รูปแบบบูรณาการศาสตร์เพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ในจังหวัดจันทบุรี

AN INTEGRATED MODEL FOR DELAYING KIDNEY FAILURE AMONG CHRONIC KIDNEY DISEASE PATIENTS IN CHANTHABURI PROVINCE

ดุษฎีนิพนธ์

ของ

ธวัช วิเชียรประภา

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสหวิทยาการเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน

คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

มีนาคม 2567

รูปแบบบูรณาการศาสตร์เพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ในจังหวัดจันทบุรี

AN INTEGRATED MODEL FOR DELAYING KIDNEY FAILURE AMONG CHRONIC KIDNEY DISEASE PATIENTS IN CHANTHABURI PROVINCE

ดุษฎีนิพนธ์

ของ

ธวัช วิเชียรประภา

ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสหวิทยาการเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน

คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

มีนาคม 2567

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

ใบรับรองดุษฎีนิพนธ์

เรื่อง

รูปแบบบูรณาการศาสตร์เพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในจังหวัดจันทบุรี

An Integrated Model for Delaying Kidney Failure Among Chronic Kidney Disease Patients in Chanthaburi Province

ธวัช วิเชียรประภา

คณะกรรมการสอบดุษฎีนิพนธ์

..... ประธานสอบดุษฎีนิพนธ์
(รองศาสตราจารย์ ดร.อรวรรณ แก้วบุญชู)

..... ประธานที่ปรึกษาดุษฎีนิพนธ์
(รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณี เดียวอิศเรศ)

..... กรรมการที่ปรึกษาดุษฎีนิพนธ์
(รองศาสตราจารย์ ดร.ชัยยนต์ ประดิษฐศิลป์)

..... กรรมการสอบดุษฎีนิพนธ์
(อาจารย์ ดร.พรทิวา อาชีวะ)

ได้รับอนุมัติจากมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณีให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสหวิทยาการเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน

..... คณบดีคณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชูวงศ์ อุบาลี)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สถาบันวิทยบริการมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

ธวัช วิเชียรประภา. (2567). **รูปแบบบูรณาการศาสตร์เพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในจังหวัดจันทบุรี**. ดุษฎีนิพนธ์ ปร.ด. (สหวิทยาการเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน). จันทบุรี : มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

คณะกรรมการที่ปรึกษาดุษฎีนิพนธ์

รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณี เดียวอิศเรศ ประธานกรรมการ
ปร.ด. (พยาบาลศาสตร์)
รองศาสตราจารย์ ดร.ชัยยนต์ ประดิษฐศิลป์ กรรมการ
ร.ด. (รัฐศาสตร์)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาโรคไตเรื้อรัง พัฒนารูปแบบบูรณาการศาสตร์ เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตเรื้อรัง และเพื่อศึกษาผลของรูปแบบบูรณาการศาสตร์เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตเรื้อรังจังหวัดจันทบุรี วิธีวิทยาการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแนวสหวิทยาการแบบข้ามพันสาขา ใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสมผสาน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เวชระเบียนผู้ป่วยไตเรื้อรัง เขตจังหวัดจันทบุรี จำนวน 6,664 ฉบับ ผู้เชี่ยวชาญการชะลอไตเสื่อมการแพทย์ทางเลือกจำนวน 3 คน ผู้เชี่ยวชาญการแพทย์แผนปัจจุบันจำนวน 3 คน และผู้เชี่ยวชาญด้านกระบวนการมีส่วนร่วมจำนวน 3 คน ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจังหวัดจันทบุรี 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียน แนวทางในการสัมภาษณ์เชิงลึก แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบบันทึกข้อมูลภาวะสุขภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และแบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติพรรณนา และการทดสอบทีแบบไม่อิสระต่อกัน

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยไตเรื้อรังจำนวนทั้งสิ้น 6,664 คน มีอายุเฉลี่ย 71.58 ปี โดยผู้ป่วยสามารถชะลอไตเสื่อมได้ร้อยละ 55.29 สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ร้อยละ 54.95 ความเข้มข้นของเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติคิดเป็นร้อยละ 22.3 รูปแบบการบูรณาการศาสตร์เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่เหมาะสมประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพ คลินิกชะลอไตเสื่อมที่มีประสิทธิภาพและทีมรักษ์ไตที่เข้มแข็ง ร่วมกับการแพทย์วิถีธรรมที่ประกอบด้วย ยาเม็ดเลิศยาเม็ดหลัก และยาเม็ดเสริม โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โดยใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ ผลของการใช้รูปแบบบูรณาการศาสตร์เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตเรื้อรังจำนวน 30 คน พบว่า ตัวชี้วัดด้านภาวะสุขภาพ ได้แก่ น้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย ระดับน้ำตาลในกระแสเลือด ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว ระดับไขมันในกระแสเลือดดีขึ้น หลังการเข้าร่วมโปรแกรมตามรูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนอัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ด้านคุณภาพชีวิตโดยรวม และรายด้านทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพทางกาย

ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านทางสิ่งแวดล้อม เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่ารูปแบบการบูรณาการศาสตร์เพื่อชะลอไตเสื่อม ซึ่งประกอบด้วย ทีมสหวิชาชีพ คลินิกชะลอไตเสื่อมที่มีประสิทธิภาพและทีมรักษ์ไตที่เข้มแข็ง ร่วมกับการแพทย์วิถีธรรม มีความเหมาะสมในการนำไปใช้เพื่อชะลอไตเสื่อมกับกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในจังหวัดจันทบุรี ดังนั้นจึงควรสนับสนุนรูปแบบการบูรณาการศาสตร์เพื่อชะลอไตเสื่อมในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน

คำสำคัญ : โรคไตวายเรื้อรัง, การชะลอไตเสื่อม, บูรณาการศาสตร์, แพทย์ทางเลือก

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

Tawat Wichianprapha. (2024). **An Integrated Model for Delaying Kidney Failure among Chronic Kidney Disease Patients in Chanthaburi Province.** Dissertation Ph.D. (Interdisciplinarity of Sustainable Development). Chanthaburi: Rambhai Barni Rajabhat University.

Dissertation Advisors

Associate Professor Dr. Wannee Deoisres Ph.D. (Nursing)	Chairman
Associate Professor Dr. Chaiyon Praditsilp Ph.D. (Political Science)	Member

Abstract

The objectives of this research were to: 1) study the chronic kidney disease situation in Chanthaburi Province, 2) develop an integrated model for delaying kidney failure among these patients, and 3) evaluate the effectiveness of the model. This research was transdisciplinary and used the mixed-method design. The historical database of 6,664 medical records of chronic kidney disease patients in Chanthaburi Province was analyzed for this study, and the participants consisted of: 3 experts in the field of alternative medical treatment for delaying kidney failure, 3 experts in the field of nephrology, 3 experts in the field of the participatory process and 30 chronic kidney disease patients. The research instruments used in this study were: the medical records of the participants, a set of guidelines for the in-depth interviews, demographic questionnaires, a new medical records form specifically designed by the researcher for this study, and the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) assessment. The qualitative data were analyzed by content analysis, and the quantitative data were analyzed by descriptive statistics and paired t-test.

The results of the study revealed that the 6,664 chronic kidney disease patients in Chanthaburi Province had an average age of 71.58 years, 55.29% of them were able to delay kidney failure, 54.9% were able to control their blood pressure, and 22.3% had hematocrit levels in the normal range. The integrated model for delaying kidney failure consisted of: a multidisciplinary medical team, an efficient chronic kidney disease clinic, a chronic kidney disease prevention team, and the dharma alternative treatment plan which consisted of: the excellent way, the main way, and the supplement way by togetherness with family and community support

process. The duration of the course of treatment in the integrated model was 12 weeks. When the effectiveness of the model was tested on 30 chronic kidney disease patients, it was found that the body weight, body mass index, fasting blood sugar, blood pressure and lipid profile of the patients were improved with statistical significance at the .05 level. The eGFR levels also increased, but not significantly. The quality of life, which consisted of: the physical dimension, the mental dimension, the social dimension, the environmental dimension, as well as the overall quality of life dimension was increased with statistical significance at the .05 level.

These findings demonstrated that this integrated model for delaying kidney failure was appropriate for the chronic kidney disease patients in Chanthaburi Province. Therefore, it should be promoted throughout the community.

Keyword: Chronic Kidney Disease, Delaying Kidney Failure, Integrated Model, Alternative Medicine

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

กิตติกรรมประกาศ

ดุษฎีนิพนธ์เรื่อง รูปแบบบูรณาการศาสตร์เพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในจังหวัดจันทบุรี ฉบับนี้ สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความกรุณาและได้รับความอนุเคราะห์เมตตาอย่างดียิ่งจากกรรมการสอบดุษฎีนิพนธ์ทุกท่าน ได้แก่ รองศาสตราจารย์ ดร.อรวรรณ แก้วบุญชู ที่ได้เป็นประธานกรรมการสอบดุษฎีนิพนธ์และได้เสียสละเวลาอันมีค่าในการให้คำปรึกษา ชี้แนะ แนะนำจนสำเร็จลุล่วง ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณี เดียวอิศเรศ ประธานที่ปรึกษาและรองศาสตราจารย์ ดร.ชัยยนต์ ประดิษฐ์ศิลป์ ที่ปรึกษาร่วมที่ได้เสียสละเวลาอันมีค่า ให้ความกรุณาชี้แนะ ให้คำแนะนำอันเป็นประโยชน์เสมอ

ผู้วิจัย ขอขอบพระคุณท่านอาจารย์ ดร.พรทิวา อาชีวะ เป็นอย่างสูง ที่ท่านให้ข้อแนะนำแนวทางในการศึกษาแบบสหวิทยาการ กระทั่งทำให้ผู้วิจัยสามารถทำการวิจัยครั้งนี้ได้สำเร็จ

ผู้วิจัยขอขอบคุณคณาจารย์ เพื่อนร่วมรุ่นหลักสูตรสหวิทยาการเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน ซึ่งต่างให้กำลังใจซึ่งกันและกันและร่วมด้วยช่วยกันในการผลักดันให้สำเร็จการศึกษา ขอบคุณเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี โรงพยาบาลขลุงและกลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยครั้งนี้ และที่สุดแล้วผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อยู่เบื้องหลัง คือ ครอบครัวที่ให้กำลังใจและผลักดันให้นำมาซึ่งความสำเร็จทางการศึกษาขั้นสูงสุดของผู้วิจัย

ธวัช วิเชียรประภา

มีนาคม 2567

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย (1)
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ (3)
กิตติกรรมประกาศ (5)
สารบัญ (6)
สารบัญภาพ (8)
สารบัญตาราง (9)
บทที่ 1 บทนำ 1
1.1 ความสำคัญของปัญหาวิจัย 1
1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย 5
1.3 ขอบเขตของการวิจัย 5
1.4 ประโยชน์คาดว่าจะได้รับ 5

บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 7
2.1 แนวคิดเกี่ยวกับการบูรณาการศาสตร์ 7
2.1.1 แนวคิดเกี่ยวกับองค์รวม 8
2.1.2 รูปแบบความรู้ของบูรณาการศาสตร์ 16
2.1.3 กระบวนการได้มาซึ่งความรู้ของบูรณาการศาสตร์ 18
2.2 แนวคิดเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง 24
2.2.1 นิยามของโรคและการวินิจฉัย 24
2.2.2 อัตราความชุกของโรคไตเรื้อรัง 25
2.2.3 สาเหตุของโรคไตเรื้อรัง 25
2.2.4 การแบงระยะของโรคไตเรื้อรัง 26
2.2.5 การติดตามระดับการทำงานของไต 26
2.2.6 การดูแลโรคไตเรื้อรัง 27
2.2.7 การดำเนินงานชะลอไตเสื่อมในจังหวัดจันทบุรี 32
2.3 แนวคิดเกี่ยวกับการแพทย์วิถีธรรม 32
2.3.1 ฐานคิดของการแพทย์วิธีธรรม 32
2.3.2 หลักการแพทย์วิถีธรรม 35
2.4 แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชน 38
2.4.1 ความหมายของการมีส่วนร่วมของชุมชน 40
2.4.2 ระดับการมีส่วนร่วม 41

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

สารบัญ (ต่อ)

		หน้า
	2.5 งานวิจัยเกี่ยวกับการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง	45
	2.6 กรอบแนวคิดในการวิจัยเบื้องต้น	51
	2.7 นิยามศัพท์เฉพาะ	51
บทที่ 3	**วิธีดำเนินการวิจัย**	53
	3.1 ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาบริบทปัญหาโรคไตวายเรื้อรังและการดำเนินงานจังหวัดจันทบุรี	56
	3.2 ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบบูรณาการศาสตร์เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตเรื้อรัง จังหวัดจันทบุรี	58
	3.3 ขั้นตอนที่ 3 การศึกษาผลของรูปแบบบูรณาการศาสตร์เพื่อชะลอไตเสื่อมจังหวัดจันทบุรี	60
บทที่ 4	**ผลการวิจัย**	62
	4.1 บริบทปัญหาโรคไตเรื้อรังและการดำเนินงานจังหวัดจันทบุรี	62
	4.2 การพัฒนารูปแบบบูรณาการศาสตร์เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตเรื้อรังจังหวัดจันทบุรี	67
	4.3 ผลของรูปแบบบูรณาการศาสตร์เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตเรื้อรังจังหวัดจันทบุรี	82
บทที่ 5	**สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ**	90
	5.1 สรุปผลการวิจัย	90
	5.2 อภิปรายผลการวิจัย	92
	5.3 ข้อจำกัดของการวิจัย	97
	5.4 ข้อเสนอแนะ	97
บรรณานุกรม		99
ภาคผนวก		
	ภาคผนวก ก. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	104
	ภาคผนวก ข. หนังสือขอความร่วมมือในการวิจัย	106
	ภาคผนวก ค. แบบสอบถามเพื่อการวิจัย	108
	ภาคผนวก ง. เอกสารรับรองโครงการวิจัย	117
ประวัติย่อผู้วิจัย		119

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

สารบัญภาพ

ภาพที่ **หน้า**

2.1 การพึ่งพาอาศัยกันระหว่างความรู้เกี่ยวกับระบบความรู้เกี่ยวกับวิธีการเปลี่ยนแปลง และความรู้เกี่ยวกับเป้าหมายของการเปลี่ยนแปลง 18
2.2 สามขั้นตอนในกระบวนการวิจัยแบบข้ามพ้นสาขา 20
3.1 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย 55
4.1 รูปแบบการบูรณาการเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง 68

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

สารบัญตาราง

ตารางที่ **หน้า**

2.1	กระบวนทัศน์สุขภาพแบบชีวกลไกและกระบวนทัศน์สุขภาพแบบองค์รวม	14
2.2	ระยะของโรคไตเรื้อรัง	26
2.3	การสรุปงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	47
4.1	ผู้ป่วยไตเรื้อรังในจังหวัดจันทบุรี จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล	62
4.2	หน่วยบริการคลินิกชะลอไตเสื่อมในจังหวัดจันทบุรี จำแนกตามระดับและการให้บริการ	64
4.3	บุคลากรที่ดำเนินงานชะลอไตเสื่อมในหน่วยบริการจังหวัดจันทบุรี	65
4.4	รูปแบบการบูรณาการศาสตร์เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง	73
4.5	ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง	82
4.6	ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง	84
4.7	คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง จำแนกรายด้าน	86
4.8	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะสุขภาพก่อนและหลังการทดลอง	87
4.9	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง	88

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

บทที่ 1
บทนำ

1.1 ความสำคัญของปัญหาวิจัย

โรคไตเรื้อรัง หมายถึง ภาวะที่มีการทำลายของเนื้อไต โดยสามารถตรวจประเมินได้จากความผิดปกติทางพยาธิวิทยาจากการตรวจชิ้นเนื้อไต การตรวจพบหลักฐานว่าไตถูกทำลาย ซึ่งได้จากการตรวจปัสสาวะหรือการตรวจจากภาพถ่ายต่าง ๆ หรือการตรวจพบอัตราการกรองของไต (Glomerular Filtration Rate: GFR) ลดลงต่ำกว่า 60 ml/min/1.73 m^2 เป็นเวลานานกว่า 3 เดือน (ประเสริฐ ธนกิจจารุ, สกานต์ บุนนาค และวรางคณา พิชัยวงศ์, 2554 : 8-9) ปัจจุบันสถิติของการเกิดโรคไตเรื้อรังมีอัตราการเพิ่มสูงขึ้นต่อเนื่อง โดยจะเห็นได้จากสถิติโรคไตเรื้อรังในประเทศสหรัฐอเมริการจากรายงานของ National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) พบว่าในปี 2007-2010 มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังร้อยละ 13.4 ในปี 2011-2014 มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 14.8 และในปี 2015-2018 มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังร้อยละ 14.9 (USRDS, 2020 : 28-29) และจากการศึกษา Thai SEEK Study โดยสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ในปีพ.ศ. 2552 โดยอาศัยการคำนวณอัตราการกรองของไตจากสมการ Modification of Diet in Renal Disease (MDRD) พบว่า มีอัตราความชุกของโรคไตในระยะที่ 1-5 เท่ากับร้อยละ 17.5 ของประชากร โดยความชุกของโรคไตเรื้อรังจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น และมีการกระจายตัวมากที่สุดในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล จากรายงานข้อมูลสถิติของศูนย์ข้อมูลสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข (Health Data Center) และจากข้อมูลปีพ.ศ. 2561 โดยกระทรวงสาธารณสุข พบว่าคนไทยป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่เข้ามารับบริการที่โรงพยาบาลเป็นจำนวน 491,555 ราย สำหรับในปี พ.ศ. 2562 พบมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 เพิ่มขึ้นเป็น 528,551 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.99 (กระทรวงสาธารณสุข, 2563) สถิติการเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงของจังหวัดจันทบุรี พบว่า ปีพ.ศ. 2559 มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังคิดเป็นร้อยละ 16.82 จากจำนวนผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิต ส่วนในปี 2560 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 16.98 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 23.17 ในปีพ.ศ. 2561 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี, 2563) จากสถิติที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าโรคไตเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

สาเหตุของการเกิดโรคไตเรื้อรังนั้นมีสาเหตุมาจากโรคเบาหวานมากที่สุด รองลงมาเป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคไตอักเสบเรื้อรัง นอกจากนี้ยังมีสาเหตุอื่น ๆ อีกได้แก่ โรคนิ่วในไต โรคไตอักเสบเรื้อรังจากการติดเชื้อ โรคไตจากเก๊าท์ โรคไตจากการกินยาแก้ปวดเป็นเวลานาน ๆ และโรคถุงน้ำในไตที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม จากการสำรวจของหน่วยไตเทียมทั่วประเทศโดยสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2555 พบว่า โรคเบาหวานเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งของการเกิดโรคไตเรื้อรังคิดเป็นร้อยละ 37.5 และโรคความดันโลหิตสูงเป็นอันดับสองคิดเป็นร้อยละ 25.6 (ประเสริฐ ธนกิจจารุ, 2558 : 5-18) จะเห็นได้ว่าโรคเบาหวานนั้นเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคไตเรื้อรัง การเกิดภาวะไตเสื่อมจากเบาหวานสาเหตุที่สำคัญ ได้แก่ การที่ผู้ป่วยเบาหวานไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดได้ ส่งผลทำให้ระดับกลูโคสในกระแสเลือดสูง เกิดการเปลี่ยนแปลงของเส้นเลือดจากการที่เลือดมีความหนืด ความดันและความเร็วของเลือดสูงขึ้น เส้นเลือดเกิดความหนา

ตัวเลือดไปเลี้ยงไตได้น้อยลง การทำงานของไตจึงเสื่อมลง (ศิริลักษณ์ ถุงทอง, 2560 : 17-24) การควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นในผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยไตวาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การควบคุมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายจะช่วยให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดได้ (กัลยารัตน์ รอดแก้ว, 2561 : 13-28) ส่งผลต่ออัตราการเสื่อมของไต

โรคไตเรื้อรังนั้นเป็นโรคที่มักซ่อนเร้นและไม่แสดงอาการ โดยความผิดปกติในระยะเริ่มแรกผู้ป่วยจะไม่แสดงอาการความผิดปกติของร่างกายแต่อย่างใด อาจจะตรวจพบโดยความบังเอิญ เช่น การตรวจเลือดหรือการตรวจปัสสาวะ โดยเมื่อโรคดำเนินไปมากขึ้นจะทำให้ผู้ป่วยเริ่มมีความผิดปกติมากขึ้น เช่น การเบื่ออาหาร ปัสสาวะลดน้อยลง น้ำหนักลด คลื่นไส้อาเจียน เป็นต้น โดยการแบ่งระยะของโรคไตเรื้อรัง สามารถแบ่งออกได้ตามระดับอัตราการกรองของไตออกเป็น 5 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 อัตราการกรองของไตเท่ากับ 90 ml/min/1.73 m^2 ระยะที่ 2 อัตราการกรองเท่ากับ 60-89 ml/min/1.73 m^2 ระยะที่ 3 อัตราการกรองของไตเท่ากับ 30-59 ml/min/1.73 m^2 ระยะที่ 4 อัตราการกรองเท่ากับ 15-29 ml/min/1.73 m^2 และระยะที่ 5 อัตราการกรองของไตน้อยกว่า 15 ml/min/1.73 m^2 โดยเมื่อเข้าสู่ระยะที่ 3 ของโรคไตเรื้อรังผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาเพื่อป้องกันการเสื่อมของไตเพิ่มมากขึ้นที่เรียกว่า การชะลอไตเสื่อม ซึ่งมีหลักการที่สำคัญได้แก่ การควบคุมพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยเฉพาะอย่างยิ่งอาหารเค็มที่มีผลต่อไต การควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือด การรับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง การมาพบแพทย์ตามนัด ซึ่งหากสามารถปฏิบัติตัวตามคำแนะนำในการป้องกันการเสื่อมของไตจะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยไม่ต้องเข้าสู่ระยะที่ 5 ที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายจะมีอาการจากภาวะของเสียคั่งในร่างกาย เช่น อาการทางระบบทางเดินอาหาร อาการทางระบบประสาท อาการทางระบบผิวหนัง เป็นต้น นอกจากนี้ยังอาจพบว่า ภาวะมีน้ำเกินในร่างกายจากการที่ไตเสื่อมหน้าที่ ได้แก่ อาการบวมและปัสสาวะลดลง ซึ่งในปัจจุบันแนวทางการรักษาผู้ป่วยไตระยะสุดท้ายมีแนวทางการรักษาอยู่ 3 แนวทาง ได้แก่ การบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการล้างไตทางหน้าท้อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis) และการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) นอกจากนี้ยังมีวิธีการรักษาด้วยการเปลี่ยนไต (Kidney Transplantation) และวิธีสุดท้ายคือวิธีการรักษาแบบประคับประคอง (Palliative Care) ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมต้องมารับบริการที่โรงพยาบาลสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ครั้งละ 4-5 ชั่วโมง ทำให้ผู้ป่วยต้องสูญเสียค่าเดินทาง รวมถึงสูญเสียโอกาสจากการทำงาน ขาดรายได้ ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ คุณภาพชีวิตลดลง (รัตนาภรณ์ กรุณา, 2558) โดยในปีพ.ศ. 2562 ข้อมูลจากสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยพบว่ามีผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตที่ยังมีชีวิตและรักษาอย่างต่อเนื่องได้แก่การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) จำนวน 114,262 คน การล้างไตทางช่องท้อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis) จำนวน 30,869 คน และการผ่าตัดปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation) ทั้งสิ้น 6,212 คน รวมมีผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตทั้งสิ้น 151,343 คน โดยค่าใช้จ่ายอยู่ระหว่าง 200,000-300,000 บาทต่อคนต่อปี ทำให้มีค่าใช้จ่ายรวมประมาณ 6,400-9,600 ล้านบาทต่อปี ดังนั้นแสดงให้เห็นว่าถ้าหากสามารถชะลอไตเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้จะสามารถ

ลดค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและญาติที่ต้องดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคไตจะสามารถทำงานได้ตามปกติ ดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ ช่วยประหยัดงบประมาณรายจ่ายของประเทศได้เป็นอย่างมาก สามารถช่วยแก้ไขปัญหาการขาดแคลนบุคคลากรด้านสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

การชะลอไตเสื่อมหรือการลดอัตราการเสื่อมของไตนั้นมีวิธีการที่สำคัญอยู่ 4 ขั้นตอน ได้แก่ การจัดการด้านอาหารโดยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพไตให้เหมาะสมตามระยะของโรคและแนวทางการรักษา การจัดการความดันโลหิตให้เหมาะสมโดยมีเป้าหมายความดันโลหิตไม่เกิน 130/80 mmHg การจัดการควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดและการการจัดการพฤติกรรมที่ส่งเสริมการทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลง เช่น การกลั้นปัสสาวะ การควบคุมดัชนีมวลกาย การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การงดสูบบุหรี่และการหลีกเลี่ยงการใช้ยาที่มีผลต่อการทำงานของไต (มณีรัตน์ จิรัปปภา, 2557 : 5-16)

การดำเนินงานคลินิกชะลอไตเสื่อมในจังหวัดจันทบุรีมีกลุ่มเป้าหมายที่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะที่ 3 จำนวนทั้งสิ้น 5,229 ราย ระยะที่ 4 จำนวน 1,250 ราย และระยะที่ 5 จำนวน 737 ราย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี, 2563) โดยในแต่ละโรงพยาบาลจะมีการดำเนินงานคลินิกชะลอไตเสื่อมในทุกโรงพยาบาลของจังหวัดจันทบุรีจากการดำเนินการในคลินิกชะลอไตเสื่อมที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่าการชะลอไตเสื่อมยังมีข้อจำกัดหลายประการ เช่น การชะลอไตเสื่อมสามารถทำได้ในผู้ป่วยไตเสื่อมระยะที่ 3A และ 3B ในขณะที่ผู้ป่วยระยะที่ 4 และระยะที่ 5 อาจไม่สามารถเพิ่มอัตราการทำงานของไตได้จึงเน้นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและให้การรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต ปัญหาที่สำคัญของการดำเนินงานชะลอไตเสื่อมแล้วไม่ประสบความสำเร็จได้แก่ข้อจำกัดทางด้านสังคมเนื่องจากผู้ป่วยโรคไตส่วนใหญ่จำเป็นต้องมีผู้ดูแล ทั้งด้านการรักษาที่จำเป็นต้องมีผู้ดูแลมาส่งที่โรงพยาบาล ซึ่งจากการศึกษาระยะเวลาในการรอคอยแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดสุพรรณบุรีพบว่า การมาโรงพยาบาลจะใช้เวลาในการรอคอยในกรณีที่มีนัด 87.10 ± 18.25 นาที และในกรณีที่ไม่มีนัด 133.07 ± 57.02 นาที (ปริตรา มั่นเหมาะ และธนัญญา วสุศรี, 2562) จึงทำให้ผู้ป่วยไตวายไม่สามารถมารับบริการตามแพทย์นัดได้ นอกจากนี้การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เช่น การรับประทานอาหารและการรับประทานยาตามแพทย์สั่งจำเป็นต้องมีผู้ดูแลในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเช่นกัน และปัญหาที่สำคัญอย่างยิ่งของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังคือการรู้สึกหมดหวัง การท้อแท้จากโรคที่เป็นอยู่ที่ไม่สามารถรักษาให้หายและต้องรอการเข้าสู่ระยะของการบำบัดทดแทนไตนั่นเอง ปัจจุบันการชะลอไตเสื่อมนั้นเน้นกระบวนการรักษาทางด้านการแพทย์ โดยมุ่งหวังประสิทธิผลทางด้านร่างกายที่ใช้ดัชนีชี้วัดเป็นอัตราการกรองของไต ซึ่งใช้รูปแบบของสหวิชาชีพเข้ามาดูแลผู้ป่วยโดยขาดการดูแลมิติทางด้านอื่น

ดังนั้นการดูแลสุขภาพของประชาชนจำเป็นต้องคำนึงถึงมิติอื่นโดยคำนึงถึงความเป็นองค์รวม (Holistic Care) ได้แก่ การดูแลมิติทางด้านจิตใจ การดูแลมิติทางด้านสังคม และการดูแลมิติทางด้านจิตวิญญาณ เนื่องจากมิติทางด้านอื่นล้วนส่งผลต่อกันและกันในลักษณะแบบองค์รวม ซึ่งการดูแลที่มุ่งเน้นการดูแลทางด้านร่างกายเพียงอย่างเดียวไม่สามารถดูแลสุขภาพของประชาชนได้ แต่เป็นเพียงการดูแลโรค นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ประสบปัญหาในมิติทางสังคมโดยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่สูงอายุ ทั้งนี้เนื่องจากมีความจำเป็นที่ต้องพึ่งพิงญาติในการดูแลทั้งการดูแลในชีวิตประจำวันและการมาพบแพทย์ หากญาติไม่สามารถมาส่งผู้ป่วยไตวายเรื้อรังสูงอายุได้

จะทำให้ผู้ป่วยขาดนัด ไม่สามารถมารับบริการได้อย่างต่อเนื่อง ไม่สามารถเข้าถึงระบบการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะเห็นได้ว่าปัญหาการดูแลเพียงมิติเดียวและปัญหาในการเข้าถึงการบริการเป็นปัญหาที่จำเป็นต้องรับการแก้ไขด้วยวิธีการบูรณาการศาสตร์เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุมทุกมิติและสามารถทำให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังสูงอายุเข้าถึงการบริการชะลอไตเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การบูรณาการศาสตร์ด้านอื่นจึงมีความสำคัญในการแก้ไขปัญหาภาวะไตเสื่อม ปัจจุบันการแพทย์ทางเลือกนับเป็นอีกช่องทางเลือกหนึ่งของผู้ป่วยในการให้การเพิ่มการรักษาและโอกาสของผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก ซึ่งการแพทย์ทางเลือกนั้นมีข้อดีหลายประการ โดยเฉพาะการแพทย์วิถีธรรมมีจุดเด่นที่ประหยัด เรียบง่าย ปลอดภัย ได้ผล แก้ปัญหาที่ต้นเหตุ พึ่งตนเองได้ ใช้ทรัพยากรในท้องถิ่นเป็นหลักและสามารถประยุกต์เข้ากับวิถีชีวิตได้อย่างยั่งยืน (สุวิมล มณีโชติ, 2559 : 202-214) ซึ่งจากการศึกษาความเจ็บป่วยกับการดูแลสุขภาพแนวเศรษฐกิจพอเพียง ตามหลักแพทย์ทางเลือกวิถีพุทธของศูนย์เรียนรู้สุขภาพพึ่งตนตามแนวเศรษฐกิจพอเพียง สวนป่านาบุญ อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร ชี้ให้เห็นว่าการใช้การดูแลสุขภาพตามหลักเศรษฐกิจพอเพียงตามหลักการแพทย์วิถีพุทธสามารถช่วยดูแลสุขภาพของผู้ป่วยได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคไร้ท่อและเมตาบอลิซึม โดยจากการศึกษาพบว่าการแพทย์วิธีพุทธโดยใช้รูปแบบการดูแลโดยใช้ยา 9 เม็ดด้วยรูปแบบวิธีการเข้าค่ายนั้นสามารถทำให้ผู้ป่วยเบาหวานดีขึ้นคิดเป็นร้อยละ 72.73 โรคอ้วนและภาวะโภชนาการเกินดีขึ้นคิดเป็นร้อยละ 80 โรคไขมันในเลือดสูงดีขึ้นคิดเป็นร้อยละ 89.87 (ใจเพชร กล้าจน, 2553 : 76-78)

กล่าวโดยสรุปแล้วปัญหาของผู้ป่วยไตเรื้อรังในการชะลอไตเสื่อมคือ ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าถึงสถานบริการหรือระบบบริการของโรงพยาบาลได้ โดยเกิดจากปัญหาในระบบการดูแล เช่น การขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ การที่ต้องเสียเวลาในการรอคอย การรับบริการที่ยาวนาน ปัญหาที่มาจากด้านผู้ป่วย เช่น การที่ไม่มีผู้ดูแลหรือผู้ดูแลไม่สามารถให้การช่วยเหลือได้ ความรู้สึกหมดหวังและหดหู่จากการรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน แผนการรักษาไม่เหมาะสมกับวิถีชีวิตของผู้ป่วย เป็นต้น ดังนั้นการแก้ไขปัญหาการป้องกันโรคไตเรื้อรังอย่างยั่งยืน จำเป็นต้องอาศัยกระบวนการบูรณาการศาสตร์หลายศาสตร์เข้าด้วยกัน โดยให้ผู้ป่วยเป็นเจ้าของในการแก้ไขปัญหาของตนเองโดยเริ่มตั้งแต่การมีส่วนร่วมในการวางแผนจนถึงการมีส่วนร่วมในการติดตามและสรุปผลการดำเนิน ทั้งนี้จะต้องอาศัยเครื่องมือในการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ ครอบคลุมปัญหาต่าง ๆ และสามารถสร้างศักยภาพของผู้ป่วยได้ภายใต้ข้อจำกัดและบริบทของผู้ป่วย ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจใคร่รู้ถึงสถานการณ์โรคโรคไตเรื้อรังในประชาชนเขตจังหวัดจันทบุรี รูปแบบการบูรณาการศาสตร์เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในจังหวัดจันทบุรีที่เหมาะสม และผลของการบูรณาการศาสตร์เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในจังหวัดจันทบุรี ซึ่งผลการศึกษาที่ได้จะก่อให้เกิดประโยชน์ทางด้านวิชาการและเกิดประโยชน์เชิงนโยบายในการนำไปใช้ในพื้นที่และสามารถแก้ไขปัญหาในระดับชาติต่อไป

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏราไพพรรณี

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบทปัญหาโรคไตเรื้อรังในเขตจังหวัดจันทบุรี

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการบูรณาการศาสตร์เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตเรื้อรังจังหวัดจันทบุรี

3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการบูรณาการศาสตร์เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตเรื้อรังจังหวัดจันทบุรี

1.3 ขอบเขตของการวิจัย

1.3.1 ขอบเขตในด้านหน่วยของการศึกษา (Unit of Analysis)

แหล่งข้อมูลหลักในการศึกษาครั้งนี้ได้แก่

1. เวชระเบียนผู้ป่วยโรคไตจังหวัดจันทบุรี
2. ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจังหวัดจันทบุรี
3. เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานด้านการชะลอไตเสื่อมโรงพยาบาลศูนย์จังหวัดจันทบุรี
4. เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานด้านการชะลอไตเสื่อมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี
5. ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรัง
6. ผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก
7. ผู้เชี่ยวชาญด้านกระบวนการมีส่วนร่วม

1.3.2 ขอบเขตในด้านช่วงเวลาของการศึกษา

ระยะเวลาในการศึกษาเมษายน 2564 ถึงมกราคม 2565

1.3.3 ขอบเขตในด้านพื้นที่ของการศึกษา

เขตพื้นที่จังหวัดจันทบุรี

1.3.4 ขอบเขตในด้านเนื้อหาของการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้สามารถแบ่งการศึกษาออกเป็น 3 ขั้นตอนได้แก่

1. ศึกษาสถานการณ์บริบทปัญหาของโรคไตเรื้อรังในจังหวัดจันทบุรี
2. พัฒนารูปแบบบูรณาการศาสตร์เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตเรื้อรังจังหวัดจันทบุรี
3. ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบบูรณาการศาสตร์เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตเรื้อรังจังหวัดจันทบุรี ได้แก่ ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบฯ

1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.4.1 ด้านการนำผลวิจัยไปใช้ในดูแลผู้ป่วย ผลการวิจัยที่เกิดจากการพัฒนาการบูรณาการศาสตร์เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังสามารถเป็นแนวทางให้บุคลากรทางการแพทย์นำแนวทางไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ไม่สามารถชะลออัตราการกรองของไตได้ ในจังหวัดจันทบุรี ซึ่งจะส่งผลต่ออัตราการรอดชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเพิ่มมากขึ้นช่วย ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถลดรายจ่ายทั้งของผู้ป่วยและงบประมาณของชาติได้

1.4.2 ด้านองค์ความรู้ ข้อค้นพบจากการวิจัยสามารถสร้างองค์ความรู้ในด้านสหวิทยาการทางด้านการดูแลสุขภาพ สร้างแนวทางในการพัฒนาองค์ความรู้ในด้านการสร้างให้เกิดความยั่งยืนในระบบการดูแลสุขภาพ

1.4.3 ด้านการวิจัย เป็นแนวทางในทำวิจัยโดยวิธีการทางสหวิทยาการในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างยั่งยืน

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

บทที่ 2
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยเรื่อง “รูปแบบบูรณาการศาสตร์เพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในจังหวัดจันทบุรี” การศึกษาครั้งนี้ได้รวบรวมเอกสาร ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยโดยได้แยกประเด็นในการนำเสนอดังนี้

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับบูรณาการศาสตร์ (Transdisciplinarity)
2.2 แนวคิดเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง
2.3 แนวคิดเกี่ยวกับการแพทย์วิถีธรรม
2.4 แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชน
2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการชะลอไตเสื่อม
2.6 กรอบแนวคิดในการวิจัยเบื้องต้น
2.7 นิยามศัพท์เฉพาะ

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับบูรณาการศาสตร์

2.1.1 แนวคิดเกี่ยวกับองค์รวม
2.1.2 รูปแบบความรู้ของบูรณาการศาสตร์
2.1.3 กระบวนการได้มาซึ่งความรู้ของบูรณาการศาสตร์

2.1.1 แนวคิดเกี่ยวกับองค์รวม

แนวคิดเกี่ยวกับองค์รวมที่เป็นลักษณะของบูรณาการศาสตร์นั้นมีความเป็นมาในทางประเทศตะวันตกตั้งแต่มีวิทยาศาสตร์ใหม่ (New Science) ซึ่งได้พัฒนามาเกือบ 100 ปี ได้รับอิทธิพลมาจากทฤษฎีสัมพันธภาพ ควอนตัมฟิสิกส์ อณูชีววิทยา (Molecular Biology) ชีววิทยาองคาพยพ (Organismic Biology) จิตวิทยาอินทรีย์รูป (Gestalt Psychology) คณิตศาสตร์ที่ไม่ใช่เส้นตรง (Non Linear) ประสาทวิทยา สังคมศาสตร์ และไซเบอร์เนติก (Cybernetics) (ทวีศักดิ์ นพเกสร, 2550 : 51-55)

แนวความคิดแบบวิทยาศาสตร์ได้เริ่มต้นขึ้นในศตวรรษที่ 16-17 โดยมีมุมมองที่แตกต่างจากเดิมโดยแนวความคิดที่เกี่ยวกับเอกภพที่เป็นหน่วยชีวิต มีชีวิตและจิตวิญญาณถูกมองว่าโลกเปรียบเสมือนเครื่องจักรเครื่องหนึ่ง ซึ่งแนวคิดนี้ถูกพัฒนามาจากความเจริญก้าวหน้าทางวิชาฟิสิกส์และดาราศาสตร์ ซึ่งถูกค้นพบโดยโคเปอร์นิคัส กาลิเลโอ และนิวตัน (Nicolaus Copernicus, Galileo Galilei & Isaac Newton) ในสมัยศตวรรษที่ 17 วิชาวิทยาศาสตร์ถูกตั้งอยู่บนพื้นฐานของการสอบสวนด้วยวิชาคณิตศาสตร์ที่มีความแม่นยำช่วยนำมาอธิบายการให้ความหมายต่าง ๆ ทางธรรมชาติ นอกจากนี้ยังนำเอาวิธีการวิเคราะห์เชิงเหตุผลแบบเดส์คาร์ต (Descartes) มาใช้ โดยผู้ที่แพร่ขยายแนวคิดทางวิทยาศาสตร์นี้ได้แก่ ฟรานซิส เบคอน (Francis Bacon) จึงทำให้แนวคิดเชิงวิทยาศาสตร์แพร่ขยายออกไป ช่วงศตวรรษที่ 16-17 จึงถูกเรียกขานว่าเป็นยุคของการปฏิวัติทางวิทยาศาสตร์ ซึ่งการปฏิวัติทางวิทยาศาสตร์ถูกเริ่มต้นโดยการที่นิโคลัส โคเปอร์นิคัส ได้ปฏิเสธ

แนวคิดที่ว่าโลกเป็นศูนย์กลางของเอกภพ ซึ่งเป็นหลักเกณฑ์ที่ถูกยึดถือกันมานาน โดยนิโคลัส โคเปอร์นิคัส กล่าวว่าโลกเป็นเพียงดาวเคราะห์ดวงหนึ่งที่หมุนรอบดวงอาทิตย์ ซึ่งดวงอาทิตย์เป็นดาวเล็ก ๆ ดวงหนึ่งในหมู่ดาวช้างเผือก และมนุษย์จึงถูกลดตำแหน่งอันทรงเกียรติจากการเป็นนฤมิตกรรมหลักในบรรดาสิ่งมีชีวิต (คาปร้า ฟริตจ๊อบ, 2546 : 52-53)

แนวความคิดแบบวิทยาศาสตร์ที่โดดเด่นในช่วงศตวรรษที่ 17 นั้น ได้แก่ การที่กาลิเลโอ (Galileo Galilei) ได้ทดลองแบบวิทยาศาสตร์กับภาษาทางคณิตศาสตร์ อีกทั้งการแสวงหาความจริงทางคณิตศาสตร์ด้วยวิธีการสังเกตเชิงประจักษ์และมีการใช้สูตรทางคณิตศาสตร์มาอธิบายธรรมชาติจนกลายเป็นมาตรฐานทางวิทยาศาสตร์มาจนถึงปัจจุบัน โดยกาลิเลโอ (Galileo Galilei) ได้วางหลักไว้ว่า วิทยาศาสตร์ควรจะมีการกำหนดขอบเขตการศึกษาคุณสมบัติหลักของวัตถุเฉพาะในส่วนที่สามารถวัดและหาปริมาณได้ ซึ่งกำหนดสู่คุณสมบัติของปริมาณของสสารที่สามารถชั่งตวงวัดได้ จึงทำให้เกิดการประสบความสำเร็จมากที่สุดทางวิทยาศาสตร์

บิดาของปรัชญาสมัยใหม่ที่ได้รับการยอมรับเป็นนักคณิตศาสตร์ ได้แก่ เรอเน เดส์คาตส์ ซึ่งเดส์คาตส์เชื่อเช่นเดียวกับแนวคิดของกาลิเลโอว่า ภาษาของธรรมชาติคือวิชาคณิตศาสตร์ โดยความปรารถนาที่จะพยายามอธิบายธรรมชาติผ่านทางภาษาของคณิตศาสตร์ได้นำเขาไปสู่สาขาใหม่ของคณิตศาสตร์ซึ่งเรียกในปัจจุบันชื่อว่าวิชาเรขาคณิต ความเชื่อในความแน่นอนของวิชาคณิตศาสตร์ เป็นรากฐานแนวคิดของปรัชญาแบบเดส์คาตส์ และเป็นพื้นฐานที่สำคัญของโลกทัศน์ที่เป็นผลมาจากปรัชญานี้ ความเชื่อเกี่ยวกับวิทยาศาสตร์แบบเดส์คาตส์ สะท้อนลัทธินิยมวิทยาศาสตร์ซึ่งกลายเป็นแบบอย่างวัฒนธรรมตะวันตก โดยบุคคลส่วนใหญ่ในสังคมทั้งนักวิทยาศาสตร์และผู้คนที่ไม่ใช่นักวิทยาศาสตร์ถูกทำให้เชื่อว่าวิธีการทางวิทยาศาสตร์เป็นวิธีการที่ถูกต้องเดียวที่จะสามารถเข้าใจเอกภพ วิธีการคิดแบบเดส์คาตส์มีบทบาทสำคัญที่ก่อให้เกิดสภาวะไร้ดุลยภาพในวัฒนธรรมปัจจุบัน

กล่าวโดยสรุปแล้วแนวคิดวิทยาศาสตร์สมัยใหม่ได้นำประเทศตะวันตกมาสู่องค์ความรู้ตามแนวคิดเป็นแยกส่วนหรือลดส่วนในสาขาวิชาชีววิทยาตามแนวคิดของสำนักเดส์คาร์ต มองว่าสิ่งมีชีวิตทำงานเสมือเครื่องจักรซึ่งประกอบไปด้วยชิ้นส่วนเล็ก ๆ จำนวนมาก หากต้องการที่จะเข้าใจสิ่งมีชีวิตได้จะต้องลดขนาดลงเป็นองค์ประกอบที่เล็กที่สุด ซึ่งความเชื่อในแนวความคิดดังกล่าวเป็นรากฐานความคิดของวิชาชีววิทยาเกือบทั้งหมดในปัจจุบัน โดยสถาบันวิจัยส่วนใหญ่ยังคงมุ่งเน้นให้ทุนการศึกษาที่มุ่งเน้นเฉพาะการแก้ไขปัญหาที่เป็นไปตามแนวคิดของเดส์คาร์ต หากปรากฏการณ์ใดที่ไม่สามารถอธิบายได้ด้วยวิธีการลดส่วนมักจะถูกตัดสินว่าเป็นงานที่ไม่มีคุณค่า อีกทั้งยังไม่มีการสนับสนุนแนวความคิดเป็นองค์รวมอีกด้วย ซึ่งปัญหาส่วนใหญ่ที่ไม่สามารถแก้ไขได้ส่วนใหญ่มักเกิดจากวิธีการศึกษาแบบแยกส่วนที่คับแคบทางแนวคิดของนักชีววิทยา ซึ่งนักชีววิทยาสนใจในการแบ่งแยกร่างกายมนุษย์ออกเป็นส่วนย่อย ๆ พวกเขาสามารถรวบรวมความรู้อันน่าทึ่งจำนวนมากมายเกี่ยวกับการทำงานของร่างกายมนุษย์ในระดับเซลล์และโมเลกุล (คาปร้า ฟริตจ๊อบ, 2543 : 46-48)

การแพทย์แผนตะวันตกรับเอาวิธีการคิดวิธีการวิเคราะห์แบบลดส่วนของวิชาชีววิทยาตามสำนักของเดส์คาร์ต และละเลยการปฏิบัติต่อผู้ป่วยในฐานะเป็นมนุษย์ ซึ่งปัญหาส่วนใหญ่ที่เกิดขึ้นทางการแพทย์ที่กำลังประสบอยู่นั้นเกิดจากการมองชีวิตมนุษย์แบบลดส่วนทั้งสิ้น กล่าวคือมีความพยายามในการที่จะลดส่วนของหน่วยมีชีวิตลงในทุก ๆ ด้าน สุดท้ายเหลือเพียงแต่ปฏิกิริยาทาง

เคมีและฟิสิกส์ตามหน่วยองค์ประกอบของมัน วิชาสรีรวิทยาแบบกลไกตายตัวตามแนวคิดของสำนักเดส์คาร์ต ยังถูกกล่าวไว้ในหนังสือที่ได้รับการวิพากษ์วิจารณ์ชื่อ มนุษย์คือเครื่องจักรกล (Man a Machine) ซึ่งไม่ยอมรับว่ามนุษย์ในเนื้อแท้นั้นจะมีความแตกต่างไปจากสัตว์ นอกจากนี้ยังได้มีการเปรียบเทียบร่างกายมนุษย์และจิตใจของมนุษย์ว่าเปรียบเสมือการทำงานของนาฬิกาอันซับซ้อน แสดงให้เห็นถึงแนวคิดการมองแบบลดส่วนอย่างชัดเจน

