร้อมทั้งตัวอย่าง ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ตอบแบบสอบถามทราบวัตถุประสงค์และเข้าใจวิธีการสร้างแบบสอบถามนั้น โดยผู้วิจัยเขียนให้ละเอียดและชัดเจน

3.4.6 นำแบบสอบถามที่ได้ให้ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ความถูกต้องของการใช้ภาษา ความชัดเจนของภาษา และนำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

3.4.7 นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วย

1) นายแพทย์พิทักษ์พงษ์ จันทรแดง วุฒิการศึกษาสูงสุด แพทยศาสตรบัณฑิต ตำแหน่งนายแพทย์ ชำนาญการ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลน้ำเย็น สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลน้ำเย็น อำเภอน้ำเย็น จังหวัดอุบลราชธานี

2) แพทย์หญิงปัทมา สงวนตระกูล วุฒิการศึกษาสูงสุด แพทยศาสตรบัณฑิต ตำแหน่งนายแพทย์ ปฏิบัติการ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดมสถานที่ทำงาน โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

3) นางราตรี เสียงเสนาะ วุฒิการศึกษาสูงสุด พยาบาลศาสตรบัณฑิต ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความชัดเจนของภาษาโดยพิจารณาเป็นรายข้อแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมยิ่งขึ้น และทำการหาค่าความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถาม (IOC) ก่อนนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างเพื่อหาคุณภาพของเครื่องมือ



3.4.8 การหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา (IOC)

การหาค่าความสอดคล้องแบบ IOC หาค่าความตรง (Validity) เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบข้อคำถาม จะประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านเนื้อหา ด้านวัดผล ประเมินผล หรือด้านวิจัย และด้านการใช้ภาษา ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน

การพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญมี 3 ประเด็น คือ เหมาะสม ไม่เหมาะสม และไม่แน่ใจ โดยกำหนดให้คะแนนผลการพิจารณาตัดสินใจดังนี้

กำหนดให้ตัวแปรการวิจัยหมายถึงข้อมูลที่ต้องการศึกษา

คะแนน (+1) เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามและคำตอบตรงหรือสอดคล้องกับนิยามตัวแปรการวิจัย

คะแนน (0) เมื่อไม่แน่ใจหรือข้อคำถามมีลักษณะคลุมเครือไม่ชัดเจน

คะแนน (-1) เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามไม่ตรงหรือไม่สอดคล้องกับนิยามตัวแปร

จากนั้นนำมาหาค่าตรงเชิงความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามพิจารณาข้อคำถามนั้น ๆ วัดได้ตรงหรือสอดคล้องหรือไม่

ถ้าเห็นด้วย ให้ค่า = 1

ไม่เห็นด้วย ให้ค่า = -1

และไม่แน่ใจ ให้ค่า = 0

จากผลการพิจารณาตัดสินใจของผู้เชี่ยวชาญที่ได้นำไปหาค่าความตรงตามเนื้อหาและโครงสร้างได้จากสูตรของ Rowinlli และ Hambleton (Index of Item-Objective Congruence : IOC)

$$\text{โดยใช้สูตร} \quad \text{IOC} = \frac{\sum R}{N}$$

IOC หมายถึง ตรงเชิงความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดมุ่งหมาย

$\sum R$ หมายถึง ผลรวมของคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

N หมายถึง จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

3.4.9 นำแบบสอบถามไปทดลองใช้เพื่อวิเคราะห์หาคุณภาพเครื่องมือโดยนำเอาแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแล้วจากข้อเสนอแนะของอาจารย์ที่ปรึกษา ไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach) โดยใช้คำสั่ง Reliability ของโปรแกรมสำเร็จรูปทางสังคมศาสตร์ในการวิเคราะห์ข้อมูลแบบทดสอบความรู้ จำนวน 20 ข้อ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาในส่วนของกรณีมีส่วนร่วม เท่ากับ 0.78 แบบสอบถามทัศนคติ จำนวน 10 ข้อ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาในส่วนของกรณีมีส่วนร่วม เท่ากับ 0.98

3.4.10 ปรับปรุงแบบสอบถามให้เป็นฉบับสมบูรณ์ โดยผู้วิจัยแก้ไขข้อบกพร่องที่ได้จากผลการวิเคราะห์คุณภาพอีกครั้งหนึ่ง เพื่อให้แบบสอบถามมีความสมบูรณ์และมีคุณภาพ ซึ่งจะทำให้ผลงานวิจัยเป็นที่น่าเชื่อถืออีกครั้งหนึ่ง

3.4.11 จัดพิมพ์แบบสอบถาม เป็นการนำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแล้วมาจัดพิมพ์ และตรวจสอบให้ละเอียด โดยความถูกต้องในถ้อยคำหรือสำนวน ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ตอบอ่านเข้าใจได้ตรงประเด็นที่ผู้วิจัยต้องการ



3.5 การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

การพัฒนาคุณภาพระบบการผู้ป่วย การพัฒนาคุณภาพระบบบริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ตามมาตรฐานเวชปฏิบัติสำหรับโรคไตเรื้อรัง ก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ.2552 โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี มีขั้นตอนดำเนินการ ดังนี้

3.5.1 ขั้นตอนเตรียมการวิจัย

3.5.1.1 ผู้วิจัยขอหนังสืออนุญาตจากคณะกรรมการบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยมหาสารคามถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และขอความร่วมมือในการวิจัยและเก็บข้อมูล

3.5.1.2 คัดเลือกผู้ช่วยนักวิจัยและจัดประชุม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย อธิบายขั้นตอนและวิธีการในการทำวิจัยและเก็บข้อมูลในการวิจัย

3.5.2 ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

3.5.2.1 ขั้นวางแผน (Plan)

กิจกรรมที่ 1 ศึกษาข้อมูล

1) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ที่ปฏิบัติงานระดับหัวหน้าฝ่าย หัวหน้างานโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม และผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับผู้ป่วยไตเรื้อรัง จำนวน 18 คน

2) เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ ข้อมูลด้านผู้ป่วยไตเรื้อรัง ข้อมูลด้านผู้ให้บริการ ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพ ความรู้และทัศนคติในในระบบบริการ รูปแบบการบริการในปัจจุบันและมาตรฐานการบริการ โดยสอบถามความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพ ในการบริการผู้ป่วยไตเรื้อรัง

3) ศึกษาทบทวนข้อมูลบริบทโรงพยาบาล

กิจกรรมที่ 2 สนทนากลุ่ม เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลในการให้บริการผู้ป่วย

1) วิเคราะห์ข้อมูลและสภาพปัญหาที่สำรวจได้นำเสนอเข้าสู่การประชุมเจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพ

2) ประชุมผู้เกี่ยวข้องกับการบริการผู้ป่วย มีผู้เข้าร่วมทั้งหมด 18 คน ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาล พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด เภสัชกร นักโภชนาการ และผู้วิจัย โดยผู้วิจัยได้นำเสนอปัญหาจากการสำรวจและวิเคราะห์ข้อมูลและเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมเสนอความคิดเห็นวางแผนการพัฒนาระบบ

กิจกรรมที่ 3 วางแผนในการดำเนินงาน

3) จัดประชุมระดมสมองทำแผนปฏิบัติการสำหรับแก้ไขปัญหาระบบการดำเนินงานการ เพื่อให้เจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพและผู้ที่เกี่ยวข้องได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และร่วมกันปรับขั้นตอนให้กระชับและสรุปเป็นแนวทางที่จะนำไปใช้

4) ทีมพยาบาล นักกายภาพบำบัดและผู้วิจัย ร่วมกันจัดทำแนวทางการบริการผู้ป่วยไตเรื้อรัง ก่อนการบำบัดทดแทนไต สำหรับเจ้าหน้าที่ โดยนำมาตรฐานเวชปฏิบัติสำหรับโรคไต



เรื่องร้อง ก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2552 มาประยุกต์ใช้และนำเสนอในที่ประชุมคณะกรรมการพัฒนาการระบบบริการผู้ป่วยโรคไตเรื่องร้องและได้ปรับเพื่อให้สะดวกในการนำไปใช้ตามข้อเสนอแนะของที่ประชุม

3.5.2.2 ชั้นปฏิบัติ (Do)

กิจกรรมที่ 4 ดำเนินการตามแผนการพัฒนาคุณภาพระบบบริการผู้ป่วยโรคไตเรื่องร้อง ทีมสุขภาพลงมือปฏิบัติกับกลุ่มตัวอย่างตามแผนที่วางไว้ โดยมีผู้วิจัยมีส่วนร่วมในการปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้ มีการประชุมปรึกษา สังเกตและติดตามผลการดำเนินงาน โดยการจัดกิจกรรมเสริมความมั่นใจในการให้บริการโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อชี้แจงและอธิบายขั้นตอนการดำเนินงานการบริการผู้ป่วยโรคไตเรื่องร้อง โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้พิการในแต่ละด้าน ได้แก่ อาหาร และยา การออกกำลังกาย การฟื้นฟูสภาพร่างกาย การป้องกันการเจ็บป่วยและการรักษาสุขภาพ และการจัดการความเครียด เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความรู้ความเข้าใจ มีทัศนคติที่ดี มีความมั่นใจในการดูแลสุขภาพผู้พิการและสามารถให้บริการได้อย่างมีคุณภาพ มีการเชิญวิทยากรมาให้ความรู้ และจัดกิจกรรมที่มีบรรยากาศในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เป็นการเสริมความมั่นใจให้แก่ผู้ดูแลทุกคน

3.5.2.3 ชั้นสังเกตการณ์ (Check)

กิจกรรมที่ 5 การติดตามและเก็บรวบรวมข้อมูล

- 1) เจ้าหน้าที่ทีมติดตามผลการดำเนินงานตามจุดบริการต่างๆ
- 2) ชั้นสะท้อนการปฏิบัติ (Reflection)

กิจกรรมที่ 6 ประชุมผู้ร่วมวิจัยเพื่อ ถอดบทเรียน และสรุปผล

เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ นำข้อมูลที่รวบรวมได้จากชั้นปฏิบัติมาวิเคราะห์ร่วมกัน เพื่อหาวิธีการในการปฏิบัติและปรับปรุงแผนการปฏิบัติ การสะท้อนการปฏิบัติ ทำให้เกิดการพัฒนาและปรับปรุงแผนการปฏิบัติแบบเป็นวงจรขึ้นต่อเนื่องกันไป ในการประชุมแต่ละครั้งจะมีการปรับแผนการปฏิบัติให้กระชับและให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ และเจ้าหน้าที่เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ มีการรวบรวมข้อมูลและสะท้อนข้อมูลในการประชุมระดมสมอง มีการบันทึกความก้าวหน้าของการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยนักกายภาพบำบัด รวบรวมข้อมูลทั้งหมดนำมาเข้าที่ประชุมระดมสมอง

3.5.2.4 ชั้นปรับปรุงแผนและประเมินผล (Action)

กิจกรรมที่ 7 เป็นการประเมินเพื่อติดตามผลการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพระบบบริการที่กำหนดขึ้นทั้งหมด โดยประเมินทั้งขณะดำเนินการ (Formative Evaluation) และหลังดำเนินการ (Summative Evaluation) โดยใช้วิธีการเก็บข้อมูลแบบไปข้างหน้า (Prospective Data Collection) เก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อสรุปการดำเนินงานทุกขั้นตอนที่ได้ศึกษาและพัฒนา

ในขั้นตอนนี้เป้าหมายของกิจกรรมนี้คือได้แผนปฏิบัติการบริการที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาล ซึ่งการปรับปรุงระบบได้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นวงจรตลอดระยะเวลาการปฏิบัติการวิจัย โดยนำปัญหาที่พบและร่วมกันปรับปรุงระบบโดยทดลองซ้ำ จนได้รูปแบบที่พอใจ รวบรวมสรุปวิเคราะห์ข้อมูล ระบุงค์ความรู้ที่ได้จากการปฏิบัติและประเมินผลการดำเนินการพัฒนา ติดตามประเมินผลระดับความสามารถของผู้บริการ ขั้นตอนการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค



ที่เกิดขึ้น กระบวนการแก้ปัญหาที่ได้ดำเนินงานในแต่ละขั้นตอน ปัจจัยเอื้ออำนวย ผลลัพธ์ และผลกระทบที่เกิดขึ้น รวมทั้งความคิดเห็น ความพึงพอใจของทีมสุขภาพ และผู้ดูแล

3.5.3 สรุปผลการดำเนินการ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ จะใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

3.5.4 ระยะเตรียมการก่อนเก็บข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

3.5.4.1 ผู้วิจัยประสานงานกับกลุ่มเจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม เพื่อขอความร่วมมือให้บุคลากรเข้าร่วมกิจกรรมตลอดระยะเวลาการศึกษา

3.5.4.2 สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อสร้างความคุ้นเคยและสร้างความร่วมมือในการวิจัย

3.5.5 ระยะดำเนินการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย

3.5.5.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้เครื่องมือ ดังนี้

3.5.5.2 แบบสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ในส่วนของข้อมูลทั่วไป ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง และทัศนคติเกี่ยวกับการให้บริการผู้ป่วยไตเรื้อรัง

3.5.6 ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้เครื่องมือ ดังนี้

3.5.6.1 การสนทนากลุ่ม (Group Discussion) กับกลุ่มตัวอย่างในด้านความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง ทัศนคติต่อผู้ป่วย และการต้องการความช่วยเหลือต่างๆขณะดำเนินงาน

3.5.6.2 การสังเกต (Observation) เพื่อเป็นการตรวจสอบยืนยันความถูกต้องกับข้อมูลที่เก็บด้วยวิธีสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยได้สังเกตในขณะที่ทำกิจกรรมตามขั้นตอนต่างๆของกระบวนการวิจัย บันทึกข้อมูลโดยการจดบันทึกและบันทึกภาพ

สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยเรื่องการพัฒนาคุณภาพระบบบริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ตามมาตรฐานเวชปฏิบัติสำหรับโรคไตเรื้อรัง ก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ.2552 โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ดังนี้

3.6 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

3.6.1 การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปตามขั้นตอนดังนี้

- 1) นำแบบสัมภาษณ์ทั้งหมดมาตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วนของข้อมูล
- 2) วิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่ม (Group Discussion)
- 3) นำเสนอข้อมูลในรูปแบบการอธิบายการวิเคราะห์สภาพการณ์ปัจจุบัน ตารางวิเคราะห์ทางสถิติ ภาพประกอบวิเคราะห์ทางสถิติและอธิบายตารางและภาพประกอบ

3.6.2 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อนำข้อมูลทั้งหมดมาตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วนและลงรหัสแต่ละข้อ หลังจากนั้นบันทึกข้อมูลลงในคอมพิวเตอร์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ โดยมีรายละเอียดดังนี้



3.6.2.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบทดสอบ นำเสนอด้วยค่าจำนวน ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3.6.2.2 สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้วิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ย ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง ความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยทัศนคติ ก่อนและหลังการพัฒนา โดยใช้สถิติ Paired t-test

3.6.2.3 ข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม (Group Discussion) และการสังเกตพฤติกรรม วิเคราะห์ข้อมูลจากเนื้อหาของข้อมูล (Content Analysis) โดยนำข้อมูลทั้งหมดมาตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วน และนำมาแยกเป็นหมวดหมู่ตามประเด็นปัญหา จากนั้นทำการตีความหมายของข้อมูลที่ได้ตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล เพื่อสรุปเชื่อมโยงความสัมพันธ์และเหตุผลในประเด็นที่ศึกษา



บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนาคุณภาพระบบบริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ตามมาตรฐานเวชปฏิบัติสำหรับโรคไตเรื้อรัง ก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2552 โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ผู้วิจัยนำเสนอผลการศึกษาประกอบด้วย 4 ดังนี้

- 1) ศึกษาบริบทของโรงพยาบาล ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยไตโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี
- 2) ระบบบริการที่เป็นอยู่ในปัจจุบันของโรงพยาบาล ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยไตโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี
- 3) พัฒนาคูณภาพระบบผู้ป่วยไตโรคเรื้อรัง ตามมาตรฐานเวชปฏิบัติสำหรับโรคไตเรื้อรัง ก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2552 โรงพยาบาล ทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี
- 4) ผลของการพัฒนาคูณภาพระบบบริการผู้ป่วยไตโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี
- 5) ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาคูณภาพระบบบริการผู้ป่วยไตโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดมจังหวัดอุบลราชธานี

4.1 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้สัญลักษณ์ในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

- N = จำนวนประชากรที่ศึกษา
n = ขนาดตัวอย่าง
 \bar{X} = ค่าเฉลี่ย
S.D. = ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
T = สถิติทดสอบที่ใช้เปรียบเทียบค่าวิกฤติเพื่อทราบความมีนัยสำคัญ
ใน t -distribution
p = ค่าความมีนัยสำคัญทางสถิติ
df = ชั้นของความเป็นอิสระ (Degrees of Freedom)

4.2 บริบททั่วไปของโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม

โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม อำเภอทุ่งศรีอุดม อุบลราชธานี ตั้งอยู่ทางทิศใต้ของจังหวัดอุบลราชธานี ห่างจากตัวจังหวัดอุบลราชธานี 75 กิโลเมตร มีอาณาเขต ดังนี้

- ทิศเหนือ จด อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี
ทิศใต้ จด อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี



4.2.3 ลักษณะของบุคลากร

มีบุคลากรในโรงพยาบาลทั้งหมด 108 คน ประกอบด้วยแพทย์ทั่วไป 3 คน (ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง) ให้บริการตรวจโรคในระดับทุติยภูมิ ระดับ 2.1 มีการรับส่งต่อจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตรับผิดชอบ 6 แห่ง ครอบคลุมการให้บริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในและการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคในชุมชน ซึ่งโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม มีโครงสร้างการบริหารโรงพยาบาลแบ่งออกเป็นกลุ่มงาน คือ กลุ่มงานบริการทางการแพทย์ กลุ่มการพยาบาล กลุ่มเทคนิคบริการ กลุ่มงานเวชปฏิบัติ ครอบครัวและชุมชนกลุ่มงานบริหาร กลุ่มงานยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์ กลุ่มงานสนับสนุนเครือข่ายบริการปฐมภูมิ และ กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลมีการจัดการบริการโดยการประสานความร่วมมือ ในการให้บริการด้านการสุขภาพ 4 ด้านคือ ด้านการรักษาพยาบาล ให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในระดับทุติยภูมิ รับและส่งต่อผู้ป่วยจากหน่วยงานระดับปฐมภูมิ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) และระดับใกล้เคียงกัน รวมทั้งการส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยงานในระดับ ตติยภูมิ และสถานบริการเฉพาะทางด้านต่าง ๆ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ให้บริการด้านส่งเสริมสุขภาพแก่ประชาชนกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับอำเภอในรูปแบบคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ หน่วยงานระดับปฐมภูมิ ด้านการป้องกันโรค การสุขภาพิบาลและสิ่งแวดล้อม ดำเนินงานด้านป้องกันโรค การสุขภาพิบาลและสิ่งแวดล้อมร่วมกับหน่วยงาน ในระดับอำเภอในรูปแบบคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ และหน่วยงานระดับปฐมภูมิ ด้านการฟื้นฟูสภาพ ให้บริการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยหลังได้รับการรักษาแล้วจำเป็นต้องมีการฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งการส่งต่อหน่วยงานศูนย์สุขภาพชุมชนต่าง ๆ ในเขตอำเภอ พัฒนาเครือข่ายบริการของโรงพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย ศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) ทั้งด้านงานบริการในสำนักงานและงานสาธารณสุขในชุมชน บุคลากรในโรงพยาบาลส่วนใหญ่มีอายุการปฏิบัติงาน 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 50.49 โดยรวมเป็นบุคลากรในพื้นที่ร้อยละ 81.63 คน นอกพื้นที่ร้อยละ 18.37 และที่โยกย้ายส่วนใหญ่จะเป็นแพทย์ แพทย์หมุนเวียนทุก 2 ปี ในปี 2555 มีแพทย์ประจำ 1 คน โดยทีมนำและทีมบริหารทรัพยากรบุคคล ได้มีการกำหนดนโยบายในการนิเทศติดตามงานอย่างต่อเนื่อง ปัญหาการขาดแคลนวิชาชีพพยาบาล ส่งผลให้มีภาระงานหนัก ความสุขในการทำงานลดลง องค์กรจึงมีมาตรการในการสร้างสมดุลชีวิตกับการทำงาน โดยจัดหาสวัสดิการ ค่าตอบแทน ความก้าวหน้าทางกรงาน อีกทั้งรับสมัครพยาบาลวิชาชีพเพิ่มเพื่อลดภาระงานที่มากเกินไป เจ้าหน้าที่ใหม่ทุกรายจะได้รับการตรวจสุขภาพขั้นพื้นฐาน ส่วนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ทั้งหมดจะได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี พร้อมทั้งตรวจหาภาวะเสี่ยงจากโรคต่าง ๆ หากไม่มีภูมิคุ้มกัน จะดำเนินการฉีดวัคซีนป้องกันให้ เช่น วัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี ป้องกันไข้หวัดใหญ่ เป็นต้น

4.2.4 อาคาร สถานที่ เทคโนโลยี และอุปกรณ์

สถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวกที่สำคัญอาคารผู้ป่วยนอก อุบัติเหตุฉุกเฉินและเภสัชกรรม 1 หลัง สร้างมาประมาณ 22 ปี มีการปรับปรุงห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินและห้องบริการผู้ป่วยนอก เพื่อรองรับจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้นอาคารตึกกลาง(กลุ่มงานชั้นสูตร X-ray , ทันตกรรม ห้องคลอด เวชปฏิบัติครอบครัว จำนวน 1 หลัง สร้างมา 17 ปี ซึ่งเป็นจุดที่แออัดทำให้มีการสร้างอาคารทันตกรรม ภายภาพ ชั้นสูตร คลินิกวัณโรคใหม่ 1 หลัง เพื่อลดความแออัด) และสร้างลานเอนกประสงค์เพื่อจัดที่พักผ่อนรอตรวจ สันทนาการ จัดนิทรรศการ และรองรับกรณีการระบาศ และอุบัติเหตุหมู่ อาคารตึกผู้ป่วยใน 1 สร้างมา 7 ปี จำนวน 1 หลัง อาคารโรงครัวและSupply 1หลัง สร้างมา 17 ปี – อาคารศูนย์



ส่งเสริมสุขภาพแพทย์แผนไทย 1 แห่งซึ่งตัวอาคารโรงพยาบาลอยู่บนถนนสายหลักมีป้ายบอกชัดเจน มีรถโดยสารส่งผู้ป่วยได้สะดวก ในกลุ่มประชาชนในเขตรับผิดชอบที่อยู่ห่างไกลการเดินทางไม่สะดวก ไม่มีรถโดยสารประจำทางทำให้ต้องจัดแพทย์ออก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 6 แห่ง ในเขตพื้นที่ รอยต่อติดกับอำเภอเดชอุดม อำเภออำนาจ อำเภอน้ำขุ่น เส้นทางจราจรภายในโรงพยาบาลไม่ซับซ้อน ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินอยู่ด้านหน้าสุดทางขึ้นของโรงพยาบาลและหน้าโรงพยาบาลมีที่จอดรถบริการให้ผู้ป่วย ช่องทางการให้บริการมีพนักงานประชาสัมพันธ์คอยให้บริการ มีหมายเลขห้องการให้บริการที่ชัดเจน ไม่ซับซ้อน ป้ายบอกทางชัดเจน แต่ละตึกมีทางเชื่อมติดต่อกันได้สะดวก

4.2.5 เทคโนโลยีและอุปกรณ์สำคัญ

4.2.5.1 มีระบบ Intranet มีบริการ Wireless ในโรงพยาบาลสามารถใช้เป็นแหล่งในการสื่อสารข้อมูลตลอดจนความรู้ให้แก่หน่วยงานต่าง ๆ

4.2.5.2 มีการใช้ระบบคอมพิวเตอร์โปรแกรมโรงพยาบาลในการให้บริการผู้ป่วย (ระบบ LAN) โปรแกรม HI for DOS มีการปรับเปลี่ยน HI for Window เป็นระยะ ช่วงเดือนมิถุนายน ถึงพฤศจิกายน 2555 โดยทีมสารสนเทศ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

4.2.5.3 จัดหาคอมพิวเตอร์ให้ทุกหน่วยงานและเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล เพื่อให้สามารถเข้าสู่ระบบ Internet ให้ทุกหน่วยงานสามารถใช้งานในการค้นหาข้อมูลและส่งต่อ ข้อมูล

4.2.5.4 มีโปรแกรมรายงานเหตุการณ์ความเสียหายผ่านทาง Incident Report และมีการ รายงานข้อมูลมีการประมวลผลผ่านทาง Intranet มีการปรับปรุงระบบเป็นระยะเพื่อความเหมาะสม ในการใช้งาน

4.2.5.5 การจัดทำระบบเสียงตามสายและโทรทัศน์ในการประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสาร

4.3 ระบบบริการที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

ระบบบริการที่เป็นอยู่ในปัจจุบันของโรงพยาบาล ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยไตโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม ให้บริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยไตโรคเรื้อรัง โดยจัดบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็น ส่วนหนึ่งของงานบริการผู้ป่วยนอก โดยจะแยกเอากลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรคเดียวกันหรือคล้ายกันมาไว้ด้วยกัน เพื่อลดขั้นตอนการรับบริการที่งานบริการผู้ป่วยนอก เพื่อให้ผู้มารับบริการ ได้รับความรวดเร็ว ไม่รอนาน และมีความพึงพอใจ โดยจะให้บริการในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดัน โลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตโรคเรื้อรัง โรคไทรอยด์ โรคหอบหืด โดยให้บริการคัดกรอง ซักประวัติ ตรวจวินิจฉัยโรค ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย บริการให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพเฉพาะโรค ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสม รวมไปถึงการรับส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้าน



ตาราง 4.1 จำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการเฉลี่ยต่อวันในแต่ปีงบประมาณของงานบริการผู้ป่วยนอก

ผู้ป่วยนอก	ปีงบประมาณ				
	2552	2553	2554	2555	2556
ผู้ป่วยนอก (คน)	17,655	20,085	20,717	21,177	17,193
ผู้ป่วยนอก (ครั้ง)	71,516	73,934	79,566	77,710	53,184
เฉลี่ยต่อวัน	250	258	275	271	186

ที่มา: กลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์ และสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม
หมายเหตุ: ข้อมูลปีงบประมาณ 2556 ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2555-30 มิถุนายน 2556

ตาราง 4.2 จำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการในแต่ปีงบประมาณของงานบริการผู้ป่วยใน

ผู้ป่วยใน	ปีงบประมาณ				
	2552	2553	2554	2555	2556
ผู้ป่วยใน	1,620	1,920	2,006	2,100	1,527
ผู้ป่วยในเฉลี่ย	4	5	5	6	6
จำนวนวันนอน	4,211	5,602	5,805	5,715	4,184
วันนอนเฉลี่ย	2.59	2.91	2.89	2.7	2.7
อัตราครองเตียง	38.45	51.15	53	52.19	5

ที่มา: กลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์ และสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม
หมายเหตุ: ข้อมูลปีงบประมาณ 2556 ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2555-30 มิถุนายน 2556



ตาราง 4.3 งานบริการผู้ป่วยนอก 10 อันดับโรค

ลำดับที่	โรค	จำนวน (ครั้ง)
1	โรกระบบย่อยอาหาร รวมโรคในช่องปาก	13,855
2	โรกระบบหายใจ	13,392
3	โรคเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ โภชนาการ และเมตาบอลิซึม	7,953
4	โรกระบบไหลเวียนเลือด	7,351
5	โรกระบบกล้ามเนื้อ รวมโครงร่างและเนื้อเยื่อเสริม	7,323
6	โรคผิวหนัง และเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง	4,469
7	โรคติดเชื้อและปรสิต	4,446
8	ภาวะแปรปรวนทางจิต และพฤติกรรม	2,937
9	โรกระบบสืบพันธุ์ร่วมปัสสาวะ	1,908
10	ระบบประสาท	1,393

ที่มา: กลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์ และสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม

ตาราง 4.4 งานบริการผู้ป่วยใน 10 อันดับโรค

ลำดับที่	โรค	จำนวน (ครั้ง)
1	โรคติดเชื้ออื่นๆ ของลำไส้	373
2	โรคเบาหวาน	197
3	โรคความดันโลหิต	174
4	โรคอื่น ๆ ของระบบย่อยอาหาร	157
5	ระบบหายใจส่วนบนติดเชื้อเฉียบพลัน และโรคอื่นๆ ของระบบทางเดินหายใจส่วนบน	148
6	ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ โภชนาการ และเมตาบอลิซึมอื่นๆ	144
7	โรคของผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง	119
8	โรคอื่นของระบบสืบพันธุ์ร่วมปัสสาวะ	72
9	โรคติดเชื้อและปรสิตอื่น ๆ	70
10	ปอดอักเสบ	68

ที่มา: กลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์ และสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม



ตาราง 4.5 แสดงแผนภูมิกระบวนการทำงาน ในการให้บริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

Suppliers/ Providers บุคคลที่เกี่ยวข้อง	Input ปัจจัย ข้อมูล ทรัพยากรที่ใช้	Process จุดเริ่มต้น จุดสิ้นสุด	Output ประโยชน์ ผลผลิต	Customer ผู้ได้รับผลงาน
- แพทย์ - พยาบาล - เภสัชกร - นักกายภาพบำบัด	- บัตร รพ. - สมุดประจำตัว ผู้ป่วย - บัตรนัด	จุดเริ่มต้น: ผู้ป่วย ยื่นบัตรที่ห้องบัตร จุดสิ้นสุด: ผู้ป่วย รับยากกลับบ้าน	- ผู้ป่วยได้รับการ รักษาด้วยความ รวดเร็วและ ถูกต้อง	ภายนอก: - ผู้ป่วยโรคไต เรื้อรังและญาติ

ที่มา: กลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์ และสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม
หมายเหตุ: ข้อมูลปีงบประมาณ 2556 ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2555-30 มิถุนายน 2556

ตาราง 4.5 แสดงแผนภูมิกระบวนการทำงาน ในการให้บริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

Suppliers/ Providers บุคคลที่เกี่ยวข้อง	Input ปัจจัย ข้อมูล ทรัพยากรที่ใช้	Process จุดเริ่มต้น จุดสิ้นสุด	Output ประโยชน์ ผลผลิต	Customer ผู้ได้รับผลงาน
- นักโภชนาการ - เจ้าหน้าที่งาน วิทยาศาสตร์ การแพทย์	- บัตรคิวตรวจ โรค - บัตรคิวรับยา - โปรแกรม HI - เอกสาร ประกอบสิทธิการ รักษา	เจ้าของ: บุคลากร ที่ปฏิบัติงาน เกี่ยวข้องกับ การให้บริการ ผู้สนับสนุน: - ผอ.รพ. - หัวหน้าจุดบริการ	- ผู้ป่วยมีความพึง พอใจต่อการ บริการ	ภายใน: - เจ้าหน้าที่ที่ ให้บริการ ผู้ป่วยโรคไต เรื้อรังใน โรงพยาบาล

ที่มา: กลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์ และสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม



ตาราง 4.6 แสดงแผนภูมิกระบวนการหลัก (Value Stream Mapping) ในการให้บริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

จุดบริการ	กระบวนการหลัก	คุณค่าบริการ
1. ห้องบัตร	<ul style="list-style-type: none"> - การขึ้นทะเบียนรับบริการ วางระบบในการ Identify โดยการตรวจสอบบัตรนัดบัตรรพ. และสมุดประจำตัวผู้ป่วยให้ตรงกันทั้งชื่อ สกุล และ HN - การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยในฐานะข้อมูลการให้บริการ 	<ul style="list-style-type: none"> - เพื่อให้ระบบเวชระเบียนที่สมบูรณ์ครบถ้วน
2. คลินิกโรคเรื้อรัง	<ul style="list-style-type: none"> - การชั่งน้ำหนักวัด Vital signs - การสร้างเสริมสุขภาพโดยทีมสหวิชาชีพตามตารางที่กำหนด ประกอบด้วย พยาบาลประจำคลินิก โภชนากร กายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย พยาบาลจิตเวช ทันตกรรมและเภสัชกร โดยให้คำแนะนำ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การเกิดภาวะแทรกซ้อนและการป้องกัน การให้คำปรึกษาและประเมินติดตามความร่วมมือการใช้ยาโดยเภสัชกร - การประเมินเบื้องต้น การซักประวัติ มีรูปแบบในการ ซักประวัติคัดกรองเป็น แนวทางเดียวกันเพื่อให้ครอบคลุม ปัญหาและประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยทุกครั้ง ความปลอดภัยด้านยา จะต้องซักประวัติเรื่องการแพ้ยาด้วยทุกครั้งถ้าสงสัยแพ้ยาจะส่งพบเภสัชเพื่อซักประวัติและออกบัตรแพ้ยาก่อนที่จะส่งผู้ป่วยเข้าพบแพทย์ - การตรวจคัดกรองประจำปี ได้แก่ ตรวจการทำงานของไต ตรวจจอประสาทตา ตรวจสุขภาพเท้า หมุนเวียนไปที่ รพ.สต.ทุกเดือนตามแผนที่กำหนดร่วมกับ รพ.พระยุพราช เดชอุดมและปรับแผนทุก 3 เดือน เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตาม เกณฑ์ที่กำหนดพร้อมส่งข้อมูลให้ รพ.สต.ทราบผลการตรวจ - การจำหน่ายผู้ป่วย - การคัดกรองผู้ป่วยเพื่อส่งกลับไปรับบริการที่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้าน 	<ul style="list-style-type: none"> - เพื่อให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้รับการตรวจด้วยความรวดเร็ว ถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ

ที่มา: กลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์ และสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม



4.4 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

การพัฒนาคุณภาพระบบบริการผู้ป่วยไตเรื้อรัง ตามมาตรฐานเวชปฏิบัติสำหรับโรคไตเรื้อรัง ก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ.2552 โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ผู้วิจัยได้ดำเนินการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง การพัฒนาคุณภาพระบบบริการตามรูปแบบใหม่ ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี โดยมีรายละเอียดและขั้นตอนการจัดกิจกรรมที่ผลที่เกิดขึ้น ดังนี้

4.4.1 ชั้นเตรียมการวิจัย

4.4.1.1 การเตรียมความพร้อมเพื่อให้การประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องพัฒนาคุณภาพระบบบริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ตามมาตรฐานเวชปฏิบัติสำหรับโรคไตเรื้อรัง ก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2552 โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ดำเนินไปด้วยดี ผู้วิจัยได้มีการจัดเตรียมความพร้อมในด้านต่างๆ ดังนี้

1) ด้านผู้เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการ ผู้วิจัยได้ประสานงานกับเจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อจัดทำหนังสือเชิญกลุ่มตัวอย่าง เข้าร่วมประชุมโดยผู้วิจัยได้ส่งหนังสือเชิญด้วยตนเอง

2) ด้านสถานที่ในการจัดประชุม ได้เลือกห้องประชุมชั้น 1 โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม เพื่อพื้นที่ดังกล่าวกว้างขวาง เป็นสัดส่วนและสะดวกในการจัดกิจกรรม

1.3 ด้านวันและเวลาในการจัดประชุม การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการใช้เวลาประชุม 2 วัน ระหว่างวันที่ 16 – 17 มกราคม 2556 เพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้คุ้นเคยและมีเวลาร่วมทำกิจกรรมกลุ่มย่อยอย่างเต็มที่ โดยเริ่มประชุมตั้งแต่เวลา 09.00 – 16.00 น.