ในช่วงศตวรรษที่ 19 แนวคิดที่สำคัญของวิชาชีววิทยาคือทฤษฎีวิวัฒนาการ ซึ่งทฤษฎีนี้ได้ผลักดันแนวคิดแบบลดส่วนลงไปอย่างสิ้นเชิงและแทนที่ด้วยแนวคิดที่ว่าระบบย่อมมีการเปลี่ยนแปลงและวิวัฒนาการอยู่ตลอดเวลา ในขณะที่แนวคิดแบบเดส์คาร์ตประสบความสำเร็จในการอธิบายกลไกฟิสิกส์และเคมีในทางพันธุกรรมได้ แต่กลับไม่สามารถอธิบายธรรมชาติอันแท้จริงของการเจริญเติบโตและวิวัฒนาการได้เลย ข้อผิดพลาดสำคัญประการหนึ่งของแนวคิดแบบลดส่วน ได้แก่ แนวคิดนิยัตินิยมทางพันธุกรรม (Genetic Determinism) เนื่องจากการเห็นว่าหน่วยชีวิตเป็นเครื่องจักร ซึ่งถูกควบคุมโดยสายโซ่ที่เป็นแนวเส้นตรง ซึ่งละเลยข้อเท็จจริงที่ว่าสิ่งมีชีวิตเป็นระบบที่มีลักษณะซับซ้อนกันอยู่หลายระดับชั้น ซึ่งในระดับต่าง ๆ ที่ซับซ้อนกันอยู่นั้นล้วนเข้าร่วมในปฏิกิริยาซึ่งกันและกัน ซึ่งมีอิทธิพลต่อการเจริญเติบโตของหน่วยชีวิต สิ่งที่ต้องได้รับการแก้ไขสำหรับปัญหาเหล่านี้คือทัศนะการมองออกไปนอกความคิดของเดส์คาร์ต ซึ่งการมองแบบองค์รวมจะช่วยวางพื้นหลังแนวความคิดใหม่ของวิชาชีววิทยาได้อย่างดี

สรุปที่มาขององค์รวม เริ่มจากแนวคิดแบบแยกส่วนในช่วงศตวรรษที่ 16-17 โดยเน้นการอธิบายแบบวิทยาศาสตร์แบบลดส่วน ซึ่งสามารถอธิบายลงไปในเชิงเล็กที่สุดขององค์ประกอบได้ในลักษณะควอนตัม ซึ่งในขณะนั้นได้รับความนิยมเป็นอย่างมาก หลังจากนั้นในศตวรรษที่ 19 ทฤษฎีวิวัฒนาการเป็นแนวคิดทฤษฎีที่ได้รับความนิยมมากกว่าการอธิบายแบบลดส่วน ซึ่งไม่สามารถอธิบายการเจริญเติบโตและวิวัฒนาการได้ ดังนั้นจึงเกิดการวิวัฒนาแนวคิดการมองแบบองค์รวมขึ้นเพื่ออธิบายลักษณะเชิงธรรมชาติและวิวัฒนาการของมนุษย์ รวมถึงภาวะสุขภาพของมนุษย์ให้เกิดความชัดเจนมากขึ้น

สรุปองค์รวม หมายถึง องค์ประกอบย่อยทั้งหมดที่รวมกันเป็นสิ่งเดียว โดยไม่สามารถแยกออกจากกันเป็นส่วน ๆ และเมื่อนำผลรวมขององค์ประกอบย่อยมารวมกันจะไม่เท่ากับองค์รวมของสิ่งนั้น ทัศนะในการมองโลกแบบที่มีความสัมพันธ์กันของสรรพสิ่งได้แก่ทัศนะแบบกระบวนระบบ ซึ่งได้กล่าวไว้ว่าระบบต่าง ๆ คือองค์รวมที่จะผสานกันเป็นหนึ่งเดียว โดยคุณสมบัติไม่อาจลดลงให้เหลือเพียงหน่วยย่อย ๆ ได้ โดยที่แนวความคิดแบบกระบวนการระบบมุ่งเน้นการพิจารณาหลักการขั้นพื้นฐานในการจัดระเบียบ เช่น ตัวอย่างระบบที่มีอยู่ในธรรมชาตินับตั้งแต่สิ่งมีชีวิตที่เล็กที่สุดคือบักเตรีไปจนถึงพืช สัตว์และมนุษย์เป็นองค์รวมที่ผสานการเป็นหนึ่งเดียวจึงเป็นระบบที่มีชีวิต ระบบธรรมชาติทั้งหมดนี้เป็นองค์รวมที่มีโครงสร้างที่เกิดจากการกระทำต่อกันและพึ่งพิงกันโดยอาศัยกระบวนการที่เรียกว่าปฏิกิริยาสัมพันธ์ (Transaction) คือการปะทะสังสรรค์กันตลอดเวลา ลักษณะที่สำคัญประการหนึ่งของกระบวนระบบ คือ คุณสมบัติที่ภายในมีการเคลื่อนไหวไม่หยุดนิ่งอยู่ตลอดเวลา รูปทรงไม่ได้แข็งที่ออยู่ตลอดเวลา หมายถึงกระบวนการภายในมีความยืดหยุ่นแต่มีความเสถียรภาพ

แบบจำลองความเจ็บป่วยที่มีลักษณะเป็นองค์รวมและมีความเคลื่อนไหว กล่าวได้ว่าความเจ็บป่วยนั้นเกิดจากความไม่สมดุลและไม่บรรสารสอดคล้อง ซึ่งเป็นผลมาจากการที่ขาดการประสานรวม โดยอาจเกิดในระดับต่าง ๆ ของหน่วยชีวิต โดยก่อให้เกิดผลทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคม ซึ่งโรคนั้นเป็นเพียงอาการทางกายของความเจ็บป่วย มีการแบ่งแยกชัดเจนระหว่างสาเหตุของโรคและกระบวนการเกิดโรค ความเครียดที่รุนแรงถูกเชื่อว่ามีส่วนสำคัญต่อการเกิดขึ้นและการลุกลามของโรคมาก ซึ่งเริ่มแรกอาจจะแสดงออกมาในรูปแบบของความไม่สมดุลของหน่วยชีวิต ต่อมาอาจก่อเกิดความผิดปกติอย่างใดอย่างหนึ่ง โดยอาจมีบุคลิกภาพบางประการของผู้ป่วยเป็นปัจจัยที่ช่วยสนับสนุนสำคัญของกระบวนการดังกล่าว การรักษาโรคจึงไม่ทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดีเสมอไปแต่ความเจ็บป่วยจะเป็นโอกาสให้มีการตรวจตราใคร่ครวญถึงปัญหาสุขภาพ

ขั้นตอนแรกที่สำคัญที่สุดของการบำบัดแบบองค์รวม คือ การที่ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจธรรมชาติและระดับความไม่สมดุลในตัวผู้ป่วยให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ หมายถึงผู้บำบัดจะต้องนำปัญหาของผู้ป่วยมาพิจารณาโดยสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่เป็นปัญหาดังกล่าวและพินิจพิเคราะห์ถึงปัญหาต่าง ๆ ของความเจ็บป่วยโดยผู้บำบัดรักษาผู้ป่วย การตระหนักถึงความสัมพันธ์ของปัญหาต่าง ๆ ที่ส่งผลให้เป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยนั้นช่วยในการบำบัดได้ดีเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากจะสามารถทำให้คลายความวิตกกังวลและสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วย อันเป็นกระบวนการเริ่มต้นของการให้คำปรึกษาทางจิตวิทยาที่สำคัญต่อกระบวนการรักษา ขณะเดียวกันผู้ที่ทำหน้าที่ในการดูแลรักษาสุขภาพขั้นมูลฐานควรต้องมีทักษะพื้นฐานในการรักษาทั้งทางกายและใจ การรักษาของผู้ประกอบเวชกรรมทั่วไปนอกจากจะเป็นการบำบัดแล้ว เป้าหมายที่สำคัญอีกประการหนึ่งได้แก่เพื่อให้การศึกษาแก่ผู้ป่วยในเรื่องธรรมชาติและความหมายของความเจ็บป่วยและความเป็นไปได้ในการเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเป็นสาเหตุสำคัญ

แนวทางการบำบัดแบบองค์รวมมีหลากหลายมิติตั้งแต่การบำบัดในระดับจิตใจ การบำบัดในระดับกายในหลายระดับซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือเป็นหมู่คณะจากบุคคลในแขนงวิชาต่าง ๆ แต่ละคนจะเป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางต่าง ๆ กัน แต่สิ่งที่ต้องมีเป้าหมายร่วมกันคือทัศนะทางสุขภาพแบบองค์รวมและกรอบความคิดอย่างเดียวกัน ซึ่งจะเอื้อให้การสื่อสารมีประสิทธิภาพและผสานการทำงานอย่างเป็นระบบ การรักษาผู้ป่วยเช่นนี้จะต้องอาศัยทักษะความสามารถในแขนงวิชาใหม่ ๆ หลายด้าน ซึ่งอาจมิได้เกี่ยวข้องกับการแพทย์มาก่อน อาจจะดูเป็นการแยบคายมากกว่าปลุกเร้ามากกว่าและท้าทายการแพทย์มากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับเวชศาสตร์ในสมัยเก่าที่อาศัยวิชาชีววิทยาอย่างเดียว (คาปร้า ฟริตจ๊อฟ, 2550 : 77-78)

จากแนวคิดแบบองค์รวมที่กล่าวมาในดุษฎีนิพนธ์นี้จะนำแนวคิดดังกล่าวมาศึกษาเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังดังนั้นผู้วิจัยจะนำเสนอแนวคิดแบบองค์รวมในมิติของสุขภาพซึ่งในทางวิชาการเรียกว่าแนวคิดสุขภาพองค์รวม

สุขภาพ ตามคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) คือ สุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ ซึ่งอาจแปลความ ได้ว่า ภาวะที่ปราศจากโรค มีความสุขทางใจ ไม่เครียด ปลอดพ้นจากการบีบคั้นทางสังคม การกดขี่ ข่มเหง การดูถูกเหยียดหยาม และการดำรงชีวิตด้วยความเข้าใจถึงคุณค่าของชีวิต โดยสุขภาพองค์รวมเป็นลักษณะที่เป็นคุณสมบัติของชีวิตที่เป็นองค์รวม และความหมายไว้ว่า ชีวิตของมนุษย์ประกอบด้วย

คุณลักษณะ ดังนี้ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคมหรือสิ่งแวดล้อม และด้านจิตวิญญาณ ดังนั้นความมีสุขภาพที่ดี (สุขภาวะ) โดยองค์รวมของบุคคล

สุขภาพ หรือ Health นั้นมีรากฐานมาจากคำว่า Whole ซึ่งเป็นรากศัพท์ที่มาของคำว่า Heal ด้วย มีความหมายที่ถือว่าสุขภาพดีเป็นผลจากการบูรณาการเข้าเป็นหนึ่งเดียวอย่างสมดุลพอดีของชีวิต การเจ็บป่วยเป็นการสูญเสียดุลยภาพที่เป็นหนึ่งเดียว ดังนั้นการรักษาจึงเป็นการเยียวยาเพื่อการฟื้นฟูหรือปรับสมดุลให้เกิดความเป็นหนึ่งเดียวกันอีก ส่วนคำว่า Disease โดยรากศัพท์เดิมก็มิได้หมายถึงโรคเท่ากับหมายถึงการไม่สบาย คือ Disease คำเหล่านี้มีความหมายที่เปลี่ยนแปลงไปตามกระบวนทัศน์ใหม่ ๆ ที่นิยามความหมายให้เป็นไปตามกรอบวิธีคิดกระแสหลักของสังคม ความหมายของคำว่าสุขภาพและโรคในปัจจุบันจึงมีนัยยะที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยทางกายภาพหรือเป็นเรื่องทางด้านชีววิทยาตามแนวคิดทางการแพทย์แบบชีวภาพ (Biomedicine)

การแพทย์สมัยใหม่มีลักษณะวิธีคิดแบบแยกส่วน หมายถึง เป็นการมองปัญหาสุขภาพแยกขาดเป็นส่วน ไม่เชื่อมโยงถึงกันโดยเฉพาะอย่างยิ่งการแยกกายและจิตออกเป็นสองส่วนขาดจากกัน ลดส่วน หมายถึง การลดความสัมพันธ์ที่มีพลวัตและเป็นองค์รวมของสุขภาพให้เหลือเพียงกระบวนการทางชีววิทยาและกลไก หมายถึง มองระบบชีวิตเป็นเพียงกลไกที่ดำเนินไปตามกฎเกณฑ์ทางฟิสิกส์และชีวเคมีโดยไม่มีความรู้สึกนึกคิดและขาดมิติทางจิตวิญญาณ จึงทำให้การนิยามความหมายสุขภาพและความเจ็บป่วยเป็นไปในลักษณะดังกล่าวด้วย นอกจากนั้น การมองชีวิตเปรียบประดุจจักรกลที่ประกอบขึ้นด้วยชิ้นส่วนย่อย โดยถือว่าหากชิ้นส่วนย่อยเหล่านี้ทำงานได้ดีก็ทำให้ระบบร่างกายทำงานได้ตามปกติไปด้วยนั้น ได้ทำให้วิทยาศาสตร์การแพทย์สนใจมิติทางกายภาพคืออวัยวะส่วนย่อยที่ประกอบกันเป็นร่างกายมนุษย์มากกว่าที่จะมองชีวิตเป็นองค์รวม

ข้อจำกัดของการแพทย์ตะวันตกนั้นเป็นข้อจำกัดในระดับกระบวนทัศน์หรือทัศนะแม่บท (Paradigm) อันเป็นรากฐานของวิธีคิดและการมองความเป็นจริงเกี่ยวกับโลกและชีวิตของการแพทย์สมัยใหม่ วิธีคิดของการแพทย์สมัยใหม่มีรากลึกอยู่ในกระบวนทัศน์วิทยาศาสตร์สมัยใหม่ (Modern Scientific Paradigm) ซึ่งเป็นวิธีคิดที่มีลักษณะสำคัญคือ

1) เน้นความเป็นภาวะวิสัย (Objective) คือ มีอยู่จริงโดยไม่ขึ้นกับความรู้สึกนึกคิดของคน

2) เน้นการตรวจวัดได้ (Measurable) คือตรวจสอบได้อย่างแม่นยำ

3) เป็นการมองที่ลดส่วน (Reductionistic) คือลดปรากฏการณ์ทั้งหมดของชีวิตและสุขภาพลงมาเหลือแต่สิ่งที่วัดได้คือกระบวนการทางชีววิทยาของอวัยวะต่าง ๆ

วิธีคิดทางการแพทย์นี้จึงมีชื่อเรียกว่าการแพทย์แบบ Biomedicine หรือการแพทย์ชีวภาพ ลักษณะของการลดส่วนนี้เป็นเช่นเดียวกับวิทยาศาสตร์สมัยใหม่อื่น ๆ ที่จำกัดองค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ไว้ในขอบเขตของวัตถุ ทั้งนี้เนื่องจากตัวศาสตร์เริ่มต้นจากสิ่งที่ต้องวัดได้ก่อน สิ่งที่วัดไม่ได้จึงอยู่นอกขอบวงความรู้ของวิทยาศาสตร์แบบนี้ลักษณะของวิทยาศาสตร์แบบนี้ทำให้พรมแดนความรู้ของวิทยาศาสตร์ชุดหนึ่งมีการพัฒนาสูงมาก คือ ความรู้ความเข้าใจทางชีววิทยา ซึ่งความรู้ทางชีววิทยาโดยธรรมชาติของมันเองจะจำกัดอยู่ในระดับปัจเจกบุคคลโดยไม่สนใจมิติทางสังคมของบุคคล (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2560)

ดังนั้นจึงมีความสำคัญในการจำเป็นต้องปรับกระบวนทัศน์ในการคิดแบบแพทย์ชีวภาพโดยมีเหตุผลที่สำคัญอยู่ 5 ประการได้แก่

1. สถานะสุขภาพและแบบแผนความเจ็บป่วยของประชาชนเปลี่ยนแปลงไปในปัจจุบันปัญหาสุขภาพอนามัยของคนในประเทศได้เปลี่ยนแปลงรูปแบบไปตามสภาพเศรษฐกิจและสังคมที่มีความสลับซับซ้อนมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงที่เห็นได้ชัดเจนในด้านสภาวะสุขภาพอนามัยคือประชาชนตายเนื่องจากโรคไม่ติดต่อและโรคเรื้อรังที่มีแนวโน้มสูงขึ้น เช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด อุบัติเหตุ และโรคเบาหวาน รวมถึงโรคติดเชื้อ โรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำ คือ โรคเอดส์ ไข้หวัดใหญ่ ไข้หวัดนก วัณโรคดื้อยา ตลอดจนภาวะความเครียด ปัญหาสุขภาพจิต โรคจากปัญหาอาชีวอนามัย อนามัยสิ่งแวดล้อม โรคเหล่านี้ต้องการวิธีคิดในการแก้ปัญหาใหม่ที่แตกต่างไปจากระบบโรงพยาบาลที่ตั้งรับและจัดการได้เฉพาะมิติทางกายภาพ เพราะปัญหาสุขภาพใหม่ ๆ นี้เกี่ยวข้องกับมิติทางพฤติกรรม สังคมวัฒนธรรม และการดำเนินชีวิต

2. ข้อจำกัดของการแพทย์แผนปัจจุบันการแพทย์แผนปัจจุบันหรือการแพทย์แบบชีวภาพถือว่าร่างกายมนุษย์ประกอบขึ้นจากเซลล์ต่าง ๆ ที่รวมกันเป็นเนื้อเยื่อและอวัยวะ อวัยวะย่อยแต่ละชนิดนั้นมีหน้าที่ต่าง ๆ กันสุขภาพดีนั้นเกิดขึ้นจากการที่อวัยวะต่าง ๆ สามารถทำหน้าที่ตามปกติของตนเองและประสานกับอวัยวะอื่น ๆ อันเป็นผลให้กระบวนการทางชีววิทยาดำเนินไปได้ตามปกติ ระบบการแพทย์ที่เป็นอยู่จึงอธิบายปรากฏการณ์ความเจ็บป่วยโดยอาศัยข้อเท็จจริงทางชีววิทยาเป็นสำคัญโดยความเจ็บป่วยต่าง ๆ จะต้องถูกสืบค้นให้พบว่ามีสาเหตุมาจากการผิดปกติของอวัยวะใดและการเยียวยารักษาก็จะมุ่งไปแก้ปัญหาเฉพาะส่วนที่อวัยวะที่ผิดปกตินั้น ๆ

การที่แนวคิดการแพทย์ชีวภาพยึดถือข้อเท็จจริงทางชีววิทยาเป็นสำคัญในการอธิบายภาวะความเจ็บป่วย และเป็นแนวทางในการแก้ปัญหา มาตรการต่าง ๆ ในการแก้ปัญหาจึงมุ่งไปที่การจัดการให้อวัยวะที่ผิดปกตินั้นสามารถทำหน้าที่ได้ตามเดิม การบำบัดรักษาจึงเป็นการแก้ปัญหาเฉพาะที่ เช่น การใช้ยา การผ่าตัด การฉายแสง ที่ออกฤทธิ์ต่ออวัยวะหรือระบบอวัยวะที่ผิดปกติ แนวทางการแก้ไขปัญหาความเจ็บป่วยตามแนวคิดดังกล่าวจึงจำกัดตัวอยู่ในขอบเขตของการแก้ปัญหาทางกายเป็นสำคัญ และไม่สามารถเชื่อมโยงไปสู่มิติทางสังคมจิตวิทยาของการเจ็บป่วยได้ ซึ่งเป็นผลให้ขาดการใช้มาตรการทางสังคมและมาตรการทางจิตวิทยาในการเยียวยารักษาผู้ป่วย การปรับกระบวนทัศน์ไปสู่แนวคิดสุขภาพแบบองค์รวมจะทำให้ระบบบริการทางการแพทย์ใส่ใจกับมิติทางสังคมจิตวิทยามากขึ้น ซึ่งระบบการดูแลสุขภาพปฐมภูมิจะสามารถตอบสนองความต้องการด้านนี้ได้ดี

3. กระบวนการดูแลรักษาสุขภาพและความเจ็บป่วยโดยที่การแพทย์แผนปัจจุบันมองหาสาเหตุที่เฉพาะและเน้นด้านกายภาพ ทำให้การวินิจฉัยและประเมินผลการรักษามุ่งเน้นที่การเปลี่ยนแปลงที่สามารถวัดได้เป็นหลัก จึงทำให้จำกัดอยู่เฉพาะในด้านกายภาพ และการแก้ปัญหาเฉพาะส่วน เฉพาะโรค แยกขาดจากกัน โดยขาดการพิจารณาทั้งระบบ ซึ่งจะเห็นได้ชัดจากกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาโรคที่เกี่ยวข้องกับหลายระบบอวัยวะ ต้องใช้แพทย์เฉพาะทางหลาย ๆ ด้านมักจะมีปัญหาการประสานงานของแพทย์ต่างสาขา เพราะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนรักษาแต่ละโรค โดยที่ไม่มีใครดูแลรับผิดชอบผู้ป่วยทั้งคน กระบวนทัศน์ใหม่เน้นการดูแลที่เข้าใจความเจ็บป่วยของคนทั้งคนเป็นระบบบริการที่เน้นการมีผู้ดูแลหลักที่เข้าใจสภาวะของผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม

4. ระบบการจัดบริการในระบบบริการทางการแพทย์ที่เป็นอยู่แพทย์และโรงพยาบาลเป็นที่รวมศูนย์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ซึ่งเน้นการ “ซ่อมสุขภาพ” มากกว่าการ “ส่งเสริมสุขภาพ” กิจกรรมในสถาบันทางการแพทย์มีศูนย์กลางอยู่ที่ความเจ็บป่วยมากกว่าที่จะเน้นการมีสุขภาพดีจึงมีลักษณะบริการที่ตั้งรับ คือปล่อยให้เจ็บป่วยแล้วค่อยมารักษานอกจากนั้นกระบวนทัศน์การแพทย์แบบชีวกลไกยังมีลักษณะเหมือนผลิตภัณฑ์สำเร็จรูป กล่าวคือ มีการจัดระบบบริการที่เหมือนกันเป็นรูปแบบเดียวกัน โดยมิได้สนใจความแตกต่าง หลากหลายด้านสังคมวัฒนธรรมของชุมชน ทั้งนี้เป็นเพราะกระบวนทัศน์แบบชีวกลไกนั้นถือเอาองค์ประกอบทางกายภาพเป็นสำคัญและถือว่ามนุษย์มีกายภาพที่ดำเนินไปตามกฎเกณฑ์ทางสรีรวิทยาที่เหมือนกัน

5. ระบบความสัมพันธ์ของผู้ป่วยและแพทย์ การแพทย์แบบเวชศาสตร์ชีวภาพเป็นศาสตร์ที่เน้นอำนาจและบทบาทของผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน กล่าวคือ ระบบบริการทางการแพทย์ที่เป็นอยู่ถือว่าเรื่องสุขภาพเป็นเรื่องของแพทย์ผู้ซึ่งมีความรู้ความชำนาญ และเป็นผู้จัดการกับความเจ็บป่วยโดยเทคนิคและวิทยาการทางการแพทย์ บทบาทของผู้ป่วย คือ การเป็นผู้รับบริการและเป็นผู้ที่ต้องพึ่งพาแพทย์และเทคโนโลยีเพื่อการรักษาโรคผู้ป่วยจึงมีอำนาจต่อรองน้อย กระบวนทัศน์แบบองค์รวมเน้นการสร้างความสัมพันธ์ที่ถือว่าผู้ป่วยมีบทบาทสำคัญในกระบวนการเยียวยา แพทย์และผู้ป่วยเรียนรู้ไปด้วยกันในกระบวนการเยียวยารักษาโรค เพราะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับแต่ละบุคคลนั้นมีความแตกต่างกัน แพทย์อาจเป็นผู้รู้ในเรื่องโรคและอวัยวะ แต่ผู้ป่วยและญาติก็เป็นผู้รู้ในเรื่องสุขภาพและความเป็นไปได้ในวิถีการดำเนินชีวิตของตน กระบวนทัศน์แบบองค์รวมจึงถือว่าการรักษาความเจ็บป่วยนั้นเป็นการปรึกษาหารือระหว่างสองผู้เชี่ยวชาญ (Meeting of Two Experts) มากกว่าที่จะให้ผู้ป่วยเป็นแต่เพียงผู้รับบริการที่อยู่เฉย ๆ (Passive) รอรับการรักษาพยาบาลจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเท่านั้น

การแพทย์แบบองค์รวม หมายถึง การนำเอามิติของจิตใจของผู้ป่วยซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่ใช่วิทยาศาสตร์มาผนวกรวมเข้ากับมิติของร่างกายที่เป็นวิทยาศาสตร์ ภายใต้บริบททางสังคมที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในช่วงเวลาหนึ่ง ๆ เป็นระบบความสัมพันธ์ที่มีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกันมีความสมดุลระหว่างแต่ละมิติตามเหตุปัจจัยและมีความหมายหรือคุณค่าตามการตระหนักรู้ของบุคคลในสังคมนั้น ๆ เป็นแนวคิดที่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างแท้จริง (ดรุณี โอวิทยากุล, พักตรเลขา แสงหัตถวัฒนา และอดิศักดิ์ จึงพัฒนาวดี, 2560 : 53-64)

สุขภาพแบบองค์รวม หมายความว่า เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับทั้งชีวิตมากกว่าการเน้นแค่ความเจ็บป่วยหรือการจัดการกับส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายโดยพิจารณาคนทั้ง คนที่เกี่ยวเนื่องกันของร่างกายจิตใจและจิตวิญญาณ รวมทั้งปัจจัยแวดล้อมต่าง ๆ ที่มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลคน ๆ นั้น สุขภาพแบบองค์รวมเน้นถึงความสัมพันธ์ที่มีดุลยภาพของระบบสุขภาพที่ไม่มีการแยก ส่วนระหว่างร่างกาย จิต สังคมและนิเวศวิทยา (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2560) สุขภาพองค์รวมมี 3 ระดับ ได้แก่

1. สุขภาพองค์รวมระดับบุคคล หมายถึง การทำให้เกิดความสมดุลในแต่ละบุคคลทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ (อารมณ์) และด้านจิตวิญญาณ โดยการที่จะนำไปความสมดุล คือการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมทางด้านร่างกาย ได้แก่ การบริโภคอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การพักผ่อนให้เพียงพอ การดำเนินชีวิตที่เหมาะสมทางด้านจิตใจ (อารมณ์) การรักษาอารมณ์และทำจิตใจให้ผ่อนคลาย การดำเนินชีวิตที่เหมาะสมทางด้านจิตวิญญาณ ด้วยการมีคุณธรรม

2. สุขภาพองค์รวมระดับครอบครัว หมายถึง การมีสุขภาวะที่สมบูรณ์ในตัวบุคคลซึ่งเชื่อมโยงกับคนอื่น ๆ ในครอบครัว มีครอบครัวที่อบอุ่น สมาชิกในครอบครัวรักกัน ช่วยเหลือดูแลกันทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ (อารมณ์) บุคคลในครอบครัวมีหน้าที่ที่แตกต่างกันออกไป

3. สุขภาพองค์รวมระดับชุมชน หมายถึง การมีสุขภาวะที่สมบูรณ์ในตัวบุคคลเชื่อมโยงไปถึงบุคคลอื่นในชุมชนและสังคมที่อยู่แวดล้อมโดยรวม

ตารางที่ 2.1 กระบวนทัศน์สุขภาพแบบชีวกลไกและกระบวนทัศน์สุขภาพแบบองค์รวม

กระบวนทัศน์สุขภาพแบบชีวกลไก	กระบวนทัศน์สุขภาพแบบองค์รวม
1. ทัศนะต่อสุขภาพและความเจ็บป่วย 1.1 แยกสุขภาพกายและสุขภาพจิตออกจากกันและแยกเรื่องสุขภาพออกจากสังคม และสิ่งแวดล้อม 1.2 ให้ความสำคัญต่อการเยียวยารักษาโรค 1.3 เน้นการหาสาเหตุของโรคแบบเฉพาะเจาะจงกับอวัยวะที่ผิดปกติ 1.4 มองว่าความเจ็บป่วยเกิดขึ้นภายในร่างกาย (Physical Body) และเฉพาะแห่ง	1. ทัศนะต่อสุขภาพและความเจ็บป่วย 1.1 สุขภาพ คือ ความเป็นเอกภาพและความสมดุล ระหว่างกาย ใจสังคม จิตวิญญาณ และสิ่งแวดล้อม 1.2 ให้ความสำคัญกับวิถีการดำรงชีวิตที่เกื้อกูลต่อสุขภาพ เน้นการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค 1.3 เชื่อว่า ความเจ็บป่วยเกิดจากหลายเหตุปัจจัย 1.4 พิจารณา “ทั้งคน (Whole Person)” ทั้งปัจจัยที่เชื่อมโยงทั้งมิติทางกาย ใจ สังคม จิตวิญญาณและสิ่งแวดล้อม
2. กระบวนการดูแลรักษาสุขภาพ/ความเจ็บป่วย 2.1 โรค คือ ภาวะผิดปกติที่เกิดขึ้นในขณะหนึ่ง ๆ 2.2 เน้นการวินิจฉัย/ประเมินแต่ด้านกายภาพ 2.3 เน้นการแก้ปัญหาที่ตัวผู้ป่วยแบบแยกส่วนเฉพาะโรค/เฉพาะปัญหา ไม่มีการพิจารณาทั้งระบบ 2.4 ให้ความสำคัญ และแก้ปัญหาได้ดีกับโรคติดเชื้อและโรคเฉียบพลัน 2.5 การรักษาเป็นการขจัดความผิดปกติอันเกิดขึ้นในระบบอวัยวะ	2. กระบวนการดูแลรักษาสุขภาพความเจ็บป่วย 2.1 โรค คือ กระบวนการที่ต่อเนื่องมีเหตุปัจจัยที่เป็นที่มา และที่ไปเกี่ยวข้องกับวิถีการดำเนินชีวิต 2.2 เน้นการวินิจฉัย/ประเมินทุกด้านและทุกเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง 2.3 เน้นที่ตัวผู้ป่วยตลอดท้วงชีวิตและปัจจัยแวดล้อมทั้งหมด ทั้งด้านการงาน ครอบครัว ชีวิตสังคม ภาวะจิตใจ อารมณ์ อาหาร และพฤติกรรมสุขภาพ 2.4 ให้ความสำคัญ และแก้ปัญหาได้ดีกับโรคเรื้อรัง โรคที่เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ความ

ตารางที่ 2.1 (ต่อ)

กระบวนทัศน์สุขภาพแบบชีวกลไก	กระบวนทัศน์สุขภาพแบบองค์รวม
2.6 มีมาตรฐานการรักษาอย่างเดียวกันสำหรับทุกคนที่มีโรคอย่างเดียวกัน	เจ็บป่วยที่เชื่อมโยงกับความเครียด และกลไกทางจิตใจ 2.5 การรักษา คือ การเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขที่ทำให้กระบวนการของโรคเกิดขึ้น
3. บทบาทของแพทย์และผู้ป่วย 3.1 แพทย์มีความรู้ความชำนาญเฉพาะและเป็นภาวะวิสัย (Objective) จึงมักไม่จำเป็นต้องแลกเปลี่ยนกับผู้ป่วย ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยแพทย์ ผู้ป่วยคือผู้ไม่มีความรู้ทางการแพทย์ 3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยเป็นแบบไม่เท่าเทียมและแบบพึ่งพา 3.3 แพทย์เป็นผู้รับผิดชอบการรักษาโรค แพทย์ผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนรักษาแต่ละโรคไม่มีใครรับผิดชอบผู้ป่วยทั้งคน 3.4 ภาวะจิตใจ และจิตสำนึกของผู้ป่วยไม่สัมพันธ์เกี่ยวข้องกับสุขภาพและการเยียวยารักษาโรค	3. บทบาทของแพทย์และผู้ป่วย 3.1 แพทย์มีความรู้รอบด้านแบบองค์รวม และแลกเปลี่ยนกับผู้ป่วยโดยมีบทบาทเป็นผู้อำนวยความสะดวก (Facilitator) และแหล่งประโยชน์สำคัญ (Resource Person) การรักษาต้องอาศัยความรู้/ประสบการณ์ของแพทย์ การรับรู้ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยและความรู้เกี่ยวกับธรรมชาติสาเหตุ และวิธีการแก้ปัญหาความเจ็บป่วยร่วมกันระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย 3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยเป็นแบบหุ้นส่วนเท่าเทียม และช่วยเหลือกันและกัน 3.3 ผู้ป่วยเป็นผู้รับผิดชอบต่อสุขภาพและความเจ็บป่วยของตนเอง ผู้ป่วยมีศักยภาพในการดูแลรักษาสุขภาพของตนเอง ผู้ป่วยต้องมีบทบาทเป็นฝ่ายกระทำ (Active Role) ในการดูแลรักษาตนเอง 3.4 ภาวะจิตใจและความรู้ของผู้ป่วย มีความจำเป็นต่อความสำเร็จในการรักษาความเจ็บป่วย
4. ระบบการจัดบริการ 4.1 รวมศูนย์อำนาจในการรักษาอยู่ที่สถาบันแพทย์ 4.2 บริการเหมือนผลิตภัณฑ์สำเร็จรูป ที่ออกมาจากโรงงานเดียวกัน กล่าวคือจัดระบบการให้บริการเหมือนกัน เป็นรูปแบบเดียวกันแก่ทุกคน	4. ระบบการจัดบริการ 4.1 กระจายอำนาจ พยายามที่จะให้อำนาจหรือสมรรถนะในการดูแลรักษาสุขภาพแพร่หลายสู่ทุกคนเท่าที่จะทำได้ 4.2 เน้นลักษณะเฉพาะของแต่ละภูมิภาค ท้องถิ่น และบุคคล

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา

ตารางที่ 2.1 (ต่อ)

กระบวนทัศน์สุขภาพแบบชีวกลไก	กระบวนทัศน์สุขภาพแบบองค์รวม
4.3 ทุนเป็นปัจจัยหลัก ให้ความสำคัญแก่เครื่องมือ และเทคโนโลยี ราคาแพง (High Tech) ละเลยคุณค่าของการเอาใจใส่ใกล้ชิดและความสัมพันธ์ฉันท์เพื่อนมนุษย์ที่แพทย์พึงมีต่อผู้ป่วย 4.4 เน้นเทคโนโลยีชั้นสูง ยิ่งเทคโนโลยีในการวินิจฉัยและรักษามีความซับซ้อนมากเท่าไร ยิ่งถือว่ามีประสิทธิภาพในการรักษาโรคมากขึ้น	4.3 มนุษย์เป็นปัจจัยหลักตระหนักว่าความอบอุ่นและน้ำใจของผู้บำบัดเป็นสิ่งสำคัญต่อการรักษา มิใช่ยาเครื่องมือหรือโรงพยาบาลใด ๆ 4.4 เน้นเทคโนโลยีที่เหมาะสมสนับสนุนให้ร่างกายเสริมสร้างบำบัดตัวเอง มากกว่าที่จะใช้ยาอย่างเกินจำเป็น

สรุป สุขภาพองค์รวม หมายถึง การดูแลเพื่อให้เกิดสุขภาวะทั้งในระดับบุคคล ครอบคลุมมิติทางด้านกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมและด้านจิตวิญญาณ การดูแลระดับครอบครัว การดูแลระดับชุมชน และการดูแลระดับสังคม โดยดูแลตั้งแต่การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพเพื่อให้เกิดสุขภาวะที่ดี

2.1.2 รูปแบบความรู้ของบูรณาการศาสตร์

องค์ความรู้แบบบูรณาการศาสตร์ซึ่งเป็นลักษณะความรู้แบบองค์รวมนั้นมีองค์ประกอบซึ่งสามารถแบ่งความรู้ออกเป็น 3 รูปแบบใหญ่ๆ คือ (Pohl and Hadorn, 2008 : 111-112)

1. ความรู้เกี่ยวกับระบบ (Systems Knowledge)
2. ความรู้เกี่ยวกับเป้าหมายของการเปลี่ยนแปลง (Target Knowledge)
3. ความรู้เกี่ยวกับวิธีการเปลี่ยนแปลง (Transformation Knowledge)

1. ความรู้เกี่ยวกับระบบ

ความรู้เกี่ยวกับระบบเป็นความรู้ที่ได้มาจากการตั้งคำถามเกี่ยวกับจุดกำเนิดและความเป็นไปได้ที่จะพัฒนาปัญหาต่อไปอีกในอนาคต รวมถึงการตีความปัญหาในโลกของความเป็นจริงของชีวิตที่เกิดขึ้นจากมุมมองของชาวบ้านภายใต้โลกแห่งชีวิต ความรู้เชิงระบบจะประสบกับความยุ่งยากในการจัดการกับสภาวะที่ไม่แน่นอน ซึ่งความไม่แน่นอนของปัญหาจะก่อให้เกิดการท้าทายและทำให้เกิดการโอนย้ายออกจากวิธีคิดเชิงทฤษฎี/นามธรรมของนักวิชาการ เพื่อเดินทางเข้าสู่การเพ่งพินิจต่อกรณีรูปธรรมที่เกิดขึ้นภายใต้บริบทอันเฉพาะเจาะจง ซึ่งความซับซ้อนและไม่แน่นอนของปัญหาได้ก่อให้เกิดการตีความที่แตกต่างกัน อันจะนำไปสู่การอภิปรายถกเถียงระหว่างภาคีต่าง ๆ และการเสนอทางออกที่แตกต่างกัน

2. ความรู้เกี่ยวกับเป้าหมายของการเปลี่ยนแปลง

ความรู้เกี่ยวกับเป้าหมายของการเปลี่ยนแปลง เป็นการตั้งคำถามที่ระบุถึงความต้องการที่จะเปลี่ยนแปลง เป้าหมายที่พึงปรารถนา และแนวทางการปฏิบัติที่ดีกว่าเดิม ดังนั้นคำถามหลักก็คืออะไรที่จะเป็นเป้าหมายทางสังคมที่หลากหลายสำหรับการวิจัยการแก้ปัญหาของสังคมและการร่วมมือระหว่างนักวิชาการและนักปฏิบัติการ ในขั้นตอนนี้จะประสบกับการท้าทายที่จะต้องให้ความกระจ่างต่อตำแหน่งแห่งที่อันแตกต่างหลากหลาย และทีมงานต้องจัดลำดับความสำคัญของตำแหน่งแห่งที่ต่าง ๆ ตามสถานะของมันที่จะเชื่อมโยงต่อไปสู่การพัฒนาความรู้และการปฏิบัติ ที่จะนำไปสู่ผลประโยชน์ร่วมกันของทุกฝ่าย โดยคำนึงถึงการยอมรับร่วมกันของทุกฝ่าย

3. ความรู้เกี่ยวกับวิธีการเปลี่ยนแปลง

ความรู้เกี่ยวกับวิธีการเปลี่ยนแปลงเป็นการตั้งคำถามเกี่ยวกับวิธีการในทางเทคนิค กฎหมาย ทางสังคม วัฒนธรรมและมิติอื่น ๆ ที่สามารถนำมาใช้ได้ เพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในวิธีการปฏิบัติที่เป็นอยู่เดิม พร้อมกับเสนอวิธีการปฏิบัติรูปแบบใหม่ๆ ที่พึงปรารถนาเข้ามาแทนที่ ดังนั้น ความรู้เช่นนี้จึงต้องมีลักษณะของปฏิบัตินิยม (Pragmatism) เนื่องจากทางเลือกในการเปลี่ยนแปลงนั้นต้องพึ่งพิงสิ่งเก่าที่ดำรงอยู่ ไม่ว่าจะเป็นโครงสร้างพื้นฐานของสังคม กฎหมาย ความสัมพันธ์เชิงอำนาจและวิถีวัฒนธรรม เพื่อเป็นโอกาสที่จะก่อให้เกิดผลในเชิงปฏิบัติได้ ในขั้นตอนนี้ต้องพิจารณาถึงเทคโนโลยีที่ใช้อยู่เดิม กฎ ระเบียบ วิธีการปฏิบัติ และความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่ดำรงอยู่ โดยต้องพิจารณาว่าทำอย่างไรจึงจะทำให้โครงสร้างต่าง ๆ ที่ดำรงอยู่เดิมไม่เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลงพร้อม ๆ กับทำให้โครงสร้างเดิมมีความยืดหยุ่นมากขึ้น เพื่อสามารถรองรับการเปลี่ยนแปลงไปสู่สิ่งใหม่ได้

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทั้ง 3 รูปแบบ ในการวิจัยแบบข้ามพ้นสาขาสามารถสรุปให้เห็นอย่างชัดเจนได้ดังภาพที่ 2.1 ต่อไปนี้

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

ภาพที่ 2.1 การพึ่งพาอาศัยกันระหว่างความรู้เกี่ยวกับระบบความรู้เกี่ยวกับวิธีการเปลี่ยนแปลง และความรู้เกี่ยวกับเป้าหมายของการเปลี่ยนแปลง
ที่มา : (ปรับจาก Hadorn. et al, 2008 : 31)

2.1.3 กระบวนการได้มาซึ่งความรู้ของบูรณาการศาสตร์

กระบวนการที่ให้ได้มาซึ่งความรู้แบบบูรณาการศาสตร์ สามารถแบ่งกระบวนการออกได้เป็น 3 ขั้นตอนใหญ่ ๆ คือ (Hadorn. et al, 2008 : 35-36)

1. การระบุปัญหาและการกำหนดโครงสร้างเพื่อดึงผู้ที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วม (Problem Identification and Structuring)
2. การวิเคราะห์ปัญหา (Problem Analysis)
3. การนำผลวิจัยไปเสริมสร้างให้เกิดเป็นดอกผล (Bringing Results to Fruition)

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

1. การระบุปัญหาและการกำหนดโครงสร้างเพื่อดึงผู้ที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วม

ขั้นการระบุปัญหาและการกำหนดโครงสร้างเพื่อดึงผู้ที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วม เป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญ เนื่องจากปัญหาปัจจุบันโดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาสิ่งแวดล้อม และปัญหาความยากจน เป็นปัญหาที่มีความซับซ้อนและเกี่ยวข้องกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลายฝ่าย อันก่อให้เกิดการอภิปรายถกเถียงกันอย่างเข้มข้นในประเด็นต่าง ๆ การระบุปัญหาเป็นกระบวนการลดความซับซ้อนของปัญหา โดยการระบุผู้ที่เกี่ยวข้องซึ่งจะนำมาเข้าร่วมในกระบวนการวิจัย สร้างสะพานเชื่อมระหว่างความรู้ทางวิชาการกับโลกแห่งชีวิตที่ผ่านประสบการณ์จากการปฏิบัติจริงในแต่ละวันของชาวบ้าน ปัญหาอาจถูกระบุขึ้นใหม่ โดยพิจารณาถึงปัญหาที่มีความสัมพันธ์กับวิธีคิดของชาวบ้านที่ยึดโยงอยู่กับโลกแห่งชีวิตที่ดำเนินไปในแต่ละวัน อาทิ การเชื่อมต่อเข้าด้วยกันระหว่างทัศนะในการมองที่แข็งทื่อในแต่ละทัศนะ เพื่อก่อให้เกิดวิธีการมองแบบใหม่ ๆ ในการรับรู้สิ่งต่าง ๆ อย่างเปิดกว้าง เพื่อก่อให้เกิดแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกันและกันอันจะนำไปสู่ความคิดใหม่และสร้างสรรค์ ในขั้นตอนนี้เป็นการจัดวางโครงการวิจัยเอาไว้ภายใต้บริบทอันเฉพาะเจาะจงของท้องถิ่น โดยการนำแนวคิดทางวิชาการมาใช้พร้อม ๆ กับเรียนรู้จากตัวอย่างผลการวิจัยแบบข้ามพ้นสาขาที่ผ่านมา และหลังจากนั้นจึงมองผ่านวิธีคิดของชาวบ้านในโลกแห่งชีวิต ซึ่งจะทำให้ทราบถึงความต้องการ ผลประโยชน์ เทคโนโลยี กฎ ระเบียบ การปฏิบัติ และความสัมพันธ์เชิงอำนาจ ซึ่งการวิจัยแบบข้ามพ้นสาขาจะต้องให้คำอธิบายต่อประเด็นเหล่านั้นทั้งหมด

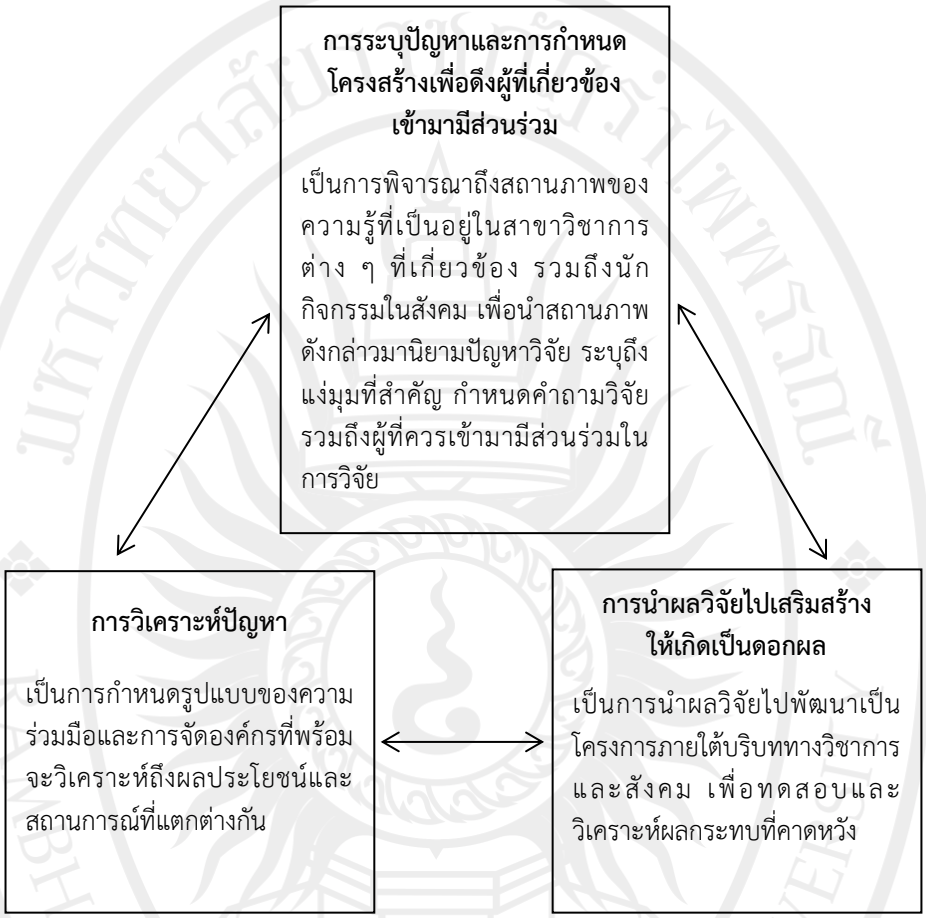
2. การวิเคราะห์ปัญหา

ขั้นการวิเคราะห์ปัญหา เป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญโดยการแบ่งออกเป็นปัญหาย่อย ๆ (Sub-problems) ซึ่งการตอบปัญหาย่อยหนึ่ง ๆ จะต้องพิจารณาถึงความสัมพันธ์กับปัญหาย่อยอื่น ๆ และหลังจากนั้นจึงนำปัญหาย่อยทั้งหมดมาบูรณาการเข้าด้วยกัน ในขั้นตอนนี้ต้องสร้างความร่วมมือระหว่างผู้เข้าร่วมการวิจัยที่มาจากกลุ่มต่าง ๆ ซึ่งบ่อยครั้งที่พวกเขาจะได้ปฏิสังสรรค์ต่อกันอย่างเปิดเผย ความร่วมมือกันอย่างเหนียวแน่นจะก่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนกันอย่างเข้มข้น โดยแต่ละฝ่ายต้องมีทัศนะที่เปิดกว้าง มีเหตุผล และมีทัศนคติที่ยืดหยุ่น เพื่อการปรับตัวเข้าหากัน