4.4.1.2 ชั้นดำเนินการวิจัย

ชั้นวางแผน (Plan) วันที่ 16 มกราคม 2556

กิจกรรมที่ 1 ศึกษาข้อมูล

1). คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ที่ปฏิบัติงานระดับหัวหน้าฝ่าย หัวหน้างานโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม และผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับผู้ป่วยไตเรื้อรัง จำนวน 18 คน

2) เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ ข้อมูลด้านผู้ป่วยไตเรื้อรัง ข้อมูลด้านผู้ให้บริการ ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ ความรู้และทัศนคติในในระบบบริการ รูปแบบการบริการในปัจจุบันและมาตรฐานการบริการ โดยสอบถามความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพในการบริการผู้ป่วยไตเรื้อรัง

3) ศึกษาทบทวนข้อมูลบริบทโรงพยาบาล

4) ด้านทีมวิทยากร ผู้วิจัยได้ขอความร่วมมือ และจัดหาทีมวิทยากรเพื่อช่วยดำเนินการโดยได้ประสานงานกับบุคคลผู้มีความรู้ความสามารถและมีประสบการณ์ ในการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการซึ่งได้ทีมวิทยากรประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม พยาบาลเวชปฏิบัติ โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม เกษัชกรโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม จำนวน 3 ท่านโดยผู้วิจัยได้ประสานงานเป็นรายบุคคลก่อน แล้วจึงนัดทีมวิทยากรทั้งหมดเพื่อชี้แจงรายละเอียดกรอบการจัดกิจกรรมการประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยร่วมปรึกษาหารือกับทีมวิทยากร จำนวน 1 ครั้ง และได้ช่วยกันปรับกรอบในการจัดกิจกรรม



ที่จะนำไปใช้ให้มีความเหมาะสมกับเนื้อหาในกลุ่มเป้าหมายมากที่สุด จนเป็นที่พึงพอใจและเข้าใจตรงกัน เพื่อเตรียมพร้อมจะนำไปใช้ในวันจัดประชุมจริง

5). ด้านสิ่งตอบแทนผู้เข้าร่วมประชุม การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ ผู้วิจัย ได้จัดค่าอาหารว่าง ค่าอาหารกลางวัน และเครื่องดื่ม สมุดจดบันทึก ปากกา สำหรับผู้เข้าร่วมประชุม เพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้มีโอกาส รับประทานอาหารร่วมกัน และเป็นโอกาสอันดีของสมาชิกผู้เข้าร่วมประชุม และทีมวิทยากรในการสร้างความคุ้นเคย สนับสนุนจากการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเมื่อได้รับประทาน

กิจกรรมที่ 2 สนทนากลุ่ม เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลในการให้บริการผู้ป่วย

1) วิเคราะห์ข้อมูลและสภาพปัญหาที่สำรวจได้นำเสนอเข้าสู่การประชุม
เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ

2) ประชุมผู้เกี่ยวข้องกับงานบริการผู้ป่วย มีผู้เข้าประชุมทั้งหมด 18 คน ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาล พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด เภสัชกร นักโภชนาการ ซึ่งภาคเข้า ได้จัดกิจกรรมเพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้แนะนำตัวเพื่อสร้างความสนิทคุ้นเคยระหว่างสมาชิกผู้เข้าร่วมประชุม และทีมวิทยากรพร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ และแจ้งกำหนดการประชุม ให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้รับทราบ ภาคบ่าย ได้แบ่งกลุ่มย่อยผู้เข้าร่วมประชุมเพื่อวิเคราะห์สภาพการณ์ความเป็นมา และสถานการณ์ของโรคไตเรื้อรัง ในอดีต ปัจจุบัน และวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพร่วมกัน และร่วมกันกำหนดแนวทางที่ต้องการพัฒนาคุณภาพระบบบริการ

กิจกรรมที่ 3 วางแผนในการดำเนินงาน

1) จัดประชุมระดมสมองทำแผนปฏิบัติการสำหรับแก้ไขปัญหาระบบการดำเนินงานการ เพื่อให้เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพและผู้ที่เกี่ยวข้องได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และร่วมกันปรับขั้นตอนให้กระชับและสรุปเป็นแนวทางที่จะนำไปใช้

2) ทีมพยาบาล นักกายภาพบำบัดและผู้วิจัย ร่วมกันจัดทำแนวทางการบริการผู้ป่วยไตเรื้อรัง ก่อนการบำบัดทดแทนไต สำหรับเจ้าหน้าที่ โดยนำมาตราฐานเวชปฏิบัติสำหรับโรคไตเรื้อรัง ก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2552 มาประยุกต์ใช้และนำเสนอในที่ประชุมคณะกรรมการพัฒนาการระบบบริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและได้ปรับเพื่อให้สะดวกในการนำไปใช้ตามข้อเสนอแนะของที่ประชุม

วันที่ 16 มกราคม 2556

1) สร้างความสัมพันธ์และยอมรับคุณค่าของบุคคลอื่นเพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุมไม่รู้สึกกังวลใจหรือเกรงกลัวในการมีส่วนร่วมและการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาร่วมกันผู้วิจัยได้นำกิจกรรมย่อยมาใช้สร้างความสัมพันธ์และการยอมรับการมีคุณค่าของบุคคลอื่นดังนี้

(1) สร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้เข้าร่วมประชุมให้เกิดความคุ้นเคยรู้จักกันมากยิ่งขึ้นโดยผู้เข้าร่วมประชุมทุกคนแนะนำตนเองต่อเพื่อนสมาชิกคนอื่นๆ ด้วยการบอกชื่อเล่นพร้อมกับกล่าวทักทายเพื่อนๆ ในที่ประชุมด้วยบรรยากาศที่เป็นกันเอง ทำให้เกิดความคุ้นเคย และเป็นกันเองไม่รู้สึกเครียด

(2) สร้างความคาดหวังและเป้าหมายร่วมในการประชุม โดยให้ผู้เข้าร่วมประชุมเสนอความคาดหวังในผลที่จะได้รับจากการเข้าร่วมประชุม ซึ่งผลของความคาดหวังของผู้เข้าร่วมประชุม สรุปได้ดังนี้



“อยากได้ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง”

“อยากได้แนวทางให้คำแนะนำผู้ป่วย”

“อยากนำความรู้ที่ได้รับวันนี้ไปใช้ในการปฏิบัติงานจริง” และผู้เข้าร่วมประชุมบางท่านได้ให้ความคาดหวังว่า “อยากให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบ”

เพื่อปรับความคาดหวังและเป้าหมายร่วมกันให้ตรงกันผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการประชุมให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้รับทราบโดยชี้แจงว่าการประชุมครั้งนี้ยังไม่ได้มีการให้ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง แต่มีวัตถุประสงค์ให้ร่วมกันคิดร่วมกันรับรู้ปัญหาเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง ส่วนความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังนั้นจะให้ความรู้ต่อไปในภาคบ่าย พร้อมทั้งได้ชี้แจงขั้นตอนของการประชุมว่าจะมีการร่วมทำกิจกรรมกลุ่มอะไรบ้างซึ่งจะได้ผลของการประชุมสอดคล้องกับความคาดหวังของผู้เข้าร่วมประชุมในประเด็นต่างๆ ที่อยากให้เกิดขึ้น

(3) สร้างกฎเกณฑ์และข้อตกลงร่วมกันในการประชุมเพื่อให้การประชุมดำเนินเป็นไปด้วยความเรียบร้อย ราบรื่น โดยผู้เข้าร่วมประชุมกลุ่มใหญ่เสนอข้อตกลงและรับฟังความคิดเห็นของเพื่อสมาชิกรวบรวมเป็นกฎกติกาในการประชุม รายละเอียดข้อตกลงร่วมจากข้อเสนอของผู้เข้าร่วมประชุมมีดังนี้

(3.1) ตรงต่อเวลา

(3.2) ให้เกียรติที่ประชุม

(3.3) แต่งตัวสุภาพเรียบร้อย

(3.4) ต้องอยู่ร่วมในการทำกิจกรรมทุกคน

(3.5) ต้องยกมือก่อนเสนอความคิดเห็น

(3.6) ต้องช่วยกันแสดงความคิดเห็น

2) การวิเคราะห์สภาพการณ์ของปัญหา และสาเหตุของปัญหา

ขั้นตอนของกระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการที่นำมาใช้เพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุมร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุของปัญหามี 2 ขั้นตอนคือ การวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันของปัญหาที่เกิดขึ้นในระบบบริการและการกำหนดเป้าหมายร่วมกันในการแก้ไขปัญหา

3) การวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันของปัญหาที่เกิดขึ้นกับระบบบริการและเจ้าหน้าที่

กิจกรรมที่ใช้มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อความเข้าใจในปัญหาที่ต้องการแก้ไขระหว่างผู้เข้าร่วมประชุมทำให้สามารถร่วมกันวิเคราะห์หาแนวทางการแก้ไขปัญหาได้ ผู้วิจัยสร้างการมีส่วนร่วมโดยเปิดโอกาสให้ทุกคนแสดงความคิดเห็น ร่วมรับฟังและหาข้อสรุปร่วมกัน โดยใช้กิจกรรมดังนี้

(3.1) - การระดมสมองเพื่อหาปัญหาและวิเคราะห์ที่มาของปัญหาระบบบริการ

(3.2) - การอภิปรายกลุ่มย่อยและกลุ่มใหญ่โดยกิจกรรมกลุ่มย่อยเปิดโอกาสให้ร่วมกันสรุปประเด็นปัญหาและสาเหตุของปัญหาโดยแบ่งสมาชิกออกเป็น 3 กลุ่มย่อย

ผลการดำเนินกิจกรรมมีดังต่อไปนี้

1) การมีส่วนร่วมของสมาชิก ภายใต้กระบวนการเชิงปฏิบัติการในขั้นตอนนี้ทำให้ผู้เข้าร่วมประชุมกล้าแสดงออกและกล้าแสดงความคิดเห็นของตนเองต่อสมาชิกกลุ่มมากขึ้น แม้ว่าจะมีสมาชิกบางคนซึ่งเป็นส่วนน้อยที่ยังไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงแตกต่างไปจากเดิมในเรื่องของการกล้าแสดงออก แต่โดย



กระบวนการแล้วช่วยกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมประชุมส่วนได้แสดงความคิดเห็น ร่วมระดมความคิดทำให้ทราบ ปัญหาและสาเหตุของปัญหาซึ่งถือว่าเป็นเกิดการมีส่วนร่วมระหว่างผู้เข้าร่วมประชุมด้วยกัน โดยพิจารณาภาพ ร่วมของการทำกิจกรรมในช่วงแรกๆ ถึงแม้บางคนจะกล้าแสดงออกแต่ยังคงเงินอายทำให้ไม่ได้ร่วม แสดงออกความคิดเห็น อย่างเต็มที่จากการสังเกตการณ์ การแสดงความคิดเห็นในเวลาต่อมาของการทำ กิจกรรมกลุ่มของผู้เข้าร่วมประชุมสมาชิกกลุ่มสามารถปรับตัวต่อการร่วมกิจกรรมกลุ่มได้เร็วขึ้นเมื่อการ ประชุมมีบรรยากาศที่เป็นกันเอง ซึ่งในระยะหลังๆ สมาชิกส่วนใหญ่จะกล้าแสดงออกมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะ ในการร่วมทำกิจกรรมกลุ่มย่อย แต่สมาชิกกลุ่มบางคนมีบุคลิกเป็นคนเงียบไม่กล้าแสดงออกแม้จะได้ ดำเนินการกระบวนการกลุ่มจนทุกคนเกิดความคุ้นเคยแล้วก็ตาม โดยเจ้าตัวก็ยอมรับว่าไม่คุ้นเคย และไม่ถนัด จึงขอร่วมในกิจกรรมอื่นที่มีความมั่นใจเช่นการนั่งพูดคุยในกลุ่มย่อยที่ไม่ต้องแสดงกิจกรรม ต่อหน้าทุกคน

2) ผลการวิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุของปัญหาในประเด็น “ ปัญหาระบบบริการที่เกิดขึ้น ในโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม ” จากทั้ง 3 กลุ่มมี ดังนี้

กลุ่มที่ 1 สมาชิกกลุ่ม 6 คน ได้ผลการวิเคราะห์ปัญหาบริการที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล ทุ่งศรีอุดม ดังนี้

- (1) ไม่มีแนวทางปฏิบัติร่วมกันที่ชัดเจน
- (2) ผู้ป่วยไม่มาตามนัด (มาไม่ตรงวันนัด)
- (3) ผู้ป่วยไม่เจาะเลือดก่อนพบแพทย์
- (4) ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามที่แพทย์แนะนำ

กลุ่มที่ 2 สมาชิกกลุ่ม 6 คน ได้ผลการวิเคราะห์ปัญหาบริการที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล ทุ่งศรีอุดม ดังนี้

- (1) ไม่มีแนวทางปฏิบัติร่วมกันที่ชัดเจน
- (2) บุคลากรขาดความรู้เฉพาะด้าน
- (3) บุคลากรมีภาระงานมากเกินไป
- (4) บุคลากรไม่เล็งเห็นความสำคัญของการปฏิบัติตามระบบปฏิบัติการ

กลุ่มที่ 3 สมาชิกกลุ่ม 6 คน ได้ผลการวิเคราะห์ปัญหาบริการที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล ทุ่งศรีอุดม ดังนี้

- (1) ไม่มีแนวทางปฏิบัติร่วมกันที่ชัดเจน
- (2) บุคลากรขาดความรู้เฉพาะด้าน
- (3) ไม่มีการแยกความรุนแรงของผู้ป่วยไต

จากการประเมินสภาพการณ์ก่อนการพัฒนาที่ได้จากการสัมภาษณ์จากการสนทนากลุ่มและจาก การประชุมวางแผนเชิงปฏิบัติการพบปัญหาและอุปสรรคในการพัฒนา ระบบบริการผู้ป่วยไตเรื้อรัง ดังนี้

- 1) บุคลากรขาดความรู้ ความเข้าใจในเรื่องการพัฒนาบริการผู้ป่วยไตเรื้อรัง
- 2) หน่วยงานไม่มีแนวทางปฏิบัติการบริการผู้ป่วยไตเรื้อรังที่เป็นมาตรฐานแบบแผนเดียวกัน
- 3) บุคลากรมีภาระงานทำให้ไม่สามารถให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- 4) บุคลากรไม่เล็งเห็นความสำคัญของการปฏิบัติตามระบบบริการ



2.1 การกำหนดเป้าหมายร่วมกันในการแก้ไข้ปัญหา

กิจกรรมส่วนนี้เป็นขั้นตอนที่ต่อเนื่อง จากการวิเคราะห์สถานการณ์ สภาพปัญหาของบุคลากรและหน่วยงานโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้าร่วมการประชุมกำหนดเป้าหมายร่วมกันในการแก้ไข้ปัญหาในระบบบริการโดยการสร้างภาพที่พึงประสงค์ในอนาคตของระบบบริการผู้ป่วยไตเรื้อรังว่าเป็นอย่างไร เพื่อเป็นแนวทางพัฒนาไปสู่ความสำเร็จในการแก้ไข้ปัญหาโดยมีรายละเอียดในการจัดกิจกรรมดังนี้

1) สร้างความตระหนักเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังโดยเจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี เล่าถึงสถานการณ์และปัญหาของโรคไตเรื้อรังในเขตรับผิดชอบ

2) สร้างความตระหนักเกี่ยวกับระบบบริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยเจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี เล่าถึงสถานการณ์และปัญหาของระบบบริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในเขตรับผิดชอบ

3) การระดมสมองในการกำหนดเป้าหมายร่วมกันเพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานให้บรรลุวัตถุประสงค์

4) การอภิปรายกลุ่มย่อยและกลุ่มใหญ่โดยกิจกรรมกลุ่มย่อยเปิดโอกาสให้ผู้ร่วมประชุมร่วมกันสรุปประเด็นปัญหาและสาเหตุของปัญหาโดยแบ่งสมาชิกออกเป็น 3 กลุ่มๆ ละ 6 คน

ผลการดำเนินกิจกรรมจากทั้ง 3 กลุ่มมีดังนี้

1) การมีส่วนร่วมของสมาชิก โดยสมาชิกกลุ่มย่อยทั้ง 3 กลุ่ม ร่วมกันกำหนดและสรุปเป้าหมายซึ่งได้เป้าหมายร่วมกันเกี่ยวกับระบบบริการ คือ อยากให้มีแนวทางระบบบริการผู้ป่วยไตเรื้อรัง

2) ผลของการกำหนดเป้าหมายร่วมกันในการแก้ไข้ปัญหา มีรายละเอียดทั้ง 3 กลุ่ม ดังนี้
กลุ่มที่ 1 จำนวน สมาชิก 6 คน ได้กำหนดเป้าหมายร่วมกันเกี่ยวกับระบบบริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังดังนี้

- (1) อยากให้บุคลากรมีความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง
- (2) อยากให้บุคลากรทำงานอย่างมีความสุข
- (3) อยากให้บุคลากรมีความสามัคคี
- (4) อยากให้บุคลากรได้พัฒนาความรู้อย่างสม่ำเสมอ
- (5) อยากให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง มีคุณภาพชีวิตที่ดี