3. การนำผลวิจัยไปเสริมสร้างให้เกิดเป็นดอกผล

ขั้นการนำผลวิจัยไปเสริมสร้างให้เกิดเป็นดอกผล เป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญ เนื่องจากเป็นขั้นตอนหนึ่งของการวิจัยแบบข้ามพ้นสาขา ถึงแม้ว่ายังไม่ใช่ขั้นตอนสุดท้ายของการวิจัยก็ตาม ขั้นตอนนี้เกิดขึ้นในระหว่างการดำเนินงานไปตามกระบวนการวิจัย โดยมีเป้าหมายเพื่อก่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ การนำผลไปเสริมสร้างให้เกิดดอกผลที่เป็นจริง จะสามารถบรรลุได้ในรูปของการทดลองในโลกแห่งชีวิตจริง (Real-world Experiment) โดยการนำมโนทัศน์และวิธีการไปทำการทดสอบซ้ำ ๆ หลาย ๆ ครั้ง (Recursiveness) โดยในกระบวนการทดสอบซ้ำดังกล่าวนั้น จะทำให้นักวิจัยสามารถสังเกตเห็นการเกิดขึ้นของผลกระทบที่ไม่คาดคิดมากก่อน ดังนั้นจึงอยู่นอกตัวแบบและอธิบายไม่ได้ ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นนั้นจะกระตุ้นให้นักวิจัยต้องหันมาปรับปรุงมโนทัศน์ ฐานคติ และการอธิบายใหม่ เพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาที่อยู่ภายใต้บริบทอันเฉพาะเจาะจงบนโลกแห่งความเป็นจริงพร้อม ๆ กับได้รับการเรียนรู้อย่างมากมายจากกระบวนการดังกล่าว ในที่สุดจะก่อให้เกิดความรู้ใหม่ สำหรับนำไปเป็นแนวทางในการเสริมสร้างให้เกิดผลในขั้นตอนต่อไป

กระบวนการวิจัยแบบข้ามพ้นสาขาทั้ง 3 ขั้นตอนดังกล่าวมีความสัมพันธ์กันในลักษณะที่เป็นวงจรที่มีผลซึ่งกันและกันดังภาพที่ 2.2



ภาพที่ 2.2 สามขั้นตอนในกระบวนการวิจัยแบบข้ามพ้นสาขา
ที่มา : (Pohl and Hirsch Hadorn, 2007 : 42 อ้างถึงใน Hadorn. et al, 2008 : 35)

จากกระบวนการที่ได้มาซึ่งความรู้แบบบูรณาการศาสตร์ 3 ขั้นตอนใหญ่ ๆ ดังกล่าวข้างต้น เราสามารถพิจารณาขั้นตอนในรายละเอียดออกมาเป็น 15 ข้อเสนอ ใน 15 ข้อเสนอดังกล่าวนี้ สามารถแบ่งออกเป็น 3 ส่วนใหญ่ ๆ คือ (Wiesmann, et al, 2008 : 434-441)

ส่วนที่ 1 เรื่องขอบเขต กระบวนการ ผลลัพธ์ของการวิจัยแบบข้ามพ้นสาขา ในส่วนนี้จะมีข้อเสนอทั้งหมด 6 ข้อเสนอด้วยกัน

ข้อเสนอที่ 1 เป็นเรื่องการจำกัดความ
ข้อเสนอที่ 2 เป็นเรื่องขอบเขตและความสอดคล้องต้องกัน
ข้อเสนอที่ 3 เป็นเรื่องกระบวนการแบบกลับไปกลับมา
ข้อเสนอที่ 4 เป็นเรื่องรูปแบบของความรู้
ข้อเสนอที่ 5 เป็นเรื่องเกี่ยวกับบริบทและการสรุปให้เป็นทั่วไป

สถาบันวิทยบริการ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

ข้อเสนอที่ 6 เป็นเรื่องการสร้างความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านและนวัตกรรมใหม่

ส่วนที่ 2 เรื่องการจัดการกับอุปสรรคขวางกั้นในการปฏิบัติการวิจัยแบบข้ามพ้นสาขา ในส่วนนี้จะมีข้อเสนอทั้งหมด 6 ข้อเสนอด้วยกัน

ข้อเสนอที่ 1 เป็นเรื่องการมีส่วนร่วมและการเรียนรู้ร่วมกัน

ข้อเสนอที่ 2 เป็นเรื่องการบูรณาการการร่วมมือกัน

ข้อเสนอที่ 3 เป็นเรื่องคุณค่าและความไม่แน่นอน

ข้อเสนอที่ 4 เป็นเรื่องการจัดการและภาวะผู้นำ

ข้อเสนอที่ 5 เป็นเรื่องการให้การศึกษาและการสร้างอาชีพ

ข้อเสนอที่ 6 เป็นเรื่องการประเมินผลในการควบคุมคุณภาพ

ส่วนที่ 3 เรื่องเสาหลักในการขับเคลื่อนการวิจัยแบบสหวิทยาการ ในส่วนนี้จะมีข้อเสนอทั้งหมด 3 ข้อเสนอด้วยกัน

ข้อเสนอที่ 1 เป็นเรื่องการเผชิญหน้ากับการท้าทายของชุมชนวิชาการ

ข้อเสนอที่ 2 เป็นเรื่องการเผชิญหน้ากับการท้าทายของสถาบันหลัก

ข้อเสนอที่ 3 เป็นเรื่องการเผชิญหน้ากับสังคม

ในการอธิบายถึงข้อเสนอทั้ง 15 ข้อที่จะนำไปสู่การขับเคลื่อนงานวิจัยแบบข้ามพ้นสาขานั้น สามารถระบุรายละเอียดได้ดังนี้ (Wiesmann, et al, 2008 : 434-441)

ข้อเสนอที่ 1 เป็นเรื่องการจำกัดความพบว่าการวิจัยแบบข้ามพ้นสาขาเป็นการวิจัยที่อาศัยความร่วมมือระหว่างฝ่ายต่าง ๆ ภายในชุมชนทางวิชาการ และอาศัยการอภิปรายถกเถียงระหว่างนักวิจัยกับสังคมในวงกว้าง ดังนั้น การวิจัยแบบข้ามพ้นสาขาจึงสามารถข้ามพ้นเส้นแบ่งพรมแดนระหว่างสาขาวิชาของศาสตร์ต่าง ๆ และระหว่างศาสตร์กับความรู้ที่ดำรงอยู่ก่อนในสังคม รวมทั้งการพิจารณาไตร่ตรองเกี่ยวกับข้อเท็จจริง การปฏิบัติ และค่านิยมต่าง ๆ

ข้อเสนอที่ 2 เป็นเรื่องขอบเขตและความสอดคล้องต้องกันพบว่า การวิจัยแบบข้ามพ้นสาขาเป็นรูปแบบการวิจัยที่เหมาะสมกับการค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหาที่วางอยู่บนฐานของศาสตร์ ภายในกรอบคิดของโลกแห่งชีวิต (Life-world) ที่มีความซับซ้อน มีความไม่แน่นอน มีการประเมินคุณค่าอย่างหลากหลาย และเกี่ยวข้องกับประโยชน์ได้เสียของหลายฝ่าย ภายใต้สถานการณ์ดังกล่าว การวิจัยแบบข้ามพ้นสาขา ซึ่งเป็นการเชื่อมโยงความรู้ทางศาสตร์กับความรู้ของสังคมที่มีอยู่เดิมเข้าด้วยกัน อันจะสามารถปรับปรุงและเพิ่มพูนคุณภาพ การยอมรับ และสร้างความยั่งยืนในการแก้ไขปัญหาได้อย่างมีนัยสำคัญ

ข้อเสนอที่ 3 เป็นเรื่องกระบวนการแบบกลับไปกลับมาพบว่า การวิจัยแบบข้ามพ้นสาขาต้องไม่กำหนดปัญหาและวิธีการแก้ปัญหาเอาไว้ล่วงหน้า ในทางตรงข้ามต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างหลาย ๆ ฝ่าย (ทั้งนักวิชาการที่เชี่ยวชาญด้านศาสตร์และชาวบ้านที่อยู่ในโลกแห่งชีวิต (Life-world) ในการระบุปัญหาและวิธีการแก้ไขปัญหาร่วมกัน นอกจากนี้ยังเชื่อมโยงการระบุปัญหาเข้ากับการค้นหาปัญหา และการนำผลไปเสริมสร้างให้เกิดเป็นดอกผล (ในแง่ของกระบวนการเรียนรู้) โดยผ่านการวิจัยแบบซ้ำแล้วซ้ำเล่า กลับไปกลับมาหลาย ๆ ครั้ง พร้อม ๆ กับผ่านกระบวนการเจรจาต่อรองระหว่างฝ่ายต่าง ๆ

ข้อเสนอที่ 4 เป็นเรื่องรูปแบบของความรู้พบว่า ในการวิจัยแบบข้ามพ้นสาขาต้องไม่กำหนด “กฎ” หรือ “หลักการ” เกี่ยวกับบทบาทการมีส่วนร่วมและขีดความสามารถที่สูง/ต่ำของศาสตร์แต่ละสาขา (วิทยาศาสตร์ สังคมศาสตร์ และศาสตร์ประยุกต์ทางเทคนิค) รวมทั้งความรู้ที่อยู่บนฐานโลกแห่งชีวิตของชาวบ้าน เอาไว้ล่วงหน้า ในทางตรงข้าม การมีส่วนร่วมจะดำเนินไปเองในระหว่างกระบวนการวิจัย อันจะนำไปสู่การบูรณาการขององค์ความรู้จากหลาย ๆ แหล่ง เพื่อนำไปสู่การอธิบาย การผลิต และการบูรณาการความรู้ที่ต้องการตามมา

ข้อเสนอที่ 5 เป็นเรื่องเกี่ยวกับบริบทและการสรุปให้เป็นทั่วไปพบว่า การวิจัยแบบข้ามพ้นสาขาจะถูกก่อรูปขึ้นภายใต้บริบทของปัญหารูปธรรม และสัมพันธ์กับสถานที่ตั้งทางสังคมที่ได้เกิดปัญหาดังกล่าวขึ้น ดังนั้น โดยพื้นฐานแล้วผลที่ได้รับจึงมีความถูกต้องและใช้การได้ภายใต้บริบทดังกล่าวเท่านั้น อย่างไรก็ตาม หากในการวิจัยนั้นมีการอธิบายถึงเงื่อนไขทางด้านบริบทของการเกิดปัญหาดังกล่าวที่ชัดเจน ก็จะทำให้การวิจัยแบบข้ามพ้นสาขา สามารถสร้างเป็นโมเดลและแนวคิด/ทฤษฎีที่มีลักษณะทั่วไป เพื่อนำไปใช้ในการศึกษาบริบทอื่น ๆ ได้ด้วย

ข้อเสนอที่ 6 เป็นเรื่องการสร้างความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านและนวัตกรรมใหม่พบว่า คุณภาพของการวิจัยแบบข้ามพ้นสาขาขึ้นอยู่กับแนวคิดในการบูรณาการความรู้จากแหล่งต่าง ๆ เข้าด้วยกันอย่างถูกต้อง และดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการพัฒนารูปแบบของความชำนาญเฉพาะด้านของตัวมันเอง อย่างไรก็ตาม การวิจัยแบบข้ามพ้นสาขาจะไม่มีความหมาย ถ้าความรู้จากศาสตร์เฉพาะสาขาไม่สามารถสร้างคุณูปการให้เกิดขึ้นได้อย่างแท้จริง ดังนั้นในการกระตุ้นให้ศาสตร์แต่ละสาขาสามารถใช้ศักยภาพของตนในการสร้างผลให้เกิดขึ้นจริงนั้นจำเป็นต้องมีการรวมกลุ่มของผู้ที่มีความสนใจร่วมกัน เพื่อประสานความร่วมมือในการเชื่อมโยงเข้าด้วยกันระหว่างความชำนาญเฉพาะด้านของศาสตร์แต่ละแขนง เข้ากับความเชี่ยวชาญตามแบบฉบับของการวิจัยแบบข้ามพ้นสาขา

ข้อเสนอที่ 7 เป็นเรื่องการมีส่วนร่วมและการเรียนรู้ร่วมกันพบว่า กระบวนการมีส่วนร่วมในการวิจัยแบบข้ามพ้นสาขาจะต้องจัดให้มีการปฏิสังสรรค์และการต่อรองที่มีการจัดโครงสร้าง จัดขั้นตอน และการเลือกสรรอย่างระมัดระวัง โดยต้องมีการพิจารณาถึงความแตกต่างทางด้านทรัพยากร เป้าหมาย และคุณค่าต่าง ๆ ที่จะก่อให้เกิดผลประโยชน์ได้เสีย รวมทั้งการจัดการเพื่อให้ได้มาซึ่งความเป็นตัวแทนของกลุ่มทางสังคมที่ต่างกัน ตลอดจนความเป็นตัวแทนของศาสตร์ต่าง ๆ ด้วยเหตุนี้จึงมีความจำเป็นที่จะต้องทำให้ทุกฝ่ายหันมายึดถือแนวคิดที่จะเรียนรู้ร่วมกัน อันจะเป็นสะพานเชื่อมระหว่างผู้ที่มีตำแหน่งและบทบาทต่างกันให้หันหน้ามาร่วมมือกันได้ ท่ามกลางความแตกต่างหลากหลาย โดยไม่ต้องขจัดให้ใครออกไป ซึ่งวิธีการดังกล่าวนี้ถือว่าเป็นประตูสำคัญที่จะนำไปสู่การมีส่วนร่วมที่เน้นเป้าหมายเป็นสำคัญ

ข้อเสนอที่ 8 เป็นเรื่องการบูรณาการการร่วมมือกันพบว่า ความพยายามร่วมมือระหว่างกัน เพื่อนำไปสู่การบูรณาการนั้นจำเป็นต้องพิจารณาถึงธรรมชาติของวิธีการ “Recursive Method” ที่ใช้ในการวิจัยแบบข้ามพ้นสาขา กล่าวคือ ในกระบวนการศึกษาแบบทดลองกับประสบการณ์แห่งความเป็นจริงซ้ำ ๆ กลับไปกลับมาหลาย ๆ ครั้ง เพื่อให้เกิดการเชื่อมโยงแบบบูรณาการซึ่งก็คือ การพัฒนากรอบทฤษฎีร่วมกัน การประยุกต์ใช้โมเดลร่วมกัน และได้รับผลิตผลรูปธรรมร่วมกัน เป็นต้น อันจะนำไปสู่ความสำเร็จของการวิจัยแบบข้ามพ้นสาขา ขณะเดียวกัน การดำเนินงานแบบข้ามพ้นสาขา จะต้องมีการจัดตั้งในลักษณะที่สามารถรักษาความสมดุลระหว่างความร่วมมือเพื่อ

เป้าหมายร่วม กับผลประโยชน์ของแต่ละภาคีที่เข้ามามีส่วนร่วม รวมทั้งประโยชน์ที่แต่ละสาขาวิชาจะได้รับ

ข้อเสนอที่ 9 เป็นเรื่องคุณค่าและความไม่แน่นอนพบว่า การวิจัยแบบข้ามพ้นสาขาให้ความสนใจต่อความแตกต่างในคุณค่าและประโยชน์ได้เสียอย่างจริงจังในทุก ๆ ขั้นตอน ดังนั้นจะต้องโน้มน้าวให้แต่ละฝ่ายหันมาให้ความสำคัญกับ “การเรียนรู้ร่วมกัน” ในกระบวนการร่วมมือและการเจรจาต่อรอง โดยไม่คำนึงถึงตำแหน่งแห่งที่ของตน แต่ต้องยืดหยุ่นเพื่อปรับตัวเข้าหากัน ทีมงานต้องจัดสรรเวลาในการดำเนินการให้เพียงพอพร้อม ๆ กับสร้างความเป็นเจ้าของในปัญหาร่วมกัน และสร้างความสำนึกในคุณค่าร่วมกัน โดยผ่านกระบวนการไตร่ตรองสะท้อนความคิด (Reflexive Processes) ระหว่างนักวิจัยด้วยกันเอง ซึ่งจะทำให้สามารถจัดการต่อปัญหาความไม่แน่นอน และจัดการกับเส้นแบ่งพรมแดนของความรู้ระหว่างสาขาได้

ข้อเสนอที่ 10 เป็นเรื่องการจัดการและภาวะผู้นำพบว่า โครงการวิจัยแบบข้ามพ้นสาขาจะต้องใช้ภาวะการนำที่เน้นรักษาความสมดุลระหว่างช่วงเวลาที่ต้องให้ความร่วมมือต่อกันอย่างเข้มข้นเพื่อให้เกิดผลผลิตที่ระบุอย่างชัดเจนกับช่วงเวลาที่จะต้องใช้ความรู้จากศาสตร์เฉพาะสาขาในระดับลึก การสร้างสมดุลระหว่างช่วงเวลาทั้งสองอย่างเหมาะสม จะช่วยผ่อนคลายภาระงานทางด้านการบริหารลงพร้อม ๆ กับจัดเตรียมช่องทางในการสื่อสารที่ชัดเจน ช่องทางในการบูรณาการ และช่องทางในการไตร่ตรองสะท้อนความคิด รวมทั้งการเสริมสร้างให้เกิดการยอมรับในผู้ที่มีส่วนในการสร้างคุณูปการทุก ๆ ฝ่าย โดยเปิดกว้างให้แต่ละฝ่ายสามารถเข้าถึงเพื่อนร่วมงานอื่น ๆ ได้โดยง่าย

ข้อเสนอที่ 11 เป็นเรื่องการให้การศึกษาและการสร้างอาชีพพบว่า การพัฒนาแนวทางการฝึกอบรมและการจัดการศึกษาแบบข้ามพ้นสาขาจะต้องพัฒนาขึ้นโดยผ่านการเชื่อมโยงอย่างใกล้ชิดเข้ากับศาสตร์ในสาขาวิชาที่เป็นต้นกำเนิด นอกจากนี้ยังต้องสร้างขีดความสามารถในการสื่อสารและความร่วมมือ โดยผ่านการปฏิบัติพร้อม ๆ กับให้ความสำคัญกับการไตร่ตรองสะท้อนความคิด และการพัฒนาทักษะทางด้านทฤษฎี มโนทัศน์และระเบียบวิธี ซึ่งจะทำให้สามารถเชื่อมโยงเข้าหากันระหว่างศาสตร์แต่ละสาขาวิชาได้ นอกจากนี้การสร้างความสัมพันธ์เชิงวิชาชีพจะต้องได้รับการสนับสนุน โดยผ่านการวางแผนอย่างระมัดระวังและจัดลำดับขั้นตอนของผลิตผล ที่เกิดขึ้น ซึ่งพุ่งเป้าไปที่ระบบการอ้างอิงของสาขาวิชาที่เป็นต้นกำเนิด รวมทั้งเสริมสร้างความเป็นกลุ่มเพื่อนที่มาร่วมมือกันในการอบรมและจัดการศึกษาแบบข้ามพ้นสาขา

ข้อเสนอที่ 12 เป็นเรื่องการประเมินผลในการควบคุมคุณภาพพบว่า การประเมินผลการวิจัยแบบข้ามพ้นสาขาจะต้องข้ามพ้นวิธีการแบบเดิม โดยหันมาเน้นการประเมินคุณสมบัติด้านการบูรณาการและการสร้างความร่วมมือระหว่างศาสตร์ในสาขาวิชาต่าง ๆ และระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกกลุ่ม การออกแบบการทดลองที่ดำเนินการบนโลกแห่งความเป็นจริงซ้ำไปซ้ำมาหลาย ๆ ครั้ง ซึ่งจะต้องใช้ความรู้ที่อยู่บนพื้นฐานทางวิทยาศาสตร์และการจัดการปัญหาของสังคม และเพื่อให้เกิดความเข้มแข็งในความพยายามดำเนินการควบคุมคุณภาพภายในนั้น นักวิจัยต้องหันมาเน้นสร้างความสมดุลระหว่างความสามารถเฉพาะด้าน กับการข้ามพ้นความเป็นสาขาวิชาโดยผ่านกระบวนการสานเสวนาที่ดำเนินการอย่างวิพากษ์และสร้างสรรค์ (Constructive and Critical Dialogue) ซึ่งดำเนินการร่วมกันภายในทีมที่จัดทำการวิจัยแบบข้ามพ้นสาขา

ข้อเสนอที่ 13 เป็นเรื่องการเผชิญหน้ากับการท้าทายของชุมชนวิชาการ พบว่า การปฏิบัติการแบบข้ามพ้นสาขาที่ดีและเป็นรูปธรรมจะต้องเสริมด้วยความพยายามในการยกระดับพื้นฐานของความเป็นศาสตร์และการยอมรับในความเป็นวิทยาศาสตร์ของมัน ซึ่งความพยายามดังกล่าวจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อ สามารถข้ามพ้นกระบวนการวิจัยแบบข้ามพ้นสาขาโดยมีเป้าหมายในการพัฒนาและเสริมสร้างนวัตกรรมที่เกี่ยวกับทฤษฎีและระเบียบวิธี ที่เป็นประโยชน์ต่อศาสตร์ในทุก ๆ สาขาวิชา ซึ่งความท้าทายดังกล่าวนี้จะสามารถบรรลุผลได้ก็ต่อเมื่อมีการขยายเครือข่ายของกลุ่มออกไปให้กว้างขวางมากขึ้น อันจะทำให้สามารถเชื่อมโยงเข้าด้วยกันระหว่างการวิจัยแบบข้ามพ้นสาขาและศาสตร์เฉพาะสาขา รวมทั้งการสร้างระบบการควบคุมคุณภาพที่เหมาะสม

ข้อเสนอที่ 14 เป็นเรื่องการเผชิญหน้ากับการท้าทายของสถาบันหลักพบว่า เพื่อให้เกิดการพัฒนาการวิจัยแบบข้ามพ้นสาขา รวมทั้งเสริมสร้างรากฐานให้กับความเป็นศาสตร์ของการวิจัยแบบข้ามพ้นสาขาและการเสริมสร้างขีดความสามารถทางนวัตกรรมให้แก่ศาสตร์ในสาขาวิชาต่าง ๆ ที่เข้ามามีส่วนร่วม นั้น จำเป็นต้องสร้างความเข้มแข็งทางด้านสถาบันให้แก่ศาสตร์และชุมชนวิชาการของมัน ซึ่งสามารถทำได้โดยการผนวกการวิจัยแบบข้ามพ้นสาขาเข้าสู่สถาบันการศึกษาที่มีอยู่แล้ว ทั้งการสร้างผลงานวิจัย การเปิดหลักสูตรใหม่เกี่ยวกับการวิจัยแบบข้ามพ้นสาขา การสร้างความเป็นวิชาชีพภายในสาขาวิชาที่มีอยู่ก่อนแล้ว และการสร้างผู้เชี่ยวชาญทางด้านการวิจัยแบบข้ามพ้นสาขาขึ้น นอกจากนี้เครือข่ายของกลุ่มเพื่อน การวิจัยแบบข้ามพ้นสาขาก็ยังมีความสำคัญในการสนับสนุนให้ปฏิบัติการของการวิจัยแบบข้ามพ้นสาขากลายเป็นสถาบันที่มีความเข้มแข็งและยั่งยืนภายในชุมชนทางวิชาการ

ข้อเสนอที่ 15 เป็นเรื่องการเผชิญหน้ากับสังคมพบว่า ความพยายามในการพัฒนาการวิจัยแบบข้ามพ้นสาขาจะต้องดำเนินการควบคู่ไปกับการอภิปรายถกเถียงเกี่ยวกับบทบาทของศาสตร์ที่มีต่อสังคม ซึ่งการโต้เถียงดังกล่าวจะต้องดำเนินไปอย่างกว้างขวางภายในสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อศาสตร์ประสบกับการท้าทายจากปัญหาที่ซับซ้อนและเต็มไปด้วยความไม่แน่นอน ขณะเดียวกัน ชุมชนทางวิทยาศาสตร์ก็จะถูกกระตุ้นให้เกิดการถกเถียงครั้งแล้วครั้งเล่าถึงบทบาทของค่านิยม (Value) และผลประโยชน์ได้เสียอันแตกต่างหลากหลายที่เข้ามาเกี่ยวข้องในกระบวนการวิจัย คุณูปการต่อการแก้ไขปัญหาโลกแห่งชีวิตโดยผ่านการวิจัยแบบข้ามพ้นสาขานั้น จำเป็นที่ศาสตร์จะต้องมีความสำนึกและมีความชัดเจนเกี่ยวกับการยึดมั่นในค่านิยม และพรมแดนของความรู้และข้อค้นพบต่าง ๆ โดยจำเป็นที่จะต้องมีภาพลักษณ์เกี่ยวกับศาสตร์อันสอดคล้องต้องกันที่ปรากฏขึ้นภายในสังคม

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง

2.2.1 นิยามของโรคและการวินิจฉัย

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

คำจำกัดความของโรคไตเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่งในสองข้อต่อไปนี้ (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2558 : 8-10)

1. ผู้ป่วยที่มีภาวะไตผิดปกตินานติดตอกันเกิน 3 เดือน ทั้งนี้ผู้ป่วยอาจจะมีอัตราการกรองของไต (Estimated Glomerular Filtration Rate: eGFR) ผิดปกติหรือไมก็ได ภาวะไตผิดปกติหมายถึง มีลักษณะตามขอใดขอหนึ่งดังตอไปนี้

1.1 ตรวจพบความผิดปกติดังตอไปนี้อยางนอย 2 ครั้ง ในระยะเวลา 3 เดือน ไดแก

1.1.1 ตรวจพบอัลบูมินในปสสาวะ (Albuminuria) โดยใชคา Albumin Excretion Rate (AER) มากกวา 30 mg/24h หรือ Albumin-to-creatinine Ratio (ACR) มากกวา 30 mg/g

1.1.2 ตรวจพบเม็ดเลือดแดงในปสสาวะ (Hematuria)

1.1.3 มีความผิดปกติของเกลือแร (Electrolyte) ที่เกิดจากทอไตผิดปกติ

1.2 ตรวจพบความผิดปกติทางรังสีวิทยา

1.3 ตรวจพบความผิดปกติทางโครงสรางหรือพยาธิสภาพ

1.4 มีประวัติการไดรับผาตัดปลูกถายไต

2. ผู้ป่วยที่มี eGFR นอยกวา 60 ml/min/1.73m^2 ติดตอกันเกิน 3 เดือน โดยอาจจะตรวจพบหรือไมพบวามีภาวะไต ผิดปกติก็ได

2.2.2 อัตราความชุกของโรคไตเรื้อรัง

จากการทบทวนความชุกของโรคไตในประเทศต่าง ๆ พบว่า สหรัฐอเมริกามีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะที่ 3-5 คิดเป็นร้อยละ 8 ในขณะที่ประเทศญี่ปุ่นมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังคิดเป็นร้อยละ 10.9 ส่วนในประเทศออสเตรเลียมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังคิดเป็นร้อยละ 11.2

อัตราความชุกของโรคไตเรื้อรังในประเทศไทยพบว่าโรคไตเรื้อรังรังในระยะที่ 1-2 มีอัตราความชุกอยู่ที่ร้อยละ 5-11.3 ในขณะที่โรคไตเรื้อรังในระยะที่ 3-5 มีอัตราความชุดอยู่ที่ร้อยละ 5.5-11.2 โดยที่ประเทศไทยจากการศึกษาของ Thai SEEK Study พบว่า มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะที่ 3-5 คิดเป็นร้อยละ 8.6 และมีผู้ป่วยเรื้อรังในระยะที่ 1-5 คิดเป็นร้อยละ 17.5 (ประเสริฐ ธนกิจจารุ, สกานต์ บุนนาค และวรางคณา พิชัยวงศ์, 2554 : 8-9) โดยมีการกระจายของโรคมากที่สุดในเขตกรุงเทพฯและปริมณฑล (ร้อยละ 23.9) รองลงมาได้แก่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 22.2) และภาคเหนือ(ร้อยละ 20.4)

2.2.3 สาเหตุของโรคไตเรื้อรัง

สาเหตุของโรคไตเรื้อรังนั้น แต่เดิมพบว่า มีสาเหตุจากโรคหลอดเลือดฝอยไตอักเสบเรื้อรัง (Chronic Glomerulonephritis) มากที่สุด ในปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยโรคไตที่เข้าสู่โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายมีสาเหตุมาจากเบาหวาน (Diabetic Kidney Disease) มากที่สุด รองลงมาเป็นโรคไตจากความดันโลหิตสูง (Hypertensive Nephrosclerosis) และโรคไตเรื้อรังที่มีสาเหตุมาจากโรคไตโกลเมอรูลัส (Chronic Glomerulonephritis) นอกจากนี้ยังมีสาเหตุอื่น ๆ อีก ได้แก่ โรคนิ่วในไต (Renal Stone Disease หรือ Nephrolithiasis) โรคไตอักเสบเรื้อรังจากการติดเชื้อ (Chronic Pyelonephritis) โรคไตจากเก๊าท์ (Gouty Nephropathy) โรคไตจากการกินยาแก้ปวดต่อเนื่องเป็น

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

เวลานาน (Chronic Analgesic Nephropathy) โรคถุงน้ำในไตที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม เช่น Autosomal Dominant Polycystic Kidney Disease (ADPKD)

2.2.4 การแบงระยะของโรคไตเรื้อรัง

1. ควรแบงระยะของโรคไตตามสาเหตุระดับ eGFR และปริมาณอัลบูมินในปสสาวะ

2. ควรแบงสาเหตุและชนิดของโรคไตตามโรครวม (Systemic Diseases) โรคทางพันธุกรรม โรคที่เกิดจากปจจัยสิ่งแวดลอม และโครงสรางทางกายวิภาคของไต หรือพยาธิสภาพ

3. การแบงระยะตามระดับของ eGFR โดยสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยได้แบ่งระดับอัตราการกรองของไตไว้ 5 ระดับ ดังตารางที่ 2.2

ตารางที่ 2.2 ระยะของโรคไตเรื้อรัง

ระยะของโรคไตเรื้อรัง (CKD Stages)	**eGFR (ml/min/1.73 m^2)**	**คำนิยาม**
ระยะที่ 1	>90	ปกติ หรือ สูง
ระยะที่ 2	60-89	ลดลงเล็กน้อย
ระยะที่ 3a	45-59	ลดลงเล็กน้อย ถึง ปานกลาง
ระยะที่ 3b	30-44	ลดลงปานกลาง ถึง มาก
ระยะที่ 4	15-29	ลดลงมาก
ระยะที่ 5	<15	ไตวายระยะสุดท้าย

ที่มา : (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2558 : 9)

2.2.5 การติดตามระดับการทำงานของไต

ควรมีการติดตามระดับการทำงานของไตโดยการตรวจคา eGFR และอัลบูมินจากตัวอย่างปัสสาวะในผู้ปวยโรคไตเรื้อรัง อยางนอยปละ 1 ครั้ง แตควรตรวจถี่ขึ้นในกรณีที่ผู้ปวยมีความเสี่ยงสูงที่จะมี eGFR ลดลงอยางรวดเร็ว หรือเพื่อใชในการตัดสินใจหรือติดตามการรักษา โดยมีข้อแนะนำสำหรับความถี่ในการตรวจซึ่งแบงตามระยะของโรคไตเรื้อรัง ดังนี้

1. โรคไตเรื้อรังระยะที่ 1 และ 2 ควรติดตามอยางนอยทุก 12 เดือน หรือทุก 6 เดือน ถ้าตรวจพบ ACR มากกวา 300 mg/g หรือ PCR มากกวา 500 mg/g

2. โรคไตเรื้อรังระยะที่ 3a ควรติดตามอยางนอยทุก 6 เดือน หรือ

2.1 ทุก 4 เดือน ถาตรวจพบ ACR มากกวา 300 mg/g หรือ PCR มากกวา 500 mg/g

2.2 ทุก 12 เดือน ถาระดับการทำงานของไตคงที่และตรวจไมพบโปรตีนในปสสาวะ

3. โรคไตเรื้อรังระยะที่ 3b ควรติดตามอยางนอยทุก 6 เดือน หรือทุก 4 เดือน ถ้าตรวจพบ ACR มากกวา 30 mg/g หรือ PCR มากกวา 150 mg/g

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

4. โรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ควรติดตามอย่างน้อยทุก 4 เดือน หรือทุก 3 เดือน ถ้าตรวจพบ ACR มากกว่า 300 mg/g หรือ PCR มากกว่า 500 mg/g

5. โรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ควรติดตามอย่างน้อยทุก 3 เดือน

2.2.6 การดูแลโรคไตเรื้อรัง

การชะลอไตเสื่อม (Slowing the Progression of Kidney Disease) หมายถึง การป้องกันหรือยืดระยะเวลาการเกิดโรคไตเรื้อรังและการบำบัดทดแทนไต ซึ่งสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย แนะนำวิธีการชะลอไตเสื่อมไว้ 5 ประการดังนี้ (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2558 : 9)

1. การควบคุมความดันโลหิต

1.1 ปรับเป้าหมายของระดับความดันโลหิตและชนิดของยาลดความดันโลหิตในผู้ป่วยแต่ละรายโดยคำนึงถึงอายุ โรคหัวใจ และหลอดเลือด ความเสี่ยงต่อการเสื่อมของไต ความทนต่อยา และผลข้างเคียงของการรักษาโดยเฉพาะภาวะความดัน โลหิตต่ำ เกลือแร่ผิดปกติ และภาวะไตวายฉับพลัน

1.2 แนะนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความดันโลหิตและป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคไต เรื้อรังออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาวะของหัวใจ และโรครวมของผู้ป่วย ควบคุมน้ำหนักให้ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) อยู่ระหว่าง 20-25 kg/m^2 จำกัดการรับประทานโซเดียมให้น้อยกว่า 2,000 mg/day และให้หยุดสูบบุหรี่

1.3 เป้าหมายของระดับความดันโลหิตที่หวังผลชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีระดับอัลบูมินในปัสสาวะ น้อยกว่า 30 mg/day หรือ PCR น้อยกว่า 150 mg/g คือ น้อยกว่า 140/90 mmHg

1.4 เป้าหมายของระดับความดันโลหิตที่หวังผลชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีระดับอัลบูมินในปัสสาวะ มากกว่า 30 mg/day หรือ PCR มากกว่า 150 mg/g คือ น้อยกว่า 130/80 mmHg

1.5 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั้งที่เป็นและไม่เป็นเบาหวานที่มี ACR 30-300 mg/g หรือ PCR 150-500 mg/g ควรได้รับยากลุ่ม ACEIs หรือ ARBs ถ้าไม่มีข้อห้ามในการใช้

1.6 ผู้ป่วยที่มีโรคไตเรื้อรังทั้งที่เป็นและไม่เป็นเบาหวานที่มี ACR 300 mg/day หรือ PCR มากกว่า 500 mg/g ควรได้รับยากลุ่ม ACEIs หรือ ARBs ถ้าไม่มีข้อห้ามในการใช้

1.7 ไม่มีข้อมูลสนับสนุนการใช้ยากลุ่ม ACEIs รวมกับ ARBs ในการชะลอการเสื่อมของไต

1.8 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับยากลุ่ม ACEIs หรือ ARBs ควรได้รับยาในขนาดปานกลาง หรือสูงตามที่มีการศึกษาวิจัยถึงผลดีของยาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

1.9 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังส่วนใหญ่จำเป็นต้องใช้ยาลดความดันโลหิตอย่างน้อย 2 ชนิดรวมกัน เพื่อควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับเป้าหมาย

1.10 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับยากลุ่ม ACEIs หรือ ARBs ควรได้รับการติดตามระดับครีเอตินีน และระดับโปแตสเซียมในเลือดเป็นระยะตามความเหมาะสม โดยยังสามารถใช้ยา

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์

ดังกลาวตอไปไดในกรณีที่มีการเพิ่มขึ้นของระดับครีแอตินีนในเลือดไมเกินรอยละ 30 จากคาตั้งตน หรือระดับโปแตสเซียมในเลือดนอยกวา 5.5 mmol/L

2. การลดปริมาณโปรตีนในปสสาวะ

2.1 เป้าหมายของระดับโปรตีนในปสสาวะที่หวังผลชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ไม่ได้เกิดจากเบาหวาน คือ AER นอยกวา 500-1,000 mg/day หรือ PCR น้อยกว่า 500-1,000 mg/g ภายในระยะเวลา 6 เดือน

2.2 เปาหมายของระดับโปรตีนในปสสาวะที่หวังผลชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่เกิดจากเบาหวาน คือ ลดระดับโปรตีนในปสสาวะใหต่ำที่สุดเทาที่จะทำได โดยไมเกิดผลขางเคียงจากยาที่รักษา

2.3 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ไดรับยากลุม ACEIs หรือ ARBs ควรปรับเพิ่มขนาดยาจนปริมาณโปรตีนในปสสาวะถึงเปาหมาย โดยไมเกิดผลขางเคียงจากยา

2.4 ไมแนะนำใหยากลุม ACEIs หรือ ARBs ในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไมมีความดันโลหิตสูงและปริมาณอัลบูมินในปสสาวะนอยกวา 30 mg/day

2.5 แนะนำใหใชยากลุม ACEIs หรือ ARBs ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่เปนเบาหวานและมี AER 30-300 mg/day หรือ ACR 30-300 mg/g

2.6 แนะนำใหใชยา ACEI หรือ ARB ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั้งที่เปนเบาหวานและไมไดเปนเบาหวานที่มี AER มากกวา 300 mg/g หรือ ACR มากกวา 300 mg/g

2.7 ไมมีขอมูลสนับสนุนการใชยากลุม ACEIs รวมกับ ARBs ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในการชะลอการเสื่อมของไต โดยเฉพาะในกลุมผูสูงอายุที่มีโรคหัวใจและหลอดเลือดรวมดวย หรือในผู้ป่วยเบาหวาน

3. การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคไตเรื้อรัง

3.1 เปาหมายของระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคไตเรื้อรังควรพิจารณาใหเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย โดยพิจารณาจากระยะเวลาที่เปนเบาหวาน อายุของผู้ป่วย ระยะเวลาที่คาดวาจะมีชีวิตอยู (Life Expectancy) หรืออายุขัยโรครวมตาง ๆ รวมถึงโรคหัวใจและหลอดเลือด และความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ โดยมีหลักเกณฑทั่วไป ดังนี้

3.1.1 ระดับน้ำตาลก อนอาหาร (Preprandial Capillary Plasma Glucose) ที่ระดับ 80-130 mg/dL (4.4-7.2 mmol/L) โดยผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ผู้ป่วยที่มี AER นอยกวา 300 mg/day และไมมีความเสี่ยงของการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำอาจควบคุมระดับน้ำตาลใหอยูใกลคาต่ำของระดับที่แนะนำ ในขณะที่ผูป่วยเบาหวานที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4-5 ผู้ป่วยที่มี AER มากกวา 300 mg/day หรือมีความเสี่ยงที่จะเกิด ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำควรควบคุมระดับน้ำตาลใหคอนมาทางคาสูงของระดับที่แนะนำ

3.1.2 ระดับน้ำตาลสูงสุดหลังอาหาร (Peak Postprandial Capillary Plasma Glucose) นอยกวา 180 mg/dL (นอยกวา 10.0 mmol/L)

3.1.3 เปาหมายระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ประมาณรอยละ 7.0 ในผู้ป่วยบางรายอาจพิจารณาลดระดับน้ำตาลอยางเขมงวดเพื่อใหใกลเคียงคาปกติ (HbA1C น้อยกว่ารอยละ 6.5) ไดแก ผู้ป่วยที่เปนเบาหวานไมนาน คาดวามีอายุขัยยืนยาว ไมมีโรคหัวใจและ

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

หลอดเลือด และมีความเสี่ยงต่ำที่จะเกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ เมื่อควบคุมระดับน้ำตาลอย่างเข้มงวด ในขณะที่ผู้ป่วยบางรายควรลดความเข้มงวดของการคุมระดับน้ำตาล (เป้าหมาย HbA1C ร้อยละ 7-8) ได้แก่ ผู้ที่เคยมีประวัติระดับน้ำตาลในเลือดต่ำรุนแรงหรือไม่มีการเฝ้าระวัง ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำที่ดีพอ ผู้ที่คาดว่ามีอายุขัยไม่นาน เป็นเบาหวานมานาน มีโรคหัวใจและหลอดเลือดหรืออาการแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดขนาดเล็กที่เป็นมากแล้ว หรือมีโรคอื่น ๆ ที่รุนแรงรวมด้วย

3.2 การใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด

3.2.1 กลุ่ม Biguanides (Metformin): สามารถใช้ยา Metformin ได้เมื่อ eGFR มากกว่าหรือเท่ากับ 45 ml/min/1.73 m^2 แต่ควรทบทวนหรือระวังการใช้ยาเมื่อ eGFR อยู่ในช่วง 30-44 ml/min/1.73 m^2 และไม่ควรใช้ยาหรือควรหยุดการใช้ยา Metformin เมื่อ eGFR น้อยกว่า 30 ml/min/1.73 m^2

3.2.2 กลุ่ม Sulfonylureas: สามารถใช้ได้แต่ควรเฝ้าระวังภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เนื่องจากการกำจัดยาลดลงในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-5 จึงควรเริ่มยาที่ขนาดต่ำ

3.2.2.1 Glibenclamide: ไม่แนะนำให้ใช้ถ้า eGFR น้อยกว่า 30 ml/min/1.73 m^2

3.2.2.2 Glipizide และ Gliclazide: สามารถใช้ได้ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยไม่ต้องปรับขนาดยา แต่ต้องระวังในผู้ป่วยที่ eGFR น้อยกว่า 10 ml/min/1.73 m^2

3.2.3 กลุ่ม Alpha-glucosidase Inhibitors: ไม่แนะนำให้ใช้ Acarbose ถ้า eGFR น้อยกว่า 30 ml/min/1.73 m^2 และไม่แนะนำให้ใช้ Miglitol ถ้า eGFR น้อยกว่า 25ml/min/1.73 m^2

3.2.4 กลุ่ม Meglitinides: Repaglinide และ Nateglinide สามารถใช้ได้ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง อย่างไรก็ตาม ในผู้ป่วยที่ eGFR น้อยกว่า 30 ml/min/1.73 m^2 ควรเริ่มยาที่ขนาดต่ำ (Repaglinide 0.5 mg/day หรือ Nateglinide 60 mg/day) และเพิ่มขนาดยาช้า ๆ ด้วยความระมัดระวัง

3.2.5 กลุ่ม Thiazolidinediones: สามารถใช้ได้ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยไม่ต้องปรับขนาดยาแต่ต้องระวังภาวะบวม และหัวใจวายจากการที่มีเกลือและน้ำคั่ง และมีรายงานความสัมพันธ์กับอัตรากระดูกหักเพิ่มขึ้น จึงอาจต้องระมัดระวังในผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องความแข็งแรงของกระดูก

3.2.6 กลุ่ม Dipeptidyl Peptidase-4 (DPP-4) Inhibitors: สามารถใช้ยากลุ่มนี้ได้ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่การทำงานของไตลดลงมาก โดยการปรับลดขนาดยา ได้แก่ Sitagliptin Saxagliptin และ Vildagliptin มีเพียงยา Linagliptin เท่านั้นสามารถใช้ได้โดยไม่ต้องปรับลดขนาดยา ขนาดยาปกติของ Sitagliptin คือ 100 mg/day แนะนำให้ลดขนาดยาเหลือร้อยละ 50 ของขนาดยาปกติ (50 mg/day) เมื่อ eGFR อยู่ในช่วง 30-50 ml/min/1.73 m^2 และลดขนาดยาเหลือร้อยละ 25 (25 mg/day) เมื่อ eGFR น้อยกว่า 30 ml/min/1.73 m^2 ส่วนยา Vildagliptin แนะนำให้ใช้ขนาดยา 50 mg/day เมื่อ eGFR น้อยกว่า 50 ml/min/1.73 m^2 และ Saxagliptin ใช้ขนาดยา 2.5 mg/day เมื่อ eGFR น้อยกว่าหรือเท่ากับ 50 ml/min/1.73 m^2

3.2.7 กลุมอินซูลิน (Insulins): เปนยาที่ใชเริ่มตนในผูปวยเบาหวานชนิดที่ 1 หรืออาจใชในเบาหวานชนิดที่ 2 โดยเฉพาะเมื่อมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงมาก (HbA1C มากกวา ร้อยละ 10 หรือระดับน้ำตาลในพลาสมากอนอาหารเชา มากกวา 250 mg/dL หรือระดับน้ำตาลในพลาสมาจากการสุมตรวจ (Random) มากกวา 300 mg/dL หรือสามารถใชอินซูลินรวมกับยารับประทานในกรณีที่ไมสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดใหไดตามเปาหมายดวยยารับประทาน 2 ชนิด นอกจากนี้ อินซูลินเปนยาที่เหมาะสำหรับผูปวยโรคไตเรื้อรังโดยเฉพาะเมื่อการทำงานของไตลดลงอยางมาก (eGFR นอยกวา 30 ml/min/1.73 m^2) อยางไรก็ตาม ควรมีการปรับลดขนาดของยาจากปริมาณเดิมที่ใชเมื่อการทำงานของไตลดลง โดยคำแนะนำทั่วไป ไดแก ควรลดขนาดยาอินซูลินรอยละ 25 เมื่อ GFR อยูในชวง 10-50 ml/min/1.73 m^2 และลดขนาดลงรอยละ 50 เมื่อ GFR นอยกวา 10 ml/min/1.73 m^2 รวมทั้งควรเฝาระวังภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำโดยการติดตามระดับน้ำตาลในเลือดเปนระยะ

4. โภชนบำบัดสำหรับผูปวยโรคไตเรื้อรัง

4.1 ผูปวยโรคไตเรื้อรังควรไดรับอาหารที่มีโปรตีนต่ำเพื่อชะลอการเสื่อมของไต โดยกำหนดระดับอาหารโปรตีนที่ผูปวยควรไดรับตอวัน ดังนี้

4.1.1 ผูปวยที่ eGFR นอยกวา 30 ml/min/1.73 m^2 (ระยะที่ 4-5) ควรไดรับโปรตีน 0.8 กรัม/กิโลกรัมของน้ำหนักตัวที่ควรเปน

4.1.2 ผูปวยโรคไตเรื้อรัง ควรไดรับโปรตีนที่มีคุณภาพสูง (High Biological Value Protein) หรือโปรตีนที่มีกรดอะมิโนจำเปนครบถวน ไดแก โปรตีนจากเนื้อสัตวหรือไขขาว เปนตน อยางนอยรอยละ 60

4.2 ผูปวยโรคไตเรื้อรังควรไดรับพลังงานที่เพียงพอจากอาหาร ดังนี้

4.2.1 ถาอายุนอยกวา 60 ปควรไดรับพลังงาน 35 Kcal/kg ของน้ำหนักตัวที่ควรเป็น กิโลกรัม/วัน

4.2.2 ถาอายุมากกวาหรือเทากับ 60 ป ควรไดรับพลังงาน 30-35 Kcal/kg ของน้ำหนักตัวที่ควรเปน กิโลกรัม/วัน วิธีการคำนวณน้ำหนักตัวที่ควรเปน

เพศชาย = ความสูง (cm) – 100

เพศหญิง = ความสูง (cm) – 110

4.2 ผูปวยโรคไตเรื้อรังควรไดรับการดูแลรักษาใหมีระดับโปแตสเซียมในเลือดอยูในเกณฑปกติในกรณีที่ผูปวยมีระดับโปแตสเซียมในเลือดสูง ควรคนหาสาเหตุ เชน จากการใชยากลุม ACEIs หรือยาขับปสสาวะที่ลดการขับสารโปแตสเซียม เปนตน และควรแนะนำใหรับประทานอาหารที่มีโปแตสเซียมต่ำ

4.3 ผูปวยโรคไตเรื้อรังที่มีความดันโลหิตสูงหรือมีอาการบวม ควรไดรับคำแนะนำใหรับประทานอาหารที่มีองคประกอบของโซเดียมนอยกวา 90 mmol/day (2,000 mg ของโซเดียม)

4.4 ผูปวยโรคไตเรื้อรังควรไดรับการชั่งน้ำหนัก คำนวณคาดัชนีมวลกาย วัดความดันโลหิต และตรวจอาการบวมทุกครั้งที่มาพบแพทย

4.5 ผูปวยโรคไตเรื้อรังควรไดรับการตรวจระดับอัลบูมินในเลือดทุก 3-6 เดือน โดยระดับอัลบูมินควรมากกวา 3.5 g/dL และไมมีภาวะทุพโภชนาการ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