กลุ่มที่ 2 จำนวน สมาชิก 6 คน ได้กำหนดเป้าหมายร่วมกันเกี่ยวกับระบบบริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังดังนี้

- (1) อยากให้บุคลากรมีสุขภาพจิตดี ไม่เครียด
- (2) อยากให้ผู้ป่วยไตเรื้อรังได้รับการบริการที่ดี
- (3) อยากให้บุคลากรได้รับการพัฒนาความรู้อย่างต่อเนื่อง

กลุ่มที่ 3 จำนวน สมาชิก 6 คน ได้กำหนดเป้าหมายร่วมกันเกี่ยวกับระบบบริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังดังนี้

- (1) อยากให้หน่วยงานได้รับการพัฒนา
- (2) อยากให้บุคลากรได้รับการพัฒนา
- (3) อยากให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้รับการดูแลที่มีมาตรฐาน
- (4) อยากให้บุคลากรมีความสุขในการทำงาน

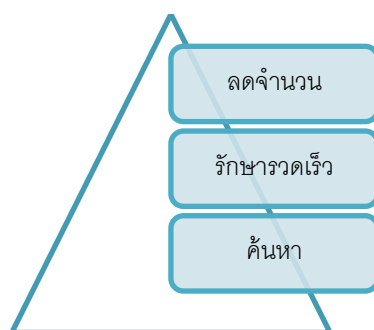


จากเป้าหมายร่วมกันของกลุ่มย่อยได้สรุปเป็นภาพรวม ของเป้าหมายร่วมกันในการแก้ไขปัญหาดังนี้อยากให้บุคลากรมีความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง อยากให้บุคลากรทำงานอย่างมีความสุข อยากให้บุคลากรมีความสามัคคี อยากให้บุคลากรได้พัฒนาความรู้อย่างสม่ำเสมอ อยากให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตที่ดี อยากให้บุคลากรมีสุขภาพจิตดี ไม่เครียด อยากให้ผู้ป่วยไตเรื้อรังได้รับการบริการที่ดี อยากให้หน่วยงานได้รับการพัฒนา อยากให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้รับการดูแลที่มีมาตรฐาน

จากการวิเคราะห์สภาพการณ์ของปัญหา สาเหตุของปัญหา และกำหนดเป้าหมายร่วมกันในการแก้ไขปัญหากลุ่มตัวอย่างต้องการความช่วยเหลือและสนับสนุนในสิ่งต่อไปนี้

1) ด้านการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง เพื่อที่กลุ่มตัวอย่างจะได้มีความรู้และมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยทั้งในสภาวะปกติและสภาวะฉุกเฉินที่บุคลากรสามารถจะทำได้

2) ด้านการให้ความรู้เกี่ยวกับระบบบริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เพื่อกลุ่มตัวอย่างจะได้มีความมั่นใจในการให้บริการ



ภาพประกอบ 4.2 เป้าหมายการพัฒนาคุณภาพระบบบริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
ที่มา: กลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์ และสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม

วันที่สอง 17 มกราคม 2556

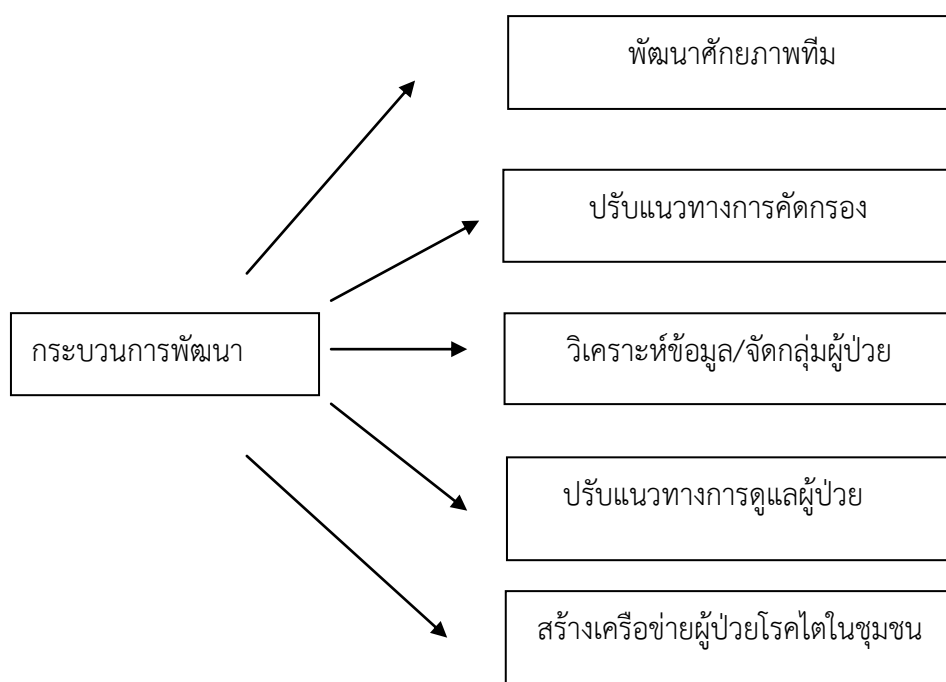
1) การทบทวนและสรุปการทำกิจกรรมกลุ่มและทบทวนความรู้ ที่ได้รับในวันแรก
2) การวางแผนการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยไตเรื้อรังเป็นขั้นตอน การสร้างแนวทางการพัฒนาโดยนำแนวคิดและศักยภาพที่มีอยู่ในแต่ละคนช่วยกันกำหนดวิธีการที่จะนำไปสู่เป้าหมาย ตามที่ได้ร่วมกันกำหนดไว้ ให้บรรลุวัตถุประสงค์ใช้กิจกรรมระดมสมองและอภิปรายกลุ่มย่อยกลุ่มใหญ่

ผลการดำเนินการกิจกรรมแบ่งได้ 2 ด้านคือ

1) การมีส่วนร่วมของสมาชิกกลุ่มในการวางแผนการปฏิบัติงาน
ผู้เข้าร่วมประชุมได้ระดมความคิดร่วมวางแผนเพื่อกำหนดแผนการปฏิบัติงาน ที่จะนำไปปฏิบัติในการแก้ไขปัญหามาเพื่อพัฒนาระบบบริการโรคไตเรื้อรังโดยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นภายในกลุ่มย่อยก่อนแล้วจึงนำข้อสรุปที่ได้จากกลุ่มย่อยไปหารือและตัดสินใจร่วมกันในกลุ่มใหญ่เพื่อจะนำไปดำเนินการร่วมกันในช่วงแรก ผู้เข้าร่วมประชุมอาจยังไม่มั่นใจในการเสนอความคิดเห็นและได้ขอคำแนะนำจากทีมวิทยากรก่อน เมื่อมีความมั่นใจจึงเสนอความคิดเห็นของแต่ละคน ให้กลุ่มย่อยได้รับทราบ สมาชิกที่แสดงความคิดเห็นได้ดี จะพยายามกระตุ้นเพื่อให้สมาชิกในกลุ่มมีส่วนร่วมในการกล้าแสดงออกมากขึ้น

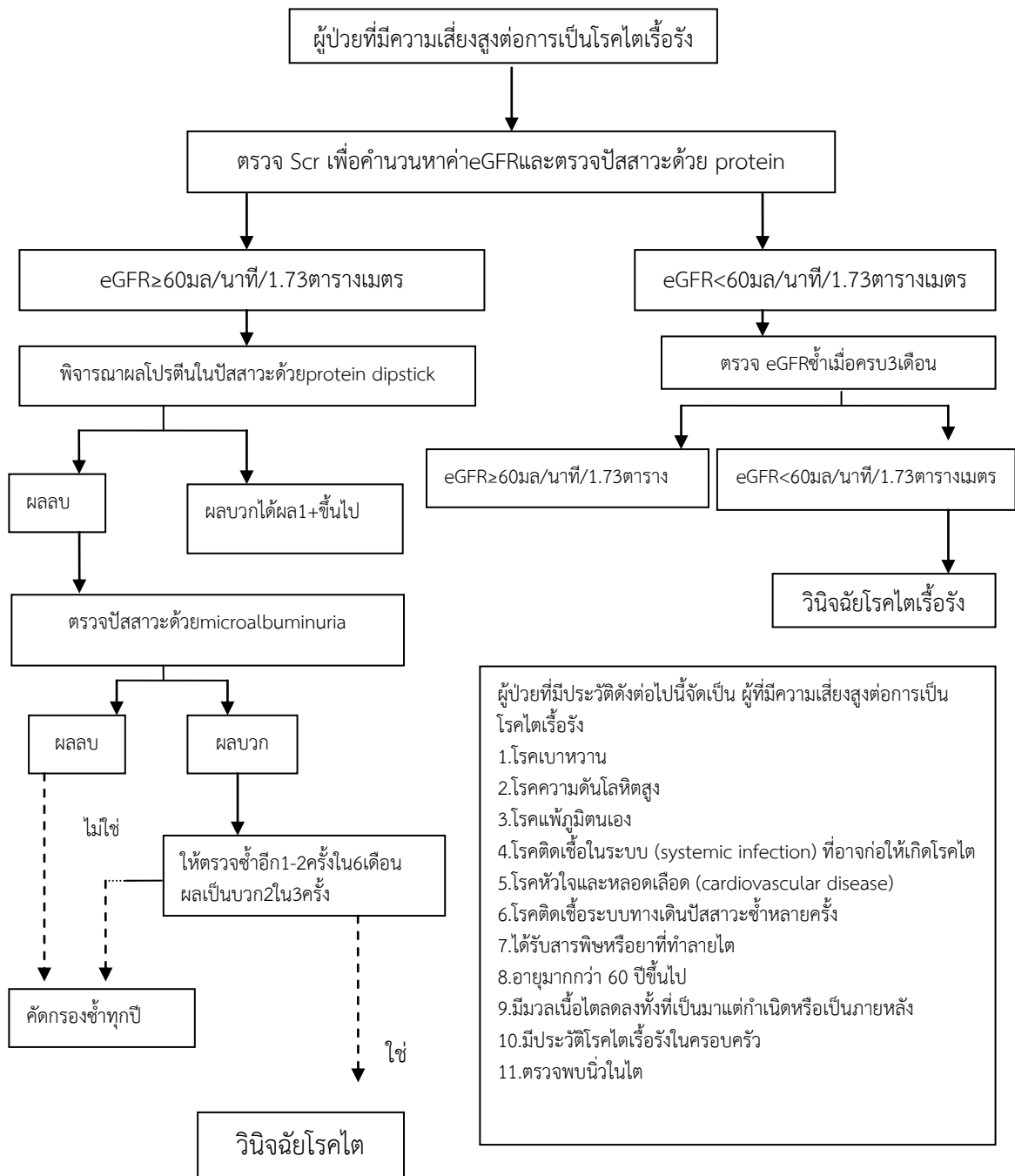
2) ผลจากการวางแผนการปฏิบัติงานการบริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ตามมาตรฐานเวชปฏิบัติสำหรับโรคไตเรื้อรัง ก่อนการบำบัดทดแทนไต มีรายละเอียด ดังนี้





ภาพประกอบ 4.3 กระบวนการสู่การพัฒนาคุณภาพระบบบริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
ที่มา: กลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์ และสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม





ภาพประกอบ 4.4 การคัดกรองโรคไตเรื้อรังในผู้ใหญ่
ที่มา: สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2552



ขั้นปฏิบัติ (Do)

กิจกรรมที่ 4 ดำเนินการตามแผนการพัฒนาคุณภาพระบบบริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ทีมสุขภาพลงมือปฏิบัติกับกลุ่มตัวอย่างตามแผนที่วางไว้ โดยมีผู้วิจัยมีส่วนร่วมในการปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้ มีการประชุมปรึกษา สังเกตและติดตามผลการดำเนินงาน โดยการจัดกิจกรรมเสริมความมั่นใจในการให้บริการโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อชี้แจงและอธิบายขั้นตอนการดำเนินงานการบริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ขั้นสังเกตการณ์ (Check)

กิจกรรมที่ 5 การติดตามและเก็บรวบรวมข้อมูล

- 1) เจ้าหน้าที่ทีมติดตามผลการดำเนินงานตามจุดบริการต่างๆ
- 2) ขั้นสะท้อนการปฏิบัติ (Reflection)

กิจกรรมที่ 6 ประชุมผู้ร่วมวิจัยเพื่อ ถอดบทเรียน และสรุปผล เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ นำข้อมูลที่รวบรวมได้จากขั้นปฏิบัติมาวิเคราะห์ร่วมกัน เพื่อหาทริคในการปฏิบัติและปรับปรุงแผนการปฏิบัติ การสะท้อนการปฏิบัติ ทำให้เกิดการพัฒนาและปรับปรุงแผนการปฏิบัติแบบเป็นวงจรขึ้น ต่อเนื่องกันไป ในการประชุมแต่ละครั้งจะมีการปรับแผนการปฏิบัติให้กระชับและให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ และเจ้าหน้าที่เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ มีการรวบรวมข้อมูลและสะท้อนข้อมูลในการประชุมระดมสมอง มีการบันทึกความก้าวหน้าของการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยนักกายภาพบำบัด รวบรวมข้อมูลทั้งหมดนำมาเข้าที่ประชุมระดมสมอง

ขั้นปรับปรุงแผนและประเมินผล (Action)

กิจกรรมที่ 7 เป็นการประเมินเพื่อติดตามผลการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพระบบบริการที่กำหนดขึ้นทั้งหมด โดยประเมินทั้งขณะดำเนินการ (Formative evaluation) และหลังดำเนินการ (Summative evaluation) โดยใช้วิธีการเก็บข้อมูลแบบไปข้างหน้า (Prospective data Collection) เก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อสรุปการดำเนินงานทุกขั้นตอนที่ได้ศึกษาและพัฒนาซึ่งได้จัดประชุมถอดบทเรียนในวันที่ 1 เมษายน 2556 ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม ในขั้นตอนนี้เป้าหมายของกิจกรรมนี้คือได้แผนปฏิบัติการบริการที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาล ซึ่งการปรับปรุงระบบได้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นวงจรตลอดระยะเวลาการปฏิบัติการวิจัย โดยนำปัญหาที่พบและร่วมกันปรับปรุงระบบโดยทดลองซ้ำ จนได้รูปแบบที่พอใจ รวบรวมสรุปวิเคราะห์ข้อมูล ระบุงองค์ความรู้ที่ได้จากการปฏิบัติและประเมินผลการดำเนินการพัฒนา ติดตามประเมินผลระดับความสามารถของผู้บริการ ขั้นตอนการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้น กระบวนการแก้ปัญหาที่ได้ดำเนินงานในแต่ละขั้นตอน ปัจจัยเอื้ออำนวย ผลลัพธ์และผลกระทบที่เกิดขึ้น รวมทั้งความคิดเห็น ความพึงพอใจของทีมสุขภาพ และผู้ดูแล

4.5 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

การวิเคราะห์ข้อมูลตามแบบสัมภาษณ์ เพื่อวัดผลการพัฒนาคุณภาพระบบบริการผู้ป่วยไตเรื้อรังตามมาตรฐานเวชปฏิบัติสำหรับโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ.2552 อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนการวิจัย โดยเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและ



เชิงปริมาณด้วยแบบสำรวจข้อมูลเบื้องต้น แบบสอบถามก่อนการวิจัยและหลังการวิจัย จากนั้นนำมาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ผู้วิจัยได้เสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 4.7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา (n=18)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (n=18)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	3	16.70
หญิง	15	83.30
2. อายุ		
≤ - 25 ปี	5	27.80
26 - 35 ปี	9	50.00
36 - 45 ปี	2	11.10
มากกว่า 45 ปี	2	11.10
Mean=32.11, max=49, S.D.=8.37		
3. สถานภาพ		
โสด	5	27.80
สมรส	12	66.70
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	1	5.60
4. ระดับการศึกษาสูงสุด		22.20
ประกาศนียบัตร	4	77.80
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	14	
5. การฝึกอบรมเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง		
เคย	5	27.80
ไม่เคย	13	72.20

จากตาราง 4.7 พบว่าเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.30 อยู่ในกลุ่มอายุ 26 - 35 ปีเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 50.00 มีอายุเฉลี่ย 32.11(S.D.=8.37) มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 66.70 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 77.80 ไม่เคยได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง ร้อยละ 72.20



ตาราง 4.8 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานโดยรวมและรายด้านของความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง ก่อนและหลังการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี (n=18)

ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังด้านต่างๆ	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา		
	\bar{x}	S.D.	แปลผล	\bar{x}	S.D.	แปลผล
1.ด้านทั่วไปเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง	2.33	0.840	ปานกลาง	3.83	0.383	สูง
2.ด้านการตรวจคัดกรองผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง	2.44	0.616	ปานกลาง	2.44	0.616	ปานกลาง
3.ด้านการติดตามระดับการทำงานของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง	2.22	0.647	ปานกลาง	2.22	0.647	ปานกลาง
4. ด้านการส่งปรึกษาหรือส่งต่อผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง	2.44	0.784	สูง	2.44	0.784	สูง
5. ด้านโภชนาบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง	4.61	0.698	สูง	4.61	0.698	สูง
6.ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังโดยรวม	14.06	1.589	สูง	15.56	1.149	สูง

จากตาราง 4.8 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้โดยรวมทั้งก่อนและหลังการพัฒนาอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 14.06$, S.D. = 1.589) และ ($\bar{x} = 15.56$, S.D. = 1.149) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาความรู้รายด้านพบว่า ก่อนการพัฒนากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.33$, S.D. = .840) แต่หลังการพัฒนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังอยู่ในระดับสูง ทั้งก่อนและหลังการพัฒนาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านการตรวจคัดกรองผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.44$, S.D. = .616) และ ($\bar{x} = 2.44$, S.D. = .616) ตามลำดับ และการติดตามระดับการทำงานของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก็อยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน ($\bar{x} = 2.22$, S.D. = .647) และ ($\bar{x} = 2.22$, S.D. = .647) ตามลำดับ ส่วนความรู้ที่อยู่ในระดับสูงทั้งก่อนและหลังการพัฒนา คือ ความรู้ด้านการส่งปรึกษาหรือส่งต่อผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ($\bar{x} = 2.44$, S.D. = .784) และ ($\bar{x} = 2.44$, S.D. = .784) ตามลำดับ และด้านโภชนาบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ($\bar{x} = 4.61$, S.D. = .698) และ ($\bar{x} = 4.61$, S.D. = .698) ตามลำดับ



ตาราง 4.9 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของทัศนคติในการปฏิบัติงาน ก่อนและหลังการพัฒนา ระบบบริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี (n=18)

คำถาม	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา		
	\bar{x}	S.D.	แปลผล	\bar{x}	S.D.	แปลผล
1. การทำงานเกี่ยวกับการบริการผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ยุ่งยาก	4.17	1.043	ดีมาก	4.94	0.236	ดีมากที่สุด
2. การพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ไม่จำเป็น	4.33	0.686	ดีมาก	4.94	0.236	ดีมากที่สุด
3. ระบบการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยผ่านโปรแกรมสำเร็จรูปต่างๆ ทำให้เพิ่มภาระงาน	4.17	0.985	ดีมาก	4.94	0.236	ดีมากที่สุด
4. การใช้คุณภาพของข้อมูลมาเป็นเกณฑ์ในการจัดสรรงบประมาณเป็นสิ่งที่ไม่เหมาะสม	3.94	0.802	ดีมาก	4.94	0.236	ดีมากที่สุด
5. การจัดส่งรายงาน/ข้อมูลข่าวสารบางอย่างถ้าไม่สำคัญก็ไม่ต้องส่งก็ได้	3.89	0.900	ดีมาก	4.94	0.236	ดีมากที่สุด
6. การวิเคราะห์และการนำข้อมูลไปใช้ควรเป็นระดับผู้บริหารเท่านั้น	3.28	1.406	ดีมาก	4.94	0.236	ดีมากที่สุด
7. การมีผู้ดูแลระบบบริการข้อมูลผู้ป่วยโดยตรงจะช่วยให้การทำงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น	3.50	1.383	ดีปานกลาง	4.67	0.840	ดีมากที่สุด
8. การจัดการระบบบริการผู้ป่วยที่ดีมีผลต่อความสำเร็จขององค์กรอย่างมาก	4.22	0.943	ดีมาก	4.72	0.461	ดีมากที่สุด



ตาราง 4.9 (ต่อ)

คำถาม	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา		
	\bar{x}	S.D.	แปลผล	\bar{x}	S.D.	แปลผล
9.บุคลากรทำงานหลายอย่างเกินไปทำให้ไม่มีเวลาพอที่จะทำข้อมูลให้มีคุณภาพ	2.99	0.998	ดีมาก	2.94	0.998	ดีมากที่สุด
10.โดยภาพรวมแล้วท่านพอใจในการทำงานเกี่ยวกับระบบการบริการผู้ป่วย	3.78	0.943	ดีมาก	4.61	0.998	ดีมากที่สุด

จากตาราง 4.9 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของทัศนคติในการปฏิบัติงานหลังการพัฒนา ระบบบริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีมาตรฐาน โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานีเพิ่มสูงขึ้น มากกว่าก่อนการพัฒนา ซึ่งพบว่าค่าเฉลี่ยของทัศนคติในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับดีมากที่สุดเกือบทุกข้อ ซึ่งหมายถึงกลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยน้อยที่สุดเกี่ยวกับเรื่อง การทำงานเกี่ยวกับการบริการผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ยุ่งยาก การพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ไม่จำเป็น ระบบการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยผ่านโปรแกรมสำเร็จรูปต่างๆทำให้เพิ่มภาระงาน การใช้คุณภาพของข้อมูลมาเป็นเกณฑ์ในการจัดสรรงบประมาณเป็นสิ่งที่ไม่เหมาะสม การจัดส่งรายงาน/ข้อมูลข่าวสารบางอย่างถ้าไม่สำคัญก็ไม่ต้องส่งก็ได้ การวิเคราะห์และการนำข้อมูลไปใช้ควรเป็นระดับผู้บริหารเท่านั้น และกลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยมากที่สุดเกี่ยวกับ การมีผู้ดูแลระบบบริการข้อมูลผู้ป่วยโดยตรงจะช่วยให้การทำงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น การจัดการระบบบริการผู้ป่วยที่ดีมีผลต่อความสำเร็จขององค์กรอย่างมาก แต่เรื่องบุคลากรทำงานหลายอย่างเกินไปทำให้ไม่มีเวลาพอที่จะทำข้อมูลให้มีคุณภาพอยู่ในระดับดีปานกลาง ซึ่งโดยภาพรวมแล้วกลุ่มตัวอย่างพอใจในการทำงานเกี่ยวกับระบบการบริการผู้ป่วยอยู่ในระดับดีมากที่สุด



ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังและทัศนคติในการปฏิบัติงานด้านการบริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ก่อนและหลังการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีมาตรฐาน โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

ตารางที่ 4.10 ผลการเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังโดยรวม ก่อนและหลังการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี (n=18)

รายการ	กลุ่มตัวอย่าง n=18		t	df	p-value
	\bar{x}	S.D.			
ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง					
ก่อนการพัฒนา	14.06	1.589	-6.101	17	≤0.001
หลังการพัฒนา	15.56	1.149			

จากตาราง 4.10 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังเพิ่มมากขึ้นหลังจากได้รับการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$

ตาราง 4.11 ผลการเปรียบเทียบทัศนคติในการปฏิบัติงานก่อนและหลังการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี (n=18)

รายการ	กลุ่มตัวอย่าง n=18		t	df	p-value
	\bar{x}	S.D.			
ทัศนคติในการปฏิบัติงาน					
ก่อนการพัฒนา	38.22	6.830	-5.281	17	≤0.001
หลังการพัฒนา	46.61	1.944			

ตาราง 4.11 กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติในการปฏิบัติงานหลังได้รับการพัฒนาระบบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$



ตาราง 4.12 เปรียบเทียบระบบบริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ก่อนและหลังการพัฒนา

ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา
<p>แนวทางเวชปฏิบัติที่ 1 การเลือกผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคไตเรื้อรังเข้ารับการคัดกรองโรคไตเรื้อรัง</p> <p>1.ผู้ป่วยที่มีประวัติดังต่อไปนี้จัดเป็น ผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเป็น โรคไตเรื้อรัง</p> <p>1.1 โรคเบาหวาน</p> <p>1.2 โรคความดันโลหิตสูง</p>	<p>แนวทางเวชปฏิบัติที่ 1 การเลือกผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคไตเรื้อรังเข้ารับการคัดกรองโรคไตเรื้อรัง</p> <p>1.ผู้ป่วยที่มีประวัติดังต่อไปนี้จัดเป็น ผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเป็น โรคไตเรื้อรัง</p> <p>1.1 โรคเบาหวาน</p> <p>1.2 โรคความดันโลหิตสูง</p> <p>1.3 โรคแพ้อิมิตตนเอง</p> <p>1.4 โรคติดเชื้อในระบบ (systemic infection) ที่อาจก่อให้เกิดโรคไต</p> <p>1.5 โรคหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular disease)</p> <p>1.6 โรคติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะซ้ำหลายครั้ง</p> <p>1.7 ได้รับสารพิษหรือยาที่ทำลายไต</p> <p>1.8 อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป</p> <p>1.9 มีมวลเนื้อไตลดลง ทั้งที่เป็นมาแต่กำเนิดหรือเป็นภายหลัง</p> <p>1.10 มีประวัติโรคไตเรื้อรังในครอบครัว</p> <p>1.11 ตรวจพบนิ่วในไต</p>
<p>แนวทางเวชปฏิบัติที่ 2 การคัดกรองโรคไตเรื้อรัง</p> <p>1.ประเมินค่า estimated GFR (eGFR) อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ด้วยการตรวจระดับครีเอตินินในซีรัม (serum creatinine, SCr)</p>	<p>แนวทางเวชปฏิบัติที่ 2 การคัดกรองโรคไตเรื้อรัง</p> <p>1.ประเมินค่า estimated GFR (eGFR) อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ด้วยการตรวจระดับครีเอตินินในซีรัม (serum creatinine, SCr)</p> <p>2 ตรวจหาโปรตีนจากตัวอย่างปัสสาวะถ่ายครั้งเดียวโดยใช้แถบสีจุ่ม(Dipstick)</p> <p>2.1 กรณีผู้ป่วยเบาหวาน1. ถ้าตรวจพบมีโปรตีนรั่วทางปัสสาวะตั้งแต่ระดับ 1+ขึ้นไป และไม่มีสาเหตุที่สามารถทำให้เกิดผลบวกปลอม ถือได้ว่ามีภาวะไตผิดปกติ</p>



ตาราง 4.12 (ต่อ)

ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา
<p>แนวทางเวชปฏิบัติที่ 3 การติดตามระดับการทำงานของไตในโรคไตเรื้อรัง</p> <p>3.1 โรคไตเรื้อรังระยะที่ 1 และ 2 ติดตามอย่างน้อยทุก 12 เดือน (ทุก 6 เดือน ถ้าตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะ)</p> <p>3.2 โรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ติดตามอย่างน้อยทุก 6 เดือน (ทุก 12 เดือน ถ้าระดับการทำงานของไตคงที่และตรวจไม่พบโปรตีนในปัสสาวะ)</p>	<p>แนวทางเวชปฏิบัติที่ 3 การติดตามระดับการทำงานของไตในโรคไตเรื้อรัง</p> <p>3.1 โรคไตเรื้อรังระยะที่ 1 และ 2 ติดตามอย่างน้อยทุก 12 เดือน (ทุก 6 เดือน ถ้าตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะ)</p> <p>3.2 โรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ติดตามอย่างน้อยทุก 6 เดือน (ทุก 12 เดือน ถ้าระดับการทำงานของไตคงที่และตรวจไม่พบโปรตีนในปัสสาวะ)</p> <p>3.3 โรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ติดตามอย่างน้อยทุก 3 เดือน (ทุก 6 เดือน ถ้าระดับการทำงานของไตคงที่)</p> <p>3.4 โรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ติดตามอย่างน้อยทุก 3 เดือน</p>
<p>แนวทางเวชปฏิบัติที่ 4 การส่งปรึกษาหรือส่งต่อผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง</p> <p>4.1 ควรส่งปรึกษาหรือส่งต่อผู้ป่วยพบอายุรแพทย์เมื่อ</p> <p>4.1.1 ผู้ป่วยมี eGFR 30-59 mL/min/1.73m² ร่วมกับมีการเสื่อมของไต ไม่มากกว่า 7 mL/min/1.73m² ต่อปี</p>	<p>แนวทางเวชปฏิบัติที่ 4 การส่งปรึกษาหรือส่งต่อผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง</p> <p>4.1 ควรส่งปรึกษาหรือส่งต่อผู้ป่วยพบอายุรแพทย์เมื่อ</p> <p>4.1.1 ผู้ป่วยมี eGFR 30-59 mL/min/1.73m² ร่วมกับมีการเสื่อมของไต ไม่มากกว่า 7 mL/min/1.73m² ต่อปี</p> <p>4.2 ควรส่งปรึกษาหรือส่งต่อผู้ป่วยพบอายุรแพทย์โรคไต เมื่อ</p> <p>4.2.1 ผู้ป่วยมี eGFR 30-59 mL/min/1.73m² ร่วมกับมีการเสื่อมของไตมากกว่า 7 mL/min/1.73m² ต่อปี หรือมีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้</p> <p>4.2.2 ผู้ป่วยมี eGFR น้อยกว่า 30 mL/min/1.73m²</p> <p>4.2.3 ผู้ป่วยมีโปรตีนรั่วในปัสสาวะมากกว่า 1,000 mg ต่อวัน</p>



ตาราง 4.12 (ต่อ)

ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา
<p>แนวทางเวชปฏิบัติที่ 5 การควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง</p> <p>5.1 เป้าหมายของระดับความดันโลหิตที่หวังผลชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง คือน้อยกว่า 130/80 mmHg</p>	<p>แนวทางเวชปฏิบัติที่ 5 การควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง</p> <p>5.1 เป้าหมายของระดับความดันโลหิตที่หวังผลชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง คือน้อยกว่า 130/80 mmHg</p> <p>5.2 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับยา ACEI หรือ ARB ควรได้รับการติดตามระดับครีเอตินินในซีรัม (SCr) และระดับโปแตสเซียมในซีรัม (Serum K) เป็นระยะตามความเหมาะสม[และยังคงใช้ยาดังกล่าวต่อไปได้ในกรณีที่มีการเพิ่มขึ้นของ SCr ไม่เกิน 30% จากค่าพื้นฐานในระยะเวลา 4 เดือน หรือ Serum K น้อยกว่า 5.5 mmol/L</p> <p>5.3 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังส่วนใหญ่จำเป็นต้องใช้ยาลดความดันโลหิตอย่างน้อย 2 ชนิดร่วมกัน เพื่อควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับเป้าหมาย</p>
<p>แนวทางเวชปฏิบัติที่ 6 การลดปริมาณโปรตีนในปัสสาวะในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง</p> <p>6.1 เป้าหมายของระดับโปรตีนในปัสสาวะ (proteinuria) ที่หวังผลชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่เกิดจากเบาหวาน คือลดระดับโปรตีนในปัสสาวะให้ต่ำที่สุดเท่าที่จะทำได้</p>	<p>แนวทางเวชปฏิบัติที่ 6 การลดปริมาณโปรตีนในปัสสาวะในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง</p> <p>6.1 เป้าหมายของระดับโปรตีนในปัสสาวะ (proteinuria) ที่หวังผลชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่เกิดจากเบาหวาน คือลดระดับโปรตีนในปัสสาวะให้ต่ำที่สุดเท่าที่จะทำได้</p> <p>6.2 เป้าหมายของระดับโปรตีนในปัสสาวะ (proteinuria) ที่หวังผลชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ไม่ได้เกิดจากเบาหวาน คือ UPCR น้อยกว่า 500-1,000 mg/g creatinine</p> <p>6.3 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับยา ACEI หรือ ARB ควรปรับขนาดยาจนปริมาณโปรตีนถึงเป้าหมาย</p>



ตาราง 4.12 (ต่อ)

ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา
<p>แนวทางเวชปฏิบัติที่ 7 การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง</p> <p>7.1 ระดับน้ำตาลก่อนอาหาร (Preprandial capillary plasmaglucoase) 90-130 mg/dL</p> <p>7.2 ระดับน้ำตาลสูงสุดหลังอาหาร (Peak postprandial capillaryplasma glucoase) น้อยกว่า 180 mg/dL</p>	<p>แนวทางเวชปฏิบัติที่ 7 การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง</p> <p>7.1 ระดับน้ำตาลก่อนอาหาร (Preprandial capillary plasmaglucoase) 90-130 mg/dL</p> <p>7.2 ระดับน้ำตาลสูงสุดหลังอาหาร (Peak postprandial capillaryplasma glucoase) น้อยกว่า 180 mg/dL</p> <p>7.3 ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) น้อยกว่า 7.0% และควรตรวจ HbA1C อย่างน้อยทุก 6 เดือน</p>
<p>แนวทางเวชปฏิบัติที่ 8 การควบคุมระดับไขมันในเลือดในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง</p> <p>8.1 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังควรได้รับการควบคุมระดับไขมันในเลือด โดยให้ระดับไขมัน LDL cholesterol น้อยกว่าหรือเท่ากับ 100 mg/dL</p>	<p>แนวทางเวชปฏิบัติที่ 8 การควบคุมระดับไขมันในเลือดในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง</p> <p>8.1 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังควรได้รับการควบคุมระดับไขมันในเลือด โดยให้ระดับไขมัน LDL cholesterol น้อยกว่าหรือเท่ากับ 100 mg/dL</p>
<p>แนวทางเวชปฏิบัติที่ 9 การงดสูบบุหรี่ในผู้ป่วย</p>	<p>แนวทางเวชปฏิบัติที่ 9 การงดสูบบุหรี่ใน</p> <p>9.1 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังต้องได้รับคำแนะนำให้งดสูบบุหรี่เพื่อชะลอการเสื่อมของไตและลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด</p>
<p>แนวทางเวชปฏิบัติที่ 10 โภชนบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง</p> <p>10.1 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ควรได้รับโปรตีนที่มีคุณภาพสูง (highbiological value protein) โปรตีนที่มีกรดอะมิโนจำเป็นครบถ้วน ได้แก่ โปรตีนจากเนื้อสัตว์ ไข่ขาว</p>	<p>แนวทางเวชปฏิบัติที่ 10 โภชนบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง</p> <p>10.1 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ควรได้รับโปรตีนที่มีคุณภาพสูง (highbiological value protein) โปรตีนที่มีกรดอะมิโนจำเป็นครบถ้วน ได้แก่ โปรตีนจากเนื้อสัตว์ ไข่ขาว</p> <p>10.2 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีความดันโลหิตสูงหรือมีอาการบวม ควรได้รับคำแนะนำให้รับประทานอาหารที่มีโซเดียมต่ำกว่า 100 มิลลิโมลต่อวัน</p>



ตาราง 4.12 (ต่อ)

ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา
<p>แนวทางเวชปฏิบัติที่ 11 การดูแลรักษาความผิดปกติของแคลเซียมและฟอสเฟตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง</p> <p>-ไม่มีคำแนะนำ</p>	<p>แนวทางเวชปฏิบัติที่ 11. การดูแลรักษาความผิดปกติของแคลเซียมและฟอสเฟตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง</p> <p>11.1 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังควรได้รับการดูแลให้ Serum Calcium (Ca) และ Phosphate (P) อยู่ในเกณฑ์ปกติ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> ค่า Corrected Serum Ca ระหว่าง 9.0-10.2 mg/dL ค่า Serum P ระหว่าง 2.7-4.6 mg/dL ผลคูณของ Serum Ca x P ไม่เกิน 55 (mg/dL)²
<p>แนวทางเวชปฏิบัติที่ 12การดูแลรักษาภาวะโลหิตจางในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง</p> <p>-ไม่มีคำแนะนำ</p>	<p>แนวทางเวชปฏิบัติที่ 12การดูแลรักษาภาวะโลหิตจางในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง</p> <p>12.1 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีระดับ Hemoglobin (Hb) ต่ำกว่า 10.0 g/dLโดยวินิจฉัยแยกสาเหตุของภาวะโลหิตจางอื่นๆ ออกไปแล้ว ควรได้รับ Erythropoiesis Stimulating Agent (ESA)</p>
<p>แนวทางเวชปฏิบัติที่ 13 การดูแลรักษาภาวะเลือดเป็นกรดในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง</p> <p>-ไม่มีคำแนะนำ</p>	<p>แนวทางเวชปฏิบัติที่ 13 การดูแลรักษาภาวะเลือดเป็นกรดในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง</p> <p>- ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังควรได้รับการรักษาภาวะเลือดเป็นกรดด้วยโซเดียมไบคาร์บอเนต ให้ความเป็นกรดต่างในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ซีรัมไบคาร์บอเนตมากกว่า 22 mmol/L)</p>
<p>แนวทางเวชปฏิบัติที่ 14 การหลีกเลี่ยงยาหรือสารพิษที่ทำลายไต</p> <p>ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทุกคนควรหลีกเลี่ยงการได้รับยากลุ่ม Non Steroidal</p>	<p>แนวทางเวชปฏิบัติที่ 14 การหลีกเลี่ยงยาหรือสารพิษที่ทำลายไต</p> <p>ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทุกคนควรหลีกเลี่ยงการได้รับยากลุ่ม Non Steroidal</p>



ตาราง 4.12 (ต่อ)

ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา
<p>แนวทางเวชปฏิบัติที่ 15 การฉีดวัคซีนในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง</p> <p>-ไม่มีการฉีดวัคซีน</p>	<p>แนวทางเวชปฏิบัติที่ 15 การฉีดวัคซีนในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง</p> <p>15.1 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทุกคนควรได้รับการซักประวัติเบื้องต้น และตรวจคัดกรองไวรัสและภูมิคุ้มกันตับอักเสบบีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทุกคนควรได้รับวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี ชนิดบี (Hepatitis B Vaccine) ถ้าตรวจพบว่ายังไม่มีภูมิคุ้มกันโดยใช้ขนาดยาเป็น 2 เท่าของคนปกติ 3 เข็ม (0, 1, 6 เดือน) โดยแบ่งครึ่งและฉีดเข้ากล้ามเนื้อ deltoid ทั้งสองข้าง และมีการติดตามระดับภูมิคุ้มกัน หลังฉีดเข็มสุดท้าย 1 เดือน ถ้าพบว่ายังไม่มีภูมิคุ้มกัน (AntiHBs <10 IU/L) ให้ฉีดซ้ำ และตรวจภูมิคุ้มกันหลังฉีดครบอีกครั้ง</p> <p>15.2 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ขึ้นไป ควรได้รับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ทุกปี</p>
<p>แนวทางเวชปฏิบัติที่ 16 การลดความเสี่ยงและคัดกรองโรคหัวใจและหลอดเลือด</p> <p>16.1 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังควรได้รับการตรวจคัดกรองโรคหัวใจและหลอดเลือดในครั้งแรกที่ได้รับการวินิจฉัยและตรวจติดตามในกรณีที่มีข้อบ่งชี้ดังนี้</p> <p>1. คลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG)</p>	<p>แนวทางเวชปฏิบัติที่ 16 การลดความเสี่ยงและคัดกรองโรคหัวใจและหลอดเลือด</p> <p>16.1 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังควรได้รับการตรวจคัดกรองโรคหัวใจและหลอดเลือดในครั้งแรกที่ได้รับการวินิจฉัยและตรวจติดตามในกรณีที่มีข้อบ่งชี้ดังนี้</p> <p>1. เอกซเรย์ปอด (Chest x-ray)</p> <p>2. คลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG)</p>
<p>แนวทางเวชปฏิบัติที่ 17 การเตรียมตัวเพื่อการบำบัดทดแทนไต</p> <p>17.1 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังควรได้รับคำแนะนำให้เตรียมตัวเพื่อการบำบัดทดแทนไตเมื่อเริ่มเข้าสู่โรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 (eGFR < 30 mL/min/1.73m²)</p>	<p>แนวทางเวชปฏิบัติที่ 17 การเตรียมตัวเพื่อการบำบัดทดแทนไต</p> <p>17.1 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังควรได้รับคำแนะนำให้เตรียมตัวเพื่อการบำบัดทดแทนไตเมื่อเริ่มเข้าสู่โรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 (eGFR < 30 mL/min/1.73m²)</p>



4.6 ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการผู้ป่วยไตโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดมจังหวัดอุบลราชธานี

4.6.1 มีนโยบาย มีการกำหนดเป้าหมายที่จะสนับสนุนให้เกิดความเข้มแข็งของระบบบริการสร้างกลไกการพัฒนาและควบคุมคุณภาพบริการที่ชัดเจน นอกจากนี้ ยังมีความมุ่งมั่นพัฒนาระบบและกลไกการบริหารยุทธศาสตร์ ให้มีประสิทธิภาพ โดยทีมบุคลากรที่มีคุณภาพ และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบุคลากร เพื่อให้ขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติได้อย่างบรรลุผล

4.6.2 มีการเสริมสร้างพลังอำนาจบุคลากรระดับผู้ปฏิบัติงาน คือ การที่ให้ผู้ปฏิบัติงานได้รับโอกาส ในการแสดงความคิดเห็นและตัดสินใจร่วมกับผู้บริหารในการดำเนินงานขององค์กร เพื่อให้ผู้ปฏิบัติเกิดความรู้สึกมีส่วนร่วมเป็นเจ้าขององค์กรและมีความรับผิดชอบต่อองค์กร มีส่วนร่วมในการพัฒนาปรับปรุงและพัฒนาการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง ส่งผลต่อการพัฒนาองค์กรให้มีประสิทธิภาพและนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายขององค์กรในที่สุด

4.6.3 ทีมงานหรือทีมในการทำงาน คือผู้ปฏิบัติงานแต่ละคนมีปฏิสัมพันธ์ในการทำงานร่วมกันเป็นกลุ่ม โดยปกติลักษณะทีมจะมีหัวหน้าทีม และสมาชิกทีม ในการดำเนินงานของทีมอาจจะมีความขัดแย้ง หรือมีความคิดเห็นที่ไม่ลงรอยกัน มีการเกี่ยงกันทำงาน เป็นเหตุให้สัมพันธภาพในทีมไม่ดี แต่เมื่อมีการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และมีการประสานงานเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารในการทำงาน ให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ซึ่งก็ทำให้ ทุกคนในทีมรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของและรับผิดชอบร่วมกันในผลงานที่จะเกิดขึ้น มีการปรับปรุงและพัฒนาการทำงานของทีมอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผลิตผลจากการทำงานเพิ่มสูงขึ้น คนเราไม่สามารถทำงานคนเดียวเพียงตามลำพังได้แน่นอนว่าทุกคนย่อมต้องมีการติดต่อสัมพันธ์กับผู้อื่นไม่มากก็น้อย การทำงานร่วมกับบุคคลอื่นจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ การสามารถปรับตัวเองให้ทำงานร่วมกับคนอื่นได้ ย่อมจะได้รับความร่วมมือ การยอมรับ และความช่วยเหลือต่าง ๆ ในการทำงาน รวมทั้งการได้รับข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นทั้งภายในหน่วยงานและองค์กรเป็นอย่างดี ดังนั้นความสามารถในการทำงานร่วมกับผู้อื่นจึงเป็นสิ่งสำคัญเมื่อได้รับการยอมรับและความร่วมมือจากบุคคลต่าง ๆ แล้ว ย่อมจะส่งผลให้มีความสุขและสนุกกับงานที่ทำอยู่ และในที่สุดก็จะส่งผลต่อเนื่องไปยังความสำเร็จในหน้าที่การงาน

4.6.4 มีวัฒนธรรมองค์กร วัฒนธรรมองค์กรแบบสร้างสรรค์ที่ให้ความสำคัญต่อค่านิยมที่สร้างความพึงพอใจในบุคคลขององค์กร คือต้องการความสำเร็จบนพื้นฐานของการส่งเสริมความรักและสัมพันธภาพที่ดีในองค์กร เป็นการทำงานที่มีเป้าหมายร่วมกัน

4.6.5 ผู้บริหารองค์กร นอกจากผู้บริหารจะต้องมีความสามารถในการบริหารงานแล้ว ผู้บริหารต้องมีภาวะผู้นำที่เป็นตัวอย่างที่ดีแก่ลูกน้อง สร้างแรงบันดาลใจในการปฏิบัติงาน คำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคลและกระตุ้นให้ลูกน้องใช้สติปัญญาในการสร้างสรรค์งานผู้นำต้องยึดหลักการสำคัญ 8 ประการ คือ 1) การสร้างวิสัยทัศน์ร่วมกับบุคลากร 2) การให้ความรู้ความสามารถเพื่อผู้ปฏิบัติงานตัดสินใจได้ถูกต้อง 3) สามารถจัดปัญหาและอุปสรรคที่ขัดขวางการปฏิบัติงานได้ 4) มีการสื่อสารที่เปิดเผย 5) มีความกระตือรือร้น 6) มีการเตรียมพร้อมอยู่เสมอ 7) มีการประเมินความก้าวหน้าและผลลัพธ์ของงาน และ 8) สามารถคาดการณ์ล่วงหน้า สามารถประเมินจุดแข็ง จุดอ่อน สิ่งคุกคามและโอกาสของหน่วยงานได้ โดยเฉพาะในเรื่องของความสำเร็จของงานส่วนด้านความสามารถในการบริหารผู้บริหารต้อง มีการวางแผน กำหนดเป้าหมาย ระบุปัญหาที่ชัดเจน ตัดสินใจที่ดีภายใต้ข้อมูล



และข้อเท็จจริงที่ครบถ้วน สามารถสร้างสัมพันธภาพภายในทีมได้ดี มีการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ รู้จักจัดการความขัดแย้งที่เกิดขึ้นอย่างสมเหตุสมผล และ มีการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ปฏิบัติงาน 3. ทักษะ ทักษะเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งทักษะนั้นมีส่วนสัมพันธ์โดยตรงต่อการแสดงออกทางพฤติกรรม และหากมี ทักษะหรือความคิดในเชิงลบ ตัวบุคคลย่อมมีพฤติกรรมที่ไม่อยากให้ความร่วมมือใด ๆ การนึกทว่า ร้าย การแสดงพฤติกรรมที่ก้าวร้าว และในที่สุดสิ่งเหล่านี้เองจะส่งผลทำให้การทำงานไม่มีความสุข ดังนั้นเพื่อให้สามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุขและสนุกกับสิ่งที่กำลังทำอยู่ การปรับความคิด ทักษะของตัวเองโดยให้มองโลกในทางบวกไว้เสมอไม่ว่าจะเป็นกับหัวหน้างาน เพื่อนร่วมงาน จึงเป็น หนึ่งปัจจัยความสำเร็จ



บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยเก็บข้อมูลระยะก่อน การปฏิบัติการ ระยะปฏิบัติการและหลังปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนาคุณภาพระบบบริการ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ตามมาตรฐานเวชปฏิบัติสำหรับโรคไตเรื้อรัง ก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2552 โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัยวิเคราะห์ปัญหากระบวนการ บริการของตนเอง กำหนดทิศทางในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน ตัดสินใจเลือกแนวทางแก้ปัญหาที่เหมาะสม และร่วมรับผลประโยชน์ที่จะเกิดขึ้น ใช้ระยะเวลาในการทำวิจัย 3 เดือน ระหว่างเดือน ธันวาคม 2555 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ 2556 มีรูปแบบการวิจัย 4 ขั้นตอน คือ. การวางแผน การปฏิบัติการสังเกต การประเมินผลกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ที่ปฏิบัติงานระดับหัวหน้าฝ่าย หัวหน้างานโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม และผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับ ผู้ป่วยเรื้อรัง จำนวน 18 คน คือผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม 1 คน หัวหน้างานผู้ป่วยใน 1 คน หัวหน้างานผู้ป่วยนอก 1 คน หัวหน้างานผู้ป่วยอุบัติเหตุ ฉกฉก 1 คน เภสัชกร 2 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 9 คน เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ 1 คน นักโภชนาการ 1 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่ง นำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) หาจำนวนร้อยละและทดสอบความแตกต่างของข้อมูลโดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi Square test) แบบประเมินระดับความรู้ และทัศนคติของกลุ่มตัวอย่าง เอกสารคู่มือความรู้เรื่อง แนวทางเวช ปฏิบัติสำหรับโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ.2552 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบทดสอบ นำเสนอด้วยค่าจำนวน ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้วิเคราะห์เพื่อ เปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ย ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง ความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ย ทัศนคติก่อนและหลังการพัฒนา โดยใช้สถิติ Paired t-test ข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นข้อมูลที่ได้จากการ สนทนากลุ่ม (Group Discussion) และการสังเกตพฤติกรรม วิเคราะห์ข้อมูลจากเนื้อหาของข้อมูล (Content Analysis) โดยนำข้อมูลทั้งหมดมาตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วน และนำมาแยกเป็น หมวดหมู่ตามประเด็นปัญหา จากนั้นทำการตีความหมายของข้อมูลที่ได้ตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล เพื่อสรุปเชื่อมโยงความสัมพันธ์และเหตุผลในประเด็นที่ศึกษา โดยเสนอผลการศึกษาลำดับหัวข้อดังต่อไปนี้

- 5.1 ความมุ่งหมายของการวิจัย
- 5.2 สรุปผลการวิจัย
- 5.3 อภิปรายผล
- 5.4 ข้อเสนอแนะ



5.1 ความมุ่งหมายของการวิจัย

5.1.1 ความมุ่งหมายทั่วไป

พัฒนาคุณภาพระบบบริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ตามมาตรฐานเวชปฏิบัติสำหรับโรคไตเรื้อรัง ก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ.2552 โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

5.1.2 ความมุ่งหมายเฉพาะ

5.1.2.1 เพื่อศึกษาระดับความรู้และทัศนคติต่อการปฏิบัติงานด้านการบริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ก่อนและหลังการพัฒนา

5.1.2.2 เพื่อศึกษาผลการพัฒนาคุณภาพการบริการ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

5.1.2.3 เพื่อศึกษาปัจจัยความสำเร็จ ของการพัฒนาระบบการบริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

5.2 สรุปผล

จากการวิจัยสามารถสรุปผลได้ดังนี้

5.2.1 กระบวนการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เป็นการวิจัยปฏิบัติการเพื่อ พัฒนาคุณภาพระบบบริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ตามมาตรฐานเวชปฏิบัติสำหรับโรคไตเรื้อรัง ก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ.2552 โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี และเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัยวิเคราะห์ปัญหากระบวนการบริการของตนเอง กำหนดทิศทางในการแก้ไขปัญหา ร่วมกัน ตัดสินใจเลือกแนวทางแก้ปัญหาที่เหมาะสมและร่วมรับผลประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดำเนินการวิจัยและกระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วม มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้งความรู้และประสบการณ์ระหว่างผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย

5.2.2 การประเมินผลหลังการดำเนินการ

เป็นการประเมินผลหลังการดำเนินการ ในขั้นนี้เป็นการวิเคราะห์สภาพการณ์หลังจากมีการพัฒนาคุณภาพระบบบริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ตามมาตรฐานเวชปฏิบัติสำหรับโรคไตเรื้อรัง ก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ.2552 โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งดำเนินการไปแล้ว เป็นระยะเวลา 1 เดือนว่าได้ผลเป็นอย่างไรโดยทำการประเมิน 3 ด้าน คือ

5.2.2.1 ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง ของกลุ่มตัวอย่างโดยการใช้แบบสัมภาษณ์รายบุคคล

5.2.2.2 ด้านทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างต่อการปฏิบัติงานด้านการให้บริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

5.2.2.3 ระดับความพึงพอใจกลุ่มตัวอย่างต่อการปฏิบัติงานโดยใช้การสนทนากลุ่ม

1) ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง

กลุ่มตัวอย่างมีความรู้โดยรวมทั้งก่อนและหลังการพัฒนาอยู่ในระดับสูง

(\bar{x} = 14.06, S.D. = 1.589) และ (\bar{x} = 15.56, S.D. = 1.149) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาความรู้รายด้าน