4.6 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังควรได้รับการประเมินปริมาณโปรตีนที่ผู้ป่วยรับประทาน (Dietary Protein Intake) ทุก 3-6 เดือน โดยวิธีเก็บปสสาวะ คำนวณหาคา Normalized Protein Equivalent of Nitrogen Appearance (nPNA) ในกรณีที่ไมสามารถตรวจหาคา nPNA อาจใชวิธี Dietary Recall หรือ Food Record มาใชประเมินปริมาณ โปรตีนที่ผูปวยไดรับแทน

4.7 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังควรได้รับคำแนะนำดานโภชนาการจากผูเชี่ยวชาญ และได้รับการปรับเปลี่ยนคำแนะนำตามความรุนแรงและระยะของโรคไตเรื้อรัง

4.8 ในกรณีที่สามารถเก็บปสสาวะ 24 ชั่วโมงได ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังควรได้รับการประเมินปริมาณโซเดียมในปสสาวะอยางนอยทุก 3-6 เดือน โดยเฉพาะในกรณีที่มีความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไมได

5. การหลีกเลี่ยงยาหรือสารพิษที่ทำลายไต

5.1 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังควรหลีกเลี่ยงการได้รับยากลุม NSAIDs และกลุม Cyclooxygenase-2 (COX-2) Inhibitors รวมทั้งควรใชยากลุม Aminoglycosides และสมุนไพรดวยความระมัดระวัง เพราะอาจมีผลทำใหไตเสื่อมเร็วขึ้นได

5.2 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังควรหลีกเลี่ยงการได้รับ Radiocontrast Agents แตถาไมสามารถหลีกเลี่ยงได้ควรเลือกใช Radiocontrast Agents ชนิดที่เปน Low- หรือ Iso-osmolar Non-ionic Agents และควรได้รับการรักษาเพื่อปองกัน การเสื่อมของไต ได้แก การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และควรมีการติดตามคา GFR ที่ 48-96 ชั่วโมง ภายหลังจากการได้รับ Radiocontrast agents

5.3 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีคา GFR นอยกวา 15 ml/min/1.73 m^2 ควรหลีกเลี่ยงการได้รับ Gadolinium-based Contrast Agents เวนแตไมมีวิธีการวินิจฉัยอื่น ๆ ที่ดีกวา โดยขนาดของ Gadolinium-based Contrast Agents ที่ได้รับไมควรเกินจากที่ระบุไวในฉลากผลิตภัณฑและควรเว้นระยะของการใหซ้ำอยางเหมาะสม

5.4 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีคา GFR นอยกวา 30 ml/min/1.73 m^2 ในกรณีที่ตองได้รับ Gadolinium-based Contrast Agents ควรให Macrocyclic Chelate Preparation

5.5 ในการเตรียมลำไสเพื่อรับการตรวจวินิจฉัยสองกลองทางลำไสใหญ ไมควรใช Oral Phosphate-containing Bowel Preparations ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีคา GFR นอยกวา 60 ml/min/1.73 m^2 เนื่องจากมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะ Phosphate Nephropathy

สรุป แนวคิดเกี่ยวการดูแลโรคไตเรื้อรังได้แก่ การจำกัดสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคไตเรื้อรัง เช่น การควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือด การหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารเค็ม การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การหลีกเลี่ยงการรับประทานยาที่ส่งผลต่อไต โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจะได้รับบริการที่หน่วยบริการ โดยจำแนกตามระดับอัตราการกรองของไตเพื่อให้ได้รับการรักษาที่เหมาะสม ซึ่งจะสามารถช่วยชะลอไตเสื่อมไม่ให้เข้าสู่ระยะในการบำบัดทดแทนไตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.2.7 การดำเนินงานชะลอไตเสื่อมในจังหวัดจันทบุรี

การดำเนินงานชะลอไตเสื่อมในจังหวัดจันทบุรีมีแนวทางปฏิบัติเพื่อดำเนินงานลดโรคไตเรื้อรัง CKD ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยแบ่งการดำเนินงานออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่

1. หน่วยบริการปฐมภูมิ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและศูนย์สุขภาพชุมชนที่อยู่ในโรงพยาบาลชุมชน โดยหน่วยบริการปฐมภูมิดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะที่ 1-3A ที่มีระดับอัตราการกรองมากกว่า 45 ml/min/1.73 m^2 บุคลากรที่ให้บริการชะลอไตเสื่อมในหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพประจำหน่วยบริการปฐมภูมิ ระบบบริการเน้นการส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรังซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายของคลินิกชะลอไตเสื่อม

2. หน่วยบริการทุติยภูมิ ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน โดยหน่วยบริการทุติยภูมิดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะที่ 3B-5 ที่มีอัตราการกรองของไตน้อยกว่า 45 ml/min/1.73 m^2 บุคลากรที่ให้บริการ ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพที่ประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพและนักโภชนากร โดยให้บริการชะลอไตเสื่อมประกอบด้วย การประเมินอัตราการกรองของไต การให้บริการชะลอไตเสื่อม การให้ความรู้ทั้งรายกลุ่มและรายบุคคล นอกจากนี้ยังเป็นหน่วยประสานงานเตรียมผู้ป่วยในการเข้าสู่การบำบัดทดแทนไตที่เหมาะสม

3. หน่วยบริการตติยภูมิ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โดยหน่วยบริการตติยภูมิดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะที่ 4-5 ที่มีอัตราการกรองของไตน้อยกว่า 30 ml/min/1.73 m^2 บุคลากรที่ให้บริการ ได้แก่ อายุรแพทย์โรคไต เภสัชกร พยาบาลเฉพาะทางด้านการบำบัดทดแทนไตและนักโภชนากร ซึ่งการให้บริการมีความเฉพาะทาง ได้แก่ การให้บริการเตรียมเข้าสู่การบำบัดทดแทนไตทั้ง 3 วิธี ได้แก่ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้อง และการปลูกถ่ายไต

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับการแพทย์วิถีธรรม

จากการสำรวจเอกสารทางวิชาการที่เกี่ยวกับแนวคิดว่าด้วยการแพทย์วิถีธรรม ผู้วิจัยได้วิเคราะห์และสังเคราะห์เนื้อหาที่จะนำมาใช้ในดุษฎีนิพนธ์นี้แบ่งออกเป็น 3 หัวข้อใหญ่ ๆ คือ

2.3.1 ฐานคิดของการแพทย์วิถีธรรม

2.3.2 หลักการแพทย์วิถีธรรม

2.3.1 ฐานคิดของการแพทย์วิถีธรรม

จากการวิเคราะห์เอกสารทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง สามารถสรุปได้ว่า การแพทย์วิถีธรรมนั้นตั้งอยู่บนฐานคิดทางการแพทย์ที่เรียกว่า แนวคิดเรื่องธาตุ (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2533 : 605) ได้ให้ความหมายว่า ธาตุ หมายถึง คุณลักษณะเฉพาะที่เป็นธรรมชาติขององค์ประกอบที่บูรณาการเข้าเป็นสรรพสิ่ง ความหมายดังกล่าวสอดคล้องกับความหมายที่ท่าน ประยุทธ์ ปยุตโต (2533 : 113) ได้ให้ความหมายคำว่าธาตุไว้ว่า เป็นสิ่งที่ทรงสภาวะของมันอยู่เองตามธรรมดาของเหตุปัจจัย ธาตุนั้นมีลักษณะทั้งทางรูปธรรมและนามธรรม ตัวอย่างเช่น แนวคิดเรื่องธาตุ 4 คือ ดิน น้ำ ลมและไฟนั้นถือว่าเป็นองค์ประกอบพื้นฐานในการก่อรูปเป็นร่างกายของมนุษย์โดยธาตุดิน จะมีลักษณะแข็งและมีธรรมชาติไม่ร้อนไม่เย็น ส่วนธาตุน้ำจะมีลักษณะเหลวและมีธาตุชาติหนาว

นอกจากนี้ ธาตุลม มีลักษณะเคลื่อนไหวและมีธรรมชาติเย็นและอันสุดท้ายธาตุไฟ มีลักษณะให้แสงสว่างมีมีธรรมชาติร้อน (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2533 : 605)

การแพทย์บนฐานคิดเรื่องธาตุนั้นมองว่าความเจ็บป่วยเกิดขึ้นจากการแปรปรวนของธาตุทั้ง 4 จนเสียความสดุล ดังนั้นการรักษาความเจ็บป่วยดังกล่าวจึงต้องมุ่งไปที่การปรับให้เกิดความสมดุลในร่างกายอีกครั้งหนึ่ง ตัวอย่างเช่น ธาตุพิการ เกิดจากภาวะผิดปกติในดุลยภาพธาตุกำเริบ เกิดจากมีธาตุใดธาตุหนึ่งมากเกินไป ธาตุหย่อน เกิดจากการมีธาตุใดธาตุหนึ่งน้อยเกินไป ธาตุแตก เกิดจากการที่มีธาตุใดธาตุหนึ่งแยกออกจากร่างกาย เป็นต้น เมื่อเกิดความไม่สมดุลของธาตุจนก่อให้เกิดความเจ็บป่วยนั้น แนวคิดเรื่องธาตุ 4 มักจะใช้สมุนไพรเพื่อช่วยในการสร้างความสมดุลให้กลับมา โดยวิเคราะห์สมุนไพรแยกออกเป็นรสต่าง ๆ เพื่อช่วยรักษาโรค เช่น รสฝาดมีฤทธิ์สมานรสหวานให้กำลัง รสเมาเพื่อแก้พิษ รสขมแก้เรื่องโลหิต รสเผ็ดร้อนช่วยขับลม รสมันแก้เข็ดขัดยอกและปัญหาเส้นเอ็น รสเย็นช่วยบำรุงกำลัง รสเค็มช่วยรักษาเนื้อและรสเปรี้ยวช่วยขับเสมหะ (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2533 : 607-610)

ส่วนแนวคิดเรื่องธาตุของการแพทย์วิถีธรรมนั้นตั้งอยู่บนหลักการแพทย์วิถีพุทธ การแพทย์วิถีพุทธนั้นมีแนวคิดเรื่องธาตุที่เรียกว่า ธาตุ 6 คือ (พระเทพเวที, 2533 : 112)

1. ปัถวีธาตุ หรือธาตุดิน หมายถึง สภาวะที่แผ่ไปหรือกินเนื้อที่ที่เรียกว่า ธาตุเข้มแข็ง
2. อาโปธาตุ หรือธาตุน้ำ หมายถึง สภาวะที่เอิบอาบดูดซึม หรือที่เรียกว่าธาตุเหลว
3. เตโชธาตุ หรือธาตุไฟ หมายถึง สภาวะที่ทำให้ร้อน
4. วาโยธาตุ หรือธาตุลม หมายถึง สภาวะที่ทำให้เคลื่อนไหว
5. อากาสธาตุ หมายถึง สภาวะที่ว่าง
6. วิญญาณธาตุ หรือธาตุรู้ หมายถึง สภาวะที่รู้แจ้งในอารมณ์ คือ อายตนะภายนอกทั้ง 6 ได้แก่ รูป รส กลิ่น เสียง สัมผัส และธรรมารมย์

จากแนวคิดเรื่องธาตุ 6 ของหลักการแพทย์วิถีพุทธ ได้พัฒนามาสู่การแพทย์วิถีธรรม โดยการนำของ ดร.ใจเพชร กล้าจน (หมอเขียว) ฐานคิดธาตุทั้ง 6 ได้อธิบายเรื่องสาเหตุความเจ็บป่วยที่เกิดจากการเสียสมดุลของธาตุทั้ง 6 รวมถึงการรักษาให้เกิดความสมดุลของธาตุทั้ง 6 โดยอ้างอิงจากพระไตรปิฎกดังนี้

คำตรัสในพระไตรปิฎก เล่มที่ 11 “สังคีติสูตร” ข้อที่ 239 กล่าวถึงที่ตั้งแห่งความเพียร 5 อย่าง หนึ่งใน 5 อย่างนั้น พระพุทธองค์ตรัสว่า การเป็นผู้ทำความสบายแก่ตนเอง คือ“เป็นผู้มีโรคน้อย มีทุกข์น้อย ประกอบด้วยเตโชธาตุ (ความร้อนในร่างกาย) อันมีวิบาก (ผล) เสมอกัน ไม่เย็นนัก ไม่ร้อนนัก เป็นอย่างกลางๆ ควรแก่ความเพียร” (ใจเพชร กล้าจน, 2555 : 4-5)

นอกจากนี้หมอเขียว (ใจเพชร กล้าจน, 2561 : 12-13) ยังได้ยกพุทธภาษิตที่สะท้อนถึงฐานคิดของการแพทย์วิถีธรรมที่สำคัญคือ

“อาหารเป็นหนึ่งในโลก”

“จิตวิญญาณเป็นประธานของสิ่งทั้งปวง”

“จิตที่แจ่มใสอยู่ในร่างกายที่เข้มแข็ง”

หลักการข้อแรกที่หมอเขียวยึดไว้ในการแพทย์วิถีธรรมคือ หลักร้อนเย็น ซึ่งหมอเขียวได้อธิบายไว้ว่า (ใจเพชร กล้าจน, 2555 : 4-5)

สถาบันวิทยบริการ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

“ตอนนั้นปิ๊งขึ้นมาว่าการปรับร้อนเย็นน่าจะเป็นผลมันอาจจะมีอะไรสักอย่างอยู่ในเรื่องสมดุลร้อนเย็น ซึ่งการแพทย์แผนจีนและการแพทย์พื้นบ้านก็มีวิธีนี้การปรับสมดุลร้อนเย็นคือปรับธาตุดินน้ำลมไฟ เรื่องพวกนี้มีมาตั้งแต่ดั้งเดิมคนซีกโลกเอเชียมีวิธีการปรับสมดุลร้อนเย็นเป็นพื้นฐานรักษาความเจ็บป่วยมานานแล้วและใช้ได้ผลมาเป็นพันปี มีตัวชี้วัดความสบายถ้าสบายขึ้นแปลว่าปรับร้อนเย็นได้ถูกต้องแล้ว”

จะพบได้ว่าตัวชี้วัดของเป้าหมายการรักษาความเจ็บป่วยให้เกิดความสมดุลนั้นก็คือหลักความสบายซึ่งหมอเขียวได้นำมาจาก กกจูปมสูตร ของพระไตรปิฎก หมอเขียวได้อธิบายภาวะเรื่องความสบายตามแนวคิดของการแพทย์วิถีธรรมไว้ว่า (ใจเพชร กล้าจน, 2555 : 4-5)

“การอยู่สบายจึงเป็นการเตือนตัวเองในทางหนึ่งสบายก็พอแล้วปลอดภัยแล้วแม้แต่พระพุทธเจ้าท่านก็ใช้คำว่าเจ็บป่วยน้อยลำบากกายน้อยไม่ใช้ว่าหายโรค”

“ความสุขที่แท้ไม่ใช่หายโรคไม่หายโรคแต่อยู่ในความสบายต่างหาก บางคนตรวจแล้วไม่มีโรคแต่ไม่มีความสบาย เมื่อพระพุทธเจ้าพระองค์ให้ดูที่สบายผมก็ยึดตามท่านเพราะบางคนไม่ป่วยแต่ก็ไม่สบาย ถามเขาว่าเขาได้สิ่งที่ดีที่สุดในชีวิตหรือยัง ก็ยัง ดีที่สุดต้องทั้งใจทั้งกาย”

กล่าวโดยสรุปแล้วตัวชี้วัดสุขภาพที่ดีของการแพทย์วิถีธรรมมี 5 ข้อ ดังนี้ 1) ความเจ็บป่วยน้อย 2) ความลำบากกายน้อย 3) เบากาย 4) มีกำลัง 5) เป็นอยู่ผาสุก (ใจเพชร กล้าจน, 2558 : 104-105)

จากฐานคิดการแพทย์วิถีพุทธทำให้หมอเขียวสามารถที่จะบูรณาการการแพทย์ทางเลือกต่าง ๆ มาประยุกต์ใช้กับสถานการณ์ในปัจจุบันของโลกที่ถือว่าอยู่ในช่วงที่โลกร้อนขึ้นแต่ความหมายของโลกที่ร้อนขึ้นนั้นจะมีความหมายในลักษณะการแพทย์วิถีธรรมคือ เป็นเรื่องความร้อนทางกายภาพและทางด้านจิตใจ ดังจะเห็นได้จากคำสัมภาษณ์ของหมอเขียวที่ว่า

“ตรงนี้พอไขรหัสของพระพุทธเจ้าได้ก็สามารถบูรณาการองค์ความรู้แผนทางเลือกต่าง ๆ ได้ อย่างความรู้ในต่างประเทศ เขาปรับเข้าหาอากาศหนาวของเขา เราก็ปรับเข้าหาอากาศร้อนของเราแพทย์แผนไทยที่เคยปรับได้ผลในอดีตก็เอามาปรับใหม่ให้เข้ากับสภาพอากาศร้อนในปัจจุบันโลกร้อนขึ้นเราต้องปรับให้ยาเย็นมากขึ้น

โลกร้อนขึ้นของหมอเขียวไม่ได้กินความแค่อุณหภูมิโลกสูงขึ้นหรือผืนป่าลดลงกว่าแต่ก่อนหากรวมถึงพฤติกรรมของมนุษย์ที่มีแนวโน้มร้อนขึ้นทุกวัน อันนำมาสู่ความเจ็บป่วย

ระดับความร้อนที่เพิ่มสูงไม่ต่างไปจากไฟบรรลัยการเผาผลาญร่างกายให้เสื่อมลงเพราะเมื่องุ่นง่านใจหรือโกรธเกลียด ต่อมหมวกไตจะหลั่งสาร Adrenaline มาทำลายเซลล์หรือความเร่งรีบผลิตในกระบวนการอุตสาหกรรม ทำให้มนุษย์ใช้สารเคมีเข้ามาผลจึงมีสารตกค้างมากขึ้นที่เป็นพิษปะปนในอาหารและเครื่องใช้ เมื่อร่างกายรับไปสะสมจำนวนมากก็เกิดความผิดปกติกลายเป็นความเจ็บป่วยต่าง ๆ รวมไปถึงกระตุ้นให้เกิดมาหลายอย่างมะเร็ง”

พฤติกรรมของมนุษย์ที่มีแนวโน้มร้อนขึ้นทุกวันจนก่อให้เกิดปัญหาความเจ็บป่วยได้เช่นเดียวกันนี้หมอเขียวจึงได้นำหลักธรรมทางพุทธศาสนาเกี่ยวกับการฝึกปรือจิตใจให้ดีงาม ละสบาปบำเพ็ญกุศล ทำความไร้กังวลให้กับชีวิตมาใช้ในการแพทย์วิถีธรรมด้วย

2.3.2 หลักการแพทย์วิถีธรรม

หมอเขียวได้นำเสนอหลักการแพทย์วิถีธรรมจากพื้นฐานของแนวคิดธาตุทั้ง 6 ที่ว่า (ใจเพชร กล้าจน, 2555 : 4-5)

“ตามหลักการแพทย์วิถีธรรมพบว่าร้อนเย็นไม่สมดุลทำให้เกิดโรคทุกโรค เช่น มะเร็ง หัวใจ เบาหวาน ความดัน ไขมัน รวมทั้งโรคติดเชื้อและไม่ติดเชื้อต่าง ๆ การปรับสมดุลร้อนเย็นจะส่งเสริมให้สุขภาพแข็งแรงขึ้น ช่วยลดโรคทุกโรค”

ในการประยุกต์หลักการแพทย์วิถีธรรมกับสถานการณ์ในปัจจุบันเพื่อปรับความสมดุลร้อนเย็นหมอเขียวได้ชี้ให้เห็นสาระสำคัญดังนี้ (ใจเพชร กล้าจน, 2555 : 4-5)

“ร้อยละ 80 ของคนยุคนี้มักจะมีภาวะร้อนเกินอาการเด่นที่มักเกิดเมื่อมีภาวะร้อนเกิน คือ เมื่อกระทบอากาศร้อนอาหารหรือสมุนไพรฤทธิ์ร้อนแล้วรู้สึกไม่สบายทำให้เกิดโรคได้ทุกโรค เมื่อกระทบอากาศเย็นอาหารหรือสมุนไพรฤทธิ์เย็นแล้วรู้สึกสบายให้ปรับสมดุลด้วยสูตรเย็น

ร้อยละ 5 ของคนยุคนี้จะมีภาวะเย็นเกินอาการเหม็นที่มักเกิดเมื่อมีภาวะเย็น คือ เมื่อกระทบอากาศเย็นอาหารหรือสมุนไพรฤทธิ์เย็นแล้วรู้สึกไม่สบายทำให้เกิดโรคได้ทุกโรคเมื่อกระทบอากาศร้อนอาหารหรือสมุนไพรฤทธิ์ร้อนแล้วรู้สึกสบายให้ปรับสมดุลด้วยสูตรเย็น

ร้อยละ 15 ของคนยุคนี้จะมีภาวะร้อนเกินและเย็นเกินเกิดขึ้นพร้อมกัน คือ กระทบเย็นก็รู้สึกไม่สบายกระทบร้อนก็รู้สึกไม่สบายทำให้เกิดโรคได้ทุกโรคเมื่อใช้ร้อนเย็นผสมกันแล้วรู้สึกสบายให้ปรับสมดุลด้วยสูตรร้อนผสมกับสูตรเย็น

โดยปรับสมดุลไปสู่จุดสุขสบายเบากายมีกำลังและปรับกลับไปกลับมาตามภาวะร้อนเย็นของผู้นั้น ณ สิ่งแวดล้อมปัจจุบันนั้น ๆ อาจเลือกวิธีการปรับสมดุล ทำข้อใดข้อหนึ่งหรือหลายข้อร่วมกันตามความเหมาะสมของแต่ละคน ข้อใดที่ทำแล้วรู้สึกสุขสบายเบากายมีกำลังแสดงว่าเหมาะสมกับผู้นั้น ณ เวลานั้นควรทำต่อไปส่วนข้อใดที่ทำแล้วรู้สึกไม่สบายไม่สุขสบายหนักตัวอ่อนเพลียแสดงว่าไม่เหมาะสมกับผู้นั้น ณ เวลานั้นควรงดเสีย”

เทคนิคการปรับสมดุลจากประสบการณ์ของหมอเขียวได้พัฒนามาเป็น 9 เทคนิคโดยแบ่งออกเป็น 3 หมวดหลัก ดังนี้

1. หมวดเม็ดเลิศ เป็นหมวดการดูแลเชิงนามธรรม ซึ่งให้ผลการดูแลเป็นเลิศกว่าด้านทางโลก เป็นหมวดที่ทุกคนควรที่จะพากเพียรปฏิบัติมากที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ ประกอบด้วยยา 2 เม็ด ได้แก่

1.1 ยาเม็ดที่ 8 ใช้ธรรมมะ ละบาป บำรุงกุศล ทำจิตใจให้ผองใส วิธีการปฏิบัติคือใช้ธรรมะทำใจให้เป็นสุข ยินดี เต็มใจ เบิกบาน แจ่มใส สงบ สบาย ไร้กังวลจิตใจ ซึ่งจะมีผลอย่างมากต่อการเกิดความสุขหรือความทุกข์ การเน้นฝึกลด ละ เลิกและหลีกเลี่ยงอารมณ์ที่ทำลายสุขภาพ/อารมณ์ที่เป็นพิษ ได้แก่ ความเครียด ความเร่งรีบ/เร่งรัด/เร่งร้อน ความกลัว ความวิตกกังวล ความ ไม่โปร่ง ไม่โล่ง ไม่สบายใจ ความไม่พอใจ ความมุ่งร้าย อาฆาต พยาบาท ความโลภ โกรธ หลง ยึดเกินเอาแต่ใจตัวเอง เป็นต้น

สิ่งที่สำคัญของยาเม็ดที่ 8 คือการปฏิบัติตนตามแนวธรรมมะและพุทธศาสนาการปฏิบัติเพื่อการพ้นทุกข์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการถือศีล การวิปัสสนา การทำใจให้สบาย ไม่กังวลกับ

ความตาย การไม่ยึดมั่นถือมั่น จะทำให้ความเจ็บป่วยทุเลาลงได้ ในขณะที่เมื่อใจเป็นทุกข์ยิ่งทำให้ความเจ็บป่วยรุนแรงมากยิ่งขึ้น

1.2. ยาเม็ดที่ 9 การรู้เพียร รู้พักให้พอดี การยึดมั่นบนทางสายกลาง การไม่หักโหมในการปฏิบัติมากจนเกินไป ในขณะที่ไม่ละเลยการปฏิบัติน้อยจนเกินไป ซึ่งจะก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพมากเช่นกัน ดังนั้น การปฏิบัติทุกกิจกรรมจึงควรยึดมั่นบนทางสายกลาง ไม่มากและไม่น้อยจนเกินไปจะอยู่บนความพอดี

2. หมวดเม็ดหลัก เป็นการดูแลตามหลักสุขภาพที่เห็นผลในเชิงรูปธรรม ดังนั้นบุคคลควรปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี ประกอบด้วยยา 2 เม็ด ได้แก่

2.1 ยาเม็ดที่ 7 การรับประทานอาหารปรับสมดุลตามภาวะร้อนเย็นของร่างกาย โดยการบริโภคอาหารควรบริโภคอาหารที่ไร้สารพิษ เพิ่มการรับประทานผักและผลไม้ที่ไม่หวานจัด ควรปรุงอาหารด้วยการต้มหรือนึ่ง ปรุงรสไม่จัดจนเกินไป งดการรับประทานอาหารที่มีรสจัด เช่น หวานจัด เค็ม ไขมันและปรุงรสด้วยรสจัดอื่น ๆ มากจนเกินไป การลด ละ เลิกการสูบบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ชา กาแฟ น้ำอัดลม อาหารแปรรูป งดรับประทานอาหารเสริมที่ผ่านกระบวนการแปรรูป โดยแบ่งการรับประทานอาหารปรับสมดุลออกเป็น 3 กรณีดังนี้

กรณีที่ 1 ภาวะร้อนเกินหรือเย็นหลอก มีขั้นตอนในการรับประทานอาหารปรับสมดุลดังนี้ การดื่มสมุนไพรปรับสมดุล เช่น น้ำสมุนไพรต่าง ๆ ที่มีฤทธิ์เย็น การรับประทานผลไม้ที่มีฤทธิ์เย็น งดการรับประทานผลไม้ที่มีฤทธิ์ร้อน รับประทานผักสดที่มีฤทธิ์เย็นที่ไม่ปรุงรสจัดจนเกินไป การรับประทานข้าวจ้าวพร้อมกับข้าว หลีกเลี่ยงการทำอาหารโดยการปรุงที่เกิดจากความร้อน การรับประทานต้มถั่วหรือธัญพืชที่มีฤทธิ์เย็น งดหรือลดโปรตีนที่มีฤทธิ์ร้อน เช่น เนื้อ นม ไข่ งดหรือลดอาหารที่มีไขมันสูง

กรณีที่ 2 ภาวะเย็นเกินหรือร้อนหลอก มีขั้นตอนในการรับประทานอาหารปรับสมดุลเช่นเดียวกัน ได้แก่ การดื่มน้ำสมุนไพร การรับประทานผลไม้ การรับประทานผัก การรับประทานข้าวพร้อมกับข้าว และการรับประทานต้มถั่วหรือธัญพืช แต่ให้ลดหรืองดสิ่งที่มีฤทธิ์เย็นแล้วเพิ่มสิ่งที่มีฤทธิ์ร้อนเข้าไปแทน

กรณีที่ 3 ภาวะร้อนเกินและเย็นเกินเกิดขึ้นพร้อมกัน มีขั้นตอนในการรับประทานอาหารปรับสมดุลเช่นเดียวกัน แต่การปรับอาหารสมดุลให้กดน้ำร้อนลงในอาหารที่มีฤทธิ์เย็น ส่วนผลไม้ให้รับประทานผลไม้สดควบคู่กับผลไม้ที่ผ่านความร้อน เช่น การต้ม การนึ่ง การตาก เนื่องจากความร้อนที่เข้าไปในผักหรือผลไม้จะช่วยแก้ฤทธิ์เย็นส่วนผักและผลไม้เย็นจะช่วยแก้ฤทธิ์ร้อน

2.2 ยาเม็ดที่ 6 การออกกำลังกาย กดจุดลมปราณ โยคะ กายบริหาร ที่ถูกต้อง โดยกายบริหารหรือการออกกำลังกายมี 2 ลักษณะ ได้แก่ การออกกำลังกายที่ต้องใช้แรงกายและการออกกำลังกายที่สร้างความยืดหยุ่นให้กับกล้ามเนื้อและเส้นเอ็น โดยวิธีการบริหารกายที่ถูกต้องสมดุลและเป็นประโยชน์สูงสุดของร่างกาย จะสามารถสังเกตได้จากอาการ 3 ประการ ได้แก่ กล้ามเนื้อมีความแข็งแรง กล้ามเนื้อและเส้นเอ็นมีความยืดหยุ่น และการเข้าที่เข้าทางของกล้ามเนื้อเส้นเอ็นและกระดูก

3. หมวดเม็ดเสริม ใช้สำหรับเสริมในการปรับสมดุลร้อนเย็น โดยปริมาณที่ใช้ไม่มากไปหรือน้อยไป ประกอบด้วยยา 5 เม็ด ได้แก่

3.1 ยาเม็ดที่ 1 การรับประทานสมุนไพรปรับสมดุล โดยในกรณีที่มีภาวะร้อนเกินหรือเย็นหลอก ดื่มน้ำสมุนไพรฤทธิ์เย็นหรือคลอโรฟิลล์สดจากธรรมชาติ ในกรณีภาวะร้อนและเย็นเกินเกิดขึ้นพร้อมกัน ให้กดน้ำร้อนใส่น้ำสมุนไพรฤทธิ์เย็น หรือนำไปต้มให้เดือดก่อนดื่ม ส่วนกรณีภาวะเย็นเกินหรือร้อนหลอกให้ตัดสมุนไพรที่มีฤทธิ์เย็นออกแล้วทานสมุนไพรที่มีฤทธิ์ร้อนอย่างเดียว นอกจากนี้การถอนพิษร้อนของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับธาตุของคนนั้น ๆ ด้วย

3.2 ยาเม็ดที่ 2 กัวซาหรือขูดซาหรือขูดพิษหรือขูดลม วิธีกัวซาที่ได้ผลดีควรเลือกสมุนไพรให้เหมาะกับภาวะร้อนเย็น ณ ปัจจุบันของร่างกาย กรณีร้อนเกินหรือเย็นหลอกให้ใช้สมุนไพรฤทธิ์เย็นหรือน้ำเปล่าทาบนผิวหนังก่อนขูดซาหรือสามารถขูดซาได้เลย โดยที่ไม่ต้องทาอะไรก็ช่วยถอนพิษได้ กรณีมีอาการของภาวะเย็นเกินหรือร้อนหลอกให้ใช้สมุนไพรฤทธิ์ร้อนหรือน้ำมันพืชเปล่า ๆ ทาก่อนขูดกัวซา กรณีมีอาการทั้งร้อนและเย็นเกินเกิดขึ้นพร้อมกันควรใช้สมุนไพรฤทธิ์ร้อนและเย็นผสมทาก่อนขูดซาหรือขูดซาโดยที่ไม่ต้องทาอะไรเลย หลักการขูดกัวซาคือการขูดแต่ละครั้งให้ลงน้ำหนักแรงพอสบาย ไม่แรงเกินจนทรมาน ไม่เบาเกินจนรำคาญ

3.3 ยาเม็ดที่ 3 การสวนล้างลำไส้ใหญ่ (Colon Detoxification) ด้วยสมุนไพร เป็นการปรับสมดุลด้วยการล้างพิษที่เกิดจากพิษของเนื้ออุจจาระที่หมักหมม พิษที่เกิดจากสิ่งที่เป็นพิษมากำจัดที่ตับและพิษที่เกิดจากพลังงานความร้อน โดยถ้าร่างกายมีภาวะร้อนเกินหรือเย็นหลอกให้ใช้สมุนไพรฤทธิ์เย็นในการสวนล้าง ถ้าร่างกายมีภาวะเย็นเกินหรือร้อนหลอกให้ใช้สมุนไพรฤทธิ์ร้อนในการสวนล้าง ถ้ามีภาวะทั้งร้อนและเย็นเกิดขึ้นพร้อมกันใช้สมุนไพรฤทธิ์เย็นผ่านไฟ ต้มหรือกดน้ำร้อนใส่แล้วผสมน้ำธรรมดาให้อุ่น หรือใช้ทั้งสมุนไพรฤทธิ์เย็นและฤทธิ์ร้อนพร้อมกัน

3.4 ยาเม็ดที่ 4 การแช่มือแช่เท้าหรือส่วนที่ไม่สบายด้วยสมุนไพร สำหรับในกรณีที่มีภาวะร้อนเกินหรือเย็นหลอกให้ใช้สมุนไพรฤทธิ์เย็น กรณีที่มีภาวะเย็นเกินหรือร้อนหลอกให้ใช้สมุนไพรฤทธิ์ร้อน กรณีที่มีทั้งร้อนเกินและเย็นเกินเกิดขึ้นพร้อมกันก็ให้ใช้สมุนไพรฤทธิ์เย็นต้ม หรืออาจใช้สมุนไพรทั้งร้อนและเย็นผสมกัน

3.5 ยาเม็ดที่ 5 การพอก ทา หยอด ประคบ อบ อาบ เช็ด ด้วยสมุนไพร สำหรับการพอก ทา หยอด ประคบ อบ อาบ เช็ด ด้วยสมุนไพร มีหลักการเช่นเดียวกัน ได้แก่ มีภาวะร้อนเกินหรือเย็นหลอกให้ใช้สมุนไพรฤทธิ์เย็น กรณีที่มีภาวะเย็นเกินหรือร้อนหลอกให้ใช้สมุนไพรฤทธิ์ร้อน กรณีที่มีทั้งร้อนเกินและเย็นเกินเกิดขึ้นพร้อมกันก็ให้ใช้สมุนไพรฤทธิ์เย็นต้ม หรืออาจใช้สมุนไพรทั้งร้อนและเย็นผสมกัน

สรุปการนำการแพทย์วิถีธรรมไปใช้ในการดูแลสุขภาพนั้นสามารถนำไปใช้ให้ครอบคลุมการดูแลสุขภาพทั้ง 4 มิติ ได้แก่ มิติด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาสุขภาพ และการฟื้นฟูสภาพ โดยเน้นการใช้ยา 3 หมวด ได้แก่ หมวดยาเลิศซึ่งมีความสำคัญมากผู้ป่วยควรปฏิบัติให้มากที่สุดจะส่งผลดีในการดูแลสุขภาพ หมวดยาหลักซึ่งมีความจำเป็นอย่างยิ่งและให้ผลดีในเชิงการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย และหมวดสุดท้าย คือ หมวดยาเสริมซึ่งใช้ควบคู่กับหมวดยาจะสามารถทำให้ส่งเสริมประสิทธิภาพในการรักษาและการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี ดังนั้นการแพทย์วิถีธรรมเหมาะอย่างยิ่งกับผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้าถึงการรับบริการทางด้านสาธารณสุข เนื่องจากเป็นวิถีแห่งการดูแลโดยการใช้ธรรมชาติและหลักแห่งความพอเพียงในการดูแลตนเอง สามารถใช้ในวิถีชีวิตของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี

2.4 แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชน

ในการสำรวจแนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชนผู้วิจัยจะนำเสนอเนื้อหาออกเป็น 2 ส่วนคือ แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมโดยทั่วไปในทางวิชาการและส่วนที่ 2 เป็นการนำเสนอแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยตรง

แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมโดยทั่วไปจะใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมในการพัฒนาของ เดนิส กูเลท (Denis Goulet, 1989 : 165-178) เป็นหลักในการวิจัยเนื่องจากกูเลทได้ทำการสำรวจองค์ความรู้เกี่ยวกับเรื่องดังกล่าวได้อย่างกว้างขวางในลักษณะของการวิพากษ์วิจารณ์และนำเสนอการสังเคราะห์ใหม่ที่สอดคล้องต่อการพัฒนาในประเทศไทย อย่างไรก็ดี ผู้วิจัยจะวิพากษ์และสังเคราะห์แนวคิดของกูเลทให้สอดคล้องเจาะจงต่อปัญหา

กูเลทได้แบ่งประเภทของการมีส่วนร่วมออกมาได้หลายรูปแบบตามเกณฑ์ของการแบ่งโดยอาศัยความหมายการมีส่วนร่วมในการพัฒนาว่าหมายถึง ความพยายามร่วมกันของกลุ่มและขบวนการทางสังคมเพื่อเพิ่มบทบาทการอำนาจการควบคุมทรัพยากรและสถาบันที่ครอบงำในสังคม ดังนี้คือ

1. การแบ่งประเภทการมีส่วนร่วมในฐานะที่เป็นเป้าหมาย (Goal) หรือวิธีการ (Means) ในภาคปฏิบัติแล้วการมีส่วนร่วมมักถูกมองว่าเป็นวิธีการมากกว่าเป้าหมาย คือมองว่าการมีส่วนร่วมของกระบวนการที่นำไปสู่การตัดสินใจหรือปฏิบัติการที่ดีขึ้น ในขณะที่อีกกลุ่มหนึ่งมองว่าการมีส่วนร่วมนั้นเป็นเรื่องของเป้าหมายเป็นสำคัญโดยลดความสำคัญของเรื่องการมีประสิทธิภาพการมีส่วนร่วมลงไปและเน้นการมีส่วนร่วมที่เท่าเทียมกัน อย่างไรก็ดี กูเลท เห็นว่าต้องมองการมีส่วนร่วมว่ามีทั้ง 2 ด้าน คือ ทั้งด้านที่เป็นเป้าหมายและด้านที่เป็นวิธีการเนื่องจากเป็นลักษณะที่สอดคล้องกับประเทศกำลังพัฒนาส่วนใหญ่ที่ซึ่งมองว่าการมีส่วนร่วมนั้นมีคุณค่าในตัวมันเองในฐานะที่มีเป็นเป้าหมายของการพัฒนารวมถึงสามารถนำแนวคิดการมีส่วนร่วมมาใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในกระบวนการพัฒนาได้เช่นเดียวกัน

ในงานวิจัยนี้เห็นว่าการมองการมีส่วนร่วมที่มีทั้งด้านเป้าหมายและวิธีการเป็นสิ่งที่ทำให้เข้าใจปัญหาการจัดการการชะลอไตเสื่อมในชุมชนมากกว่าการมองเพียงด้านใดด้านหนึ่ง เนื่องจากการมีส่วนร่วมยังเป็นคุณค่าเชิงเป้าหมายยังขาดสำหรับภาคประชาชนในจังหวัดจันทบุรีในขณะเดียวกันในภาคปฏิบัตินั้นภาคประชาชนในจังหวัดจันทบุรีก็ยังขาดกลไกและกระบวนการที่จัดการการชะลอไตเสื่อมในจังหวัดจันทบุรี

2. การแบ่งประเภทการมีส่วนร่วมตามขอบเขตของกิจกรรม ขอบเขตของการมีส่วนร่วมจะมีผลต่อการพัฒนาที่แตกต่างกันดังนั้นเราจึงสามารถแบ่งการมีส่วนร่วมตามขอบเขตของกิจกรรมได้ ขอบเขตที่เล็กที่สุดก็คือการมีส่วนร่วมในเรื่องภายในครอบครัว ซึ่งสามีภรรยาและลูก ๆ สามารถมีสิทธิมีเสียงในการตัดสินใจได้ในบางระดับ ขอบเขตในระดับที่กว้างขึ้นเป็นการมีส่วนร่วมในระดับภาคส่วน (Secter) เช่น ครูบาอาจารย์เข้ามามีบทบาทในการปรับปรุงหลักสูตรของวิทยาลัย ขอบเขตทั้ง สังคมถือว่าเป็นขอบเขตการมีส่วนร่วมที่กว้างที่สุด เช่น รัฐบาลจีนคอมมิวนิสต์ภายใต้การนำของเหมาเจ๋อตุงได้ระดมมวลชนเพื่อเข้ามามีส่วนร่วมทางสังคมด้านต่าง ๆ ได้แก่ การรณรงค์ทางการเมืองโครงการส่งเสริมสุขภาพ การศึกษาการใช้แรงงานรวมหมู่และการให้การศึกษาอุดมการณ์ทางการเมือง

ในงานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการการชะลอไตเสื่อมในจังหวัดจันทบุรีนี้ อาจถือว่ามีขอบเขตการมีส่วนร่วมในระดับของภาคส่วนเป็นสำคัญ ในระดับท้องถิ่นซึ่งมีผู้เกี่ยวข้องที่สำคัญคือ กลุ่มและ

ชนชั้นที่อาศัยอยู่ชุมชนเป็นหลัก

3. การแบ่งประเภทการมีส่วนร่วมตามผู้ริเริ่มเคลื่อนไหว ในการริเริ่มให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนานั้นอาจถูกกระตุ้นโดยผู้กระทำการ (Actor) 3 กลุ่มด้วยกัน คือ การมีส่วนร่วมโดยริเริ่มจากเบื้องบน (Front Above) คือ ผู้มีอำนาจหรือผู้เชี่ยวชาญ การมีส่วนร่วมจากเบื้องบน กลุ่มชนชั้นนำต่าง ๆ ได้ริเริ่มการมีส่วนร่วมของประชาชนเนื่องจากมีเจตนาที่จะสรรหามาตรการในการควบคุมกระบวนการและกลุ่มต่าง ๆ ที่เข้ามามีส่วนร่วมเพื่อช่วยให้กลุ่มชนชั้นนำสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ของตนได้

การมีส่วนร่วมโดยริเริ่มจากประชาชนเบื้องล่าง (Front Below) การมีส่วนร่วมจากเบื้องล่างมักจะเกิดขึ้นในช่วงที่เกิดวิกฤติการณ์และประชาชนต้องการตอบโต้การคุกคามอัตลักษณ์ความอยู่รอดหรือคุณค่าของชุมชนดังนั้นโดยทั่วไปแล้วเราจะพบว่าประชาชนระดับล่าง ซึ่งปกติจะเป็นกลุ่มที่เฉื่อยชากับมีการระดมพลเพื่อชุมนุมประท้วง โดยไม่มีการจัดตั้งเนื่องจากไม่มีการวางแผนเอาไว้ล่วงหน้า อย่างไรก็ดีการมีส่วนร่วมจากประชาชนเบื้องล่างยังครอบคลุมถึงการริเริ่มโดยประชาชนที่มีเจตจำนงค์และมีการจัดตั้งอย่างดีด้วย เนื่องจากชุมชนที่มีความเดือดร้อนหรือมีความต้องการการพัฒนานั้น ได้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาเพื่อหวังให้มีการจัดสรรผลประโยชน์ สำหรับชุมชนมากขึ้น

การมีส่วนร่วมโดยริเริ่มจากองค์ภายนอก (Third Party) องค์กรภายนอกในที่นี้หมายถึงผู้นำการเปลี่ยนแปลงอัน ได้แก่ นักวิชาการ นักพัฒนาชุมชน ผู้เผยแพร่ศาสนา และนักเคลื่อนไหวสังคม ผู้นำการเปลี่ยนแปลงส่วนใหญ่มักมีอุดมการณ์การพัฒนาแบบพึ่งตัวเอง ดังนั้นจึงเห็นว่าบทบาทการมีส่วนร่วมของตนเป็นปลุกให้ประชาชนใช้ความสามารถของตนในการตัดสินใจและดำเนินการพัฒนาในท้ายที่สุด อย่างไรก็ดีการริเริ่มโดยองค์กรภายนอกนี้มีการแตกต่างจากการริเริ่มจากเบื้องบนซึ่งเป็นผู้มีอำนาจหรือชนชั้นนำอื่น ๆ เนื่องจากองค์กรภายนอกมีวัตถุประสงค์ริเริ่มการมีส่วนร่วมเช่นเดียวกับการริเริ่มจากระดับล่าง กล่าวคือองค์กรภายนอกนั้นมุ่งสร้างความเข้มแข็งให้กับประชาชนผู้ไร้อำนาจเพื่อสามารถเรียกร้องทรัพยากรให้กับตนเองได้ นอกจากนี้องค์ภายนอกเหล่านี้มักจะไม่ชอบการปลุกระดมมวลชน แต่มุ่งการจัดตั้งองค์กรชุมชนมากกว่าเนื่องจากการปลุกระดมมวลชนนั้นมักจะใช้ได้ผลในกรณีที่เป็นปัญหาเร่งด่วนเฉพาะหน้า แต่การจัดตั้งชุมชนเป็นการเคลื่อนไหวในระยะยาวเพื่อตอบสนองความต้องการของชุมชนและสร้างความสามัคคีให้แก่ภาคประชาชน โดยมุ่งปลุกจิตสำนึกให้ประชาชนชนชั้นล่างตระหนักถึงความเข้มแข็งของตนเอง การที่ประชาชนได้ตระหนักถึงความเข้มแข็งของตนเองเป็นสิ่งที่มีความสำคัญสูงสุดในทัศนะขององค์กรภายนอกดังกล่าว เนื่องจากเป็นประโยชน์ต่อการเคลื่อนไหวเพื่อต่อต้านความอยุติธรรมทางสังคมและยังช่วยให้ประชาชนเข้าใจถึงสถานการณ์ของตนเองอย่างลึกซึ้ง รวมถึงนำไปสู่การพิจารณาโครงการทางเลือกอื่นทั้งในปัจจุบันและอนาคตได้อย่างเหมาะสมอีกด้วย

จากการสำรวจแนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของกลูเรท จะพบว่าในดุษฎีนิพนธ์นี้จะใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมตามการแบ่งประเภทการมีส่วนร่วมตามผู้ริเริ่มเคลื่อนไหว โดยให้ความสำคัญกับการบูรณาการทั้งการริเริ่มจากบนลงล่างประสานกับจากล่างขึ้นบน รวมถึงการมีผู้ริเริ่มฝ่ายที่ 3 ด้วย การสำรวจในส่วนที่ 2 ผู้วิจัยจะนำเสนอแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยตรงดังนี้

2.4.1 ความหมายของการมีส่วนร่วมของชุมชน

การมีส่วนร่วม (Participation) หมายถึง กิจกรรมใด ๆ ที่เปิดโอกาสให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเข้าไปมีส่วนร่วมในการตัดสินใจดำเนินการร่วมประเมินผลและรวมถึงร่วมรับผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานนั้น ๆ (ชลหทัย ไวริยะพิทักษ์, 2561 : 45-46)

กระบวนการมีส่วนร่วมแบ่งออกความหมายออกเป็น 2 ลักษณะดังนี้

1. การมีส่วนร่วมในลักษณะที่เป็นกระบวนการของการพัฒนา โดยให้ประชาชนเข้ามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาตั้งแต่เริ่มจนสิ้นสุดโครงการ ได้แก่ การร่วมกันค้นหาปัญหา การวางแผน การตัดสินใจ การระดมทรัพยากร และเทคโนโลยีในท้องถิ่น การบริหารจัดการ การติดตามประเมินผล รวมทั้งการรับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากโครงการ โดยโครงการพัฒนาดังกล่าวจะต้องมีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของชุมชน

2. การมีส่วนร่วมในนัยทางการเมือง แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

2.1 การส่งเสริมสิทธิและพลังอำนาจของพลเมืองโดยประชาชนหรือชุมชนพัฒนาขีดความสามารถของตนในการจัดการ เพื่อรักษาผลประโยชน์ของกลุ่มควบคุมการใช้และการกระจายทรัพยากรของชุมชน อันจะก่อให้เกิดกระบวนการและโครงสร้างที่ประชาชนในชนบทสามารถแสดงออกซึ่งความสามารถของตนและได้รับผลประโยชน์จากการพัฒนา

2.2 การเปลี่ยนแปลงกลไกการพัฒนาโดยรัฐมาเป็นการพัฒนานี้ประชาชนมีบทบาทหลัก โดยการกระจายอำนาจในการวางแผนจากส่วนกลางเป็นส่วนภูมิภาค เพื่อให้ภูมิภาคมีลักษณะเป็นเอกเทศให้มีอำนาจทางการเมืองกึ่งบริหาร มีอำนาจต่อรองในการจัดสรรทรัพยากรอยู่ในมาตรฐานเดียวกันโดยประชาชนสามาถตรวจสอบได้ อาจกล่าวได้ว่าเป็นการคืนอำนาจ (Empowerment) ในการพัฒนาให้แก่ประชาชนให้มีส่วนร่วมในการกำหนดอนาคตของตนเอง ทั้งนี้ต้องคำนึงถึงการพัฒนาที่เท่าเทียมกันของชายและหญิง (Gender) ในการดำเนินงานผู้พัฒนาด้วย