พบว่า ก่อนการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.33$, S.D. = .840) แต่หลังการพัฒนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังอยู่ในระดับสูง ทั้งก่อนและหลังการพัฒนาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านการตรวจคัดกรองผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.44$, S.D. = .616) และ ($\bar{X} = 2.44$, S.D. = .616) ตามลำดับ และการติดตามระดับการทำงานของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก็อยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน ($\bar{X} = 2.22$, S.D. = .647) และ ($\bar{X} = 2.22$, S.D. = .647) ตามลำดับ ส่วนความรู้ที่อยู่ในระดับสูงทั้งก่อนและหลังการพัฒนา คือ ความรู้ด้านการส่งปรึกษาหรือส่งต่อผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ($\bar{X} = 2.44$, S.D. = .784) และ ($\bar{X} = 2.44$, S.D. = .784) ตามลำดับ และด้านโภชนาบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ($\bar{X} = 4.61$, S.D. = .698) และ ($\bar{X} = 4.61$, S.D. = .698) ตามลำดับ

2) ด้านทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างต่อการปฏิบัติงานด้านการให้บริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของทัศนคติในการปฏิบัติงาน หลังการพัฒนาคุณภาพระบบบริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ตามมาตรฐานเวชปฏิบัติสำหรับโรคไตเรื้อรัง ก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ.2552 โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานีเพิ่มสูงขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนา ซึ่งพบว่า ค่าเฉลี่ยของทัศนคติในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับดีมากที่สุดเกือบทุกข้อ ซึ่งหมายถึงกลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยน้อยที่สุดเกี่ยวกับเรื่อง การทำงานเกี่ยวกับบริการผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ยุ่งยาก การพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ไม่จำเป็น ระบบการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยผ่านโปรแกรมสำเร็จรูปต่างๆทำให้เพิ่มภาระงาน การใช้คุณภาพของข้อมูลมาเป็นเกณฑ์ในการจัดสรรงบประมาณเป็นสิ่งที่ไม่เหมาะสม การจัดส่งรายงาน/ข้อมูลข่าวสารบางอย่างถ้าไม่สำคัญก็ไม่ต้องส่งก็ได้ การวิเคราะห์และการนำข้อมูลไปใช้ควรเป็นระดับผู้บริหารเท่านั้น และกลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยมากที่สุดเกี่ยวกับ การมีผู้ดูแลระบบบริการข้อมูลผู้ป่วยโดยตรงจะช่วยให้การทำงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น การจัดการระบบบริการผู้ป่วยที่ดีมีผลต่อความสำเร็จขององค์กรอย่างมาก แต่เรื่องบุคลากรทำงานหลายอย่างเกินไปทำให้ไม่มีเวลาพอที่จะทำข้อมูลให้มีคุณภาพอยู่ในระดับดีปานกลาง ซึ่งโดยภาพรวมแล้วกลุ่มตัวอย่างพอใจในการทำงานเกี่ยวกับระบบการบริการผู้ป่วยอยู่ในระดับดีมากที่สุด

กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังเพิ่มมากขึ้นหลังจากได้รับการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีมาตรฐาน โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$

กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติในการปฏิบัติงานหลังได้รับการพัฒนาระบบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีมาตรฐาน โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$

3) ระดับความพึงพอใจกลุ่มตัวอย่างต่อการปฏิบัติงานโดยใช้การสนทนากลุ่ม
จากการสนทนากลุ่มพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อการปฏิบัติงาน จากคำพูดที่ว่า “การมีระบบการทำงานที่ชัดเจนจะทำให้เราสามารถทำงานได้อย่างมีความสุขมากขึ้น” การมีระบบบริการผู้ป่วยจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีขึ้น”



5.3 อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) การพัฒนาคุณภาพระบบบริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ตามมาตรฐานเวชปฏิบัติสำหรับโรคไตเรื้อรัง ก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ.2552 โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี อภิปรายผลในแต่ละประเด็นได้ดังต่อไปนี้

การพัฒนาความสามารถของผู้บริการ โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการพัฒนา ด้วยการพัฒนาด้านความรู้ทำให้เกิดความเข้าใจและเกิดทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ถูกต้อง ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกล้าเผชิญ โชคบำรุง (2551)

การพัฒนาคุณภาพและศักยภาพการดูแลผู้ป่วยของผู้ให้บริการด้วยการพัฒนาด้านความรู้ทำให้เกิดความเข้าใจและเกิดทักษะในการปฏิบัติที่ดีขึ้นซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2550)

การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ที่เพิ่มมากขึ้นจะช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความสนใจที่จะดูแลสุขภาพร่างกายของตนเองมากขึ้น ซึ่งบุคลากรสุขภาพมีส่วนสำคัญที่จะช่วยกระตุ้นในส่วนนี้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ (ไกรวิพร เกียรติสุนทร, 2546)

การศึกษาความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังมีส่วนทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ดีมากยิ่งขึ้นซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ (เกรียง ตั้งสง่า, 2549)

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมกลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วย บุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการบริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง การดำเนินการวิจัยมี 4 ขั้นตอนได้แก่ 1) ขึ้นวางแผน โดยการศึกษาบริบท วิเคราะห์สถานการณ์และกำหนดรูปแบบ 2) ขึ้นทดลองปฏิบัติและสังเกต โดยการนำรูปแบบใหม่ไปทดลองใช้และสังเกตติดตามผล 3) ขึ้นสะท้อนการปฏิบัติ โดยการนำข้อมูลที่ได้จากการทดลองปฏิบัติมาปรับวิธีการดูแลและปรับรูปแบบ และ 4) ขึ้นปรับปรุงแผนและประเมินผล โดยการสรุปประเมินผลทั้งในขณะดำเนินการและหลังการ พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ของกลุ่มตัวอย่างหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นจากก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของ (ประสิทธิ์ พุตระกูล 2550)

การมีนโยบาย มีการกำหนดเป้าหมายที่จะสนับสนุนให้เกิดความเข้มแข็งของระบบบริการสร้างกลไกการพัฒนาและควบคุมคุณภาพบริการที่ชัดเจน นอกจากนี้ ยังมีความมุ่งมั่นพัฒนาระบบและกลไกการบริหารยุทธศาสตร์ ให้มีประสิทธิภาพ โดยทีมบุคลากรที่มีคุณภาพ และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบุคลากร เพื่อให้ขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติได้อย่างบรรลุผล การเสริมสร้างพลังอำนาจบุคคลระดับผู้ปฏิบัติงาน คือ การที่ให้ผู้ปฏิบัติงานได้รับโอกาส ในการแสดงความคิดเห็นและตัดสินใจร่วมกับผู้บริหารในการดำเนินงานขององค์กร เพื่อให้ผู้ปฏิบัติเกิดความรู้สึกร่วมเป็นเจ้าขององค์กรและมีความรับผิดชอบต่อองค์กร มีส่วนร่วมในการพัฒนาปรับปรุงและพัฒนาการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง ส่งผลต่อการพัฒนาองค์กรให้มีประสิทธิภาพและนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายขององค์กรในที่สุด

การมีทีมงานหรือทีมในการทำงาน คือผู้ปฏิบัติงานแต่ละคนมีปฏิสัมพันธ์ในการทำงานร่วมกันเป็นกลุ่ม โดยปกติลักษณะทีมจะมีหัวหน้าทีม และสมาชิกทีม ในการดำเนินงานของทีมอาจจะมีปัญหา



เรื่องความขัดแย้ง หรือมีความคิดเห็นที่ไม่ลงรอยกัน มีการเกี่ยงกันทำงาน เป็นเหตุให้สัมพันธ์ภาพในทีมไม่ดี แต่เมื่อมีการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และมีการประสานงานเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารในการทำงาน ให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ซึ่งก็ทำให้ ทุกคนในทีมรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของและรับผิดชอบร่วมกันในผลงานที่จะเกิดขึ้น มีการปรับปรุงและพัฒนาการทำงานของทีมอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผลิตผลจากการทำงานเพิ่มสูงขึ้น คนเราไม่สามารถทำงานคนเดียวเพียงตามลำพังได้ แน่แน่นอนว่าทุกคนย่อมต้องมีการติดต่อสัมพันธ์กับผู้อื่นไม่มากก็น้อย การทำงานร่วมกับบุคคลอื่นจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ การสามารถปรับตัวเองให้ทำงานร่วมกับคนอื่นได้ ย่อมจะได้รับความร่วมมือ การยอมรับ และความช่วยเหลือต่าง ๆ ในการทำงาน รวมทั้งการได้รับข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นทั้งภายในหน่วยงานและองค์กรเป็นอย่างดี ดังนั้นความสามารถในการทำงานร่วมกับผู้อื่นจึงเป็นสิ่งสำคัญ เมื่อได้รับการยอมรับและความร่วมมือจากบุคคลต่าง ๆ แล้ว ย่อมจะส่งผลให้มีความสุขและสนุกกับงานที่ทำอยู่ และในที่สุดก็จะส่งผลต่อเนื่องไปยังความสำเร็จในหน้าที่การงาน

การมีวัฒนธรรมองค์กร วัฒนธรรมองค์กรแบบสร้างสรรค์ที่ให้ความสำคัญต่อค่านิยมที่สร้างความพึงพอใจในบุคคลขององค์กร คือต้องการความสำเร็จบนพื้นฐานของการส่งเสริมความรักและสัมพันธ์ภาพที่ดีในองค์กร เป็นการทำงานที่มีเป้าหมายร่วมกัน และผู้บริหารจะต้องมีความสามารถในการบริหารงานแล้ว ผู้บริหารต้องมีภาวะผู้นำที่เป็นตัวอย่างที่ดีแก่ลูกน้อง สร้างแรงบันดาลใจในการปฏิบัติงาน คำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคลและกระตุ้นให้ลูกน้องใช้สติปัญญาในการสร้างสรรค์งาน

5.4 ข้อเสนอแนะ

5.4.1 ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้

5.4.1.1 กระบวนการทำงานควรเน้นการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องและควรมีคณะกรรมการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ติดตามประเมินผลทั้งด้านผู้ใช้บริการ ผู้ให้บริการ และผู้สนับสนุนบริการชุมชน

5.4.1.2 ควรมีการร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดมทุนทางสังคม ทุนทางปัญญา นำวัฒนธรรมความของคอนีฮาน ซึ่งเป็นเทคนิคที่สำคัญในการเข้ามาร่วมเป็นเครือข่ายในการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยไตเรื้อรัง จะทำให้เกิดการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเรื้อรังที่ยั่งยืนได้

5.4.1.3 ควรมีการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้การบริการมีคุณภาพดีขึ้นและอย่างต่อเนื่อง

5.4.1.4 ควรมีการสำรวจความพึงพอใจของผู้ให้บริการหรือผู้รับบริการเป็นระยะๆ เพื่อทราบถึงความต้องการของผู้รับบริการ เพื่อนำผลการศึกษามาเป็นแนวทางในการพัฒนาหรือปรับปรุงการให้บริการให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ

5.4.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

5.4.2.1 ควรพัฒนาคุณภาพการดูแลสุขภาพผู้ป่วยไตเรื้อรังที่บ้าน โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อประเมินความก้าวหน้าและความยั่งยืนของระบบที่พัฒนาขึ้น

5.4.2.2 ด้านการวิจัย นำแนวทางการดูแลสุขภาพผู้ป่วยไตเรื้อรังไปพัฒนาต่อ ให้ครอบคลุมถึงตั้งแต่ผู้ป่วยมาที่ห้องฉุกเฉินจนถึงจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน

5.4.2.3 ควรมีการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ระดับ รพ.สต



5.4.2.4 นำแนวทางการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไตมาใช้ทั้งเครือข่าย เพื่อให้เจ้าหน้าที่
ทั้งในระดับ รพ.และ รพ.สต. สามารถให้การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังตามแนวปฏิบัติและเป็น
แนวทางเดียวกัน

5.4.2.5 จัดตั้งชมรมผู้ป่วยโรคไต



เอกสารอ้างอิง



เอกสารอ้างอิง

- กล้าเผชิญ โชคบำรุง.(2551). รูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญา
ดุสิตบัณฑิต สาขาการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ไกรวิพร เกียรติสุนทร.(2550) เราจะลดความเสี่ยงของโรคไตจากเบาหวานได้อย่างไร. *วารสารมูลนิธิ
โรคไตแห่งประเทศไทย*, 21(42), 77-81.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (2546). *วิถีชุมชน*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยสังคมและสุขภาพ.
- เกรียง ตั้งสง่า และวสันต์ สุเมธกุล. (2549). คำแนะนำในการค้นหาและแนวทางในการรักษาโรคไต
เรื้อรัง. *แพทยสภาสาร*, 33, 30-36.
- เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์.(2549). *หลักการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง*. กรุงเทพฯ : คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- คัทลียา อุกติ. (2550). *ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะ
สุดท้ายที่รับการรักษาด้วยวิธีการขจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องต่อเนื่อง*. ขอนแก่น: สงขลา
นครินทร์เวชสาร.
- ฉันทชาย สิทธิพันธุ์. (2545). *การเปลี่ยนแปลงทางระบบหายใจในผู้ป่วยไตวายและผู้ป่วยที่ได้รับการ
ล้างไต*. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัลพับลิเคชั่น.
- ชนิดา ปิชาติการ และสุนาฏ เตชางาม. (2545). *โภชนาการสำหรับผู้ป่วยที่รับการฟอกเลือดและผู้ป่วย
ล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร*. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น. 2545
- ณพร นันทวิสิทธิ์.(2552). Solution For Long Term Complications. ใน *Pave the Way to
Seamless in RRT Patient*. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการประจำปี 2552,
ชมรมพยาบาลโรคไตแห่งประเทศไทย.
- ดุสิต ล้ำเลิศกุล. (2539). *Acute renal failure*. ใน วิจิตร บุญพรคนาวิก และคณะ (บรรณาธิการ),
ตำราโรคไต. กรุงเทพฯ:กรุงเทพเวชสาร. หน้า734-783.
- นันทกา คำแก้ว. (2547). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง*.
วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ,
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชูศรี วงศ์รัตน์.(2550). *เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย*. พิมพ์ครั้งที่ 10. นนทบุรี: ไทเนรมิตกิจอินเตอร์
โพรเกรสซิฟ.
- ชลธิป พงศ์สกุล. (2553). แนวทางเวชปฏิบัติของโรคไตเรื้อรัง. *วารสารอายุรศาสตร์อีสาน*, 9(3),
144-162.
- ทวี ศิริวงศ์. (2552). *โรคไตทางคลินิก*. ขอนแก่น: พิมพ์ลักษณะ.
- ทวี ศิริวงศ์.(2547). *องค์ความรู้พื้นฐานและเทคนิคในการล้างไต*. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
2547.
- ประเจษฎ์ เรื่องกาญจนเศรษฐ์.(2549). Update in Pathogenesis of Diabetic Nephropathy.
วารสารสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 8, 167-179.



- ประสิทธิ์ ฟูตระกูล. (2556).โรคไตเรื้อรัง: ปัญหาสำคัญที่กำลังขยายตัวคุกคามโลก. *วารสารสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย*, 13(2), 63-67.
- พรรณบุปผา ชูวิเชียร. (2551). *Remal failure and indication for dialysis*. ใน ประเสริฐ ธนกิจจารุ และสุพัฒน์ วานิชย์การ (บรรณาธิการ). *ตำราฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและการพยาบาล*, กรุงเทพฯ: กรุงเทพฯเวชสาร. หน้า 1-14.
- วัลลา ตันเตโยทัย และ ประคอง อินทรสมบัติ. (2543). *การพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง*. ใน สมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ), *การพยาบาลทางอายุรศาสตร์*, กรุงเทพฯ: วี. เจ. พรินติ้ง. หน้า 143-165.
- ศศิธร ชิดนาลัย.(2550). *การพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม*. นนทบุรี: ธนาเพลส.
- ศุภรา โถตันคำ. (2551).ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคและค่าครีเอตินินในเลือดในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2552). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2552*. กรุงเทพฯ: สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย.
- สารัช สุนทรโยธิน.(2545). *การเปลี่ยนแปลงของระบบต่อมไร้ท่อในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง*. ใน สมชาย เอี่ยมอ่อง, เกรียง ตั้งสง่า และเกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์ (บรรณาธิการ), *Practical Dialysis*. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น. หน้า 1039-1048.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2554).*รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2554* กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติเศรษฐกิจสังคมและประชาชาติ 1 สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2555). *สถิติโรคไต*. [ออนไลน์]. ได้จาก: <http://bps.ops.moph.go.th/index.php?mod=bps&doc=5> [สืบค้นเมื่อ วันที่ 26 พฤษภาคม 2555]
- สุภาพ ปิ่นทอง. (2549).*ความต้องการและการได้รับของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยเครื่องไตเทียมตามการรับรู้ของผู้ป่วยและครอบครัว*. วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- อรรถพงษ์ วงศ์วิวัฒน์. (2550). *การดูแลโรคไตเรื้อรังในปัจจุบัน*. ใน ทวี ศิริวงศ์ (บรรณาธิการ). *Update on CKD Prevention: Strategies and Practical Points*. กรุงเทพฯ: สร้างสื่อ. หน้า 51-54.