การมีส่วนร่วม (Participation) หมายถึง การแสดงออกหรือการกระทำของประชาชนในการให้ความร่วมมือดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ โดยมีวัตุประสงค์ร่วมกันเพื่อแก้ปัญหาในชุมชนของตนเอง ประกอบด้วยการมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาในชุมชนของตนเองและวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา การมีส่วนร่วมในการดำเนินการกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหานั้น มีส่วนร่วมในการรับประโยชน์อย่างเป็นธรรมและมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผลร่วมกัน (อมลรดา รงค์ทอง และสุพัฒนา คำสอน, 2561 : 147-158)

การมีส่วนร่วม หมายถึง การเปิดโอกาสให้ทุกคนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานพัฒนาไม่ว่าจะเป็นทางตรงหรือทางอ้อม โดยการร่วมคิดร่วมตัดสินใจเพื่อกำหนดเป้าหมายสังคมและการจัดสรรทรัพยากรเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย และปฏิบัติตามแผนการหรือโครงการต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจ (สมบัติ นามบุรี, 2562 : 183-197)

จากความหมายข้างต้นสรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง กระบวนการในการดำเนินกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งหรือการดำเนินการใด ๆ อย่างมีเสรีภาพตามสิทธิและหน้าที่ของชุมชนที่มีเป้าหมายหลักในการตอบสนองความต้องการร่วมกันของประชาชน โดยให้สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิต ค่านิยม ประเพณี และทัศนคติของบุคคลในชุมชน เปิดโอกาสให้ชุมชนร่วมมือร่วมดำเนินการ ติดตามประเมินผล และร่วมรับผิดชอบหรือร่วมใช้ผลประโยชน์จากการดำเนินงานนั้น

การมีส่วนร่วมของชุมชนจึงควรเน้นความเท่าเทียมของโอกาสและการรับรู้ของประชาชนอันจะนำมา ซึ่งการวิเคราะห์สถานการณ์ของชุมชน การวางแผนในการพัฒนาหรือแก้ปัญหา การดำเนินการตามแผน และกระบวนการติดตามประเมินผลที่เป็นรูปธรรม ดังนั้น ความสำเร็จของกระบวนการมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบหลายด้าน อาทิ ศักยภาพของประชาชนในชุมชน ความสัมพันธ์ของประชาชนในชุมชน การรับรู้ข้อมูลข่าวสารของประชาชน สถาบันทางสังคมในชุมชน ทั้งภาครัฐและเอกชน รวมถึงความสามารถในการวิเคราะห์สถานการณ์ต่าง ๆ ของชุมชน และองค์ประกอบที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการมีส่วนร่วมสำคัญที่สุด คือ ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในบริบทของสังคมไทย ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อกระบวนการมีส่วนร่วมอย่างมีประสิทธิภาพ

2.4.2 ระดับการมีส่วนร่วม

รูปแบบลักษณะการมีส่วนร่วมและระดับการมีส่วนร่วม สามารถแบ่งออกได้โดยขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ในการแบ่ง หรือความละเอียดในการแบ่ง หรืออาจขึ้นอยู่กับประเภทในการแบ่ง นอกจากนี้อาจขึ้นอยู่กับผลกระทบที่เกิดขึ้นของการมีส่วนร่วม โดยสามารถแบ่งการมีระดับของการมีส่วนร่วมได้ 4 ระดับ ตามแนวคิดของ Cohen, J.M., & Uphoff, N.T. (1981 : 213-235) ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมในการวางแผน (Participation in Planning) เป็นระดับการมีส่วนร่วมที่มีความสำคัญมากที่สุดเป็นระดับที่เปิดโอกาสให้มีการสื่อสารแบบสองทางในการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์และความต้องการในการพัฒนาสุขภาวะของกลุ่มเป้าหมาย การสร้างความเข้าใจและพัฒนาแนวทางในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของชุมชนหรือกลุ่มเป้าหมาย

2. การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม (Participation in Implementation) การมีส่วนร่วมระดับนี้เป็นการร่วมกันจัดกิจกรรมหรือการดำเนินการตามแผนที่กำหนด ร่วมกับผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรมนั้น ๆ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามเป้าหมายที่วางไว้ ช่วยเหลือกันในการแบ่งปันทรัพยากรต่าง ๆ

3. การมีส่วนร่วมในการร่วมรับผลประโยชน์ (Participation in Benefit Sharing) เป็นการกระจายผลประโยชน์จากการพัฒนาของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอย่างเสมอภาค ผู้ได้รับผลประโยชน์ คือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยประโยชน์ที่ได้รับจะมีความแตกต่างกัน ผลประโยชน์นั้นอาจเป็นทั้งผลประโยชน์ทางบวกและผลประโยชน์ทางลบตามสถานภาพของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Participation in Evaluation) เป็นการเปิดโอกาสให้ชุมชนเข้าร่วมตรวจสอบ ประเมินผล และติดตามผลการดำเนินกิจกรรมหรือโครงการว่าบรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่วางไว้เพียงใด เพื่อเป็นการสะท้อนถึงปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ และหาแนวทางในการปรับปรุงแก้ไขในการดำเนินการได้สิ่งสำคัญที่จะต้องสังเกตคือ ความเห็น (Views) ความชอบ (Preferences) และความคาดหวัง (Expectation)

ดังนั้นการมีส่วนร่วมตามแนวคิดของ Cohen & Uphoff ระบุไว้ว่า ต้องประกอบด้วยการมีส่วนเกี่ยวข้อง 4 ประการ ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ว่าจะทำอะไร และทำด้วยวิธีการอย่างไร มีส่วนในการตัดสินใจในการให้ทรัพยากรสนับสนุนโครงการและการร่วมมือกับองค์กรหรือกลุ่มกิจกรรมเป็นการเฉพาะ มีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และมีส่วนในการประเมินผลโครงการ

สำหรับรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสุขภาวะ รัถยานภิศ รัชตะวรรณ และคณะ (2561 : 231-238) ได้สรุปรูปแบบของการมีส่วนร่วมได้ ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เป็นขั้นเริ่มต้นของกระบวนการมีส่วนร่วมการพัฒนาสุขภาวะชุมชน โดยพบว่าลักษณะของการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชนจะมีส่วนร่วมในการตัดสินใจครอบคลุม 3 ส่วนคือ

1.1 การเข้าร่วมพัฒนาสุขภาวะ การมีส่วนร่วมในขั้นนี้ใช้การสื่อสารสองทางระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนกับผู้ดำเนินการพัฒนา ซึ่งส่วนใหญ่เป็นบุคลากรภาครัฐหรือเจ้าหน้าที่ เป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ของการมีส่วนร่วมในกระบวนการมีส่วนร่วมขั้นนี้ เพื่อสร้างความเข้าใจของชุมชนต่อกระบวนการมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาวะของชุมชน ข้อมูลที่จำเป็นในการสื่อสารอย่างชัดเจนในขั้นนี้คือ การชี้แจงบทบาทในการสนับสนุนการพัฒนาของหน่วยงานที่จะเข้ามาพัฒนาบทบาทของชุมชน รวมถึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อกระบวนการพัฒนาและการกระจายประโยชน์ที่ได้จากการพัฒนา วิธีการของการสื่อสารในขั้นนี้ควรใช้การประชุมกลุ่ม การอภิปรายของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมด

ในขั้นตอนการเข้าร่วมพัฒนาสุขภาวะนี้อาจต้องใช้เวลาพอสมควร ในกรณีที่มีผู้มีส่วนในการกระจายประโยชน์มาก และมีความหลากหลายด้านวัยวุฒิ คุณวุฒิ อาชีพ ประสบการณ์ ความพร้อมในการพึ่งตนเอง ความสามารถในการสื่อสาร และโอกาสในการเข้าถึงข้อมูลหรือบริการสาธารณะผู้ดำเนินการพัฒนาควรใจเย็น และเตรียมความพร้อมในการจัดเวทีสร้างความเข้าใจทั้งด้านวิทยากรกระบวนการข้อมูลที่เกี่ยวข้อง การเจรจาต่อรอง และการบริหารความขัดแย้ง โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีความหลากหลายในเรื่องการกระจายประโยชน์

1.2 การบ่งชี้สถานะทางสุขภาพชุมชน การมีส่วนร่วมในขั้นนี้ชุมชนจะเป็นผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ จากกระบวนการสำรวจของหน่วยงานที่เป็นเจ้าภาพในการพัฒนาการมีส่วนร่วมที่สำคัญต่อไป คือ การเปิดโอกาสให้ชุมชน โดยหมายถึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมด รับทราบข้อมูลสำคัญจากการสำรวจ เพื่อเป็นข้อมูลที่จำเป็นให้ชุมชนดำเนินการบ่งชี้สถานะสุขภาพของตนเอง ซึ่งจะทำให้ชุมชนมีความตระหนัก และความต้องการจากจิตใจ อารมณ์ ในการพัฒนาชุมชน

ข้อมูลที่จำเป็นในขั้นนี้ คือ ผลการสำรวจ สถานะสุขภาพชุมชน การแก้ปัญหาที่ได้ดำเนินการมาแล้วในอดีต และผลจากการดำเนินการ อาจรวมถึงปัจจัยของความสำเร็จและอุปสรรคในการแก้ไข เพื่อเป็นการสะท้อนให้ชุมชนได้รับทราบการดำเนินงานที่ผ่านมา

ลักษณะของการสื่อสารที่เหมาะสมควรเป็นการสื่อสารสองทางทั้งในขั้นตอนของการสำรวจสถานะ สุขภาพ และการคืนข้อมูลให้แก่ชุมชนเพื่อระบุสถานะ สุขภาพ ขั้นตอนนี้จะใช้เวลาไม่มากและไม่ควรเกิน 3 ชั่วโมง หากข้อมูลสถานะสุขภาพชุมชนชัดเจน ถูกต้องและสมบูรณ์ ขั้นตอนนี้ผู้ดำเนินการพัฒนาควรเตรียม ความพร้อมด้านข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ความสามารถในการนำเสนอ ความรู้ความสามารถในการเป็นผู้สนับสนุน การระบุสถานะทางสุขภาพชุมชน ทักษะการถามตอบ และการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า

1.3 การวิเคราะห์ทางเลือกในการพัฒนา ในขั้นตอนนี้ชุมชนมีบทบาทสำคัญในการวิเคราะห์บริบทที่เกี่ยวข้องสอดคล้องกับค่านิยม ประเพณี ทัศนคติ วิถีชีวิต ทางสังคมของกลุ่มคนเพื่อนำไปพิจารณาแนวทางและวางแผนกิจกรรมให้เกิดความสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมของประชาชน

ข้อมูลที่จำเป็นในขั้นตอนนี้ คือ แนวคิดและหลักการในการพัฒนาสุขภาวะ ซึ่งควรเน้นการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วย ดังนั้น บทบาทที่สำคัญยิ่งของหน่วยงานเจ้าภาพ คือ การนำเสนอแนวคิด กระบวนการ และวิธีการในการพัฒนาสุขภาวะชุมชนให้ชุมชนเข้าใจอย่างชัดเจน เพื่อนำไปพิจารณาทางเลือกในการพัฒนาการสื่อสาร ในขั้นตอนนี้จึงต้องใช้การสื่อสารสองทาง เพื่อเปิดโอกาสให้ชุมชนใช้ความรู้ประสบการณ์ ความผูกพันในชุมชนในการพิจารณาแนวทางการพัฒนาให้สอดคล้องกับบริบทของชุมชนของตนเอง

1.4 การกำหนดทรัพยากรและแหล่งทรัพยากร การพัฒนาสุขภาวะทั้งภายในและภายนอกชุมชน ซึ่งชุมชนควรพิจารณาแหล่งทรัพยากรที่มีความเข้มแข็งจากภายในชุมชน ในประเด็นที่ชุมชนมีศักยภาพร่วมกับแหล่งทรัพยากรภายนอกในประเด็นที่ชุมชนต้องการความช่วยเหลือ การมีส่วนร่วมขั้นนี้ยังรวมถึงการกำหนดผู้รับผิดชอบของประชาชนในการดำเนินกิจกรรม การกำกับติดตามประเมินผลร่วมกับองค์กรเจ้าภาพ

ดังนั้น การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ คือ กระบวนการที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจ โดยเข้าร่วมการพัฒนา การบ่งชี้สถานะทางสุขภาพชุมชนว่าเป็นอย่างไร การวิเคราะห์ทางเลือกในการพัฒนามีทางใดบ้าง และการกำหนดทรัพยากรและแหล่งทรัพยากรในการพัฒนาสุขภาวะชุมชน

2. การมีส่วนร่วมในการดำเนินการพัฒนาสุขภาวะ หมายถึง ขั้นที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาสุขภาวะชุมชนตามที่กำหนดไว้ ลักษณะของการมีส่วนร่วมของประชาชนมีดังนี้

2.1 การดำเนินกิจกรรมพัฒนาสุขภาวะด้วยชุมชนเอง เป็นกิจกรรมที่ประชาชนในชุมชนมีศักยภาพและแหล่งทรัพยากรที่เหมาะสมและเพียงพอในการดำเนินการ ซึ่งมักจะพบสถานการณ์นี้ในชุมชนต้นแบบการพัฒนาสุขภาวะชุมชนที่มีปราชญ์ชาวบ้านทางสุขภาพ การแพทย์พื้นบ้าน รวมถึงการมีแกนนำทางสุขภาพที่เข้มแข็งอาจจะเป็นลักษณะของชมรมต่าง ๆ เช่น ชมรมการออกกำลังกาย ชมรมคนรักษ์สุขภาพ ชมรมนักปั่น การจัดตั้งกองทุนชุมชนในรูปแบบต่าง ๆ เป็นต้น

2.2 การดำเนินกิจกรรมพัฒนาสุขภาวะด้วยชุมชนร่วมกับองค์กรอื่นทั้งภายในและภายนอกชุมชนเป็นการดำเนินการแก้ปัญหาสุขภาพของชุมชน โดยความตระหนักของชุมชนแต่ด้วยชุมชนไม่มีศักยภาพเพียงพอในการดำเนินการ แต่มีทรัพยากรบุคคลที่สามารถพัฒนาศักยภาพในการแก้ปัญหาเพื่อช่วยเหลือสมาชิกในชุมชน การดำเนินการในลักษณะนี้เป็นการพัฒนาให้ชุมชนพึ่งตนเองได้ มีศักยภาพเพียงพอในการแก้ปัญหาให้กับประชาชนในชุมชน

2.3 การดำเนินกิจกรรมพัฒนาสุขภาวะชุมชนโดยองค์กรภายนอก เป็นการพัฒนาสุขภาวะที่ชุมชน มีความตระหนักและต้องการแก้ปัญหา แต่ชุมชนไม่มีทรัพยากรที่เหมาะสมในการพัฒนา โดยเฉพาะทรัพยากรบุคคลจึงจำเป็นต้องขอความร่วมมือจากองค์กรภายนอกที่มีความพร้อมการพัฒนาศักยภาพในลักษณะนี้ มักออกมาในรูปแบบการเพิ่มสมรรถนะของประชาชนในการแก้ปัญหาเรื่องใดเรื่องหนึ่ง

สรุปการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน คือ กระบวนการพิจารณาเชิงระบบของชุมชนในการนำทรัพยากรทั้งจากภายในและภายนอกชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมพัฒนาสุขภาวะ โดยมีเป้าหมายในการเพิ่มศักยภาพของชุมชนในการพึ่งตนเองทางสุขภาพ โดยสามารถแบ่งการดำเนินงานของชุมชนได้ 3 แบบ ได้แก่ การดำเนินงานด้วยชุมชนเอง การดำเนินงานโดยการร่วมมือกับองค์กรภายนอกและการดำเนินงานโดยความช่วยเหลือจากองค์กรภายนอก

3. การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ เป็นการรับผลของการพัฒนาสุขภาวะทั้งทางตรงและทางอ้อม ที่เกิดจากการดำเนินกิจกรรมการพัฒนา อันเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นและคงอยู่ในชุมชน ซึ่งโดยทั่วไปประโยชน์ที่ได้รับจะครอบคลุมประเด็นต่อไปนี้

3.1 คุณค่าของกิจกรรมการพัฒนาสุขภาวะ (Valued Activities) เป็นผลด้านบวกที่เกิดขึ้นโดยตรงกับผู้รับผลของการดำเนินกิจกรรมโดยตรง เช่น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลัง มีความเห็นด้านคุณค่าของกิจกรรมจากโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพว่าทำให้ชีวิตมีความสุขและมีความหมายมากขึ้นจากที่รู้สึกสิ้นหวัง แม้ว่าสภาพร่างกายไม่สามารถกลับคืนสู่ภาวะปกติเหมือนเดิม แต่สามารถกลับมาพึ่งตนเองได้ นอกจากนี้ยังเป็นการพัฒนาความมีคุณค่าและความเชื่อมั่นในตนเองอีกด้วย

3.2 การเรียนรู้ของผู้ได้รับการพัฒนาศักยภาพ (Learning of Potential Developers) เป็นผลด้านความรู้ และทักษะเฉพาะที่ได้รับในกลุ่มอาสาสมัครที่เป็นผู้ปฏิบัติการแก้ปัญหาด้านสุขภาพ เช่น กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขที่ได้รับความรู้และฝึกทักษะการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง สามารถช่วยฟื้นฟูผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการกลืนและการเคลื่อนไหวให้มีความรุนแรงลดลงจนผู้ป่วยพึ่งตนเองได้

3.3 การเรียนรู้การมีส่วนร่วม (Learning about Participation) เป็นผลที่เกิดจากการเรียนรู้ในการทำงานร่วมกับผู้อื่นโดยมีเป้าหมายร่วมกัน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) มีความคิดว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของทีมอาสาสมัครและทีมวิจัยที่เข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จากการเรียนรู้ทักษะการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองการดูแลจากทีมวิจัย บุคลากรสาธารณสุข รวมถึงการเรียนรู้จาก เพื่อน อสม. กันเอง ทำให้ อสม. ได้รับรู้ข้อมูลในการวิเคราะห์ปัญหาผู้ป่วยกับทีมวิจัยและบุคลากรสาธารณสุข เพื่อนำไปวางแผนกำหนดเป้าหมาย และปรับปรุงทักษะในการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง

3.4 ประโยชน์ต่อชุมชน (Benefit to the Community) เป็นประโยชน์ที่เกิดจากการขยายผลไปสู่ผู้อื่นในชุมชนของผู้ได้รับประโยชน์โดยตรง

สรุปการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ คือ กระบวนการที่ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ทางด้านต่าง ๆ ได้แก่ ผลประโยชน์ทางด้านคุณค่าของกิจกรรม ผลประโยชน์ด้านการเรียนรู้ของผู้ได้รับการพัฒนาศักยภาพที่เกิดขึ้น ผลประโยชน์ทางด้านความรู้ที่ได้รับ และผลประโยชน์ส่วนบุคคลรวมถึงผลประโยชน์ทางด้านสังคมชุมชน

4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล หมายถึง ขั้นตอนการติดตามและการประเมินผลการพัฒนาสุขภาวะที่ได้ดำเนินการไป ทั้งจากบุคคลภายในและภายนอกชุมชน ดังนี้

4.1 การกำกับติดตามการพัฒนาศักยภาพของผู้รับผิดชอบในการแก้ปัญหาด้านสุขภาพกลุ่มเป้าหมายในชุมชนอาจจะใช้การนิเทศ การติดตามผลการปฏิบัติงาน หรือการเข้าร่วมการ

ทำงานเป็นทีม เช่น นักกายภาพบำบัด คณะผู้วิจัยมีบทบาทเป็นพี่เลี้ยงให้กับ อสม. ทุกครั้งที่ดำเนินการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน จนกระทั่ง อสม. มีทักษะในการฟื้นฟูสภาพได้ถูกต้อง จึงนิเทศสัปดาห์ละ 1 ครั้ง จนเสร็จสิ้นโปรแกรม

4.2 ติดตามผลการดำเนินงานของกิจกรรมที่เกี่ยวกับการพัฒนาสุขภาวะชุมชนอย่างสม่ำเสมอ เช่น ทีมวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลกิจกรรม การฟื้นฟูสมรรถภาพ และผลการดำเนินการจากเอกสารบันทึกการฟื้นฟูสภาพที่บันทึกโดย อสม. หลังดำเนินการฟื้นฟูสภาพแต่ละครั้ง เพื่อนำไปวางแผนร่วมกัน ในการปรับปรุงกิจกรรมฟื้นฟูสภาพให้เหมาะสมต่อไป

ดังนั้น การมีส่วนร่วมในการประเมินผล คือ กระบวนการที่ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการประเมินผลศักยภาพในการพัฒนาสุขภาวะ และการตรวจสอบการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด เป็นการแสดงถึงการปรับตัวในการมีส่วนร่วมและกิจกรรมการพัฒนาต่อไป

2.5 งานวิจัยเกี่ยวกับการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าเป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experiment) ทั้งสิ้น 6 งานวิจัยและเป็นงานวิจัยและพัฒนา (Research and Development) 1 งานวิจัย โดยโปรแกรมการชะลอไตเสื่อมมีการประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีที่แตกต่างกัน จากการทบทวนพบว่ามีการนำแนวคิดทฤษฎีความสามารถแห่งตน (Self-efficacy) มาประยุกใช้ในการศึกษาผลของโปรแกรมควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ในคลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา (พิมพ์สุภัค ปานเพียรกุลภัค, 2559 : 205-215) แนวคิดทฤษฎีการจัดการตนเอง (Self Management) มาประยุกต์ใช้ในการศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวานต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (ศิริลักษณ์ ถุงทอง, 2560 : 17-24) การประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Motivation and Prevention) ร่วมกับแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ในการศึกษาโปรแกรมการการป้องกันภาวะไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ (อ้อ พรมดี, วีณา เที่ยงธรรม และปาหนัน พิชยภิญโญ, 2559 : 102-117) นอกจากนี้ยังมีการประยุกต์ใช้การจัดการตนเองร่วมกับการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivation Interview) มาใช้ในการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจเพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวานต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเสื่อมของไตระยะที่ 3 (จันจิรา หินขาว, ขนิตฐา หาญประสิทธิ์คำ และสุนทรี เจียรวิทยกิจ, 2563 : 185-202)

จากการศึกษาผลของโปรแกรมชะลอไตเสื่อมในแต่ละงานวิจัยพบว่าสามารถแบ่งตัวแปรตามได้เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ตัวแปรกลุ่มความรู้และการรับรู้ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง การรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมอาหาร ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการควบคุมอาหาร การรับรู้ความรุนแรงของภาวะไตเรื้อรัง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตเรื้อรัง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมฯ และการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรมฯ กลุ่มตัวแปรพฤติกรรม ได้แก่ พฤติกรรมการควบคุมอาหาร พฤติกรรมการจัดการตนเอง การปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะไตเรื้อรัง พฤติกรรมเสี่ยง พฤติกรรมการใช้ยาและยาสมุนไพร พฤติกรรม

การออกกำลังกาย พฤติกรรมการจัดการความเครียดและหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง กลุ่มตัวแปรตามทางคลินิก ได้แก่ Scr eGFR FBS HbA1c CHOL TG LDL uric acid Hct Hb SBP DBP BMI และ Waist

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเปรียบเทียบในลักษณะพื้นที่ 2 อำเภอเป็นการศึกษา ESCORT Study เพื่อศึกษาผลของคลินิกชะลอไตเสื่อม โดยจากการศึกษาพบว่าตัวชี้วัดด้านปฐมภูมิ ได้แก่ eGFR แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญและตัวชี้วัดด้านทุติยภูมิ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Teerayuth Jiamjariyaporn et al, 2014 : 1-7)

จะเห็นได้ว่าจากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องมีจุดแข็งเรื่องการใช้โปรแกรมในการควบคุมป้องกันการชะลอไตเสื่อม โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสามารถป้องกันการลดลงในอัตราการกรองของไตในผู้ป่วยไตเรื้อรังได้ สำหรับสิ่งที่ยังเป็นประเด็นที่น่าสนใจสำหรับการวิจัย ได้แก่ การบูรณาการศาสตร์โดยการใช้สหวิทยาการร่วมกันหลายศาสตร์เพื่อใช้ในการชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยไตเรื้อรัง

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

ตารางที่ 2.3 การสรุปงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ชื่อเรื่อง	ปี	ชื่อผู้วิจัย	วิธีการศึกษา	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	รูปแบบที่ใช้	ทฤษฎีที่ใช้	ตัวแปรตาม	ผลการศึกษา
การศึกษาเพื่อชะลอไตเสื่อมสำหรับโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลคลองขลุง: จากงานวิจัยสู่การปฏิบัติ	2560	วินัย ลีสมิทธ์ และคณะ	Quasi Experiment	954 คน	การเข้ารับบริการคลินิกชะลอไตเสื่อม 6 รูปแบบได้แก่ การคัดกรองโรคไตเรื้อรัง การจัดระบบบริการ กระบวนการดูแลด้วยสหวิชาชีพ การจัดตารางตรวจชันสูตรและการเก็บบันทึกข้อมูล	-	ตัวชี้วัดปฐมภูมิ Scr eGFR ตัวแปรตามทุติยภูมิ FBS HbA1c CHOL TG LDL uri cacid Hct Hb SBP DBP BMI Waist	คลินิกชะลอไตเสื่อมของคลองขลุงโมเดลช่วยดูแลผู้ป่วย CKD ให้ชะลอไตเสื่อมได้ดีขึ้น
ผลของโปรแกรมควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ในคลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา	2559	พิมพ์สุภัค ปานเพียรกุลภัค	Quasi Experiment	33 คน	โปรแกรมควบคุมอาหารและคู่มือการควบคุมอาหาร จำนวน 4 ครั้ง ครั้งละ 45 นาที ห่างกันครั้งละ 1 เดือน รวมระยะเวลา 4 เดือน	ทฤษฎีความสามารถของตนเอง	การรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมอาหาร ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการควบคุมอาหาร พฤติกรรมการควบคุมอาหาร Cr eGFR	การรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมอาหาร, ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการควบคุมอาหาร, พฤติกรรมการควบคุมอาหารแตกต่างกัน
ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวานต่อพฤติกรรมการจัดการ	2558	ศิริลักษณ์ ถุงทอง, ทิพมาส ชิณวงศ์, เพลินพิศ	Quasi Experiment	50 คน	โปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง การสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยเทคนิค	การจัดการตนเอง	พฤติกรรมการจัดการตนเอง FBS HbA1C BP Cr eGFR	หลังได้โปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่ม

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

ชื่อเรื่อง	ปี	ชื่อผู้วิจัย	วิธีการศึกษา	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	รูปแบบที่ใช้	ทฤษฎีที่ใช้	ตัวแปรตาม	ผลการศึกษา
ตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้		ฐานิวัฒนานนท์			5A มี 6 ขั้นตอน ได้แก่ การตั้งเป้าหมาย การรวบรวมข้อมูล การประมวลและประเมินข้อมูล การตัดสินใจ การลงมือปฏิบัติ การสะท้อนการปฏิบัติ			ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)
โปรแกรมการการป้องกันภาวะไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้	2559	อ้อ พรมดี วีณา เที่ยงธรรม ปาหนัน พิชยภิญโญ	Quasi Experiment	60 คน	โปรแกรมการป้องกันภาวะไตเรื้อรัง จำนวน 4 กิจกรรม ได้แก่ การให้ความรู้ การสร้างความตระหนักต่อภาวะคุกคาม การรับรู้ความสามารถแห่งตน การติดตามกลุ่ม โดยทั้งหมดใช้ระยะเวลา 6 สัปดาห์	ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม	การรับรู้ความรุนแรงของภาวะไตเรื้อรัง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตเรื้อรัง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมฯ การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรมฯ การปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะไตเรื้อรัง	กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของภาวะไตเรื้อรัง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตเรื้อรัง การรับรู้ความสารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรมและการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังดีขึ้นกว่าก่อนทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
การพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน จังหวัดร้อยเอ็ด	2562	พิทักษ์พงศ์ พายุหะ, บุษบา บัวผัน	Research and Development	392 คน	รูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 5 ขั้นตอน สำรวจและศึกษาสภาวะสุขภาพ		ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง พฤติกรรมเสี่ยง อัตราการกรองของไต	ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้น พฤติกรรมเสี่ยงลดลงและอัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้น

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

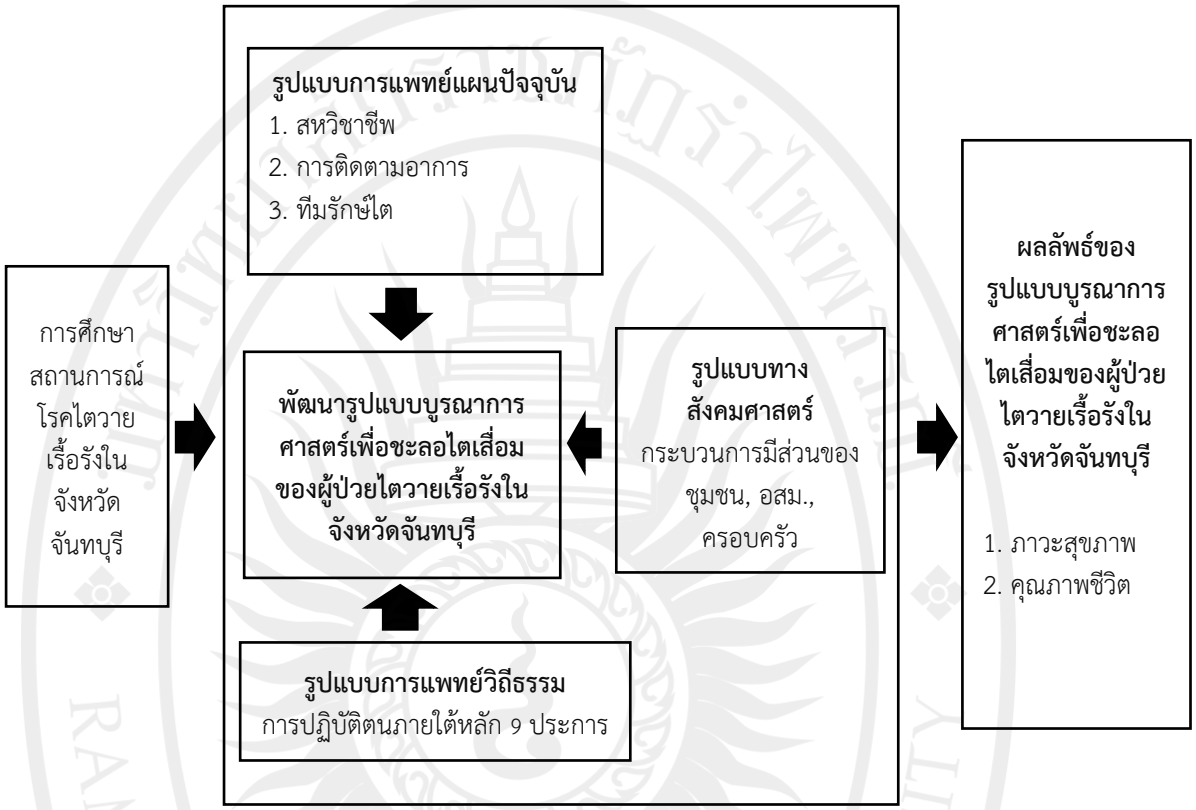
ชื่อเรื่อง	ปี	ชื่อผู้วิจัย	วิธีการศึกษา	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	รูปแบบที่ใช้	ทฤษฎีที่ใช้	ตัวแปรตาม	ผลการศึกษา
		และเสฐียร พงษ์ ศิวินา			การวางแผน พัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยร่วมกับครอบครัว ชุมชนและทีมสหสาขาวิชาชีพ การดำเนินงานตามแผน การประเมินและติดตาม			
ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ เพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวานต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิก ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเสื่อมของไตระยะที่ 3	2563	จันจิรา หินขาว, ขนิตฐา หาญประสิทธิ์คำ, สุนทรี เจียรวิทยกิจ	Experiment	60 คน	โปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวานร่วมกับการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ จำนวน 12 สัปดาห์แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ การสนับสนุนการรู้จักตนเอง การพัฒนาความรู้และทักษะการจัดการตนเอง การสร้างแรงจูงใจ	การจัดการตนเองร่วมกับการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ	พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการใช้ยาและยาสมุนไพร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการจัดการความเครียดและหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง ค่าน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร ค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสม ความดันโลหิตซิสโตลิค ความดันโลหิตไดแอสโตลิค ค่าซีรั่มครีเอตินิน ค่าโปรตีนในปัสสาวะ อัตราการกรองของไต	กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวานสูงกว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร ค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสม ความดันโลหิตซิสโตลิค ความดันโลหิตไดแอสโตลิค ค่าซีรั่มครีเอตินิน และค่าโปรตีนในปัสสาวะ ต่ำกว่าก่อนการทดลอง ค่าอัตราการกรองของไตสูงกว่าก่อนการทดลอง
ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไต	2562	สุพัตรา พงษ์อิศรานุพร, ศศรส หลาย	Quasi Experiment	60 คน	โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองระยะเวลา 12 สัปดาห์	การจัดการตนเอง	การจัดการตนเองเรื่องการรับประทานอาหาร การจัดการตนเองเรื่องการใช้ยาอย่าง	มีการจัดการตนเองเรื่องการรับประทานอาหารและเรื่องการใช้ยาอย่างเหมาะสม

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

ชื่อเรื่อง	ปี	ชื่อผู้วิจัย	วิธีการศึกษา	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	รูปแบบที่ใช้	ทฤษฎีที่ใช้	ตัวแปรตาม	ผลการศึกษา
เสื่อมต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลดำเนินสะดวก		พูนสวัสดิ์, ประทุม สุภชัยพานิชพงศ์			ประกอบด้วย 4 ระยะ ได้แก่ การประเมินความรู้ แผนการสอนเรื่องการจัดการตนเอง การจัดการตนเอง การประเมินการจัดการตนเอง		เหมาะสม FBS HbA1c BP Cr Urine Albumin GFR	และอัตราการกรองของไตสูงขึ้นก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน ที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 3 โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเอง	2560	อัมพร จันทชาติ, มาลี มีแป้น, เพ็ญศรี จาบประไพ	R&D	57 คน	คู่มือการให้ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังและการดูแลตนเองเพื่อชะลอความเสื่อมของไต ประกอบด้วย การให้ความรู้ กิจกรรมเสริมแรงปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การแก้ปัญหาและประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม		ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง พฤติกรรมการจัดการตนเอง ตัวชี้วัดทางคลินิค (FBS HbA1C BP Cr GFR BMI)	ความรู้, พฤติกรรมการจัดการตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง ระดับ HbA1c ระดับครีเอทินิน และอัตราการกรองของไต สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิต

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

2.6 กรอบแนวคิดในการวิจัย



กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาสถานการณ์โรคไตวายเรื้อรังในจังหวัดจันทบุรี นำมาพัฒนารูปแบบบูรณาการศาสตร์เพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในจังหวัดจันทบุรี โดยการประยุกต์ 3 ศาสตร์ ได้แก่ รูปแบบการแพทย์แผนปัจจุบัน รูปแบบการแพทย์วิถีธรรมและรูปแบบทางสังคมศาสตร์ หลังจากนั้นนำมาศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบบูรณาการศาสตร์เพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในจังหวัดจันทบุรี โดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิต

2.7 นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอัตราการกรองของไต (eGFR) น้อยกว่า 60 ml/min/1.73 m^2 ติดตอกันเกิน 3 เดือน ที่มารับบริการในคลินิกชะลอไตเสื่อมของสถานบริการในเขตจังหวัดจันทบุรี

2. รูปแบบการแพทย์แผนปัจจุบัน หมายถึง แบบแผนการชะลอไตเสื่อมโดยใช้ สหวิชาชีพ การติดตามอาการและทีมรักษ์ไต

3. สหวิชาชีพ หมายถึง วิชาชีพทางด้านสาธารณสุขที่หลากหลาย ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกรและนักโภชนากร

สถาบันวิทยบริการ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

4. ทีมรักษ์ไต หมายถึง ทีมที่ดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังที่บ้าน ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครประจำครัวเรือนและผู้ดูแลผู้ป่วย

5. รูปแบบการแพทย์วิถีธรรม หมายถึง แบบแผนการดูแลสุขภาพโดยการใช้ธรรมะและแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียงเน้นการพึ่งตนเองโดยสมุนไพรในพื้นที่ โดยปฏิบัติตนภายใต้หลัก 9 ประการ

6. รูปแบบบูรณาการศาสตร์เพื่อชะลอไตเสื่อม หมายถึง รูปแบบการดูแลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อชะลอการเสื่อมของไต ซึ่งประยุกต์ใช้แนวคิดทางด้านการแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์วิถีธรรมและสังคมศาสตร์เพื่อการชะลอไตเสื่อม

7. ภาวะสุขภาพ หมายถึง ภาวะสุขภาพทางกายซึ่งสามารถประเมินวัดได้จากน้ำหนักส่วนสูง ดัชนีมวลกาย ระดับน้ำตาลในกระแสเลือด ระดับความดันโลหิต อัตราการกรองของไตและระดับไขมันในเลือด

8. คุณภาพชีวิต หมายถึง การดำรงชีวิตอยู่ด้วยความสมบูรณ์ของทางร่างกายและจิตใจภายใต้สิ่งแวดล้อมหรือสังคมที่ดี วัดได้โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อ

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

บทที่ 3
วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบูรณาศาสตร์ (Transdisciplinary Research) ซึ่งมีฐานคิดในการดำเนินการวิจัยเพื่อแสวงหาความรู้เพื่อนำไปใช้ในเชิงปฏิบัติ (Practical Knowledge) (Hadorn et al., 2008 : 19-37) บนฐานการวิจัยเชิงคุณภาพแนวสหวิทยาการข้ามพ้นสาขาองค์ความรู้ที่ได้คาดว่าจะมีลักษณะที่สำคัญดังนี้ (Julie Thompson Klein, 2010 : 15-20)

1. ความรู้แบบข้ามศาสตร์ (Transcending) เป็นความรู้ที่ข้ามพ้นขอบเขตแคบ ๆ ของโลกทัศน์แบบเฉพาะสาขาวิชาใดวิชาหนึ่งโดยผ่านการสังเคราะห์แบบครอบคลุมความรู้

2. ความรู้แบบข้ามสถาบันทางวิชาการ (Transgressing) เป็นความรู้ที่ข้ามจากตำราทางวิชาการ (Text) ไปสู่สถานการณ์หรือบริบทของชีวิตจริงทางสังคม (Context) ดังนั้น จึงเป็นการสลายขอบเขตในเรื่องชนชั้น เพศวิถี เชื้อชาติ ชาติพันธุ์หรืออัตลักษณ์อื่น ๆ

3. ความรู้ที่นำไปสู่การเปลี่ยนโฉมหน้าใหม่ (Transforming) เป็นความรู้ที่นำไปสู่การแก้ปัญหา (Problem Solving) ดังนั้น ปัญหาในชีวิตจริงจึงเป็นกรอบพื้นฐานในการตั้งโจทย์วิจัย นอกจากนี้ ความรู้ที่เน้นการแก้ปัญหาจะมุ่งเน้นความร่วมมือระหว่างนักวิจัยกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในของภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคสังคม

ในการแสวงหาความรู้เพื่อนำไปใช้ในเชิงปฏิบัติขององค์ความรู้แบบสหวิทยาการข้ามพ้นสาขาจะต้องคำนึงถึงรูปแบบของความรู้ที่เกี่ยวข้องกัน 3 รูปแบบใหญ่ ๆ คือ (Gertrude Hirsch Hadon, Christian Pohl, Gabriele Bammer, 2010 : 438-447)

1. ความรู้เกี่ยวกับระบบ (Systems Knowledge) เป็นการตั้งคำถามต่อกำเนิดและความเป็นไปได้ที่จะพัฒนาปัญหาต่อไปอีกในอนาคต รวมทั้งการตีความปัญหาที่เกิดขึ้นจากมุมมองของชาวบ้านภายใต้โลกแห่งชีวิต ความรู้เชิงระบบจะประสบกับความยุ่งยากในการจัดการกับสภาวะที่ไม่แน่นอน ซึ่งความไม่แน่นอนของปัญหาจะก่อให้เกิดความท้าทาย และทำให้เกิดการโอนย้ายออกจากวิธีคิดเชิงทฤษฎี/นามธรรมของนักวิชาการ เพื่อเดินทางเข้าสู่การเพ่งพินิจต่อกรณีรูปธรรมที่เกิดขึ้นภายใต้บริบทอันเฉพาะเจาะจง ซึ่งความซับซ้อนและไม่แน่นอนของปัญหาได้ก่อให้เกิดการตีความที่แตกต่างกัน อันนำไปสู่การอภิปรายถกเถียงและการเสนอทางออกที่แตกต่างกัน

2. ความรู้เกี่ยวกับเป้าหมายของการเปลี่ยนแปลง (Target Knowledge) เป็นการตั้งคำถามที่เชื่อมโยงไปสู่การระบุถึงความต้องการเปลี่ยนแปลงเป้าหมายที่ต้องการ และแนวทางปฏิบัติที่ดีกว่าเดิม ในขั้นตอนนี้จะประสบกับการท้าทายที่จะต้องให้ความกระจ่างต่อตำแหน่งแห่งที่อันแตกต่างหลากหลาย และทีมงานจะต้องจัดลำดับความสำคัญของตำแหน่งแห่งที่ต่าง ๆ ตามสถานะของมันที่จะเชื่อมโยงไปสู่การพัฒนาความรู้และการปฏิบัติที่จะนำไปสู่ผลประโยชน์ร่วมกันของทุกฝ่าย

3. ความรู้ที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง (Transformation Knowledge) เป็นการตั้งคำถามเกี่ยวกับเครื่องมือทางเทคนิค กฎหมายเครื่องมือทางสังคม วัฒนธรรม ฯลฯ ที่สามารถนำมาใช้ได้เพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในวิธีการปฏิบัติที่เป็นอยู่เดิมพร้อม ๆ กับนำเสนอวิธีการปฏิบัติที่พึงปรารถนาสำหรับเข้ามาแทนที่ ในขั้นตอนนี้จะต้องพิจารณาถึงเทคโนโลยีที่ใช้อยู่เดิม กฎ ระเบียบวิธีการปฏิบัติ และความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่ดำรงอยู่ โดยจะต้องพิจารณาว่าทำอย่างไรจึงจะทำให้

โครงสร้างต่าง ๆ ที่ดำรงอยู่เดิมไม่เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลงพร้อม ๆ กับทำให้โครงสร้างเดิมมีความยืดหยุ่นมากขึ้น เพื่อสามารถรองรับการเปลี่ยนแปลงไปสู่สิ่งใหม่ได้

ส่วนเทคนิควิธีการวิจัยในการตอบวัตถุประสงค์ของการวิจัยคือเพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาโรคไตเรื้อรังของประชาชนเขตจังหวัดจันทบุรี เพื่อพัฒนารูปแบบบูรณาการศาสตร์เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตเรื้อรังจังหวัดจันทบุรีและเพื่อศึกษาผลของรูปแบบบูรณาการศาสตร์เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตเรื้อรังจังหวัดจันทบุรี ผู้วิจัยมีวิธีดำเนินการวิจัย 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาบริบทปัญหาโรคไตเรื้อรังและการดำเนินงานจังหวัดจันทบุรี

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสถานการณ์บริบทของโรคไตเรื้อรัง อุบัติการณ์การเกิดโรคไตเรื้อรัง อัตราป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง อัตราตายด้วยโรคไตเรื้อรังและระบบการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังจังหวัดจันทบุรี

โดยผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ปัญหาโรคไตเรื้อรังของประชาชนเขตจังหวัดจันทบุรีจากบันทึกฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จังหวัดจันทบุรี และการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยไตเรื้อรังและการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง นำข้อมูลที่ได้จาก 2 วิธีมาวิเคราะห์และสังเคราะห์บันทึกสรุปผลการศึกษาสถานการณ์ปัญหาโรคไตเรื้อรังของประชาชนจังหวัดจันทบุรี

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบบูรณาการศาสตร์เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตเรื้อรังจังหวัดจันทบุรี

วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนารูปแบบบูรณาการศาสตร์เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตเรื้อรังจังหวัดจันทบุรี

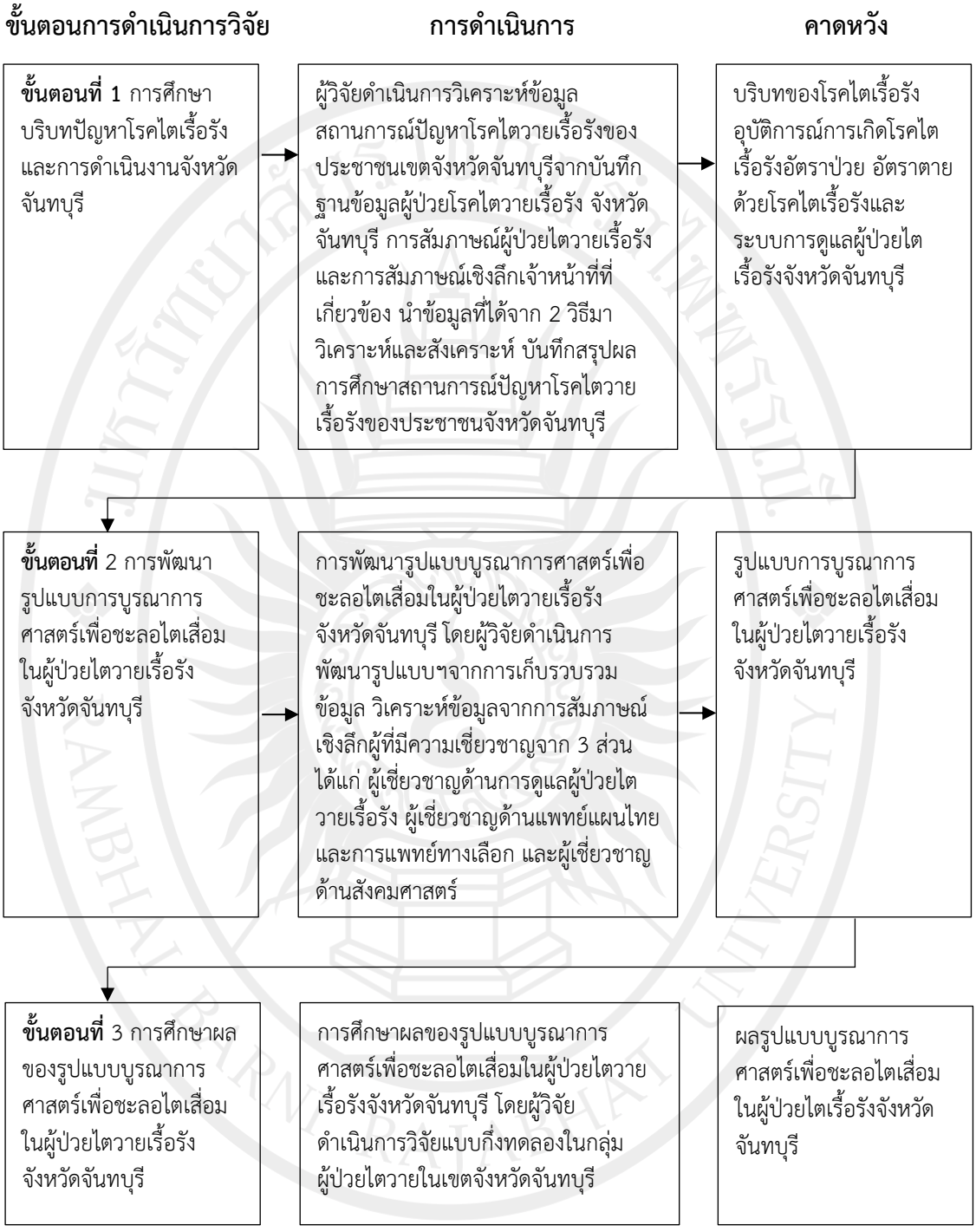
โดยผู้วิจัยดำเนินการพัฒนารูปแบบฯจากการเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ที่มีความเชี่ยวชาญจาก 3 ส่วน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรัง ผู้เชี่ยวชาญด้านแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และผู้เชี่ยวชาญด้านสังคมศาสตร์ นำข้อมูลที่ได้วิเคราะห์และสังเคราะห์ บันทึกสรุปผลรูปแบบบูรณาการศาสตร์เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตเรื้อรังจังหวัดจันทบุรี

ขั้นตอนที่ 3 การศึกษาผลของรูปแบบบูรณาการศาสตร์เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตเรื้อรังจังหวัดจันทบุรี

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลรูปแบบบูรณาการศาสตร์เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตเรื้อรังจังหวัดจันทบุรี

โดยผู้วิจัยดำเนินการในรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง โดยนำรูปแบบฯ ที่ได้ไปทดลองใช้ในผู้ป่วยไตเรื้อรังในเขตจังหวัดจันทบุรี บันทึกสรุปผลประสิทธิผลของรูปแบบบูรณาการศาสตร์เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตเรื้อรังจังหวัดจันทบุรี

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี



ภาพที่ 3.1 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

3.1 ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาบริบทปัญหาโรคไตเรื้อรังและการดำเนินงานจังหวัดจันทบุรี

การศึกษาบริบทปัญหาโรคไตเรื้อรังและการดำเนินงานจังหวัดจันทบุรี โดยผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ สังเคราะห์สถานการณ์ปัญหาโรคไตเรื้อรังของประชาชนเขตจังหวัดจันทบุรี โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา (Descriptive Data) สถานการณ์ปัญหาโรคไตเรื้อรังของประชาชนเขตจังหวัดจันทบุรีและจากการสัมภาษณ์เชิงลึกเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับข้อมูลสถานการณ์ปัญหาโรคไตเรื้อรังของประชาชนเขตจังหวัดจันทบุรี บันทึกสรุปผลการศึกษาสถานการณ์ปัญหาโรคไตเรื้อรังของประชาชนเขตจังหวัดจันทบุรี โดยใช้เครื่องมือในการวิจัย จำนวน 4 ฉบับ ประกอบด้วย ฉบับที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลสถานการณ์ปัญหาโรคไตเรื้อรังของประชาชนเขตจังหวัดจันทบุรี ฉบับที่ 2 แบบสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจังหวัดจันทบุรี ฉบับที่ 3 แบบสัมภาษณ์เชิงลึกเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับข้อมูลสถานการณ์ปัญหาโรคไตเรื้อรังของประชาชนเขตจังหวัดจันทบุรี ฉบับที่ 4 แบบบันทึกสรุปผลสถานการณ์ปัญหาโรคไตเรื้อรังของประชาชนเขตจังหวัดจันทบุรี ซึ่งมีรายละเอียด 2 วิธีการดังนี้

วิธีที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ปัญหาโรคไตเรื้อรังของประชาชนเขตจังหวัดจันทบุรี

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาข้อมูลสถานการณ์ปัญหาโรคไตเรื้อรังของประชาชนในเขตจังหวัดจันทบุรี

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลสถานการณ์ปัญหาโรคไตเรื้อรังของประชาชนเขตจังหวัดจันทบุรี โดยมีรายละเอียดการดำเนินการ ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ เวชระเบียนผู้ป่วยไตเรื้อรังเขตจังหวัดจันทบุรี ปีงบประมาณ 2563 จำนวน 6,664 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ เวชระเบียนผู้ป่วยไตเรื้อรังเขตจังหวัดจันทบุรี ปีงบประมาณ 2563 จำนวน 6,664 คน ซึ่งได้มาจากประชากรทั้งหมด

2. เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ คือ ฉบับที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลสถานการณ์ปัญหาโรคไตเรื้อรังของประชาชนเขตจังหวัดจันทบุรี

3. วิธีการสร้างเครื่องมือในการวิจัย

มีขั้นตอนในการสร้างดังนี้

3.1 ศึกษาเอกสารที่เป็นแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ปัญหาโรคไตวายเรื้อรังทั้งในประเทศและต่างประเทศ

3.2 นำข้อมูลที่ได้มาสังเคราะห์เนื้อหาเพื่อให้ได้กรอบแนวคิดในการสร้างเครื่องมือฉบับที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลสถานการณ์ปัญหาโรคไตเรื้อรังของประชาชนเขตจังหวัดจันทบุรี เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีลักษณะเป็นแบบบันทึกแบ่งเป็น 2 ตอน คือ

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป มีลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) และเติมคำในช่องว่าง

ตอนที่ 2 ข้อมูลการรักษา เป็นแบบบันทึกที่มีลักษณะการเติมคำในช่องว่าง

4. การหาคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบบันทึกสถานการณ์ปัญหาโรคไตเรื้อรังของประชาชนเขตจังหวัดจันทบุรีให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลของการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง จากฐานข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรีเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาโรคไตเรื้อรังของประชาชนเขตจังหวัดจันทบุรี โดยเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกันยายน 2562 ถึงตุลาคม 2563

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยนำข้อมูลฐานข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรีเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาโรคไตเรื้อรังของประชาชนเขตจังหวัดจันทบุรี ที่มีความสมบูรณ์มาวิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธีแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ

7. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ปัญหาโรคไตเรื้อรังของประชาชนเขตจังหวัดจันทบุรี ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

วิธีที่ 2 การศึกษาข้อมูลสถานการณ์ปัญหาโรคไตเรื้อรังของประชาชนเขตจังหวัดจันทบุรี

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาข้อมูลสถานการณ์ปัญหาโรคไตเรื้อรังของประชาชนเขตจังหวัดจันทบุรี

การศึกษาข้อมูลสถานการณ์ปัญหาโรคไตเรื้อรังของประชาชนเขตจังหวัดจันทบุรี ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. กลุ่มเป้าหมาย

1.1 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจังหวัดจันทบุรีอย่างน้อย 10 คน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเข้าดังนี้

1.1.1 เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่รับบริการในคลินิกชะลอไตเสื่อมในจังหวัดจันทบุรี

1.1.2 เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับบริการมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี

1.1.3 เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังไม่สามารถชะลอไตเสื่อมได้ตามเกณฑ์

1.1.4 ยินยอมให้ข้อมูลและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

1.2 เจ้าหน้าที่ที่ทำงานด้านการควบคุมโรคติดต่อไม่เรื้อรังของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรีจำนวน 3 ท่าน ซึ่งได้มาจากการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Random Sampling)

1.3 เจ้าหน้าที่ที่ทำงานในคลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี จำนวน 2 ท่าน ซึ่งได้มาจากการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Random Sampling)

2. เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ คือ เครื่องมือฉบับที่ 2 แบบสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจังหวัดจันทบุรี ฉบับที่ 3 แบบสัมภาษณ์เชิงลึกเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับข้อมูลสถานการณ์ปัญหาโรคไตเรื้อรังของประชาชนเขตจังหวัดจันทบุรี และฉบับที่ 4 แบบบันทึกสรุปผลสถานการณ์ปัญหาโรคไตเรื้อรังของประชาชนเขตจังหวัดจันทบุรี

สถาบันวิทยบริการ มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์

3. วิธีการสร้างเครื่องมือในการวิจัย

วิธีการสร้างเครื่องมือวิจัยมีขั้นตอนในการสร้างดังนี้

3.1 ศึกษาเอกสารที่เป็นแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ปัญหาโรคไตวายเรื้อรัง

3.2 นำข้อมูลแนวคิด ทฤษฎีที่ได้มาสังเคราะห์เป็นกรอบแนวคิดในการสร้างเครื่องมือ

3.3 สร้างเครื่องมือฉบับที่ 2 แบบสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีลักษณะเป็นแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งมีโครงสร้าง ในประเด็นสาเหตุการปฏิบัติตนและแนวทางการรักษาของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

3.4 สร้างเครื่องมือฉบับที่ 3 แบบสัมภาษณ์เชิงลึกเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับข้อมูลสถานการณ์ปัญหาในประเด็นสถานการณ์ปัญหาโรคไตเรื้อรังในจังหวัดจันทบุรี ผลกระทบของสถานการณ์ปัญหาโรคไตเรื้อรังในจังหวัดจันทบุรี

3.5 สร้างเครื่องมือฉบับที่ 4 แบบบันทึกสรุปผลสถานการณ์ปัญหาโรคไตเรื้อรังของประชาชนเขตจังหวัดจันทบุรี มีลักษณะเป็นแบบบันทึกผลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์สถานการณ์ปัญหาโรคไตเรื้อรังของประชาชนเขตจังหวัดจันทบุรี

4. การหาคุณภาพของเครื่องมือ

มีขั้นตอนในการหาคุณภาพ ดังนี้

4.1 ผู้วิจัยนำเครื่องมือฉบับที่ 2 แบบสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยไตเรื้อรัง เครื่องมือฉบับที่ 3 แบบบันทึกสรุปผลสถานการณ์ปัญหาโรคไตเรื้อรังของประชาชนเขตจังหวัดจันทบุรีและเครื่องมือฉบับที่ 4 แบบบันทึกสรุปผลสถานการณ์ปัญหาโรคไตเรื้อรังของประชาชนเขตจังหวัดจันทบุรีให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้

4.2 จัดพิมพ์เครื่องมือฉบับสมบูรณ์ เพื่อนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนดไว้ โดยการนัดหมายวัน เวลา สถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนเมษายน 2564

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยทำการวิเคราะห์เชิงคุณภาพเพื่อหาความหมายทางสังคม

3.2 ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบบูรณาการศาสตร์เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตเรื้อรังจังหวัดจันทบุรี

วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบบูรณาการศาสตร์เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตเรื้อรังจังหวัดจันทบุรี

โดยผู้วิจัยดำเนินการสังเคราะห์รูปแบบการดำเนินงานการบูรณาการศาสตร์เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตเรื้อรังจังหวัดจันทบุรี โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา รูปแบบการดำเนินงานการบูรณาการศาสตร์เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตเรื้อรังจังหวัดจันทบุรี โดยใช้เครื่องมือในการวิจัย

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์

ได้แก่ แบบสัมภาษณ์รูปแบบการดำเนินงานการบูรณาการศาสตร์เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตเรื้อรังจังหวัดจันทบุรี โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. กลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมายในการวิจัย ได้แก่

1.1 ผู้เชี่ยวชาญการชะลอไตเสื่อมจำนวน 3 คน

1.2 ผู้เชี่ยวชาญการชะลอไตเสื่อมการแพทย์ทางเลือกจำนวน 3 คน

1.3 ผู้เชี่ยวชาญทางด้านกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน

ซึ่งได้มาจากการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling)

2. เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสัมภาษณ์กลุ่มกลุ่มตัวอย่างรูปแบบบูรณาการศาสตร์เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตเรื้อรังจังหวัดจันทบุรีที่เหมาะสมและแบบสัมภาษณ์เชิงลึกรูปแบบบูรณาการศาสตร์เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตเรื้อรังจังหวัดจันทบุรีที่เหมาะสม

3. วิธีการสร้างเครื่องมือในการวิจัย

วิธีการสร้างเครื่องมือวิจัยมีขั้นตอนในการสร้างดังนี้

3.1 ศึกษาเอกสารที่เป็นแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการดำเนินงานการบูรณาการศาสตร์เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตเรื้อรัง

3.2 นำข้อมูล แนวคิด ทฤษฎีที่ได้มาสังเคราะห์เป็นกรอบแนวคิดในการสร้างเครื่องมือ

3.3 สร้างเครื่องมือแบบสัมภาษณ์เชิงลึกรูปแบบบูรณาการศาสตร์เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตเรื้อรังจังหวัดจันทบุรี มีลักษณะเป็นแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งมีโครงสร้าง ในประเด็นรูปแบบบูรณาการศาสตร์เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตเรื้อรังจังหวัดจันทบุรีที่เหมาะสม

4. การหาคุณภาพของเครื่องมือ

มีขั้นตอนในการหาคุณภาพ ดังนี้

4.1 ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์กลุ่มกลุ่มตัวอย่างรูปแบบบูรณาการศาสตร์เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตเรื้อรังจังหวัดจันทบุรีและแบบสัมภาษณ์เชิงลึกรูปแบบบูรณาการศาสตร์เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตเรื้อรังจังหวัดจันทบุรีให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาความเหมาะสมของภาษาที่ใช้

4.2 จัดพิมพ์เครื่องมือฉบับสมบูรณ์ เพื่อนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนดไว้ โดยการนัดหมาย วัน เวลา สถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนกรกฎาคม 2564

สำนักวิทยบริการและเทคโนโลยีสารสนเทศ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยทำการวิเคราะห์เชิงคุณภาพเพื่อหาความหมายทางสังคม

3.3 ขั้นตอนที่ 3 การศึกษาผลของรูปแบบบูรณาการศาสตร์เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตเรื้อรัง จังหวัดจันทบุรี

วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของรูปแบบบูรณาการศาสตร์เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตเรื้อรัง จังหวัดจันทบุรี

ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาผลของรูปแบบบูรณาการศาสตร์เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตเรื้อรังจังหวัดจันทบุรี ไปหาคุณภาพของรูปแบบฯ ด้านความถูกต้อง ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติและประโยชน์ โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบและนำไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้ป่วยไตเรื้อรังในเขตจังหวัดจันทบุรีโดยมีรายละเอียดดังนี้

1. กลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการศึกษาผลของรูปแบบบูรณาการศาสตร์เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตเรื้อรังจังหวัดจันทบุรี ได้แก่ ผู้ป่วยไตวายในเขตจังหวัดจันทบุรีจำนวน 30 คน ด้วยวิธีการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Random Sampling) โดยมีเกณฑ์ในการคัดเข้าดังนี้

1.1 เป็นผู้ป่วยไตเรื้อรังที่มีอัตราการกรองของไต 15-60 ml/min/1.73 m^2

1.2 ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

1.3 เข้ารับการรักษาในคลินิกชะลอไตเสื่อมมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี

2. เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในขั้นการศึกษาผลของรูปแบบบูรณาการศาสตร์เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตเรื้อรังจังหวัดจันทบุรี แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ รูปแบบบูรณาการศาสตร์เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังจังหวัดจันทบุรี ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 3 ตอน

ตอนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลเป็นแบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง จำนวน 11 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ระยะเวลาการเจ็บป่วยและผู้ดูแล

ตอนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลภาวะสุขภาพ

แบบบันทึกข้อมูลภาวะสุขภาพเป็นแบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองเป็นแบบเติมคำในช่องว่าง จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย ระดับน้ำตาลในกระแสเลือด ระดับความดันโลหิต อัตราการกรองของไตและระดับไขมันในเลือด

ตอนที่ 3 แบบประเมินคุณภาพชีวิต

แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้วิจัยได้นำเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOF-BREF-THAI) มาใช้ โดยเครื่องมือประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย (Physical Domain) ด้านจิตใจ (Psychological Domain) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social Relationships) และด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) จำนวนทั้งสิ้น

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

26 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด

การให้คะแนน	**คะแนนข้อคำถามเชิงบวก**	**คะแนนข้อคำถามเชิงลบ**
ไม่เลย	1	5
เล็กน้อย	2	4
ปานกลาง	3	3
มาก	4	2
มากที่สุด	5	1

1. วิธีการสร้างเครื่องมือในการวิจัย

วิธีการสร้างเครื่องมือวิจัยมีขั้นตอนในการสร้างดังนี้

1.1 ศึกษาเอกสารที่เป็นแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการหาคุณภาพรูปแบบบูรณาการศาสตร์เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตเรื้อรัง

1.2 นำข้อมูลแนวคิด ทฤษฎีที่ได้มาสังเคราะห์เป็นกรอบแนวคิดในการสร้างเครื่องมือ

1.3 สร้างเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลผลของรูปแบบบูรณาการศาสตร์เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตเรื้อรังจังหวัดจันทบุรี

2. การหาคุณภาพเครื่องมือ

มีขั้นตอนในการหาคุณภาพ ดังนี้

2.1 ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้

2.2 ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบเนื้อหาไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความใกล้เคียงกับกลุ่มประชากรมากที่สุดจำนวน 30 ชุด หลังจากนั้นนำไปทดสอบด้วยสถิติสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .82

2.3 จัดพิมพ์เครื่องมือฉบับสมบูรณ์ เพื่อนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองในกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนด โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการทดลองโดยการนัดหมายวันเวลา สถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนกรกฎาคม 2565

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

4.1 พรรณนาข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4.2 วิเคราะห์ความแตกต่างค่าเฉลี่ย ข้อมูลภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตระหว่างก่อนและหลังการทดลองด้านสถิติ Paired t-test

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

บทที่ 4
ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาการบูรณาการศาสตร์เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตเรื้อรังจังหวัดจันทบุรี ผลการศึกษา จะนำเสนอแบ่งเป็น 3 ส่วนดังนี้

4.1 บริบทปัญหาโรคไตเรื้อรังและการดำเนินงานชะลอไตเสื่อมจังหวัดจันทบุรี

4.2 การพัฒนารูปแบบบูรณาการศาสตร์เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตเรื้อรังจังหวัดจันทบุรี

4.3 ผลของรูปแบบบูรณาการศาสตร์เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตเรื้อรังจังหวัดจันทบุรี

4.1 บริบทปัญหาโรคไตเรื้อรังและการดำเนินงานชะลอไตเสื่อมจังหวัดจันทบุรี

จากการศึกษาผู้ป่วยไตเรื้อรังจำนวนทั้งสิ้น 6,664 คน พบว่า ผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิงมีสัดส่วนใกล้เคียงกัน โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 70-79 ปี คิดเป็นร้อยละ 30.93 รองลงมามีอายุอยู่ในช่วง 80-89 ปี คิดเป็นร้อยละ 27.03 โดยผู้ป่วยไตเรื้อรังมีอายุเฉลี่ย 71.58 ปี อายุน้อยที่สุด 2 ปี และอายุมากที่สุด 104 ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสัญชาติไทยคิดเป็นร้อยละ 99.65 เมื่อจำแนกระยะการดำเนินไปของโรคพบว่า ผู้ป่วยไตเรื้อรังอยู่ในระที่ 3A ร้อยละ 36.74 อยู่ในระยะที่ 3B ระยะที่ 4 และระยะที่ 5 ร้อยละ 34.69 ร้อยละ 23.54 และร้อยละ 5.03 ตามลำดับ เมื่อจำแนกตามสถานบริการพบว่าส่วนใหญ่รับบริการที่โรงพยาบาลพระปกเกล้าคิดเป็นร้อยละ 38.30 โดยผู้ป่วยสามารถชะลอไตเสื่อมได้ร้อยละ 55.29 สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ร้อยละ 54.95 ความเข้มข้นของเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติคิดเป็นร้อยละ 22.3 ดังแสดงในตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 ผู้ป่วยไตเรื้อรังในจังหวัดจันทบุรี จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (N = 6,664)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	3,157	47.37
หญิง	3,507	52.63
อายุ		
1-9 ปี	2	0.03
10-19 ปี	5	0.08
20-29 ปี	16	0.24
30-39 ปี	47	0.71
40-49 ปี	188	2.82
50-59 ปี	645	9.68
60-69 ปี	1,514	22.72

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
70-79 ปี	2,061	30.93
80-89 ปี	1,801	27.03
90-99 ปี	377	5.66
99 ปีขึ้นไป	8	0.12
(Mean = 71.58 ปี, SD = 12.18, Min = 2 ปี, Max = 104 ปี)		
สัญชาติ		
ไทย	6,641	99.65
อื่น ๆ	23	0.35
ระยะของโรค		
ระยะที่ 3A	2,448	36.74
ระยะที่ 3B	2,312	34.69
ระยะที่ 4	1,569	23.54
ระยะที่ 5	335	5.03
สถานบริการ		
โรงพยาบาลพระปกเกล้า	2,552	38.30
โรงพยาบาลแหลมสิงห์	590	8.85
โรงพยาบาลนายายอาม	574	8.61
โรงพยาบาลเขาสุกิม	471	7.07
โรงพยาบาลเขาคิชกูฏ	463	6.95
โรงพยาบาลขลุง	398	5.97
โรงพยาบาลมะขาม	374	5.61
โรงพยาบาลสอยดาว	340	5.10
โรงพยาบาลแก่งหางแมว	313	4.70
โรงพยาบาลสองพี่น้อง	258	3.87
โรงพยาบาลท่าใหม่	224	3.36
โรงพยาบาลโป่งน้ำร้อน	107	1.61
การชะลอไตเสื่อม		
สามารถชะลอไตเสื่อมได้	3,488	55.29
ไม่สามารถชะลอไตเสื่อมได้	2,820	44.71
การควบคุมระดับความดันโลหิต		
ควบคุมระดับความดันโลหิตได้	3,070	54.95
ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้	2,517	45.05

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ความเข้มข้นของเลือด		
ซีด (HCT < 33%)	875	77.7
ไม่ซีด (HCT ≥33%)	251	22.3

ด้านอาคารสถานที่ในการดำเนินงานคลินิกชะลอไตเสื่อมจังหวัดจันทบุรี

การดำเนินงานชะลอไตเสื่อมในจังหวัดจันทบุรีมีทั้งสิ้น 12 หน่วยบริการ โดยยึดหลักบริการคลินิกชะลอไตเสื่อมคุณภาพ (Chronic Kidney Disease Clinic) พบว่ามีหน่วยบริการ 7 แห่งจัดตั้งคลินิกชะลอไตเสื่อมแยกออกจากคลินิกโรคเรื้อรัง และมี 2 หน่วยบริการ ได้แก่ โรงพยาบาลพระปกเกล้าและโรงพยาบาลขลุงที่มีการจัดบริการบำบัดทดแทนไตทั้งการล้างไตทางช่องท้อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis clinic) และการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis Clinic) ดังแสดงในตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 หน่วยบริการคลินิกชะลอไตเสื่อมในจังหวัดจันทบุรี จำแนกตามระดับและการให้บริการ

ลำดับ	หน่วยบริการ	ระดับ	การให้บริการ		
			CKD	CAPD	HD
1	รพศ.พระปกเกล้า	A	✓	✓	✓
2	รพ.ขลุง	F1	บูรณาการกับ NCD Clinic	✓	✓
3	รพ.มะขาม	F1	✓		
4	รพ.สอยดาว	F1	✓		
5	รพ.นายายอาม	F2	✓		
6	รพ.แก่งหางแมว	F2	✓		
7	รพ.ท่าใหม่	F2	บูรณาการกับ NCD Clinic		
8	รพ.เขาสุกิม	F2	บูรณาการกับ NCD Clinic		
9	รพ.สองพี่น้อง	F2	บูรณาการกับ NCD Clinic		
10	รพ.แหลมสิงห์	F2	✓		
11	รพ.เขาคิชฌกูฏ	F2	บูรณาการกับ NCD Clinic		
12	รพ.โป่งน้ำร้อน	F2	✓		

CKD หมายถึง คลินิกชะลอไตเสื่อม

CAPD หมายถึง คลินิกล้างไตทางช่องท้อง

HD หมายถึง คลินิกฟอกเลือด

สถาบันวิทยบริการ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

ด้านบุคลากรในการดำเนินงานคลินิกชะลอไตเสื่อมจังหวัดจันทบุรี

บุคลากรที่ดำเนินงานในคลินิกชะลอไตเสื่อมในจังหวัดจันทบุรีประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลล้างไตทางช่องท้อง พยาบาลฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม นักกายภาพบำบัด และนักโภชนาการ โดยพบว่า โรงพยาบาลพระปกเกล้าและโรงพยาบาลขลุง มีบุคลากรครบทุกสหสาขาวิชาชีพรวมถึงมีพยาบาลที่มีความสามารถในการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการฟอกเลือดและการล้างไตทางช่องท้องได้ สำหรับโรงพยาบาลมะขาม โรงพยาบาลสอยดาว โรงพยาบาลนายายอาม โรงพยาบาลแก่งหางแมว โรงพยาบาลแหลมสิงห์ และโรงพยาบาลโป่งน้ำร้อน มีบุคลากรในการดำเนินงานชะลอไตเสื่อมครบตามองค์ประกอบ สำหรับโรงพยาบาลท่าใหม่ โรงพยาบาลเขาสุกิม โรงพยาบาลสองพี่น้อง และโรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏขาดนักโภชนาการตามองค์ประกอบ เนื่องจากข้อจำกัดในการนักโภชนาการ การดำเนินงานชะลอไตเสื่อมจึงให้พยาบาลวิชาชีพทำหน้าที่ในการดูแลเรื่องโภชนาการในคลินิก ดังแสดงในตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 บุคลากรที่ดำเนินงานชะลอไตเสื่อมในหน่วยบริการจังหวัดจันทบุรี

ลำดับ	หน่วยบริการ	บุคลากร						
		แพทย์	เภสัชกร	พยาบาลวิชาชีพ	พยาบาล PD	พยาบาล HD	นักกายภาพ	นักโภชนาการ
1	รพศ. พระปกเกล้า	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2	รพ.ขลุง	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3	รพ.มะขาม	✓	✓	✓	✓		✓	✓
4	รพ.สอยดาว	✓	✓	✓	✓		✓	✓
5	รพ.นายายอาม	✓	✓	✓	✓		✓	✓
6	รพ.แก่งหางแมว	✓	✓	✓			✓	✓
7	รพ.ท่าใหม่	✓	✓	✓			✓	
8	รพ.เขาสุกิม	✓	✓	✓			✓	
9	รพ.สองพี่น้อง	✓	✓	✓			✓	
10	รพ.แหลมสิงห์	✓	✓	✓			✓	✓
11	รพ.เขาคิชฌกูฏ	✓	✓	✓			✓	
12	รพ.โป่งน้ำร้อน	✓	✓	✓			✓	✓

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

พยาบาล PD หมายถึง พยาบาลล้างไตทางช่องท้อง

พยาบาล HD หมายถึง พยาบาลฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ด้านการบันทึกข้อมูลการดำเนินงานคลินิกชะลอไตเสื่อมจังหวัดจันทบุรี

โรงพยาบาลทุกแห่งมีการคำนวณค่า eGFR โดยใช้สมการ CKD-EPI และตรวจ Serum Creatinine (Cr) ใช้การตรวจด้วยวิธี Enzymatic Method ทุกแห่ง โรงพยาบาลมีระบบในการเชื่อมโยงข้อมูล Laboratory Information System (LIS) เข้าสู่ Hospital Information System (HIS) แบบอัตโนมัติ มีทั้งสิ้นจำนวน 8 แห่ง สำหรับโรงพยาบาลที่ยังไม่มีระบบเชื่อมโยงอัตโนมัติ ได้แก่ โรงพยาบาลมะขาม โรงพยาบาลแก่งหางแมว โรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ และโรงพยาบาลสองพี่น้อง ซึ่งผลจากการศึกษาพบว่า ทุกโรงพยาบาลในจังหวัดจันทบุรีมีการตรวจอัตราการกรองของไตได้อย่างมีประสิทธิภาพตามคำแนะนำของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย สำหรับการเชื่อมโยงข้อมูล Laboratory Information System (LIS) ไปยังฐานข้อมูลยังมีข้อจำกัดเนื่องจากงบประมาณและการบริหารจัดการที่แตกต่างกัน ทำให้ต้องมีการบันทึกข้อมูลซ้ำซ้อนมีโอกาสทำให้เกิดความผิดพลาดในการบันทึกข้อมูลได้

ขั้นตอนการดำเนินงานการให้บริการในคลินิกชะลอไตเสื่อมจังหวัดจันทบุรี

1. การตรวจคัดกรองทางห้องปฏิบัติการและแบ่งกลุ่มการให้บริการตามระยะของโรค
2. การให้ความรู้แบบกลุ่มขณะรอผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยเน้นการให้ความรู้เรื่องของโรคไตเรื้อรัง ปัจจัยเสี่ยงของโรคไตเรื้อรัง อันตรายของโรคไตเรื้อรัง แนวทางการดูแลสุขภาพ การใช้ยาในโรคไตเรื้อรัง อาหารและโภชนาการในโรคไตเรื้อรัง และการออกกำลังกายในโรคไตเรื้อรัง โดยในแต่ละครั้งจะใช้เวลาครั้งละไม่เกิน 15 นาที โดยอาจแบ่งความรู้ในการดังนี้

ครั้งที่ 1 ไตเรื้อรังคืออะไร ปัจจัยเสี่ยงในการเป็นโรคไตเรื้อรัง
ครั้งที่ 2 โรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
ครั้งที่ 3 แนวทางการรักษาโรคไตเรื้อรังและการบำบัดทดแทนไต
ครั้งที่ 4 การปฏิบัติตนเมื่อเป็นโรคไต

3. พบพยาบาลเพื่อทำการซักประวัติและการตรวจร่างกายเบื้องต้น

3.1 ซักประวัติทั่วไป บันทึกลงสมุดประจำตัวแบ่งตามระยะของโรค
3.2 วัดความดันโลหิต
3.3 ประเมินความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วย
3.4 ประเมินปัญหาของผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน เพื่อส่งต่อให้สหวิชาชีพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

4. ส่งพบสหวิชาชีพจำแนกตามปัญหาของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ได้แก่ ปัญหาเรื่องการใช้ยา ปัญหาเรื่องโภชนาการ ปัญหาด้านการออกกำลังกายที่เหมาะสม
5. เข้าพบแพทย์พร้อมผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ
6. ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติม กรณีมีความผิดปกติ
7. พบพยาบาลหลังพบแพทย์ เพื่อรับใบนัดและใบสั่งยาตามแผนการรักษา

จากผลการศึกษาขั้นตอนการดำเนินงานการให้บริการในคลินิกชะลอไตเสื่อมจังหวัดจันทบุรี พบว่า ขั้นตอนการดำเนินงานการให้บริการในคลินิกชะลอไตเสื่อมจังหวัดจันทบุรีมีความเหมาะสมเป็นไปตามแนวทางการดำเนินงานชะลอไตเสื่อมของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวง

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

สาธารณสุข ซึ่งในแต่ละโรงพยาบาลของจังหวัดจันทบุรีจะมีความแตกต่างกันในเนื้อหาขั้นตอนการบริการซึ่งขึ้นอยู่กับบุคลากรของโรงพยาบาลที่ให้บริการ

ขั้นตอนการดำเนินงานการให้บริการคลินิกชะลอไตเสื่อมในชุมชนของจังหวัดจันทบุรี

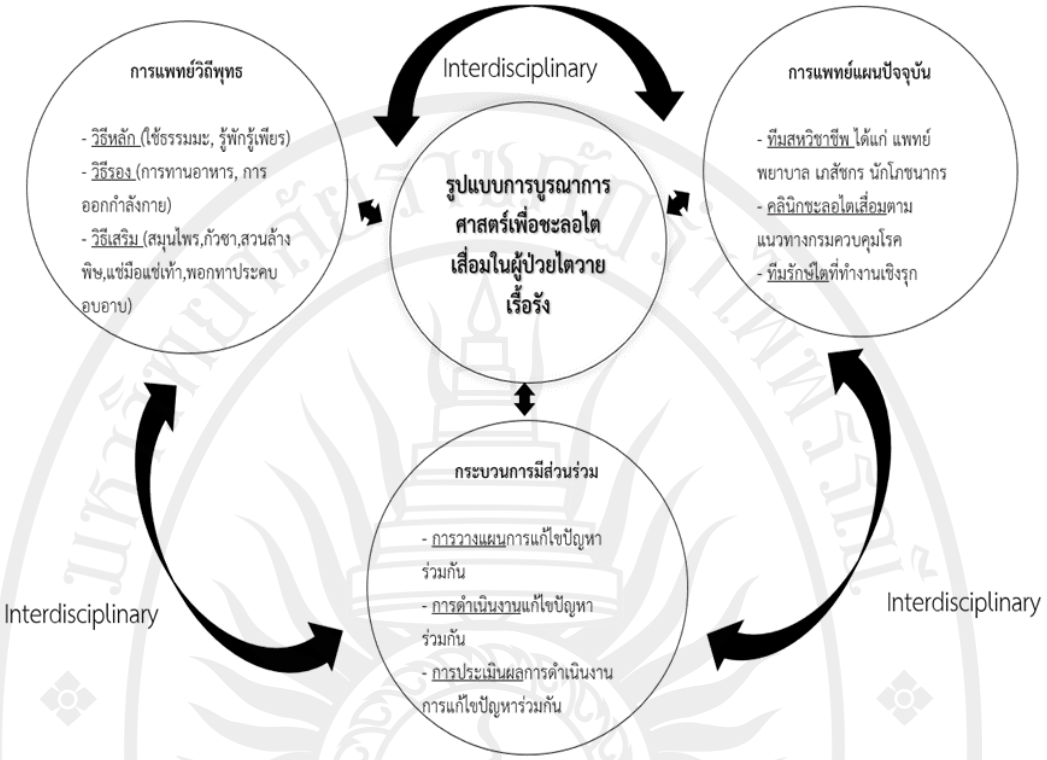
1. การติดตามเยี่ยมบ้าน (Home Health Care) ร่วมกับทีมรักษ์ไตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง
   1.1 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมที่เหมาะสม
   1.2 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่เพิ่งจากจากการรักษา (Discharge)
   1.3 ผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษา
   1.4 ผู้ป่วยที่ขาดนัด
2. จัดกิจกรรมการสร้างกระแสและการสร้างสิ่งแวดล้อมในชุมชน
3. การจัดกิจกรรมเพื่อสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในชุมชน
4. การจัดหาบุคคลต้นแบบในชุมชน
5. เป็นพี่เลี้ยงและที่ปรึกษาให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขและผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชน
6. การส่งต่อข้อมูลและเชื่อมโยงข้อมูลกับโรงพยาบาลชุมชนเพื่อความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย

จากการศึกษาขั้นตอนการดำเนินงานการให้บริการคลินิกชะลอไตเสื่อมในชุมชนของจังหวัดจันทบุรี พบว่า ขั้นตอนการดำเนินงานการให้บริการคลินิกชะลอไตเสื่อมในชุมชนของจังหวัดจันทบุรีเป็นไปตามคำแนะนำของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจากการศึกษาพบข้อจำกัดด้านบริบทของแต่ละชุมชนซึ่งขึ้นอยู่กับศักยภาพของชุมชน ทำให้ประสิทธิภาพในการดำเนินงานชะลอไตเสื่อมในชุมชนของและละชุมชนมีความแตกต่างกัน

4.2 การพัฒนารูปแบบบูรณาการศาสตร์เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตเรื้อรังจังหวัดจันทบุรี

ในการพัฒนารูปแบบเชิงบูรณาการเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตเรื้อรังในจังหวัดจันทบุรี ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดสหวิทยาการที่เรียกว่าการข้ามพ้นสาขาหรือในวิทยานิพนธ์นี้เรียกว่าการบูรณาการศาสตร์ (Transdisciplinarity) เพื่อสร้างรูปแบบการบูรณาการดังกล่าวโดยสามารถสรุปรูปแบบบูรณาการเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ดังภาพที่ 4.1

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี



ภาพที่ 4.1 รูปแบบการบูรณาการศาสตร์เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

จากภาพที่ 4.1 จะพบว่ารูปแบบบูรณาการศาสตร์เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตเรื้อรัง จังหวัดจันทบุรี จะบูรณาการจากองค์ความรู้ใน 3 ส่วน โดยใช้การบูรณาการแบบข้ามพ้นสาขา คือ

1. องค์ความรู้ของการแพทย์ปัจจุบัน
2. องค์ความรู้ของการแพทย์วิถีธรรม
3. องค์ความรู้เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชน

1. องค์ความรู้ของการแพทย์ปัจจุบันในการชะลอไตเสื่อม การใช้การแพทย์แผนปัจจุบันในการทำงานชะลอไตเสื่อมในจังหวัดจันทบุรีที่เหมาะสมประกอบด้วย 3 องค์ประกอบที่สำคัญ ได้แก่

1.1 ทีมสหวิชาชีพ

1.1.1 แพทย์ทั่วไป แพทย์อายุรกรรมหรือแพทย์อายุรกรรมโรคไต โดยแพทย์เป็นหัวใจหลักในการปรับรูปแบบการให้รักษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละราย ซึ่งความเหมาะสมในการพบแพทย์นั้นขึ้นอยู่กับระดับอัตราการกรองของไตหรืออาการของผู้ป่วย โดยแพทย์ทั่วไปนั้นจะดูแลผู้ป่วยระยะที่ 1 ถึงระยะที่ 3 ส่วนแพทย์อายุรกรรมหรือแพทย์อายุรกรรมโรคไตเหมาะสำหรับการดูแลผู้ป่วยในระยะที่ 4 และระยะที่ 5

1.1.2 พยาบาลวิชาชีพ เป็นบุคลากรที่มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคไตในจังหวัดจันทบุรี โดยทำหน้าที่เป็นผู้จัดการรายกรณี มีบทบาทในการให้คำปรึกษา ติดตามอาการผู้ป่วย รายงานความก้าวหน้าการรักษาให้กับแพทย์ โดยพยาบาลวิชาชีพที่เหมาะสมควรผ่านการฝึกอบรม

การพยาบาลเฉพาะทางการจัดการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Case Manager) หรือการพยาบาลเฉพาะทางการบำบัดทดแทนไต ซึ่งจะสามารถทำให้ดูแลผู้ป่วยโรคไตได้อย่างเหมาะสม

1.1.3 เภสัชกร มีหน้าที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคไตในจังหวัดจันทบุรี โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ การเก็บรักษายาอย่างเหมาะสม การใช้ยาอย่างเหมาะสม นอกจากนี้ยังทำหน้าที่ให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยากับผู้ป่วยโรคไต ซึ่งเภสัชกรควรได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคไตจะทำให้มีสมรรถนะเพิ่มมากขึ้นในการดูแลผู้ป่วยโรคไตในจังหวัดจันทบุรี

1.1.4 นักโภชนาการ มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง มีหน้าที่ในการจัดรูปแบบการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วย การให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารทั้งผู้ป่วยโรคไตและผู้ดูแลเพื่อให้สามารถชะลอไตเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.1.5 นักกายภาพบำบัด เป็นบุคลากรที่มีความสำคัญในการสนับสนุนการเคลื่อนไหวและการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้ป่วยไตวายในคลินิกชะลอไตเสื่อม เนื่องจากการออกกำลังกายที่เหมาะสมจะสามารถทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดและการควบคุมความดันโลหิตมีประสิทธิภาพ

1.2 คลินิกชะลอไตเสื่อมที่มีประสิทธิภาพ

1.2.1 มีฐานข้อมูลที่มีความถูกต้อง ครบถ้วนสามารถเข้าถึงได้

1.2.2 สถานที่ในการให้บริการมีการแยกเป็นสัดส่วนชัดเจนจากคลินิกบริการอื่นชัดเจน

1.2.3 มีวัสดุ อุปกรณ์ในการอำนวยความสะดวกและการให้บริการอย่างเหมาะสม

1.2.4 มีระบบในการให้บริการอย่างเป็นขั้นตอน ชัดเจน จะสามารถทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

1.2.5 มีระบบการบันทึกข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ จะส่งผลให้การจัดการข้อมูลเป็นไปได้อย่างรวดเร็ว สะดวกในการเข้าถึงและการวิเคราะห์ข้อมูล

1.2.6 มีระบบการติดตามข้อมูลและการนัดอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการอย่างต่อเนื่อง มีการส่งต่อข้อมูลให้กับชุมชนอย่างเหมาะสม

1.3 ทีมรักษ์ไตที่เข้มแข็ง

1.3.1 มีระบบส่งต่อข้อมูลที่มีประสิทธิภาพจากคลินิกชะลอไตเสื่อมไปยังชุมชน

1.3.2 ทีมรักษ์ไตมีแผนการดำเนินงานและแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยโรคไตในชุมชน

1.3.3 บุคลากรในทีมรักษ์ไตประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน มีความรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยไตวายได้

1.3.4 มีเครือข่ายที่ให้ความร่วมมือและสนับสนุนการดำเนินงานชะลอไตเสื่อมผู้ป่วยในชุมชน เช่น ผู้นำชุมชน ท้องถิ่น ปราชญ์ชาวบ้าน

1.3.5 ทีมรักษ์ไตมีการดำเนินการติดตามผลการปฏิบัติและปรับปรุงผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

2. องค์ความรู้ของการแพทย์วิถีธรรม การชะลอไตเสื่อมรูปแบบการแพทย์วิถีธรรมในจังหวัดจันทบุรีที่เหมาะสมประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ประการตามหลักยา 9 เม็ด ได้แก่

2.1 ยาเม็ดเลิศ

2.1.1 ยาเม็ดที่ 8 การใช้ธรรมะ ทำใจให้สบาย เป็นการใช้ธรรมะในแง่มุมของหลักการทำจิตใจให้ผ่องใส การลด ละ เลิกในอารมณ์ที่ทำให้จิตใจไม่ผ่องใส ความไม่พอใจ ความพยาบาท ความอาฆาต ปราศจากความวิตกกังวลในอาการที่เกิดขึ้นที่มีสาเหตุมาจากความผิดปกติทางกาย ลด ละ กิเลศ ที่เกิดขึ้นภายในจิตใจเข้าถึงการรับประทานอาหารที่พอดี ไม่ยึดติดในรสชาติอาหารอันเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะไตเสื่อม สงบจิตใจ ไม่ให้เกิดความเครียด การฝึกภาวนาให้อยู่กับปัจจุบันขณะ ไม่ฟุ้งซ่าน มีสติแน่วแน่ในการปฏิบัติจะส่งผลต่อพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.1.2 ยาเม็ดที่ 9 รู้เพียร รู้พักให้พอดี เป็นการฝึกปฏิบัติให้ผู้ป่วยตั้งอยู่บนพื้นฐานของการฝึกปฏิบัติที่พอดี ไม่มุ่งมั่นจนเกินไปและไม่ละเลยการปฏิบัติจนเกินไป การปฏิบัติพฤติกรรมที่อยู่บนพื้นฐานของการรู้เพียร รู้พักให้พอดี ไม่หนักเกินไปและพักผ่อนเพื่อให้มีกำลังจะเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยโรคไตสามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองได้อย่างเหมาะสม ส่งผลต่ออัตราการกรองของไตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.2 ยาเม็ดหลัก

2.2.1 ยาเม็ดที่ 6 การออกกำลังกาย กดจุดลมปราณ โยคะ เป็นการชะลอไตเสื่อมที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคไต การออกกำลังกาย กดจุดลมปราณ โยคะ ช่วยเผาผลาญพลังงานโดยอาศัยการเคลื่อนไหวที่ต่อเนื่องใช้เวลา 15-45 นาที การดัดตัวและกายบริหารโยคะ การกดจุดลมปราณทั้ง 12 จุด ร่วมกับการควบคุมการหายใจที่มีประสิทธิภาพเป็นการลดระดับน้ำตาลในกระแสเลือด ซึ่งในผู้ป่วยไตวายควรมีการออกกำลังกาย กดจุดลมปราณ โยคะอย่างสม่ำเสมอเป็นประจำทุกวันจะช่วยสามารถชะลอไตเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.2.2 ยาเม็ดที่ 7 การทานอาหารปรับสมดุล เป็นหัวใจหลักในการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตวาย การทานอาหารปรับสมดุลในผู้ป่วยไตวายควรเริ่มตั้งแต่การป่วยในระยะแรกเริ่ม โดยการทานอาหารปรับสมดุลเน้นไปที่การรับประทานอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ การควบคุมอาหารร้อนเย็นให้เหมาะสมกับผู้ป่วยไตวาย มีวิธีในการทานอาหารปรับสมดุล 6 ขั้นตอน ได้แก่ การดื่มน้ำสมุนไพรปรับสมดุล การรับประทานผลไม้ปรับสมดุล รับประทานผักสดกับส้มตำ ยำมะละกอ หรือยำอื่น ๆ ที่ทำให้รับประทานผักได้ง่าย รับประทานต้มถั่วหรือธัญพืชปรับสมดุล รับประทานแกงจืดหรือน้ำต้มถั่ว

2.3 ยาเม็ดเสริม

2.3.1 ยาเม็ดที่ 1 การทานสมุนไพรปรับสมดุล เป็นการถอนพิษและช่วยชะลอไตในผู้ป่วยไตวาย การทานสมุนไพรปรับสมดุลร้อนเย็นอย่างเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยไตวาย ควรปฏิบัติเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง โดยการทานสมุนไพรปรับสมดุลนั้นควรทำควบคู่กับการทานอาหารปรับสมดุลจะสามารถทำให้เกิดประสิทธิภาพในการชะลอไตเสื่อมได้อย่างเหมาะสม โดยการนำสมุนไพรเย็นปั่นผสมน้ำเปล่า 1-3 แก้ว ปั่นนาน 10 วินาที กรองผ่านกระชอนหรือผ้าบางนำน้ำที่ได้มาดื่มครั้งละ ½-1 แก้ว วันละ 1-3 ครั้ง ก่อนอาหารหรือตอนท้องว่างหรือดื่มตอนกระหายน้ำ ปริมาณการดื่มอาจมากหรือน้อยตามความรู้สึกสุขสบาย

2.3.2 ยาเม็ดที่ 2 การทำกัวซา โดยรูปแบบการทำกัวซาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยไตวาย ควรทำเป็นประจำ การไม่ลงน้ำหนักมากจนเกินไป การทำกัวซาที่เหมาะสมจะช่วยทำให้ถอนพิษและช่วยกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต ช่วยให้การชะลอไตเสื่อมมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

2.3.3 ยาเม็ดที่ 3 การสวนล้างพิษลำไส้ใหญ่ เป็นการปรับสมดุลร้อนเย็นของร่างกายในผู้ป่วยไตวาย โดยเป็นการกำจัดของเสียที่เกิดขึ้นในร่างกาย ระยะเวลาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยไตวายคือ ให้ทำการสวนล้างพิษลำไส้ใหญ่เมื่อรู้สึกไม่สบาย ระยะเวลาที่ทำให้ทำเท่าที่รู้สึกสบาย โดยการสวนล้างพิษลำไส้ใหญ่นั้นให้ทำไม่มากหรือน้อยจนเกินไป โดยปกติอาจทำ 3 ครั้งต่อสัปดาห์

2.3.4 ยาเม็ดที่ 4 การแช่มือแช่เท้าหรือส่วนที่ไม่สบาย เป็นการปรับสมดุลในผู้ป่วยไตวาย โดยรูปแบบที่เหมาะสมคือการแช่มือแช่เท้าในน้ำสมุนไพรร้อนหรือเย็นตามความเหมาะสม ต้มกับน้ำ 1 ลิตร เดือดประมาณ 5 นาที แล้วนำมาผสมกับน้ำธรรมดาให้พออุ่น โดยการแช่ให้แช่พอท่วมมือและเท้าประมาณ 3 นาที แล้วยกขึ้นพัก 1 นาที ทำซ้ำจนครบ 3 รอบ โดยความถี่ที่เหมาะสมให้ทำสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง หรือทำเมื่อรู้สึกไม่สบายจะช่วยระบายพิษได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.3.5 ยาเม็ดที่ 5 การพอก ทา หยอด ประคบ อบ อาบ เป็นการปรับสมดุลร้อนเย็นในร่างกายของผู้ป่วยไตวาย ก่อนการอบให้อาบน้ำปกติก่อน 1 รอบ ให้ตั้งไฟด้วยหม้อหุงข้าวให้น้ำเดือดประมาณ 10 นาที ใส่สมุนไพรฤทธิ์ร้อนและเย็นต้มต่ออีก 5 นาที ให้สมุนไพรมีกลิ่นหอม วางสมุนไพรไว้ใต้เก้าอี้ผู้ป่วยไตวายใช้ผ้าชุบน้ำหมาดวางไว้บนศีรษะช่วยดึงความร้อนออกจากร่างกาย ห่มผ้าห่มทั้งตัวสูดหายใจเข้าลึก ๆ ประมาณ 5-15 นาที แล้วพัก ทำ 2-3 รอบ เท่าที่รู้สึกสบาย