ภาคผนวก



ภาคผนวก ก
ใบรับรองการอนุมัติจริยธรรม





มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ใบรับรองการอนุมัติ

เลขที่การรับรอง : 0074 / 2556

ชื่อโครงการวิจัย : การพัฒนาคุณภาพระบบบริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังตามมาตรฐานเวชปฏิบัติ
สำหรับโรคไตเรื้อรัง ก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2552
โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวขวัญชนก ยะปัญญา

หน่วยงานต้นสังกัด : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

สถานที่ทำการวิจัย : จังหวัดอุบลราชธานี

ข้อเสนอการวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรม
การวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว และอนุมัติในแง่จริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่อง
ข้างต้นได้ บนพื้นฐานของโครงร่างงานวิจัยที่คณะกรรมการฯ ได้รับและพิจารณา หากมีการเปลี่ยนแปลง
ใดๆ ในโครงการวิจัย ผู้วิจัยจักต้องยื่นขอรับการพิจารณาใหม่

(ศาสตราจารย์ ดร.ปรีชา ประเทหา)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

วันที่รับรอง : 19 กุมภาพันธ์ 2556



ภาคผนวก ข
หนังสือขอความร่วมมือในการวิจัย





ที่ ศธ ๐๕๓๐.๑๘/ ๑ ๓๕๖๕

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๑๗ มีนาคม ๒๕๕๕

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมเครื่องมือเพื่อการวิจัย

เรียน

ด้วย นางสาวขวัญชนก ยะปัญญา รหัสบัณฑิต ๕๔๐๕๑๔๘๐๐๐๒ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การพัฒนากระบวนการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังตามมาตรฐานแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ.๒๕๕๒ โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี” ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี ผศ.ดร.จีระศักดิ์ เจริญพันธ์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และ นายแพทย์สุพร ลอยหา เป็นกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านได้โปรดอนุญาตให้ นางสาวขวัญชนก ยะปัญญา เก็บรวบรวมเครื่องมือกับ บุคลากรโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม จำนวน ๒๐ ราย ที่อยู่ในความรับผิดชอบของท่าน ในเดือน มกราคม - เมษายน ๒๕๕๖ เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ในขั้นตอนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จีระศักดิ์ เจริญพันธ์
รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษา
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

งานวิชาการบัณฑิตศึกษา สำนักงานคณบดี
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๔๓๗๕-๔๓๕๓





ที่ ศธ ๐๕๓๐.๑๔๑/๒๓๖๗

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลสามเวียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๑๐๗ ๕ มีนาคม ๒๕๕๕

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ทดลองใช้เครื่องมือ

เรียน

ด้วย นางสาวขวัญชนก ยะปัญญา รหัสนิสิต ๕๔๐๕๑๔๔๐๐๐๒ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชา การจัดการระบบสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "การพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังตามมาตรฐานแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคไตเรื้อรังก่อนการ บำบัดทดแทนไต พ.ศ.๒๕๕๒ โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี" ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการทำ วิทยานิพนธ์ตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี ผศ.ดร.จีระศักดิ์ เจริญพันธ์ เป็น ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และ นายแพทย์สุพร ลอยหา เป็นกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ในครั้งนี้

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านได้โปรด อนุญาตให้ นางสาวขวัญชนก ยะปัญญา ทดลองใช้เครื่องมือกับ บุคลากรโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม จำนวน ๒๐ ราย ที่อยู่ในความรับผิดชอบของท่าน ในเดือน มกราคม - เมษายน ๒๕๕๖ เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไป ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ในขั้นต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จีระศักดิ์ เจริญพันธ์
รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษา
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

งานวิชาการบัณฑิตศึกษา สำนักงานคณบดี
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๔๓๖๕๕-๔๓๕๕๓



ภาคผนวก ค
หนังสือขอความอนุเคราะห์ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ





ที่ ศธ ๐๕๓๐.๑๘/ว ๒1๕๖๓

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลชนบท อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๗๗/ ธันวาคม ๒๕๕๕

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

เรียน นายแพทย์ถิรภูมิ สุวรรณชีวกุล

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. คำขอวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ เล่ม
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด
๓. แบบรับรองการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการเก็บข้อมูล (PH๒) จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นางสาวขวัญชนก ยะปัญญา รหัสนิสิต ๕๔๐๕๑๔๘๐๐๐๒ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "การพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังตามมาตรฐานแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ.๒๕๕๒ โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี" ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี ผศ.ดร.จิระศักดิ์ เจริญพันธ์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และ นายแพทย์สุพร ลอยหา เป็นกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ความละเอียดทราบแล้วนั้น

ในการนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าท่าน เป็นผู้มีความรู้ความสามารถ และมีประสบการณ์ในเรื่องนี้ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่าน เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่จะใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อที่นิสิตจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิระศักดิ์ เจริญพันธ์
รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษา

งานวิชาการบัณฑิตศึกษา สำนักงานคณบดี
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๔๓๗๕-๔๓๕๓

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์





ที่ ศธ ๐๕๓๐.๑๘/ว

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลสามแเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

พุดศจิกายน ๒๕๕๕

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

เรียน นายวราตรี เสียงเสนาะ

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. คำโครงการวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ เล่ม
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๓ ชุด
๓. แบบรับรองการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการเก็บข้อมูล (PH๒) จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นางสาวขวัญชนก ยะปัญญา รหัสนิสิต ๕๔๐๕๓๑๔๔๐๐๐๒ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชา การจัดการระบบสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "การพัฒนาาระบบบริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังตามมาตรฐานแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคไตเรื้อรังก่อนการ บำบัดทดแทนไต พ.ศ.๒๕๕๒ โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี" ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการทำ วิทยานิพนธ์ตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี ผศ.ดร.จิระศักดิ์ เจริญพันธ์ เป็น ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และ นายแพทย์สุพร ลอยหา เป็นกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ความละเอียดทราบแล้วนั้น

ในการนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าท่าน เป็นผู้มีความรู้ความสามารถ และมี ประสบการณ์ในเรื่องนี้ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่าน เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่จะใช้ใ นการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อที่นิสิตจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

งานวิชาการบัณฑิตศึกษา สำนักงานคณบดี

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๔๓๗๕-๔๓๕๓

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิระศักดิ์ เจริญพันธ์

รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์





ที่ ศธ ๐๕๓๐.๑๘/ว

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

พฤษภาคม ๒๕๕๕

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

เรียน นายราตรี เสียงเสนาะ

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. คำโครงการวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ เล่ม
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด
๓. แบบรับรองการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการเก็บข้อมูล (PIH) จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นางสาวขวัญชนก ยะปัญญา รหัสนิสิต ๕๔๐๕๑๔๘๐๐๐๒ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชา การจัดการระบบสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "การพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังตามมาตรฐานแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคไตเรื้อรังก่อนการ บำบัดทดแทนไต พ.ศ.๒๕๕๒ โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี" ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการทำ วิทยานิพนธ์ตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี ผศ.ดร.จีระศักดิ์ เจริญพันธ์ เป็น ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และ นายแพทย์สุพร ลอยหา เป็นกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ความละเอียดทราบแล้วนั้น

ในกรณี คณะสาธารณสุขศาสตร์ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าท่าน เป็นผู้มีความรู้ความสามารถ และมี ประสบการณ์ในเรื่องนี้ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่าน เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่จะใช้ใน การเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อที่นิสิตจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

งานวิชาการบัณฑิตศึกษา สำนักงานคณบดี

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๔๓๓๕-๔๓๕๓

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จีระศักดิ์ เจริญพันธ์

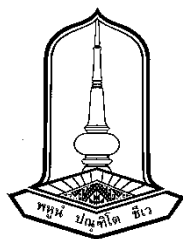
รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์



ภาคผนวก ง
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย





แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

เรื่อง การพัฒนาคุณภาพระบบบริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังตามมาตรฐานเวชปฏิบัติสำหรับโรคไตเรื้อรัง ก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ.2552 โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

คำชี้แจง แบบสอบถามฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ เรื่อง การพัฒนาคุณภาพระบบบริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังตามมาตรฐานเวชปฏิบัติสำหรับโรคไตเรื้อรัง ก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2552 โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อเปรียบเทียบระดับความรู้และทัศนคติ ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการพัฒนา การพัฒนาคุณภาพระบบบริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังใช้สำหรับสอบถาม บุคลากร ผู้ให้บริการ แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

- | | |
|--|--------------|
| ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากร | จำนวน 6 ข้อ |
| ส่วนที่ 2 ความรู้ทั่วไปเรื่องโรคไตเรื้อรัง | จำนวน 20 ข้อ |
| ส่วนที่ 3 ทัศนคติต่อการปฏิบัติงาน | จำนวน 10 ข้อ |
| ส่วนที่ 4 ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม | |

ขอความกรุณาให้ท่านตอบคำถามตามความเป็นจริง ข้อมูลที่ได้ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับและนำไปวิเคราะห์ในภาพรวม ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการวิจัยครั้งนี้อย่างมาก ดังนั้น ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านเป็นอย่างดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบคุณผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

ขวัญชนก ยะปัญญา

นิสิตปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการระบบสุขภาพ
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม (ส.ม.10) การศึกษานอกระบบ ศูนย์อุบลราชธานี



เลขที่แบบสอบถาม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากร จำนวน 6 ข้อ

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่าง หรือเติมข้อความตามความเป็นจริง

1. เพศ

1. ชาย 2. หญิง

2. ปัจจุบันท่านอายุ ปี (จำนวนเต็มปี)

3. สถานภาพการสมรสของท่าน

1. โสด 2. สมรส
 3. หม้าย 4. หย่า , แยกกันอยู่

4. ท่านจบการศึกษาสูงสุด

1. ประถมศึกษา 2. มัธยมศึกษาตอนต้น
 3. มัธยมศึกษาตอนปลาย 4. อนุปริญญา
 5.ปริญญาตรี 6. สูงกว่าปริญญาตรี ระบุ

5 .ตำแหน่งของท่าน

1. ผอ.รพ. 2. เภสัชกร
 3. พยาบาลวิชาชีพ 4. เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์
 5. กายภาพบำบัด 6. นักโภชนาการ
 7. อื่นๆระบุ.....

6. ท่านเคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการให้บริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังหรือไม่

1. เคย 2. ไม่เคย



ส่วนที่ 2 ความรู้ในเรื่องโรคไตเรื้อรัง

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องว่างหลังข้อความแต่ละข้อ
ที่ตรงกับความเข้าใจของท่านมากที่สุด

ความรู้เรื่องทั่วไปเรื่องโรคไตเรื้อรัง

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
1. ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังคือ ผู้ป่วยที่มี ค่าGFR<60 มล./นาที/1.73 ตารางเมตร ติดต่อกันเกิน 3 เดือน		
2. โรคไตเรื้อรังมีสาเหตุการเกิดคล้ายกับโรคไตวายฉับพลัน		
3. GFR คือ อัตราการกรองของปัสสาวะที่ผ่านไตออกมาเป็นน้ำปัสสาวะ		
4. โรคไตวายเรื้อรังแบ่งออกเป็น 5 ระยะ		

ความรู้เรื่องการคัดกรองผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
1. ผู้ป่วยที่มีประวัติเบาหวาน ความดันโลหิตสูง จัดเป็น ผู้ที่มีความเสี่ยงสูง ต่อการเป็น โรคไตเรื้อรัง		
2. ผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงสูงต่อการเป็น โรคไตเรื้อรังควรประเมินค่า estimated GFR (eGFR) อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง		
3. กรณีผู้ป่วยไม่ได้เป็นเบาหวาน ถ้าตรวจพบมีโปรตีนรั่วทางปัสสาวะตั้งแต่ระดับ 2+ขึ้นไป และไม่มีสาเหตุที่สามารถทำให้เกิดผลบวกปลอม ถือได้ว่ามีภาวะไตผิดปกติ		
4. กรณีผู้ป่วยเบาหวาน ถ้าตรวจพบมีโปรตีนรั่วทางปัสสาวะตั้งแต่ระดับ 1+ขึ้นไป และไม่มีสาเหตุที่สามารถทำให้เกิดผลบวกปลอม ถือได้ว่ามีภาวะไตผิดปกติ		

ความรู้เรื่องการติดตามระดับการทำงานของไตในโรคไตเรื้อรัง

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
1. โรคไตเรื้อรังระยะที่ 1 และ 2 ติดตามอย่างน้อยทุก 12 เดือน(ทุก 6 เดือน ถ้าตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะ)		
2. โรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ติดตามอย่างน้อยทุก 6 เดือน(ทุก 12 เดือน ถ้าระดับการทำงานของไตคงที่และตรวจไม่พบโปรตีนในปัสสาวะ)		
3. โรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ติดตามอย่างน้อยทุก 3 เดือน(ทุก 6 เดือน ถ้าระดับการทำงานของไตคงที่)		
4. โรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ติดตามอย่างน้อยทุก 3 เดือน		



ความรู้เรื่องการส่งปรึกษาหรือส่งต่อผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ข้อคำถาม	ใช่	ไม่ใช่
1. ควรส่งปรึกษาหรือส่งต่อผู้ป่วยพบอายุรแพทย์ เมื่อผู้ป่วยมี eGFR 30-59 mL/min/1.73m ² ร่วมกับมีการเสื่อมของไต ไม่มากกว่า 7 mL/min/1.73m ² ต่อปี		
2. ควรส่งปรึกษาหรือส่งต่อผู้ป่วยพบอายุรแพทย์โรคไต เมื่อ ผู้ป่วยมี eGFR 30-59 mL/min/1.73m ² ร่วมกับมีการเสื่อมของไตมากกว่า 7 mL/min/1.73m ² ต่อปี หรือมีอาการความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้		
3.ควรส่งปรึกษาหรือส่งต่อผู้ป่วยพบอายุรแพทย์โรคไตเมื่อผู้ป่วยมีโปรตีนรั่วในปัสสาวะมากกว่า 1,000 mg ต่อวัน		

ความรู้เรื่องโภชนบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ข้อคำถาม	ใช่	ไม่ใช่
1. ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังควรได้รับอาหารโปรตีนต่ำเพื่อชะลอการเสื่อมของไต		
2. ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ควรได้รับโปรตีนที่มีคุณภาพสูง		
3.ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังควรได้รับการดูแลรักษาให้มีระดับโปแตสเซียมในซีรัมอยู่ในเกณฑ์ปกติ		
4. ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีความดันโลหิตสูง หรือมีอาการบวม ควรได้รับคำแนะนำให้รับประทานอาหารที่มีโซเดียมต่ำกว่า 100 มิลลิโมลต่อวัน(2,300 มิลลิกรัมของโซเดียม)		
5.ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังควรได้รับการชั่งน้ำหนัก คำนวณค่าดัชนีมวลกาย(body mass index, BMI) วัดความดันโลหิต ตรวจอาการบวมทุกครั้งที่มาพบแพทย์		



ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านทัศนคติในการปฏิบัติงาน

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องว่างหลังข้อความแต่ละข้อที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อ	หัวข้อ	ระดับความคิดเห็น				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1	การทำงานเกี่ยวกับการบริการผู้ป่วย เป็นสิ่งที่ยุ่งยาก					
2	การพัฒนาาระบบบริการผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ไม่จำเป็น					
3	ระบบการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยผ่านโปรแกรมสำเร็จรูปต่างๆทำให้เพิ่มภาระงาน					
4	การใช้คุณภาพของข้อมูลมาเป็นเกณฑ์ในการจัดสรรงบประมาณเป็นสิ่งที่ไม่เหมาะสม					
5	การจัดส่งรายงาน/ข้อมูลข่าวสาร บางอย่างถ้าไม่สำคัญก็ไม่ต้องส่งก็ได้					
6	การวิเคราะห์และการนำข้อมูลไปใช้ ควรเป็นระดับผู้บริหารเท่านั้น					
7	การมีผู้ดูแลระบบบริการข้อมูลผู้ป่วย โดยตรงจะช่วยให้การทำงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น					
8	การจัดการระบบการบริการผู้ป่วยที่ดีมีผลต่อความสำเร็จขององค์กรอย่างมาก					
9	บุคลากรทำงานหลายอย่างเกินไปทำให้ไม่มีเวลาพอที่จะทำข้อมูลให้มีคุณภาพ					
10	โดยภาพรวมแล้วท่านพอใจในการทำงานเกี่ยวกับระบบการบริการผู้ป่วย					



ส่วนที่ 4 ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพระบบบริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังตามมาตรฐานเวชปฏิบัติสำหรับโรคไตเรื้อรัง ก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ.2552

1. ท่านคิดว่าการระบบบริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในปัจจุบันเหมาะสมหรือไม่ อย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

2. ท่านคิดว่าท่านมีความพร้อม/ศักยภาพในการบริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังหรือไม่

.....

.....

.....

.....

.....

3. ท่านคิดว่าปัญหาและอุปสรรคในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในปัจจุบันคืออะไร

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. ข้อเสนอแนะและสิ่งที่ควรปรับปรุงคือ

.....

.....

.....

.....

.....

5. ท่านพึงพอใจในระบบบริการในปัจจุบันหรือไม่

.....

.....

.....

.....

.....



ภาคผนวก จ
ภาพกิจกรรม



ภาพกิจกรรมการวิจัย



ภาพประกอบภาคผนวก ก- 1 การประชุมกลุ่มชั้นเตรียมการวิจัย



ภาพประกอบภาคผนวก ก- 2 การประชุมกลุ่มชั้นเตรียมการวิจัย





ภาพประกอบภาคผนวก ก- 3 การประชุมครั้งที่ 1



ภาพประกอบภาคผนวก ก- 4 การประชุมครั้งที่ 1



ภาพประกอบภาคผนวก ก- 5 การประชุมครั้งที่ 1



ภาพประกอบภาคผนวก ก- 6 การประชุมครั้งที่ 1



ภาพประกอบภาคผนวก ก- 7 การประชุมครั้งที่ 1



ภาพประกอบภาคผนวก ก- 8 การประชุมครั้งที่ 2





ภาพประกอบภาคผนวก ก- 9 การประชุมครั้งที่ 2



ภาพประกอบภาคผนวก ก- 10 การประชุมครั้งที่ 2



ภาพประกอบภาพประกอบภาคผนวก ก- 11 การประชุมครั้งที่ 2



ภาพประกอบภาคผนวก ก- 12 การประชุมครั้งที่ 2





ภาพประกอบภาคผนวก ก- 13 รับประทานอาหารร่วมกันเพื่อความเป็นกันเองของผู้เข้าร่วมประชุม



ประวัติย่อผู้วิจัย