จากการศึกษารูปแบบการชะลอไตเสื่อมรูปแบบการแพทย์วิถีธรรมในจังหวัดจันทบุรีที่เหมาะสมควรเป็นการอบรมหรือเข้าค่ายที่มีความต่อเนื่องอย่างน้อย 3 วัน รวมทั้งเป็นการฝึกอบรมที่มีการฝึกฝนการปฏิบัติไปควบคู่กันเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจในวิธีการปฏิบัติ เกิดกระบวนการเรียนรู้การปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

3. องค์ความรู้เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชน การชะลอไตเสื่อมด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวชุมชนที่เหมาะสมกับผู้ป่วยไตวายในจังหวัดจันทบุรี ประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ประการ ได้แก่

3.1 การมีส่วนร่วมในการชะลอไตเสื่อมด้านการวางแผนโดยครอบครัวและชุมชน การวางแผนในการชะลอไตเสื่อมนับเป็นหัวใจหลักที่สำคัญในการชะลอไตเสื่อม ซึ่งการวางแผนการชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยไตวายนั้น ควรเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยไตวาย เช่น ผู้นำชุมชน ผู้นำท้องถิ่น กลุ่มชมรมที่เกี่ยวข้อง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วยไตวายจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องวางแผนร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยไตวายในชุมชนของตนเอง

3.2 การมีส่วนร่วมในการชะลอไตเสื่อมด้านการดำเนินการชะลอไตเสื่อมในชุมชน เป็นขั้นตอนการดำเนินการตามแผนงานที่วางแผนตั้งเป้าหมายร่วมกันทั้งผู้ป่วย ครอบครัว ผู้ดูแลผู้ป่วย และชุมชน มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างการดำเนินงานชะลอไตเสื่อมอย่างสม่ำเสมอ ร่วมแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินงานชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตวาย แบ่งปันทรัพยากรที่จำเป็นในการดำเนินงาน แลกเปลี่ยนข้อมูลที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินงานชะลอไตเสื่อมอย่างสม่ำเสมอ

3.3 การมีส่วนร่วมในการชะลอไตเสื่อมด้านการประเมินผลการชะลอไตเสื่อมในชุมชน เป็นการดำเนินงานร่วมกันของผู้ป่วย ครอบครัว ผู้ดูแลผู้ป่วยและชุมชนที่ร่วมกันประเมินผลการชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยไตวายตามเป้าหมายที่วางไว้ ร่วมกันนำผลการดำเนินงานมาแก้ไขปรับปรุงหรือขยายต่อไปยังผู้ป่วยไตวายรายอื่นอย่างเหมาะสม

4. รูปแบบการบูรณาการศาสตร์เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง เป็นการนำ 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การแพทย์แผนปัจจุบันที่ประกอบด้วย สหวิชาชีพ คลินิกชะลอไตเสื่อมที่มีประสิทธิภาพและทีมรักษ์ไตที่เข้มแข็ง ร่วมกับการแพทย์วิถีธรรมที่ประกอบด้วย ยาเม็ดเลิศ การใช้ธรรมมะ ทำใจให้สบายและการรู้เพียรรู้พักให้พอดี ยาเม็ดหลัก การออกกำลังกาย กดจุดลมปราณโยคะ และการรับประทานอาหารปรับสมดุล ยาเม็ดเสริม การดื่มสมุนไพรปรับสมดุล การทำกัวซา การสวนล้างพิษลำไส้ใหญ่ การแช่มือแช่เท้าหรือส่วนที่ไม่สบายและการพอก ทา หยอด ประคบ อบ อาบ โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ซึ่งเริ่มตั้งแต่กระบวนการมีส่วนร่วมด้านการวางแผนในการดูแลผู้ป่วยไตวาย กระบวนการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานชะลอไตเสื่อมในชุมชน และกระบวนการมีส่วนร่วมในการประเมินผลการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตวายในชุมชน รูปแบบการบูรณาการศาสตร์เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่เกิดจากการประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ โดยใช้หลักการบูรณาการข้ามศาสตร์ จะสามารถทำให้การชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในจังหวัดจันทบุรีเกิดความยั่งยืน ซึ่งรูปแบบการบูรณาการศาสตร์เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง สามารถแสดงได้ดังตารางที่ 4.4

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

ตารางที่ 4.4 รูปแบบการบูรณาการศาสตร์เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

วันที่ เวลา	ชื่อกิจกรรม	จุดประสงค์	วิธี/เทคนิค	เวลา (นาที)	กิจกรรม
วันที่ 1 08.00-09.00 น.	ความเป็นมาของการแพทย์วิถีธรรม	1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง 2. เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดการแพทย์วิถีธรรม 3. เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทราบจุดมุ่งหมายของการฝึก กฎเกณฑ์ และวิธีปฏิบัติตนในการเข้าร่วมกิจกรรม	บรรยาย ชมวีดีโอ	60	1. ทดสอบภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิต 2. แนะนำตัวผู้วิจัยและแนะนำตัวลุ่มตัวอย่าง 3. อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย 4. บรรยายความเป็นมาการแพทย์วิถีธรรม
วันที่ 1 09.00-10.00 น.	ประสบการณ์การใช้ยา 9 เม็ด	เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเห็นประโยชน์ของการแพทย์วิถีธรรม	บรรยาย ชมวีดีโอ	60	1. ชมวีดีโอประสบการณ์การใช้ยา 9 เม็ดของผู้ป่วยไตวาย 2. ซักถาม พูดคุยถึงเป้าหมายของกลุ่มตัวอย่าง
วันที่ 1 10.00 -10.15 น.	ฝึกลมหายใจบริหารปอด ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ	เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถควบคุมการหายใจและฝึกสมาธิ	บรรยาย ฝึกปฏิบัติ	15	1. ฟังบรรยายวิธีการฝึกลมหายใจ 2. ฝึกปฏิบัติการควบคุมการหายใจ
วันที่ 1 10.15-11.15 น.	ยาเม็ดที่ 1 “การทำน้ำสมุนไพรปรับสมดุล”	1. เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจถึงหลักการน้ำสมุนไพรปรับสมดุล 2. เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าใจวิธีการทำน้ำสมุนไพรปรับสมดุล	บรรยาย ชมวีดีโอ ฝึกปฏิบัติ	60	1. ให้กลุ่มตัวอย่างชมวีดีโอเกี่ยวกับน้ำสมุนไพรปรับสมดุล 2. สาธิตวิธีการทำน้ำสมุนไพรปรับสมดุล

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

ตารางที่ 4.4 (ต่อ)

วันที่ เวลา	ชื่อกิจกรรม	จุดประสงค์	วิธี/เทคนิค	เวลา (นาที)	กิจกรรม
วันที่ 1 11.15-12.15 น.	ยาเม็ดที่ 7 “การรับประทานอาหารปรับสมดุล”	1. เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจถึงหลักการรับประทานอาหารปรับสมดุล 2. เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างรู้จักประเภทอาหารร้อนเย็น 3. เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าใจวิธีการประกอบอาหารปรับสมดุล	บรรยาย ชมวีดีโอ ฝึกปฏิบัติ	60	1. ให้กลุ่มตัวอย่างชมวีดีโอเกี่ยวกับอาหารปรับสมดุล 2. นำโมเดลอาหารปรับสมดุลให้กลุ่มตัวอย่างได้ทดลองประกอบอาหาร
วันที่ 1 12.15-13.00 น.	พักรับประทานอาหารปรับสมดุล	เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างฝึกรับประทานอาหารปรับสมดุล	ฝึกปฏิบัติ	45	รับประทานอาหารปรับสมดุล
วันที่ 1 13.00-13.15 น.	ฝึกลมหายใจบริหารปอด ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ	เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถควบคุมการหายใจและฝึกสมาธิ	บรรยาย ฝึกปฏิบัติ	15	ฝึกปฏิบัติการควบคุมการหายใจ
วันที่ 1 13.15-14.00 น.	โรคไตเรื้อรัง	เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง	บรรยาย	45	1. ฟังบรรยายเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง
วันที่ 1 14.00-15.00 น.	ยาเม็ดที่ 2 “การทำกัวซา”	1. เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าใจหลักการของกัวซา 2. เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างรู้จักวิธีการทำกัวซา 3. เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างฝึกปฏิบัติการทำกัวซา	บรรยาย ฝึกปฏิบัติ	60	1. ฟังบรรยายวิธีการฝึกทำกัวซา 2. ฝึกปฏิบัติการทำกัวซา
วันที่ 1 15.00-15.15 น.	การดื่มน้ำสมุนไพรปรับสมดุล	เพื่อให้กุล่มตัวอย่างดื่มน้ำสมุนไพรปรับสมดุล	ดื่มน้ำสมุนไพร	15	ดื่มน้ำสมุนไพร

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

ตารางที่ 4.4 (ต่อ)

วันที่ เวลา	ชื่อกิจกรรม	จุดประสงค์	วิธี/เทคนิค	เวลา (นาที)	กิจกรรม
วันที่ 1 15.15-16.00 น.	ยาเม็ดที่ 3 “การสวนล้างลำไส้”	1. เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจหลักการของการสวนหลักลำไส้ 2. เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างรู้จักวิธีการสวนล้างลำไส้	บรรยาย ฝึกปฏิบัติ	45	1. ฟังหลักการสวนล้างลำไส้ 2. ฟังบรรยายวิธีการฝึกทำกัวซา
วันที่ 1 16.00-16.15 น.	ฝึกลมหายใจบริหารปอด ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ	เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถควบคุมการหายใจและฝึกสมาธิ	บรรยาย ฝึกปฏิบัติ	15	ฝึกปฏิบัติการควบคุมการหายใจ
วันที่ 1 16.15-17.00 น.	ยาเม็ดที่ 6 “การออกกำลังกาย กดจุดลมปราณ โยคะ”	1. เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าใจหลักการของการออกกำลังกาย กดจุดลมปราณ โยคะ 2. เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างรู้จักวิธีการออกกำลังกาย กดจุดลมปราณ โยคะ 3. เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างฝึกปฏิบัติการออกกำลังกาย กดจุดลมปราณ โยคะ	บรรยาย ฝึกปฏิบัติ	45	1. ฟังบรรยายวิธีการออกกำลังกาย กดจุดลมปราณ โยคะ 2. ฝึกปฏิบัติการออกกำลังกาย กดจุดลมปราณ โยคะ
วันที่ 1 17.00-18.00 น.	พักรับประทานอาหารปรับสมดุล	เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างฝึกรับประทานอาหารปรับสมดุล	ฝึกปฏิบัติ	60	รับประทานอาหารปรับสมดุล
วันที่ 1 18.00-18.30 น.	ธรรมมะประจำวัน	เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าถึงหลักการของธรรมมะการแพทย์วิถีธรรม	บรรยาย ชมวีดีโอ	30	ฟังบรรยายธรรมมะประจำวัน

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

ตารางที่ 4.4 (ต่อ)

วันที่ เวลา	ชื่อกิจกรรม	จุดประสงค์	วิธี/เทคนิค	เวลา (นาที)	กิจกรรม
วันที่ 1 18.30-19.00 น.	ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน				
วันที่ 1 19.00-19.30 น.	การทบทวนการชะลอไตเสื่อมของกลุ่มตัวอย่าง	เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างตั้งเป้าหมายการชะลอไตเสื่อมของตนเอง	การอภิปรายกลุ่ม	30	อภิปรายกลุ่มถึงวิธีการปฏิบัติการชะลอไตเสื่อมของตนเอง
วันที่ 1 19.30-20.15 น.	แสงธรรมนำชีวิต	เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าถึงหลักการของธรรมมะการแพทย์วิถีธรรม	บรรยาย ชมวีดีโอ	45	ฟังบรรยายธรรมมะ
วันที่ 1 20.15 น.	เข้านอน				
วันที่ 2 06.00-06.30 น.	ทบทวนธรรมะประจำวัน	เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าถึงหลักการของธรรมมะและการแพทย์วิถีธรรม	บรรยาย ชมวีดีโอ	30	ดูวีดีโอธรรมะ
วันที่ 2 06.30-06.45 น.	ฝึกลมหายใจบริหารปอด ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ	เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถควบคุมการหายใจและฝึกสมาธิ	บรรยาย ฝึกปฏิบัติ	15	ฝึกปฏิบัติการควบคุมการหายใจ
วันที่ 2 06.45-07.30 น.	ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน				
วันที่ 2 07.30-08.15 น.	พักรับประทานอาหารปรับสมดุล	เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างฝึกรับประทานอาหารปรับสมดุล	ฝึกปฏิบัติ	45	รับประทานอาหารปรับสมดุล

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

ตารางที่ 4.4 (ต่อ)

วันที่ เวลา	ชื่อกิจกรรม	จุดประสงค์	วิธี/เทคนิค	เวลา (นาที)	กิจกรรม
วันที่ 2 08.15-09.15 น.	ยาเม็ดที่ 4 “แช่มือแช่เท้าและส่วนที่ไม่สบาย”	1. เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าใจหลักการของการแช่มือแช่เท้าและส่วนที่ไม่สบายได้อย่างถูกต้อง 2. เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างรู้จักวิธีการแช่มือแช่เท้าและส่วนที่ไม่สบาย 3. เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างฝึกปฏิบัติการแช่มือแช่เท้าและส่วนที่ไม่สบาย	บรรยาย ฝึกปฏิบัติ	60	1. ฟังบรรยายวิธีการแช่มือแช่เท้าและส่วนที่ไม่สบาย 2. ฝึกปฏิบัติการแช่มือแช่เท้าและส่วนที่ไม่สบาย
วันที่ 2 09.15-10.15 น.	ยาเม็ดที่ 5 “การพอก ทา หยอด ประคบ อบ อาบ”	1. เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าใจหลักการของการพอก ทา หยอด ประคบ อบ อาบ 2. เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างรู้จักวิธีการพอก ทา หยอด ประคบ อบ อาบ ได้อย่างถูกต้อง 3. เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างฝึกปฏิบัติการพอก ทา หยอด ประคบ อบ อาบ	บรรยาย ฝึกปฏิบัติ	60	1. ฟังบรรยายวิธีการพอก ทา หยอด ประคบ อบ อาบ 2. ฝึกปฏิบัติการพอก ทา หยอด ประคบ อบ อาบ
วันที่ 2 10.15-10.30 น.	การดื่มน้ำสมุนไพรปรับสมดุล	เพื่อให้กุล่มตัวอย่างดื่มน้ำสมุนไพรปรับสมดุล	ดื่มน้ำสมุนไพร	15	ดื่มน้ำสมุนไพร
วันที่ 2 10.30-10.45 น.	ฝึกลมหายใจบริหารปอด ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ	เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถควบคุมการหายใจและฝึกสมาธิ	บรรยาย ฝึกปฏิบัติ	15	ฝึกปฏิบัติการควบคุมการหายใจ

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

ตารางที่ 4.4 (ต่อ)

วันที่ เวลา	ชื่อกิจกรรม	จุดประสงค์	วิธี/เทคนิค	เวลา (นาที)	กิจกรรม
วันที่ 2 10.45-12.00 น.	ยาเม็ดที่ 8 “ใช้ธรรมะ ทำใจให้สบาย”	เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าใจหลักการของการใช้ธรรมะ ทำให้ใจสบาย	บรรยาย	75	ฟังการบรรยาย
วันที่ 2 12.00-13.00 น.	พักรับประทานอาหารปรับสมดุล	เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างฝึกรับประทานอาหารปรับสมดุล	ฝึกปฏิบัติ	60	รับประทานอาหารปรับสมดุล
วันที่ 2 13.00-13.15 น.	ฝึกลมหายใจบริหารปอด ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ	เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถควบคุมการหายใจและฝึกสมาธิ	บรรยาย ฝึกปฏิบัติ	15	ฝึกปฏิบัติการควบคุมการหายใจ
วันที่ 2 13.15-14.00 น.	การชะลอไตเสื่อม	เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจเกี่ยวกับวิธรการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง	บรรยาย	45	ฟังบรรยายเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง
วันที่ 2 14.00-15.00 น.	ยาเม็ดที่ 9 “รู้เพียรรู้พักให้พอดี”	เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าใจหลักการของการรู้เพียรรู้พัก	บรรยาย	60	ฟังบรรยายวิธีการรู้เพียรรู้พัก
วันที่ 2 15.00-15.15 น.	การดื่มน้ำสมุนไพรปรับสมดุล	เพื่อให้กุล่มตัวอย่างดื่มน้ำสมุนไพรปรับสมดุล	ดื่มน้ำสมุนไพร	15	ดื่มน้ำสมุนไพร
วันที่ 2 15.15-16.15 น.	แสงธรรมนำชีวิต	เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถควบคุมสภาวะจิตใจ	บรรยาย ดูวีดีโอ	60	ฟังการบรรยายแสงธรรมนำชีวิต ดูวีดีโอของการแพทย์วิถีธรรม

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

ตารางที่ 4.4 (ต่อ)

วันที่ เวลา	ชื่อกิจกรรม	จุดประสงค์	วิธี/เทคนิค	เวลา (นาที)	กิจกรรม
วันที่ 2 16.15-17.00 น.	“การออกกำลังกาย กดจุดลมปราณ โยคะ”	เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างฝึกปฏิบัติการออกกำลังกาย กดจุดลมปราณ โยคะ	ฝึกปฏิบัติ	45	ฝึกปฏิบัติการออกกำลังกาย กดจุดลมปราณ โยคะ
วันที่ 2 17.00-18.00 น.	พักรับประทานอาหาร ปรับสมดุล	เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างฝึกรับประทานอาหารปรับสมดุล	ฝึกปฏิบัติ	60	รับประทานอาหารปรับสมดุล
วันที่ 2 18.00-19.00 น.	ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน				
วันที่ 2 19.00-20.00 น.	ธรรมมะพาพ้นทุกข์	เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถควบคุมสภาวะจิตใจ	บรรยาย ดูวีดีโอ	60	ฟังการบรรยายแสงธรรมนำชีวิต, ดูวีดีโอของ การแพทย์วิถีธรรม
วันที่ 2 20.00 น.	เข้านอน				
วันที่ 3 06.00-06.30 น.	ทบทวนธรรมะประจำวัน	เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าถึงหลักการของธรรมมะและ การแพทย์วิถีธรรม	บรรยาย ชมวีดีโอ	30	ดูวีดีโอธรรมะ
วันที่ 3 06.30-06.45 น.	ฝึกลมหายใจ บริหารปอด ผ่อนคลาย กล้ามเนื้อ	เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถควบคุมการหายใจและ ฝึกสมาธิ	บรรยาย ฝึกปฏิบัติ	15	ฝึกปฏิบัติการควบคุมการหายใจ
วันที่ 3 06.45-07.30 น.	ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน				

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

ตารางที่ 4.4 (ต่อ)

วันที่ เวลา	ชื่อกิจกรรม	จุดประสงค์	วิธี/เทคนิค	เวลา (นาที)	กิจกรรม
วันที่ 3 07.30-08.15 น.	พักรับประทานอาหารปรับสมดุล	เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างฝึกรับประทานอาหารปรับสมดุล	ฝึกปฏิบัติ	45	รับประทานอาหารปรับสมดุล
วันที่ 3 08.15-09.15 น.	วางแผนการติดตามอาการของกลุ่มตัวอย่าง	เพื่อวางแผนร่วมกับกลุ่มตัวอย่างในการติดตามอาการของกลุ่มตัวอย่าง	อภิปรายกลุ่ม	60	ร่วมอภิปรายวิธีการติดตามอาการของกลุ่มตัวอย่าง
วันที่ 3 10.15-10.30 น.	การดื่มน้ำสมุนไพรปรับสมดุล	เพื่อให้กุล่มตัวอย่างดื่มน้ำสมุนไพรปรับสมดุล	ดื่มน้ำสมุนไพร	15	ดื่มน้ำสมุนไพร
วันที่ 3 10.30-10.45 น.	ฝึกลมหายใจบริหารปอด ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ	เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถควบคุมการหายใจและฝึกสมาธิ	บรรยาย ฝึกปฏิบัติ	15	ฝึกปฏิบัติการควบคุมการหายใจ
วันที่ 3 10.45-12.00 น.	การสรุปการแพทย์วิถีธรรม	เพื่อสรุปการแพทย์วิถีธรรม	บรรยาย	75	ฟังการบรรยาย
วันที่ 3 12.00-13.00 น.	พักรับประทานอาหารปรับสมดุล	เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างฝึกรับประทานอาหารปรับสมดุล	ฝึกปฏิบัติ	60	รับประทานอาหารปรับสมดุล
วันที่ 3 13.00 น.	จบกระบวนการการแพทย์วิถีธรรม				

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

ตารางที่ 4.4 (ต่อ)

วันที่ เวลา	ชื่อกิจกรรม	จุดประสงค์	วิธี/เทคนิค	เวลา (นาที)	กิจกรรม
สัปดาห์ที่ 2	การให้ความรู้การชะลอไตเสื่อม	เพื่อให้เครือข่ายมีความรู้ในการชะลอไตเสื่อม	บรรยาย	120	บรรยายการชะลอไตเสื่อมและการแพทย์วิถีธรรม
สัปดาห์ที่ 3	การทำแผนเชิงปฏิบัติการชะลอไตเสื่อมในชุมชน	เพื่อให้เกิดแผนปฏิบัติการชะลอไตเสื่อมในชุมชน	การประชุมเชิงปฏิบัติการ	120	การประชุมเชิงปฏิบัติการ
สัปดาห์ที่ 4-8	การปฏิบัติตามแผน การติดตามผล	เพื่อให้เกิดการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการชะลอไตเสื่อมอย่างต่อเนื่อง	การติดตาม	30	การติดตามเยี่ยมบ้าน
สัปดาห์ที่ 9	การประเมินผลการดำเนินงานและการปรับปรุงกระบวนการดำเนินงาน	เพื่อติดตามการดำเนินงานและประเมินผลกระบวนการชะลอไตเสื่อม	การประชุมเชิงปฏิบัติการ	120	การประชุมเชิงปฏิบัติการ
สัปดาห์ที่ 10-12	การปฏิบัติตามแผน การติดตามผล	เพื่อให้เกิดการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการชะลอไตเสื่อมอย่างต่อเนื่อง	การติดตาม	30	การติดตามเยี่ยมบ้าน
สัปดาห์ที่ 12	การประชุมปิดกระบวนการวิจัย	เพื่อสรุปผลการดำเนินงานชะลอไตเสื่อมให้กับกลุ่มตัวอย่าง	การประชุมเชิงปฏิบัติการ	60	การประชุมเชิงปฏิบัติการ

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

4.3 ผลของรูปแบบบูรณาการศาสตร์เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตเรื้อรังจังหวัดจันทบุรี

จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยไตเรื้อรังจำนวนทั้งสิ้น 21 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 57.14 โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 71.43 กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 71.42 ปี อายุน้อยที่สุด 52 ปี และอายุมากที่สุด 94 ปี กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีสัญชาติไทยและศาสนาพุทธ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 80.95 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาสูงสุดชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 76.19 ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 80.95 ระยะเวลาการเจ็บป่วยส่วนใหญ่มากกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 57.14 ระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 9.62 ปี ระยะเวลาการเจ็บป่วยน้อยที่สุด 1 ปี และระยะเวลาการเจ็บป่วยมากที่สุด 43 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีผู้ดูแล คิดเป็นร้อยละ 66.67 ดังแสดงในตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (N = 21)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	9	42.86
หญิง	12	57.14
อายุ		
น้อยกว่า 60 ปี	6	28.57
มากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี	15	71.43
(Mean = 71.42 ปี, SD = 10.9 ปี, Min = 52 ปี, Max = 94 ปี)		
ศาสนา		
พุทธ	21	100
เชื้อชาติ		
ไทย	21	100
สถานภาพ		
สมรส	17	80.95
หม้าย/หย่า/แยก	4	19.15
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	3	14.29
ประถมศึกษา	16	76.19
มัธยมศึกษา	1	4.76
อนุปริญญา	1	4.76

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

ตารางที่ 4.5 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
เกษตรกรรม	17	80.95
รับจ้างทั่วไป	1	4.76
ค้าขาย	3	14.29
ผู้ดูแล		
มีผู้ดูแล	9	42.86
ไม่มีผู้ดูแล	12	57.14
ระยะเวลาการเจ็บป่วย		
น้อยกว่า 10 ปี	9	42.86
มากกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี	12	57.14
(Mean = 9.71 ปี, SD = 8.73 Min = 2 ปี, Max = 43 ปี)		

จากการศึกษาภาวะสุขภาพก่อนและหลังการทดลอง พบว่า น้ำหนักของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่มีน้ำหนักน้อยกว่า 50 กิโลกรัม คิดเป็นร้อยละ 33.3 โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 60.52 กิโลกรัม ส่วนน้ำหนักของกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลอง ส่วนใหญ่มีน้ำหนักน้อยกว่า 50 กิโลกรัม คิดเป็นร้อยละ 33.3 โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 60.23 กิโลกรัม ดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลองส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติ คิดเป็นร้อยละ 42.9 โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 24.20 ส่วนดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติ คิดเป็นร้อยละ 42.9 โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 24.08 ระดับน้ำตาลในกระแสเลือดของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่สามารถควบคุมได้ คิดเป็นร้อยละ 57.1 โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 159.33 mg/dl ส่วนระดับน้ำตาลในกระแสเลือดของกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่สามารถควบคุมได้ คิดเป็นร้อยละ 71.4 โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 145.38 mg/dl ระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 61.9 โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 141.24 mmHg ส่วนระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวของกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลองส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่สามารถควบคุมได้ คิดเป็นร้อยละ 42.9 โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 132.52 mmHg ระดับความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลองส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติ คิดเป็นร้อยละ 66.7 โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 78.71 mmHg ส่วนระดับความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวของกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลองส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติ คิดเป็นร้อยละ 66.7 โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 77.71 mmHg ระดับไขมันในกระแสเลือดของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลองส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติ คิดเป็นร้อยละ 71.4 โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 190.52 mg/dl ส่วนระดับไขมันในกระแสเลือดของกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลองส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติ คิดเป็นร้อยละ 81.0 โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 174.57 mg/dl อัตรา การกรองของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลองส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 3A คิดเป็นร้อยละ 81

โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 51.30 ส่วนอัตราการกรองของกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลองส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 3A คิดเป็นร้อยละ 81 โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 50.82 ดังแสดงในตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6 ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง (N = 21)

ภาวะสุขภาพ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
น้ำหนัก				
น้อยกว่า 50 กิโลกรัม	7	33.3	7	33.3
50 – 59 กิโลกรัม	4	19.0	4	19.0
60 – 69 กิโลกรัม	3	14.3	3	14.3
70 – 79 กิโลกรัม	6	28.6	6	28.6
80 กิโลกรัมหรือมากกว่า	1	4.8	1	4.8
	Mean = 60.52 Kg SD = 14.02		Mean = 60.23 Kg SD = 13.92	
ดัชนีมวลกาย				
< 18.5 (ผอม)	1	4.8	1	4.8
18.5 – 22.90 (ปกติ)	9	42.9	9	42.9
23.0 – 24.90 (น้ำหนักเกิน)	3	14.3	3	14.3
25.0 – 29.90 (อ้วนระดับ 1)	6	28.6	6	28.6
> 30 (อ้วนระดับ 2)	2	9.5	2	9.5
	Mean = 24.20 SD = 4.11		Mean = 24.08 SD = 4.07	
ระดับน้ำตาลในกระแสเลือด				
< 126 mg/dl	6	28.6	6	28.6
126 – 200 mg/dl	12	57.1	15	71.4
> 200 mg/dl	3	14.3	0	0
	Mean = 159.33 SD = 53.99		Mean = 145.38 SD = 31.20	
ระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว				
< 120 mmHg	3	14.3	6	28.6
120 – 140 mmHg	5	23.8	9	42.9
> 140 mmHg	13	61.9	6	28.6
	Mean = 141.24 SD = 16.61		Mean = 132.52 SD = 13.55	

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม

ตารางที่ 4.6 (ต่อ)

ภาวะสุขภาพ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว				
< 80 mmHg	14	66.7	14	66.7
80 – 90 mmHg	5	23.8	5	23.8
> 90 mmHg	2	9.5	2	9.5
	Mean = 78.71 SD = 9.16		Mean = 77.71 SD = 9.16	
ระดับไขมันในกระแสเลือด				
< 200 mg/dl	15	71.4	17	81.0
200 – 240 mg/dl	4	19.0	4	19.0
> 240 mg/dl	2	9.5	0	0.0
	Mean = 190.52 SD = 48.93		Mean = 174.57 SD = 30.01	
อัตราการกรองของไต				
ระดับ 3A (45-59)	17	81.0	17	81.0
ระดับ 3B (30-44)	4	19.0	4	19.0
	Mean = 50.82 SD = 6.59		Mean = 51.30 SD = 6.67	

จากการศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายก่อนการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 100 โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 21.10 คะแนน ส่วนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 66.67 โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 25.38 คะแนน คุณภาพชีวิตด้านจิตใจก่อนการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 100 โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 17.76 คะแนน ส่วนคุณภาพชีวิตด้านจิตใจหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่างพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 71.4 โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 21.6 คะแนน คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมก่อนการทดลองของกลุ่มตัวอย่างพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 95.2 โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 8.90 คะแนน ส่วนคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 71.4 โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 10.57 คะแนน คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมก่อนการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 100 โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 23.86 คะแนน ส่วนคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 61.9 โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 28.14 คะแนน คุณภาพชีวิตโดยภาพรวมก่อนการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า

ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 100 โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 77.52 คะแนน ส่วนคุณภาพชีวิตโดยภาพรวมหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 66.7 โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 93.05 คะแนน ดังแสดงในตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7 คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง จำแนกรายด้าน

คุณภาพชีวิต	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านสุขภาพกาย				
ระดับต่ำ (7-16 คะแนน)	0	0	0	0
ระดับปานกลาง (17-26 คะแนน)	21	100	14	66.7
ระดับสูง (27-35 คะแนน)	0	0	7	33.3
	Mean = 21.10 SD = 1.92		Mean = 25.38 SD = 2.01	
ด้านจิตใจ				
ระดับต่ำ (6-14 คะแนน)	0	0	0	0
ระดับปานกลาง (15-22 คะแนน)	21	100	15	71.4
ระดับสูง (23-30 คะแนน)	0	0	6	28.6
	Mean = 17.76 SD = 1.26		Mean = 21.76 SD = 1.89	
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม				
ระดับต่ำ (3-7 คะแนน)	1	4.8	0	0
ระดับปานกลาง (8-11 คะแนน)	20	95.2	15	71.4
ระดับสูง (12-15 คะแนน)	0	0	6	28.6
	Mean = 8.90 SD = 0.94		Mean = 10.57 SD = 1.27	
ด้านสิ่งแวดล้อม				
ระดับต่ำ (8-18 คะแนน)	0	0	0	0
ระดับปานกลาง (19-29 คะแนน)	21	100	13	61.9
ระดับสูง (30-40 คะแนน)	0	0	8	38.1
	Mean = 23.86 SD = 1.19		Mean = 28.14 SD = 3.69	

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

ตารางที่ 4.7 (ต่อ)

คุณภาพชีวิต	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
คุณภาพชีวิตโดยภายรวม				
ระดับต่ำ (26-30 คะแนน)	0	0	0	0
ระดับปานกลาง (61-95 คะแนน)	21	100	14	66.7
ระดับสูง (96-130 คะแนน)	0	0	7	33.3
	Mean = 77.52 SD = 2.83		Mean = 93.05 SD = 7.34	

จากการศึกษาเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง พบว่า น้ำหนักหลังการทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .010 ดัชนีมวลกายหลังการทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .013 ระดับน้ำตาลในกระแสเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .044 ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ไขมันในกระแสเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .015 อัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.8 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะสุขภาพก่อนและหลังการทดลอง (N = 21)

ภาวะสุขภาพ		ค่าเฉลี่ย	SD	t	sig
น้ำหนัก	ก่อนทดลอง	60.52	14.02	2.85	.010
	หลังทดลอง	60.23	13.92		
ดัชนีมวลกาย	ก่อนทดลอง	24.20	4.11	2.72	.013
	หลังทดลอง	24.08	4.07		
ระดับน้ำตาลในกระแสเลือด	ก่อนทดลอง	159.33	53.99	2.15	.044
	หลังทดลอง	145.38	31.20		
ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว	ก่อนทดลอง	141.24	16.61	3.89	.001
	หลังทดลอง	132.52	13.55		
ไขมันในกระแสเลือด	ก่อนทดลอง	190.52	48.93	2.66	.015
	หลังทดลอง	174.57	30.01		

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

ตารางที่ 4.8 (ต่อ)

ภาวะสุขภาพ		ค่าเฉลี่ย	SD	t	sig
อัตราการกรองของไต	ก่อนทดลอง	50.82	6.59	1.70	.104
	หลังทดลอง	51.30	6.67		

จากการศึกษาคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.05 คุณภาพชีวิตด้านจิตใจหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.05 คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.05 คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.05 คุณภาพชีวิตโดยภายรวมหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.05 ดังแสดงในตารางที่ 4.9

ตารางที่ 4.9 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง (N = 21)

คุณภาพชีวิต		ค่าเฉลี่ย	SD	t	sig
ด้านสุขภาพกาย	ก่อนทดลอง	21.10	1.92	8.51	<.05
	หลังทดลอง	25.38	2.01		
ด้านจิตใจ	ก่อนทดลอง	17.76	1.26	10.09	<.05
	หลังทดลอง	21.76	1.89		
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	ก่อนทดลอง	8.90	.94	4.3	<.05
	หลังทดลอง	10.57	1.20		
ด้านสิ่งแวดล้อม	ก่อนทดลอง	23.86	1.19	5.01	<.05
	หลังทดลอง	28.14	3.69		
คุณภาพชีวิตโดยภาพรวม	ก่อนทดลอง	77.52	2.83	9.54	<.05
	หลังทดลอง	93.05	7.34		

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา

สรุปผลการวิจัยโดยภาพรวมพบว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในจังหวัดจันทบุรีมีจำนวนทั้งสิ้น 6,664 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 71.58 ปี เจ็บป่วยอยู่ในระยะที่ 3A รับบริการอยู่ในโรงพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี การดำเนินงานชะลอไตเสื่อมส่วนใหญ่ดำเนินงานตามแนวทางของกรมควบคุมโรค โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานชะลอไตเสื่อม 7 ขั้นตอน รูปแบบการบูรณาการศาสตร์เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังของจังหวัดจันทบุรีที่เหมาะสมประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ การแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์วิถีธรรมและกระบวนการมีส่วนร่วม ผลของรูปแบบการบูรณาการศาสตร์เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังพบว่า ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

บทที่ 5
สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การนำเสนอผลการวิจัยในบทที่ 5 นี้ จะแบ่งหัวข้อของการนำเสนอออกเป็น 4 หัวข้อใหญ่ ๆ ดังต่อไปนี้

5.1 สรุปผลการวิจัย

5.2 อภิปรายผลการวิจัย

5.3 ข้อจำกัดของการวิจัย

5.4 ข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบข้ามพ้นสาขา (Transdisciplinary Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาโรคไตเรื้อรังของประชาชนเขตจังหวัดจันทบุรี เพื่อพัฒนารูปแบบบูรณาการศาสตร์เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตเรื้อรังจังหวัดจันทบุรีและเพื่อศึกษาผลของรูปแบบบูรณาการศาสตร์เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตเรื้อรังจังหวัดจันทบุรี โดยแบ่งการดำเนินงานออกเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ การศึกษาบริบทปัญหาโรคไตเรื้อรังและการดำเนินงานจังหวัดจันทบุรี การพัฒนารูปแบบการบูรณาการศาสตร์เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังจังหวัดจันทบุรี และการศึกษาผลของรูปแบบบูรณาการศาสตร์เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังจังหวัดจันทบุรี กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เวชระเบียนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังจังหวัดจันทบุรี ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจังหวัดจันทบุรี เจ้าหน้าที่ทำงานด้านการควบคุมโรคติดต่อไม่เรื้อรังของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรัง ผู้เชี่ยวชาญด้านแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และผู้เชี่ยวชาญด้านกระบวนการมีส่วนร่วม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลสถานการณ์ปัญหาโรคไตเรื้อรังของประชาชนเขตจังหวัดจันทบุรี แบบสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจังหวัดจันทบุรี แบบสัมภาษณ์เชิงลึกเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับข้อมูลสถานการณ์ปัญหาโรคไตเรื้อรังของประชาชนเขตจังหวัดจันทบุรี แบบสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เชี่ยวชาญการชะลอไตเสื่อม ผู้เชี่ยวชาญการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ผู้เชี่ยวชาญกระบวนการมีส่วนร่วม แบบบันทึกสุขภาพและแบบบันทึกคุณภาพชีวิต เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ รูปแบบการบูรณาการศาสตร์เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ระยะเวลา 7 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและสถิติเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลการวิเคราะห์มีรายละเอียดดังนี้

1. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในจังหวัดจันทบุรีมีจำนวนทั้งสิ้น 6,664 คน พบว่าผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิงมีสัดส่วนใกล้เคียงกัน โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 70-79 ปี คิดเป็นร้อยละ 30.93 รองลงมามีอายุอยู่ในช่วง 80-89 ปี คิดเป็นร้อยละ 27.03 โดยผู้ป่วยไตเรื้อรังมีอายุเฉลี่ย 71.58 ปี อายุน้อยที่สุด 2 ปี และอายุมากที่สุด 104 ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสัญชาติไทยคิดเป็นร้อยละ 99.65 เมื่อจำแนกระยะการดำเนินไปของโรคพบว่า ผู้ป่วยไตเรื้อรังอยู่ในระยะที่ 3A ร้อยละ 36.74 อยู่ในระยะที่ 3B ระยะที่ 4 และระยะที่ 5 ร้อยละ 34.69 ร้อยละ 23.54 และร้อยละ 5.03 ตามลำดับ

เมื่อจำแนกตามสถานบริการพบว่าส่วนใหญ่รับบริการที่โรงพยาบาลพระปกเกล้า คิดเป็นร้อยละ 38.30 โดยผู้ป่วยสามารถชะลอไตเสื่อมได้ร้อยละ 55.29 สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ร้อยละ 54.95 ความเข้มข้นของเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ คิดเป็นร้อยละ 22.3

2. การดำเนินงานชะลอไตเสื่อมในจังหวัดจันทบุรีมีทั้งสิ้น 12 หน่วยบริการ โดยยึดหลักบริการคลินิกชะลอไตเสื่อมคุณภาพ (CKD Clinic) พบว่ามีหน่วยบริการ 7 แห่งจัดตั้งคลินิกชะลอไตเสื่อมแยกออกจากคลินิกโรคเรื้อรัง และมี 2 หน่วยบริการได้แก่ โรงพยาบาลพระปกเกล้าและโรงพยาบาลขลุงที่มีการจัดบริการบำบัดทดแทนไตทั้งการล้างไตทางช่องท้อง (CAPD Clinic) และการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD Clinic)

3. บุคลากรที่ดำเนินงานในคลินิกชะลอไตเสื่อมในจังหวัดจันทบุรี ประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลล้างไตทางช่องท้อง พยาบาลฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม นักกายภาพบำบัด และนักโภชนาการ

4. โรงพยาบาลทุกแห่งมีการคำนวณค่า eGFR โดยใช้สมการ CKD-EPI และตรวจ Serum Creatinine (Cr) ใช้การตรวจด้วยวิธี Enzymatic Method ทุกแห่ง โรงพยาบาลมีระบบในการเชื่อมโยงข้อมูล Laboratory Information System (LIS) เข้าสู่ Hospital Information System (HIS) แบบอัตโนมัติ มีทั้งสิ้นจำนวน 8 แห่ง สำหรับโรงพยาบาลที่ยังไม่มีระบบเชื่อมโยงอัตโนมัติ ได้แก่ โรงพยาบาลมะขาม โรงพยาบาลแก่งหางแมว โรงพยาบาลเขาคิชกูฏ และโรงพยาบาลสองพี่น้อง

5. ขั้นตอนการดำเนินงานการให้บริการในคลินิกชะลอไตเสื่อมจังหวัดจันทบุรีมี 7 ขั้นตอน ได้แก่ การตรวจคัดกรองทางห้องปฏิบัติการและแบ่งกลุ่มการให้บริการตามระยะของโรค การให้ความรู้แบบกลุ่มขณะรอผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบพยาบาลเพื่อทำการซักประวัติและการตรวจร่างกายเบื้องต้น ส่งพบสหวิชาชีพจำแนกตามปัญหาของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ได้แก่ ปัญหาเรื่องการใช้ยา ปัญหาเรื่องโภชนาการ ปัญหาด้านการออกกำลังกายที่เหมาะสม เข้าพบแพทย์พร้อมผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติม กรณีมีความผิดปกติพบพยาบาลหลังพบแพทย์ เพื่อรับใบนัดและใบสั่งยาตามแผนการรักษา

6. ขั้นตอนการดำเนินงานการให้บริการคลินิกชะลอไตเสื่อมในชุมชนของจังหวัดจันทบุรีมี 6 ขั้นตอน ได้แก่ การติดตามเยี่ยมบ้าน (Home Health Care) ร่วมกับทีมรักษ์ไตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง จัดกิจกรรมการสร้างกระแสและการสร้างสิ่งแวดล้อมในชุมชน การจัดกิจกรรมเพื่อสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในชุมชน การจัดหาบุคคลต้นแบบในชุมชน เป็นพี่เลี้ยงและที่ปรึกษาให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขและผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชน การส่งต่อข้อมูลและเชื่อมโยงข้อมูลกับโรงพยาบาลชุมชนเพื่อความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย

7. รูปแบบการบูรณาการศาสตร์เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังเป็นการนำ 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การแพทย์แผนปัจจุบันที่ประกอบด้วย สหวิชาชีพ คลินิกชะลอไตเสื่อมที่มีประสิทธิภาพและทีมรักษ์ไตที่เข้มแข็ง ร่วมกับการแพทย์วิถีธรรมที่ประกอบด้วย ยาเม็ดเลิศ การใช้ธรรมมะทำใจให้สบายและการรู้เพียรรู้พักให้พอดี ยาเม็ดหลัก การออกกำลังกาย กดจุดลมปราณ โยคะและการรับประทานอาหารปรับสมดุล ยาเม็ดเสริม การดื่มสมุนไพรปรับสมดุล การทำกัวซา การสวนล้างพิษลำไส้ใหญ่ การแช่มือแช่เท้าหรือส่วนที่ไม่สบายและการพอก ทา หยอด ประคบ อบ อาบ โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ซึ่งเริ่มตั้งแต่กระบวนการมีส่วนร่วม

ด้านการวางแผนในการดูแลผู้ป่วยไตวาย กระบวนการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานชะลอไตเสื่อมในชุมชน และกระบวนการมีส่วนร่วมในการประเมินผลการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตวายในชุมชน รูปแบบการบูรณาการศาสตร์เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่เกิดจากการประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ โดยใช้หลักการบูรณาการข้ามศาสตร์จะสามารถทำให้การชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในจังหวัดจันทบุรีเกิดความยั่งยืน

8. ภาวะสุขภาพ ได้แก่ น้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย ระดับน้ำตาลในกระแสเลือด ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว ระดับไขมันในกระแสเลือดลดลงหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนอัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้นหลังการทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

9. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทางกาย คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม คุณภาพชีวิตทางสิ่งแวดล้อมและคุณภาพชีวิตภายรวมภายหลังกายทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5.2 อภิปรายผลการวิจัย

อภิปรายตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อศึกษาบริบทปัญหาโรคไตเรื้อรังในเขตจังหวัดจันทบุรี

1. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในจังหวัดจันทบุรีโดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 70-79 ปี คิดเป็นร้อยละ 30.93 โดยผู้ป่วยไตเรื้อรังมีอายุเฉลี่ย 71.58 ปี เนื่องจากอายุเป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อโรคไตวายเรื้อรัง ดังนั้นผู้ป่วยที่มีอายุมากจึงเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตวายเรื้อรังส่งผลให้ผู้ป่วยไตวายส่วนใหญ่จึงเป็นผู้สูงอายุ ผู้ป่วยไตเรื้อรังในจังหวัดจันทบุรีอยู่ในระยะที่ 3A ร้อยละ 36.74 อยู่ในระยะที่ 3B ระยะที่ 4 และระยะที่ 5 ร้อยละ 34.69 ร้อยละ 23.54 และร้อยละ 5.03 ตามลำดับ ซึ่งเป็นไปตามแนวโน้มผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในระดับประเทศเช่นกัน เมื่อจำแนกผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในจังหวัดจันทบุรีตามสถานบริการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับบริการที่โรงพยาบาลพระปกเกล้าคิดเป็นร้อยละ 38.30 เนื่องจากโรงพยาบาลพระปกเกล้าจังหวัดจันทบุรี มีความพร้อมด้านบุคลากรโดยเฉพาะอย่างยิ่งมีอายุรแพทย์โรคไตที่สามารถดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในระยะที่ 4 และระยะที่ 5 ได้จึงมีสัดส่วนการให้บริการมากกว่าหน่วยบริการอื่น ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในจังหวัดจันทบุรีสามารถชะลอไตเสื่อมได้ ร้อยละ 55.29 ซึ่งมีแนวโน้มต่ำกว่าการชะลอไตเสื่อมในระดับประเทศที่สามารถชะลอไตเสื่อมได้ ร้อยละ 64.60 สำหรับเขตสุขภาพที่ 6 มีแนวโน้มในการชะลอไตเสื่อมได้ร้อยละ 66.32 ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในจังหวัดจันทบุรีสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ ร้อยละ 54.95 เนื่องจากจังหวัดจันทบุรีมีความพร้อมทางด้านหน่วยบริการในการชะลอไตเสื่อมจึงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในจังหวัดจันทบุรีความเข้มข้นของเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ คิดเป็นร้อยละ 22.3 เนื่องจากการที่ไตเสียหน้าที่จะทำให้ผู้ป่วยสูญเสียการผลิตฮอร์โมนที่กระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง (Erythropoietin) จึงทำให้ผู้ป่วยมีภาวะซีดเกิดขึ้นได้

2. การดำเนินงานชะลอไตเสื่อมในจังหวัดจันทบุรีมีทั้งสิ้น 12 หน่วยบริการ โดยยึดหลักบริการคลินิกชะลอไตเสื่อมคุณภาพ (CKD Clinic) พบว่ามีหน่วยบริการ 7 แห่งจัดตั้งคลินิกชะลอไตเสื่อมแยกออกจากคลินิกโรคเรื้อรังทั้งนี้เนื่องจากหน่วยบริการ 5 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลขลุง โรงพยาบาลท่าใหม่ โรงพยาบาลเขาสุกิน โรงพยาบาลสองพี่น้อง และโรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ

มีปัญหาด้านโครงสร้างและสถานที่ในการให้บริการคลินิกชะลอไตเสื่อม อีกทั้งนโยบายของผู้บริหารฯ มีแนวคิดในการให้การบริการแบบบูรณาการร่วมกันทั้งบุคลากร สถานที่และทรัพยากรในคลินิกโรคเรื้อรังเพื่อเป็นการประหยัดงบประมาณในการดำเนินงาน จึงทำให้คลินิกทั้ง 5 โรงพยาบาลเป็นรูปแบบการบูรณาการร่วมกันระหว่างคลินิกโรคเรื้อรังและคลินิกชะลอไตเสื่อม สำหรับหน่วยบริการ 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลพระปกเกล้า และโรงพยาบาลขลุง ที่มีการจัดบริการบำบัดทดแทนไตทั้งการล้างไตทางช่องท้อง (CAPD Clinic) และการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD Clinic) ทั้งนี้เนื่องจากโรงพยาบาลพระปกเกล้าจังหวัดจันทบุรีเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายด้านการบริการ (Service Plan) สาขาไตที่มีความพร้อมทั้งทางด้านบุคลากร มีอายุรแพทย์โรคไต พยาบาลผู้เชี่ยวชาญไต พยาบาลฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และพยาบาลล้างไตทางช่องท้อง มีสถานที่ที่สามารถรองรับบริการได้ มีอุปกรณ์ในการให้บริการอย่างเพียงพอทั้งการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและการล้างไตทางช่องท้อง สำหรับโรงพยาบาลขลุงเป็นโรงพยาบาลลูกข่ายด้านการบริการ (Service Plan) สาขาไตที่รับได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรีให้เปิดให้มีการจัดบริการบำบัดทดแทนไตทั้งการล้างไตทางช่องท้อง (CAPD Clinic) และการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD Clinic) โดยโรงพยาบาลขลุงมีความพร้อมทั้งทางด้านบุคลากร สถานที่และอุปกรณ์เช่นเดียวกับโรงพยาบาลพระปกเกล้าและได้รับความช่วยเหลือจากโรงพยาบาลพระปกเกล้าในการให้คำปรึกษาจากอายุรแพทย์โรคไตในการควบคุมคุณภาพการบริการ นอกจากนี้ทั้งโรงพยาบาลพระปกเกล้าจังหวัดจันทบุรีและโรงพยาบาลขลุงได้รับการรับรองการประเมินจากคณะกรรมการตรวจประเมินรับรองมาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (ตรต.) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

3. บุคลากรที่ดำเนินงานในคลินิกชะลอไตเสื่อมในจังหวัดจันทบุรีประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลล้างไตทางช่องท้อง พยาบาลฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม นักกายภาพบำบัด และนักโภชนาการ ครบทุกสหวิชาชีพจำนวน 8 โรงพยาบาล สำหรับโรงพยาบาลท่าใหม่ โรงพยาบาลเขาสุกิม โรงพยาบาลสองพี่น้อง และโรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ ยังขาดนักโภชนาการ เนื่องจากโรงพยาบาลได้กำหนดแผนการจ้างวิชาชีพโภชนาการไว้แล้ว แต่ยังไม่มีนักโภชนาการที่สนใจเข้ามาทำงานในโรงพยาบาลดังกล่าวจึงทำให้คลินิกชะลอไตเสื่อมของโรงพยาบาลท่าใหม่ โรงพยาบาลเขาสุกิม โรงพยาบาลสองพี่น้อง และโรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ จำเป็นต้องใช้พยาบาลวิชาชีพในการทำหน้าที่ให้ความรู้กับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในพื้นที่ของตนเอง

4. โรงพยาบาลทุกแห่งมีการคำนวณค่า eGFR โดยใช้สมการ CKD-EPI และตรวจ Serum creatinine (Cr) ใช้การตรวจด้วยวิธี Enzymatic method ทุกแห่ง โรงพยาบาลมีระบบในการเชื่อมโยงข้อมูล Laboratory Information System (LIS) เข้าสู่ Hospital Information System (HIS) แบบอัตโนมัติ มีทั้งสิ้นจำนวน 8 แห่ง สำหรับโรงพยาบาลที่ยังไม่มีระบบเชื่อมโยงอัตโนมัติ ได้แก่ โรงพยาบาลมะขาม โรงพยาบาลแก่งหางแมว โรงพยาบาลเขาคิชกูฏ และโรงพยาบาลสองพี่น้อง ทั้งนี้เนื่องจากการเชื่อมต่อระบบ LIS เข้ากับระบบ HIS มีค่าใช้จ่ายและต้องใช้งบประมาณในการดำเนินงาน ทั้งนี้จึงขึ้นอยู่กับความพร้อมของสถานะเงินบำรุงของโรงพยาบาล รวมถึงนโยบายและการตัดสินใจของผู้บริหาร จึงทำให้อีก 4 โรงพยาบาลยังไม่มีระบบเชื่อมโยงอัตโนมัติ

5. ขั้นตอนการดำเนินงานการให้บริการในคลินิกชะลอไตเสื่อมจังหวัดจันทบุรีมี 7 ขั้นตอน ได้แก่ การตรวจคัดกรองทางห้องปฏิบัติการและแบ่งกลุ่มการให้บริการตามระยะของโรค การให้ความรู้แบบกลุ่มขณะรอผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบพยาบาลเพื่อทำการซักประวัติและการตรวจร่างกายเบื้องต้น ส่งพบสหวิชาชีพจำแนกตามปัญหาของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ได้แก่ ปัญหาเรื่องการใช้ยา ปัญหาเรื่องโภชนาการ ปัญหาด้านการออกกำลังกายที่เหมาะสม เข้าพบแพทย์พร้อมผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติมกรณีมีความผิดปกติ พบพยาบาลหลังพบแพทย์เพื่อรับใบนัดและใบสั่งยาตามแผนการรักษา ทั้งนี้เนื่องจากแนวทางการดำเนินงานดังกล่าวเกิดจากการประชุมร่วมกันของคณะกรรมการการบริการ (Service Plan) สาขาไตที่ได้วางแนวทางในการชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยไตวายจังหวัดจันทบุรี ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการชะลอไตเสื่อมของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข

6. ขั้นตอนการดำเนินงานการให้บริการคลินิกชะลอไตเสื่อมในชุมชนของจังหวัดจันทบุรีมี 6 ขั้นตอน ได้แก่ การติดตามเยี่ยมบ้าน (Home Health Care) ร่วมกับทีมรักษ์ไตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง จัดกิจกรรมการสร้างกระแสและการสร้างสิ่งแวดล้อมในชุมชน การจัดกิจกรรมเพื่อสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในชุมชน การจัดหาบุคคลต้นแบบในชุมชนเป็นพี่เลี้ยงและที่ปรึกษาให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขและผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชน การส่งต่อข้อมูลและเชื่อมโยงข้อมูลกับโรงพยาบาลชุมชนเพื่อความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากขั้นตอนในการดำเนินงานการให้บริการคลินิกชะลอไตเสื่อมในชุมชนเกิดจากการประชุมร่วมกันของหน่วยบริการที่ดำเนินงานชะลอไตเสื่อมของจังหวัดจันทบุรี โดยมีแนวทางที่ยึดถือจากคู่มือปฏิบัติเพื่อดำเนินงานลดโรคไตเรื้อรัง CKD ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2559 : 56-57) ทำให้เกิดขั้นตอนการดำเนินงานการให้บริการคลินิกชะลอไตเสื่อมในชุมชนของจังหวัดจันทบุรี 6 ขั้นตอน

อภิปรายตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อพัฒนารูปแบบการบูรณาการศาสตร์เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในจังหวัดจันทบุรี

รูปแบบการบูรณาการศาสตร์เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง เป็นการนำ 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์วิถีธรรมและสังคมศาสตร์ กระบวนการมีส่วนร่วม เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพในการดำเนินงานชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังจังหวัดจันทบุรี เนื่องจากการใช้องค์ความรู้เพียงด้านเดียว (Single Scient) มีข้อจำกัดที่ทำให้ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังไม่สามารถชะลอไตเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การไม่สามารถเข้าถึงการบริการแพทย์แผนปัจจุบัน (Access) ได้อย่างทั่วถึง ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในจังหวัดจันทบุรีที่อยู่ในเขตชนบทที่ห่างไกลหรือมีความจำเป็นต้องพึ่งพิงญาติและผู้ดูแลในการพาผู้ป่วยมารับบริการที่คลินิกชะลอไตเสื่อม อีกทั้งการแพทย์แผนปัจจุบันยังมีช่องว่างด้านบริบทของผู้ป่วยไตวายสูงอายุทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตนตามแนวทางการรักษาของแพทย์ได้ การบูรณาการศาสตร์ (Multidisciplinary) โดยการใช้การแพทย์วิถีธรรม ซึ่งเน้นกระบวนการตามธรรมชาติในการปรับสมดุลร้อนเย็น สังคมศาสตร์กระบวนการมีส่วนร่วมในการเพิ่มความเข้มแข็งในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในชุมชน จะสามารถช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตวายในจังหวัดจันทบุรีได้อย่างยั่งยืน สอดคล้องกับ

งานวิจัยของ สิรญา ธาสถาน, พรนภา หอมสินธุ์, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ และใจเพชร กล้าจน (2558 : 117-128) ที่ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการกำกับตนเองที่ประยุกต์การแพทย์วิถีพุทธต่อพฤติกรรมดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตในผู้ที่เสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการกำกับตนเองที่ประยุกต์การแพทย์วิถีพุทธนาน 6 สัปดาห์มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสูงขึ้นกว่าก่อนทดลองและระดับความดันโลหิตช่วงบนและช่วงล่างลดลงกว่าก่อนทดลองและกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมสูงขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม ระดับความดันโลหิตช่วงบนและช่วงล่างลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อภิปรายตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 3 เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการบูรณาการศาสตร์เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในจังหวัดจันทบุรี

1. ประสิทธิผลของรูปแบบต่อภาวะสุขภาพ ได้แก่ น้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย ระดับน้ำตาลในกระแสเลือด ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว ระดับไขมันในกระแสเลือดลดลงหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนอัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้นหลังการทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากรูปแบบการบูรณาการศาสตร์เพื่อชะลอไตเสื่อมที่ประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ประการคือ การแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์วิถีธรรมและสังคมศาสตร์ กระบวนการมีส่วนร่วมสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับวิถีชีวิตของกลุ่มตัวอย่างที่สามารถเข้าถึงได้ง่ายโดยเฉพาะอย่างยิ่งการควบคุมสมดุลร้อนเย็น การใช้สมุนไพรอย่างง่ายในการพอก ทา ประคบ อบ อาบ รวมถึงการดื่มน้ำสมุนไพรที่สามารถทำได้เองที่บ้านจึงคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังได้รับการกำกับติดตามจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จากผู้นำชุมชนซึ่งเป็นผลมาจากกระบวนการวางแผนและกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนจึงทำให้เกิดการติดตาม ประเมินผลการชะลอไตเสื่อมของกลุ่มตัวอย่างอย่างต่อเนื่อง องค์ประกอบของการแพทย์วิถีธรรมและกระบวนการมีส่วนร่วมร่วมกับการปฏิบัติตนตามการแพทย์แผนปัจจุบัน ได้แก่ การติดตามอัตราการกรองของไต การติดตามระดับความดันโลหิตและการติดตามระดับน้ำตามในกระแสเลือดอย่างต่อเนื่อง การควบคุมการรับประทานอาหารเค็ม การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ จึงมีผลให้ภาวะสุขภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ นิตยาภรณ์ สุระสาย, นิศานาจ โสภาพล และมณฑิชา รักศิลป์ (2565 : 2392-2407) ที่ได้ทำการศึกษารูปแบบการบูรณาการวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์วิถีธรรม ผลการวิจัยพบว่ากลุมทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการดูแลตนแบบวิถีธรรมการรับรู้ความสามารถตนเองการปฏิบัติการดูแลตนแบบวิถีธรรม สุขภาวะองครวมสูงกวากอนการทดลองอยางมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทางกาย คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม คุณภาพชีวิตทางสิ่งแวดล้อมและคุณภาพชีวิตภายรวมภายหลังกายทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้เนื่องจากรูปแบบการบูรณาการศาสตร์เพื่อชะลอไตเสื่อมนั้นปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งการลดการทานอาหารประเภทโปรตีน เน้นการรับประทานอาหารสมุนไพร ทำให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายดีขึ้น นอกจากนี้การบูรณาการศาสตร์เพื่อชะลอไตเสื่อมมีการควบคุมสภาวะจิตใจ ตามหลักยาเม็ดที่ 8 การใช้ธรรมมะ ทำใจให้สบาย

ยาเม็ดที่ 9 รู้เพียร รู้พักให้พอดี ซึ่งเป็นการปฏิบัติที่ไม่หักโหมจนเกินไปทำให้จิตใจเบาสบายเพิ่มคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ สำหรับคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมที่เพิ่มขึ้นนั้นสามารถอธิบายได้ว่าเกิดจากการที่เกิดปฏิสัมพันธ์กับชุมชน โดยการเยี่ยมบ้านที่เพิ่มขึ้นจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชนรวมถึงเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมดีขึ้น ส่วนคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมที่เพิ่มขึ้นเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลเยี่ยมบ้านจากชุมชน จึงทำให้เกิดการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมภายในบ้านหรือรอบบ้าน ปรับปรุงสิ่งแวดล้อมภายในครอบครัวจากคำแนะนำของเจ้าหน้าที่จึงส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมของกลุ่มตัวอย่างดีขึ้น จากเหตุผลทั้งหมดจึงทำให้คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างโดยภาพรวมหลังได้รับรูปแบบการบูรณาการศาสตร์เพื่อชะลอไตเสื่อมดีขึ้นกว่าก่อนได้รับรูปแบบการบูรณาการศาสตร์เพื่อชะลอไตเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสอดคล้องกับงานวิจัย สุวิมล มณีโชติ (2559 : 202-214) ที่ได้ทำการศึกษาการดูแลสุขภาพพึ่งตนตามหลักการแพทย์วิถีธรรม : กรณีศึกษาผู้ใหญ่วัยกลางคน ผลการวิจัยพบว่า ผลที่เกิดขึ้นสามารถแก้ปัญหาสุขภาพตัวเองได้จึงทำเป็นประจำทำให้ลดการไปหาหมอเมื่อมีอาการเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ ไม่ต้องพึ่งยา สามารถพึ่งตัวเองได้ เสียค่าใช้จ่ายน้อยรู้สึกปลอดภัยทำแล้วเห็นว่าดีจึงบอกคนใกล้ชิด เป็นการช่วยเหลือเกื้อกูลกันและเพิ่มความสัมพันธ์ในท้องถิ่น ดังนั้น การดูแลสุขภาพพึ่งตนตามหลักการแพทย์วิถีธรรม ควรได้รับการส่งเสริมให้มีการนำไปใช้ให้แพร่หลาย เพราะนอกจากจะช่วยเรื่องสุขภาพแล้วยังช่วยด้านเศรษฐกิจและคุณค่าทางจิตใจที่สามารถดูแลตัวเองได้

เมื่อวิเคราะห์ข้อค้นพบของรูปแบบการบูรณาการศาสตร์เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในจังหวัดจันทบุรีเปรียบเทียบกับรูปแบบการชะลอไตเสื่อมของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขในปัจจุบัน ผู้วิจัยสามารถอภิปรายผลเพื่อวิเคราะห์ถึงความรู้ใหม่ที่ได้จากการศึกษาในวิทยานิพนธ์นี้ได้ดังนี้คือ

รูปแบบการชะลอไตเสื่อมในปัจจุบันของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขนั้นหลักการที่สำคัญ 4 ประการ ได้แก่ การพัฒนาบุคลากรสหวิชาชีพ พัฒนาการจัดบริการดูแลโรคเรื้อรัง เชื่อมโยงการจัดบริการในโรงพยาบาลจนถึงชุมชนและสร้างความร่วมกับหน่วยงานต่าง ๆ ซึ่งรูปแบบการชะลอไตเสื่อมที่ผ่านมานั้นมีลักษณะที่สำคัญ 7 มาตรการคือ

มาตรการที่ 1 เฝ้าระวัง ติดตามและการคัดกรองโรค และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคทั้งเพื่อเชื่อมโยงการใหบริการระดับชุมชนและสถานบริการ

มาตรการที่ 2 การสรางความตระหนักในระดับประชากรและกลุมเป้าหมายเฉพาะ

มาตรการที่ 3 การเสริมสรางสิ่งแวดลอมลดเสี่ยงและการจัดการโรคไตเรื้อรังโดยชุมชน

มาตรการที่ 4 การใหคำปรึกษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

มาตรการที่ 5 การพัฒนาคุณภาพการบริการ

มาตรการที่ 6 การเสริมสรางศักยภาพผูดำเนินงานที่เกี่ยวของทุกระดับใหมีความเขมแข็ง

มาตรการที่ 7 การกำกับ ติดตาม และประเมินผล และมีระบบสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ

จากข้อค้นพบที่ได้จากดุษฎีนิพนธ์นี้จะพบว่ารูปแบบชะลอไตเสื่อมที่ใช้ในการศึกษานี้มีความรู้ใหม่รูปแบบการชะลอไตเสื่อมของกรมควบคุมโรค ดังนี้

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

1. การบูรณาการศาสตร์ในการดูแลสุขภาพเป็นการผสมสานกันระหว่างองค์ความรู้ในศาสตร์ต่าง ๆ ทั้งศาสตร์การแพทย์แผนปัจจุบันที่มุ่งเน้นการรักษาโดยใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ มีการวัดที่ชัดเจนเป็นรูปธรรมแสดงออกเป็นตัวเลข ศาสตร์ทางด้านการแพทย์วิถีธรรมมุ่งเน้นการปรับสมดุลร้อนเย็นเพื่อให้ภาวะปกติ ศาสตร์ทางด้านสังคมเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมในการเป็นเจ้าของในการดูแลสุขภาพ เมื่อนำทั้ง 3 ศาสตร์มาบูรณาการกันโดยการใช้วิธีการข้ามพ้นสาขาจะเกิดแนวทางการดูแลในรูปแบบใหม่ที่เกิดจากการประยุกต์ใช้ศาสตร์ต่าง ๆ ในการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสม

2. การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม เป็นการดูแลสุขภาพหรือการรักษาด้วยการใช้วิธีการดูแลที่มุ่งเน้นการรักษาคนทั้งคน ไม่มองการดูแลคนแบบแยกส่วน ดังนั้นการดูแลรักษาแบบองค์รวมจึงเน้นให้ความสำคัญทางด้านจิตใจ การเคารพในความเป็นมนุษย์ การให้ความสำคัญกับศักดิ์ศรีของผู้รับบริการ การปรับกระบวนการรักษาให้เข้ากับวิถีชีวิตของผู้รับบริการ การเข้าถึงจิตวิญญาณความเชื่อและความศรัทธาของผู้รับบริการให้สามารถดูแลตนเองให้มีความปกติสุขได้

3. การมีส่วนร่วมเป็นการดูแลที่มุ่งเน้นความเป็นเจ้าของร่วมกันของครอบครัวและชุมชน มีหลักคิดในการดูแลสุขภาพด้วยความมีส่วนร่วม การดูแลผู้ป่วยไม่ใช่หน้าที่ของคนใดคนหนึ่ง ไม่ใช่เป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพียงฝ่ายเดียว หากแต่การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเป็นหน้าที่ของทุกคน ซึ่งผลของการดูแลสุขภาพแบบมีส่วนร่วมจะก่อให้เกิดการดูแลสุขภาพแบบความยั่งยืน

5.3 ข้อจำกัดของการวิจัย

1. การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรน่า 2019 มีข้อจำกัดด้านการกิจกรรมและการสัมผัสอีกทั้งต้องควบคุมเวลาให้น้อยที่สุดในระหว่างการดำเนินงาน นอกจากนี้การปฏิบัติตามรูปแบบการบูรณาการศาสตร์เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังยังมีข้อจำกัดด้านการปฏิบัติตามคำสั่งของคณะกรรมการควบคุมโรคติดต่อระดับอำเภอเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในขณะนั้น

2. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องมีผู้ดูแลส่งผลให้การเข้าร่วมประชุมมีข้อจำกัดต้องให้ผู้ดูแลสะดวกจึงจะเข้าร่วมประชุมได้ หากไม่มีผู้ดูแลจะทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมประชุมได้อย่างครบถ้วน

3. การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการในการค้นหาปัญหาการชะลอไตเสื่อมบางครั้งจำเป็นต้องใช้การประชุมในรูปแบบออนไลน์ทำให้มีข้อจำกัดด้านอุปกรณ์และการเข้าร่วมประชุมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

5.4 ข้อเสนอแนะ

สำนักงานมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

1. การนำผลวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติ (Implications for Practice) รูปแบบการบูรณาการศาสตร์เพื่อชะลอไตเสื่อมมีความเหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่สูงอายุ รวมถึงมีข้อจำกัดด้านการเดินทางและไม่สามารถมาพบแพทย์ตามนัดได้อย่างต่อเนื่อง ดังนั้นจึงควรสนับสนุนรูปแบบการบูรณาการศาสตร์เพื่อชะลอไตเสื่อมในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชนให้กับบุคลากรด้านสุขภาพ

โดยก่อนนำรูปแบบการบูรณาการศาสตร์เพื่อชะลอไตเสื่อมไปใช้ควรมีการเข้ารับการฝึกอบรมในการใช้ศาสตร์ต่าง ๆ อย่างครบถ้วนเพื่อให้สามารถเข้าใจรูปแบบการบูรณาการศาสตร์ได้อย่างสมบูรณ์

2. ข้อเสนอแนะด้านนโยบาย (Implication for Policy) ควรสนับสนุนให้มีการนำรูปแบบการบูรณาการศาสตร์เพื่อชะลอไตเสื่อมไปใช้เนื่องจากสามารถดูแลสุขภาวะของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้อย่างเหมาะสมเป็นองค์รวม สามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม อีกทั้งรูปแบบการบูรณาการศาสตร์เพื่อการชะลอไตเสื่อมสร้างการเรียนรู้ของชุมชนทำให้สามารถแก้ปัญหาของชุมชนได้ด้วยตนเองอย่างเหมาะสม สร้างความยั่งยืนในการแก้ไขปัญหาของชุมชน

3. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป (Implication for Further Research or Future Research) ควรมีการเพิ่มการศึกษาศาสตร์ทางด้านอื่นในการดำเนินงานชะลอไตเสื่อม เช่น เศรษฐศาสตร์ เพื่อให้การดำเนินงานชะลอไตเสื่อมในชุมชนมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

บรรณานุกรม

กระทรวงสาธารณสุข. (2563). **HDC กลุ่มรายงานมาตรฐานข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาไต**. ม.ป.ท.

กัลยารัตน์ รอดแก้ว. (2561). ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองร่วมกับคู่หูดูแลกันต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน น้ำหนักและระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่มีน้ำหนักเกิน. **วารสารการพยาบาลและการศึกษา**. 11(2), 13-28.

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (2533). **เจ็บไข้ได้ป่วย แนวคิดในหน่วยที่ 1-4**. สาขาวิชาศิลปะศาสตร์. นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (2560). **มานุษยวิทยาการแพทย์ในศตวรรษที่ 21**. ปาฐกถาในการประชุมวิชาการทางมานุษยวิทยา ครั้งที่ 12 ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร (องค์การมหาชน) วันที่ 21 มิถุนายน 2560.

คาปร้า ฟริตจ๊อฟ. (2543). **จุดเปลี่ยนแห่งศตวรรษ เล่ม 2 อิทธิพลของความคิดแบบเดส์คาตส์-นิวตัน**ใล. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพ : มูลนิธิโกมลคีมทอง.

คาปร้า ฟริตจ๊อฟ. (2546). **จุดเปลี่ยนแห่งศตวรรษ เล่ม 1 ทัศนะแม่บทเพื่อการปฏิวัติวัฒนธรรมแบบใหม่**. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพ : มูลนิธิโกมลคีมทอง.

คาปร้า ฟริตจ๊อฟ. (2550). **จุดเปลี่ยนแห่งศตวรรษ เล่ม 3 มองความจริงทัศนะใหม่**. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพ : มูลนิธิโกมลคีมทอง.

จันจิรา หินขาว, ขนิตฐา หาญประสิทธิ์คำ และสุนทรี เจียรวิทยกิจ. (2563). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ เพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวานต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิก ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเสื่อมของไตระยะที่ 3. **วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี**. 30(2), 185-202.

ใจเพชร กล้าจน. (2553). **ความเจ็บป่วยกับการดูแลสุขภาพแนวเศรษฐกิจพอเพียง ตามหลักแพทย์ทางเลือกวิถีพุทธ ของศูนย์เรียนรู้สุขภาพพึ่งตน ตามแนวเศรษฐกิจพอเพียง สวนป่านาบุญ อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร**. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนบูรณาการศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี.

ใจเพชร กล้าจน. (2555). **หมอเขียว**. ศูนย์สุขภาพสวนป่านาบุญ มุกดาหาร.

ใจเพชร กล้าจน. (2558). **จิตอาสาแพทย์วิถีพุทธเพื่อมวลมนุษยชาติ**. ดุษฎีนิพนธ์ปรัชาญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชายุทธศาสตร์การพัฒนาภูมิภาค (สาธารณสุขชุมชน) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์.

ใจเพชร กล้าจน. (2561). **ถอดรหัสสุขภาพ เล่ม 3 มาเป็นหมอดูแลสุขภาพกันเถอะ**. อุษาการพิมพ์

ใจเพชร กล้าจน. (มปป). **การปรับสมดุลร้อนเย็นกายใจตามหลักการแพทย์วิถีธรรม**.

ชลหทัย ไวริยะพิทักษ์. (2561). **การเปิดรับสื่อ ทัศนคติและการมีส่วนร่วมในนโยบายส่งเสริมสุขภาพดีของบุคลากรภายในสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).** วิทยานิพนธ์นิเทศศาสตรมหาบัณฑิต สาขานิเทศศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์.

ดรุณี โอวิทยากุล, พักตรเลขา แสงหัตถวัฒนา และอดิศักดิ์ จึงพัฒนาวดี. (2560). แนวคิดสุขภาพและการดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ในการบริบาลทันตกรรมพร้อมมูล. **เชียงใหม่ทันตแพทยสาร**. 38(2) 53-64.

ทวีศักดิ์ นพเกสร. (2550). การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมและงานวิจัยเชิงคุณภาพ. **วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว**. 1(1), 51-55.

นิตยาภรณ์ สุระสาย, นิศานาจ โสภาพล และมณฑิชา รักศิลป์. (2565). รูปแบบการบูรณาการวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์วิถีธรรม. **วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์**. 8(6), 2392-2407.

ประยุทธ์ ปยุตโต. (2533). **พจนานุกรมพุทธศาสน์ ฉบับประมวลศาสตร์**. กรุงเทพ : มหาจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย.

ประเสริฐ ธนกิจจารุ. (2558). สถานการณ์ปัจจุบันของโรคไตเรื้อรังในประเทศไทย. **วารสารกรมการแพทย์**. 5(5), 5-18.

ประเสริฐ ธนกิจจารุ, สกานต์ บุนนาค และวรางคณา พิชัยวงศ์. (2554). **โรคไตเรื้อรัง**. การแพทย์ไทย 2554-2557. โรงพยาบาลราชวิถี.

ปริตรา มั่นเหมาะ และธนัญญา วสุศรี. (2562). การจำลองสถานการณ์เพื่อลดระยะเวลารอคอยของผู้ป่วย แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสุพรรณบุรี. **วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน**. 15(2) 51-62.

พระเทพเวที. (2533). **พระพุทธศาสนากับการศึกษาในอดีต.** กรุงเทพ : โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.

พิมพ์สุภัค ปานเพียรกุลภัค. (2559). ผลของโปรแกรมควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในคลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา. **วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย**, 6(3), 205-215.

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

รัถยานภิศ รัชตะวรรณ และคณะ. (2561). กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสุขภาวะ. **วารสารเทคโนโลยีภาคใต้**. 11(1), 231-238.

ศิริลักษณ์ ถุงทอง. (2560). การชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้. **วารสารพยาบาลทหารบก**. 18(พิเศษ), 17-24.

สมบัติ นามบุรี. (2562). ทฤษฎีการมีส่วนร่วมในรัฐประศาสนศาตร์. **วารสารวิจยวิชาการ**. 2(1), 183-197.

สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2558). **คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2558**.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี. (2563). **การใช้บริการสาธารณสุข**. (ออนไลน์). แหล่งที่มา : https://cti.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php. 2 พฤศจิกายน 2563.

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2559). **คู่มือปฏิบัติการเพื่อดำเนินงานลดโรคไตเรื้อรัง (CKD) ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง**. กรุงเทพฯ : สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์กรสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.

สิรญา ธาสถาน, พรนภา หอมสินธุ์, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ และใจเพชร กล้าจน. (2558). ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองที่ประยุกต์การแพทย์วิถีพุทธต่อพฤติกรรมดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตในผู้ที่เสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง. **วารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา**. 10(1), 117-128.

สุวิมล มณีโชติ. (2559). การดูแลสุขภาพตนตามหลักการแพทย์วิถีธรรม: กรณีศึกษาผู้ใหญ่วัยกลางคน. **วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์**. 36(2), 202-214.

อมลรดา รงค์ทอง, และสุพัฒนา คำสอน. (2561). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน อำเภอหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี. **วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย**, 13(1), 147-158.

อ้อ พรมดี, วีณา เที่ยงธรรม และปาหนัน พิชยภิญโญ. (2559). โปรแกรมการป้องกันภาวะไตวายเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. **Journal of Public Health Nursing**, 30(3), 102–117.

Cohen, J.M. , & Uphoff, N.T. (1981). **Rural Development Participation: Concept and Measure for Project Design Implementation and Evaluation: Rural Development Committee Center for international Studies**. New York : Cornell University Press.

Denis Goulet. (1989). **Participation in development: New avenues**. World Development, 17(2). 165-178.

Gertrude Hirsch Hadon.; Pohl, C.; Bammer, G. (2010). **Solving problem through transdisciplinary research**. In The Oxford Handbook of Interdisciplinarity; Frodeman, R., Thompson Klein, J., Mitcham, C., Eds.; Oxford University Press: Oxford, UK. 438–447.

Hadorn. et al, (2008). **Handbook of Transdisciplinary Research**. Springer Science; 31, 19-37.

Julie Thompson Klein. (2010). **A Taxonomy of Interdisciplinarity**. The Oxford Handbook of Interdisciplinarity. New York : Oxford University Press.

Pohl, C., & Hirsch Hadorn, G. (2008). Methodological challenges of transdisciplinary research. **Natures Sciences Sociétés**, 16(2), 42, 111–121.

Teerayuth Jiamjariyaporn et al. (2014). Effectiveness of integrated care on delaying chronic kidney disease progression in rural communities of Thailand (ESCORT study): rationale and design of the study. **BMC Nephrology**. 15, 1-7. DOI : 10.1186/1471-2369-15-99.

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

USRDS. United States Renal Data System 2009 Annual Data Report: Atlas of Chronic Kidney Disease and End-Stage Renal Disease in the United States. Bethesda, MD: National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases; 2009 Jan. 2010.

Wiesmann, et al. (2008). The Emergence of Transdisciplinarity as a Form of Research. **Handbook of Transdisciplinary Research** : Springer, Dordrecht. 434-441.

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

ภาคผนวก

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

ภาคผนวก ก.
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. รองศาสตราจารย์ ดร.สุวรรณา จันท์ประเสริฐ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรฤดี นิธิรัตน์	ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี
3. ดร.บัญชา พร้อมดิษฐ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

ภาคผนวก ข.
หนังสือขอความร่วมมือในการวิจัย

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

ตัวอย่าง หนังสือขอความร่วมมือในการวิจัย

เรื่อง ขอความร่วมมือในการวิจัย
เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี
สิ่งที่ส่งมาด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วย นายธวัช วิเชียรประภา นักศึกษาหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสหวิทยาการเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ อยู่ระหว่างการดำเนินงานวิจัยวิทยานิพนธ์เรื่อง “รูปแบบบูรณาการศาสตร์เพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในจังหวัดจันทบุรี” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณี เดียวอิศเรศ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และรองศาสตราจารย์ ดร.ชัยยนต์ ประดิษฐศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

ในการนี้ นักศึกษามีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ และการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดจันทบุรี ทั้งนี้นักศึกษาผู้วิจัยจะได้ประสานงานในรายละเอียดต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่านโปรดอนุญาตให้นักศึกษาได้ทำการเก็บข้อมูลวิจัยดังกล่าว เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายธวัช วิเชียรประภา)
นักศึกษาปริญญาเอก
หลักสูตรสหวิทยาการเพื่อการพัฒนาที่ยังยืน
มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

ภาคผนวก ค.
แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

เรื่อง รูปแบบบูรณาการศาสตร์เพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในจังหวัดจันทบุรี
THE INTREGRADED MODEL FOR DELAYING KIDNEY
DETERIORATION AMONG CHRONIC KIDNEY DISEASE PATIENTS
IN CHANTHABURI PROVINCE

คำชี้แจง เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลนี้แบ่งเป็น 4 ตอน คือ

ตอนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลสถานการณ์ปัญหาโรคไตวายเรื้อรังของประชาชนเขตจังหวัดจันทบุรี

ตอนที่ 2 แบบสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจังหวัดจันทบุรี

ตอนที่ 3 แบบสัมภาษณ์เชิงลึกเจ้าหน้าที่ชะลอไตเสื่อมจังหวัดจันทบุรี

ตอนที่ 4 แบบสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เชี่ยวชาญด้านการชะลอไตเสื่อม

ตอนที่ 5 แบบสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เชี่ยวชาญด้านการชะลอไตเสื่อม

ตอนที่ 6 แบบรวบรวมข้อมูลผลของรูปแบบบูรณาการศาสตร์เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจังหวัดจันทบุรี

การวิจัยครั้งสำเร็จได้ด้วยความอนุเคราะห์ของท่าน ผู้วิจัยขอขอบคุณในความร่วมมือของท่านในครั้งนี้

ธวัช วิเชียรประภา
โรงพยาบาลขลุง อำเภอขลุงจังหวัดจันทบุรี

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

ตอนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลสถานการณ์ปัญหาโรคไตวายเรื้อรังของประชาชนเขตจังหวัดจันทบุรี

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	เพศ	อายุ	ระดับการศึกษา	อาชีพ	ที่อยู่	eGFR ครั้งล่าสุด	วันที่เริ่มเจ็บป่วย	โรคร่วม	สถานที่รักษา

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

ตอนที่ 2 แบบสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจังหวัดจันทบุรี

1. ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัคร ได้แก่ อายุ, สถานภาพ, การศึกษา, อาชีพ, รายได้, ประวัติความเจ็บป่วย, ประวัติความเจ็บป่วยของครอบครัว, โรคร่วม, การรักษา, สภาวะร่างกาย

2. พฤติกรรมการปฏิบัติตนในการชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยเป็นอย่างไร

2.1 พฤติกรรมการรับประทานอาหาร

2.2 พฤติกรรมการออกกำลังกาย

2.3 พฤติกรรมการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง

3. รูปแบบการจัดบริการการชะลอไตเสื่อมของโรงพยาบาลเป็นอย่างไร

4. ความคาดหวังของการจัดบริการการชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยเป็นอย่างไร

5. ผลของการจัดบริการการจัดบริการการชะลอไตเสื่อมของโรงพยาบาลเป็นอย่างไร

6. ข้อเสนอแนะในการจัดบริการชะลอไตเสื่อมของโรงพยาบาลเป็นอย่างไร

ตอนที่ 3 แบบสัมภาษณ์เชิงลึกเจ้าหน้าที่ชะลอไตเสื่อมจังหวัดจันทบุรี

1. ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัคร ได้แก่ อายุ, การศึกษา, ตำแหน่ง, อายุงาน, ประวัติการทำงาน, ประสบการณ์ด้านการทำงานชะลอไตเสื่อม

2. พฤติกรรมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจังหวัดจันทบุรีเป็นอย่างไร

3. การจัดบริการชะลอไตเสื่อมของจังหวัดจันทบุรีเป็นอย่างไร

4. วิพากษ์จุดอ่อน จุดแข็งของการจัดบริการชะลอไตเสื่อมของจังหวัดจันทบุรีเป็นอย่างไร

5. รูปแบบการจัดบริการที่เหมาะสมคลินิกชะลอไตเสื่อมของจังหวัดจันทบุรีเป็นอย่างไร

ตอนที่ 4 แบบบันทึกสรุปผลสถานการณ์ปัญหาโรคไตเรื้อรังของประชาชนเขตจังหวัดจันทบุรี

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคไตจังหวัดจันทบุรี

2. พฤติกรรมการปฏิบัติตนในการชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตในจังหวัดจันทบุรี

3. รูปแบบการจัดบริการชะลอไตเสื่อมของจังหวัดจันทบุรี

4. ความคาดหวังของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในการจัดบริการการจัดบริการการชะลอไตเสื่อมของจังหวัดจันทบุรี

5. จุดอ่อนและจุดแข็งในการจัดบริการชะลอไตเสื่อมของจังหวัดจันทบุรี

ตอนที่ 5 แบบสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เชี่ยวชาญด้านการชะลอไตเสื่อม

1. ผู้เชี่ยวชาญด้านการชะลอไตเสื่อมแผนปัจจุบัน

1.1 ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัคร ได้แก่ อายุ, การศึกษา, ตำแหน่ง, อายุงาน, ประวัติการทำงาน, ประสบการณ์ด้านการทำงานชะลอไตเสื่อม

1.3 วิพากษ์รูปแบบการจัดบริการการชะลอไตเสื่อมในระดับนโยบายเป็นอย่างไร

1.4 วิพากษ์รูปแบบการจัดบริการการชะลอไตเสื่อมของจังหวัดจันทบุรีเป็นอย่างไร

1.4 รูปแบบการจัดบริการการชะลอไตเสื่อมที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคไตจังหวัดจันทบุรีควรเป็นอย่างไร

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

1.5 รูปแบบการบูรณาการศาสตร์เพื่อชะลอไตเสื่อมที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคไตจังหวัดจันทบุรีควรเป็นอย่างไร

2. ผู้เชี่ยวชาญด้านแพทย์ทางเลือก

2.1 ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัคร ได้แก่ อายุ, การศึกษา, ตำแหน่ง, อายุงาน, ประวัติการทำงาน, ประสบการณ์ด้านการแพทย์ทางเลือก

2.2 หลักการของแพทย์ทางเลือกเป็นอย่างไร

2.3 รูปแบบชะลอไตเสื่อมด้วยแพทย์ทางเลือกที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคไตเป็นอย่างไร

2.4 การบูรณาการศาสตร์แพทย์ทางเลือกเพื่อชะลอไตเสื่อมที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคไตจังหวัดจันทบุรีควรเป็นอย่างไร

3. ผู้เชี่ยวชาญด้านกระบวนการมีส่วนร่วม

3.1 ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัคร ได้แก่ อายุ, การศึกษา, ตำแหน่ง, อายุงาน, ประวัติการทำงาน, ประสบการณ์ด้านการทำงานกับชุมชน

3.2 รูปแบบของกระบวนการมีส่วนร่วมที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยโรคไตจังหวัดจันทบุรีเป็นอย่างไร

ตอนที่ 6 แบบรวบรวมข้อมูลผลของรูปแบบบูรณาการศาสตร์เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจังหวัดจันทบุรี แบ่งออกเป็น 3 ส่วนได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

อายุ ..... ปี (เกิน 6 เดือนคิดเป็น 1 ปี)

ศาสนา ☐ พุทธ ☐ คริสต์ ☐ อิสลาม ☐ อื่นๆ ระบุ.....

สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ เคยมีคู่ (หม้าย/หย่า/แยก)

ระดับการศึกษา ☐ ต่ำกว่าประถมศึกษา ☐ ประถมศึกษา ☐ มัธยมศึกษาตอนต้น ☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย ☐ ปวส./อนุปริญญา ☐ ปริญญาตรี ☐ สูงกว่าปริญญาตรี

อาชีพ .....

รายได้ ..... บาท / เดือน

ระยะเวลาการเจ็บป่วย ..... ปี (เกิน 6 เดือนคิดเป็น 1 ปี)

ผู้ดูแล ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลภาวะสุขภาพ

น้ำหนัก	.....	กิโลกรัม
ส่วนสูง	.....	เซนติเมตร
ระดับน้ำตาลในกระแสเลือด	.....	
ระดับความดันโลหิต	.....	
ระดับไขมันในกระแสเลือด	.....	
อัตราการกรองของไต	.....	

ส่วนที่ 3 แบบประเมินคุณภาพชีวิต

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งของท่าน ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ให้ท่านสำรวจตัวท่านเอง และประเมินเหตุการณ์หรือความรู้สึกของท่าน แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบที่เหมาะสมและเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด โดยคำตอบมี 5 ตัวเลือก คือ

ไม่เลย	หมายถึง	ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย รู้สึกไม่พอใจมาก หรือรู้สึกแย่มาก
เล็กน้อย	หมายถึง	ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้น นาน ๆ ครั้งรู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อย รู้สึกไม่พอใจหรือรู้สึกแย่
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลาง รู้สึกพอใจระดับกลาง ๆ หรือรู้สึกแย่ ระดับกลาง ๆ
มาก	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นบ่อย ๆ รู้สึกพอใจหรือรู้สึกดี
มากที่สุด	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเสมอ รู้สึกเช่นนั้นมากที่สุด หรือรู้สึกว่าสมบูรณ์ รู้สึกพอใจมาก รู้สึกดีมาก

ข้อ	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1	ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้เพียงใด					
2	การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการมากน้อยเพียงใด					
3	ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ในแต่ละวันไหม (ทั้งเรื่องงาน หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน)					
4	ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่านมากน้อยเพียงใด					
5	ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุข ความสงบ มีความหวัง) มากน้อยเพียงใด					

สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ราชภัฏรำไพพรรณี

ข้อ	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
6	ท่านมีสมาธิในการทำงานต่าง ๆ ดีเพียงใด					
7	ท่านรู้สึกพอใจในตนเองมากน้อยแค่ไหน					
8	ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเองได้ไหม					
9	ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล บ่อยแค่ไหน					
10	ท่านรู้สึกพอใจมากน้อยแค่ไหนที่สามารถทำอะไร ๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน					
11	ท่านจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลมากน้อยเพียงใด เพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ไปได้ในแต่ละวัน					
12	ท่านพอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำมามากน้อยเพียงใด					
13	ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่นอย่างที่ผ่านมาแค่ไหน					
14	ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อน ๆ แค่ไหน					
15	ท่านรู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยดีไหมในแต่ละวัน					
16	ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้มากน้อยเพียงใด					
17	ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นมากน้อยเพียงใด					
18	ท่านพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็นเพียงใด					
19	ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวันมากน้อยเพียงใด					
20	ท่านมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียดมากน้อยเพียงใด					
21	สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพของท่านมากน้อยเพียงใด					
22	ท่านพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหนของท่าน (หมายถึงการคมนาคม) มากน้อยเพียงใด					
23	ท่านรู้สึกว่าชีวิตท่านมีความหมายมากน้อยแค่ไหน					

ศูนย์วิทยทรัพยากร มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

ข้อ	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
24	ท่านสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดีเพียงใด					
25	ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่านแค่ไหน? (ชีวิตทางเพศ หมายถึง เมื่อเกิดความรู้สึกทางเพศขึ้นแล้วท่านมีวิธีจัดการทำให้ผ่อนคลายลงได้ รวมถึง การช่วยตัวเอง หรือการมีเพศสัมพันธ์)					
26	ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่) อยู่ในระดับใด					

การให้คะแนน

การให้คะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL – 26 ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อและข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อคือข้อ 2, 9, และ 11

กลุ่มที่ 1 ข้อความทางลบ 3 ข้อ (ข้อ 2, 9, และ 11)
กลุ่มที่ 2 ข้อความทางบวก 23 ข้อ

กลุ่มที่ 1 ข้อความทางลบแต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้

ตอบ	ไม่เลยให้	5	คะแนน
ตอบ	เล็กน้อยให้	4	คะแนน
ตอบ	ปานกลางให้	3	คะแนน
ตอบ	มากให้	2	คะแนน
ตอบ	มากที่สุดให้	1	คะแนน

กลุ่มที่ 2 ข้อความทางบวกแต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้

ตอบ	ไม่เลยให้	1	คะแนน
ตอบ	เล็กน้อยให้	2	คะแนน
ตอบ	ปานกลางให้	3	คะแนน
ตอบ	มากให้	4	คะแนน
ตอบ	มากที่สุดให้	5	คะแนน

การแปลผลโดยรวม

คะแนน 26 – 60 คะแนน	แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี
คะแนน 61 – 95 คะแนน	แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตกลางๆ
คะแนน 96 – 130 คะแนน	แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

การแปลผลรายองค์ประกอบ

องค์ประกอบด้านสุขภาพกายได้แก่ ข้อ 2,3,4,10,11,12,24
องค์ประกอบด้านจิตใจได้แก่ ข้อ 5,6,7,8,9,23
องค์ประกอบด้านสัมพันธภาพทางสังคมได้แก่ ข้อ 13,14,25
องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อมได้แก่ ข้อ 15,16,17,18,19,20,21,22

แบ่งระดับคะแนนคุณภาพชีวิต แยกออกเป็นองค์ประกอบ ต่าง ๆ ได้ดังนี้องค์ประกอบ	**การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี**	**คุณภาพชีวิตกลางๆ**	**คุณภาพชีวิตที่ดี**
1. ด้านสุขภาพกาย	7 – 16	17 – 26	27 - 35
2. ด้านจิตใจ	6 – 14	15 – 22	23 - 30
3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	3 – 7	8 – 11	12 - 15
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	8 – 18	19 – 29	30 – 40
คุณภาพชีวิตโดยรวม	**26 – 60**	**61 – 95**	**96 - 130**

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

ภาคผนวก ง.
เอกสารรับรองโครงการวิจัย

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดจันทบุรี/เขตสุขภาพที่ 6
โรงพยาบาลพระปกเกล้า อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี 22000 โทร 039-319666 ต่อ 8341,8345

COA no. 059/64

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดจันทบุรี/เขตสุขภาพที่ 6 ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับคนที่เป็นมาตรฐานสากล อันได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

ชื่อโครงการ	: รูปแบบบูรณาการศาสตร์เพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในจังหวัดจันทบุรี
เลขที่โครงการวิจัย	: 045/64
ผู้วิจัยหลัก	: นายณวัท วิเชียรประภา
สังกัดหน่วยงาน	: โรงพยาบาลขลุง
วิธีทบทวน	: แบบเร็ว (Expedite review)
วันที่รับรอง	: 6 กรกฎาคม 2564
วันหมดอายุ	: 31 กรกฎาคม 2565
รายงานความก้าวหน้า ภายในวันที่	: 31 กรกฎาคม 2565

ลงนาม .....
(แพทย์หญิงผู้ดิรญา พรกษานุศักดิ์)
รักษาการแทนประธานกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดจันทบุรี/เขตสุขภาพที่ 6

ลงนาม .....
(นายแพทย์ธีรยุทธ บัณฑณิสรณ์)
ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดจันทบุรี/เขตสุขภาพที่ 6

เอกสารรับรอง :

1.โครงร่างการวิจัยเรื่อง รูปแบบบูรณาการศาสตร์เพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในจังหวัดจันทบุรี ฉบับที่ 2 ลงวันที่ 28 มิถุนายน 2564
2. แบบเอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับอาสาสมัคร (Participant information sheet) ฉบับที่ 2 ลงวันที่ 28 มิถุนายน 2564
3. แบบเอกสารแสดงความยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าว (Informed consent form) ฉบับที่ 2 ลงวันที่ 28 มิถุนายน 2564
4. เครื่องมือการเก็บรวบรวมข้อมูล ฉบับที่ 2 ลงวันที่ 28 มิถุนายน 2564
5.ประวัติผู้วิจัย

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขตามที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	ธวัช วิเชียรประภา
สถานที่เกิด	อำเภอขลุง จังหวัดจันทบุรี
ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รักษาการในตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานบริหาร
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	โรงพยาบาลขลุง อำเภอขลุง จังหวัดจันทบุรี
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2541	มัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนศรียานุสรณ์ จังหวัดจันทบุรี
พ.ศ. 2545	พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
พ.ศ. 2555	พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) มหาวิทยาลัยบูรพา
พ.ศ. 2566	ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (สหวิทยาเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน) มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี