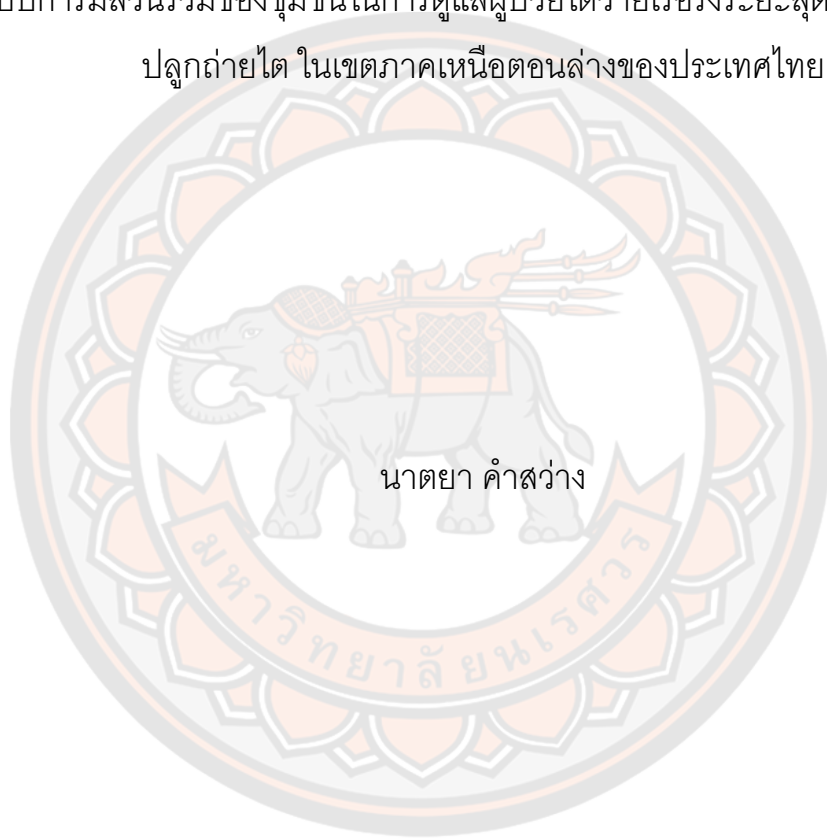




รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการ  
ปลูกถ่ายไต ในเขตภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย



นาตยา คำสว่าง

วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร  
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต

สาขาวิชา-

ปีการศึกษา 2563

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการ  
ปลูกถ่ายไต ในเขตภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย



วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร  
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต

สาขาวิชา-

ปีการศึกษา 2563

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

วิทยานิพนธ์ เรื่อง "รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่  
ได้รับการปลูกถ่ายไต ในเขตภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย"

ของ นาทยา คำสว่าง

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชา-

### คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์  
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุธรรม นันทมงคลชัย)

..... ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์  
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุภาภรณ์ สูดหนองบัว)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่ง วงศ์วัฒน์)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อาจินต์ สงทับ)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธนัช กนกเทศ)

**อนุมัติ**

.....  
(ศาสตราจารย์ ดร.ไพศาล มณีสว่าง)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

<b>ชื่อเรื่อง</b>	รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต ในเขตภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย
<b>ผู้วิจัย</b>	นาตยา คำสว่าง
<b>สถานที่ปรึกษา</b>	รองศาสตราจารย์ ดร. สุภาภรณ์ สุธหนองบัว
<b>ประเภทสารนิพนธ์</b>	วิทยานิพนธ์ ส.ค. สาขาวิชา-, มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2563
<b>คำสำคัญ</b>	การมีส่วนร่วมของชุมชน, ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย, การปลูกถ่ายไต

### บทคัดย่อ

การศึกษานี้ เป็นวิจัยเชิงผสมผสาน แบ่งขั้นตอนการดำเนินการวิจัยเป็น 4 ระยะ โดยมีวัตถุประสงค์ดังนี้ ระยะที่ 1 เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต ด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก อาสาสมัครเป็นชุมชนที่ดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไต จำนวน 10 คน ระยะที่ 2 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต ด้วยวิธีการศึกษาแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างเป็นชุมชนใน 8 จังหวัดภาคเหนือตอนล่าง จำนวน 300 คน ระยะที่ 3 เพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม อาสาสมัครเป็นชุมชนแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มครอบครัว/ผู้ดูแล กลุ่มผู้นำชุมชน/อสม กลุ่มเจ้าหน้าที่รัฐ/รพ.สต จำนวนกลุ่มละ 6 คน รวม 18 คน และระยะที่ 4 เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบโดยใช้วิธีการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นชุมชนแบ่ง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำนวนกลุ่มละ 30 คน

ผลการศึกษา พบว่า สถานการณ์การมีส่วนร่วมของชุมชนมีส่วนร่วมน้อยและไม่มีส่วนร่วม ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชน ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม (Beta=0.441, p=0.000) การดูแลของชุมชน (Beta=0.332, p=0.000) รายได้สูง (Beta= -0.169, p=0.000) บทบาททางสังคมของเจ้าหน้าที่รัฐ (Beta= 0.83, p=0.026) และการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชนสม่ำเสมอ (Beta= 0.076, p=0.036) โดยตัวแปรทั้ง 5 ตัวร่วมทำนายการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต ได้ร้อยละ 62 (Adjusted R<sup>2</sup>=0.62)



รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนต้องมีการดำเนินการภายใต้ NEWTAI model ซึ่งเป็นผลจากงานวิจัยนี้ โมเดลนี้ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การส่งเสริมให้มีแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ 2) การดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตอย่างรู้แจ้ง 3) การสนับสนุนด้านการเงิน 4) การจัดตั้งทีมการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตในชุมชน 5) การจัดกิจกรรมสม่ำเสมอและสร้างความเชื่อมั่นในบริการปฐมภูมิสำหรับการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตในชุมชน 6) การประสานการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและเชื่อมต่อข้อมูล เมื่อนำรูปแบบนี้ไปทดลองพบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ( $P < 0.001$ ) จึงควรนำรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนไปใช้ในการดูแลไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีสอดคล้องกับวิถีชุมชนและติดตามผลลัพธ์ในระยะยาวต่อไป



**Title** A COMMUNITY PARTICIPATION MODEL OF CARING END STAGE RENAL DISEASE PATIENTS WITH KIDNEY TRANSPLANTATION IN LOWER NORTHERN THAILAND

**Author** NATTAYA KAMSAWANG

**Advisor** Associate Professor Supaporn Sudnongbua, Ph.D.

**Academic Paper** Thesis Dr.P.H. in Public Health Program - (Type 2.1), Naresuan University, 2020

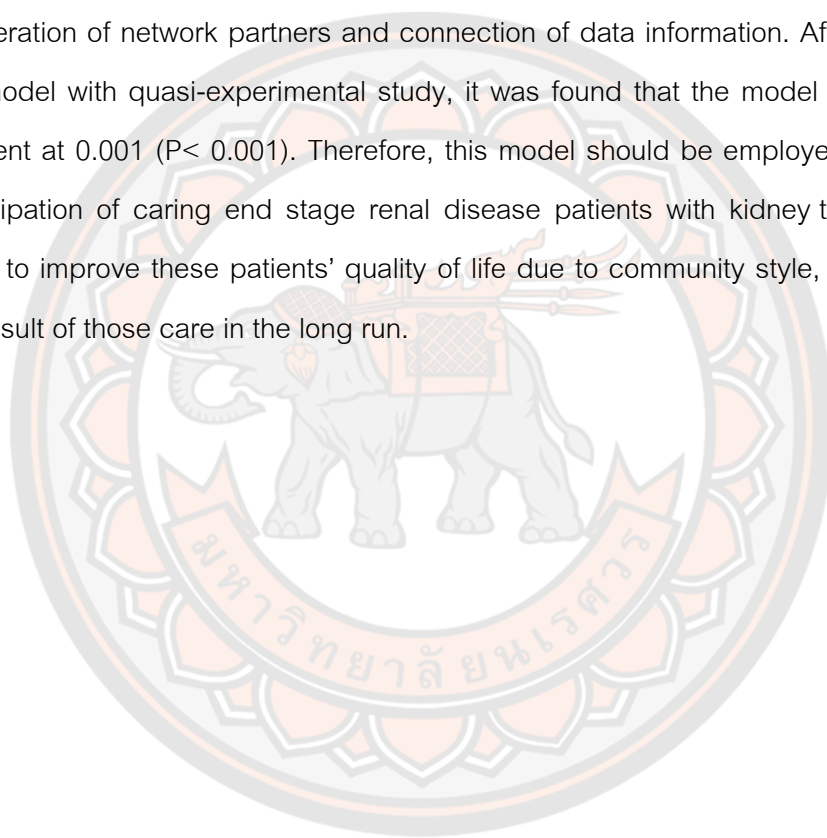
**Keywords** Community participation, Caring end stage renal disease, Patients kidney transplantation

### ABSTRACT

Mixed Methods research were employed in this study compounded with four phases. Four objectives related to four phases: 1) to explain community participation situation and factor of caring end-stage renal disease patients with kidney transplantation by using multiple case study as in-depth interview with 10 informants, 2) to investigate factors affecting health care of end-stage renal disease patients with kidney transplantation by cross-sectional study with 300 samples in 8 provinces, 3) was to develop the community participation model by focus group discussion with 18 informants included family members, care givers, community leaders, village health volunteers, and district hospital officials, 4) to evaluate the effectiveness of the community participation model by quasi-experimental study with an experimental and control group 30 samples per each group.

The outcome of this study illustrated that level of community participation was low as well as non-participated. Factors affecting community participation were social support (Beta=0.441, p=0.000), community care (Beta=0.332, p=0.000), high income (Beta= -0.169, p=0.000), social role of government officials (Beta= 0.83, p=0.026), and regular participation for community activities (Beta= 0.076, p=0.036). These factors

could predict community participation in caring end-stage renal disease patients with kidney transplantation 62% (Adjusted R<sup>2</sup>=0.62). In addition, a model of this community participation should be operated by a NEWTAI model which was found in this study. The model compounded with 6 elements such as 1) promotion of enough social support, 2) care of patients with kidney transplantation with knowing, 3) financial support, 4) establishment of care team for patients with kidney transplantation in community, 5) regular activities and making people trust primary care of this care in community 6) cooperation of network partners and connection of data information. After implementing the model with quasi-experimental study, it was found that the model was significantly different at 0.001 (P< 0.001). Therefore, this model should be employed for community participation of caring end stage renal disease patients with kidney transplantation in order to improve these patients' quality of life due to community style, and to follow up the result of those care in the long run.



## ประกาศคุณูปการ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงในความกรุณาของรองศาสตราจารย์ดร. สุภาภรณ์ สุตหนองบัว ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้อุดหนุนให้เวลาอันมีค่ามาเป็นที่ปรึกษาพร้อมทั้งให้คำแนะนำตลอดระยะเวลาในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ และขอกราบขอบพระคุณคณะกรรมการวิทยานิพนธ์อันประกอบไปด้วยรองศาสตราจารย์ ดร.สุธรรม นันทมงคลชัย ประธานกรรมการ สอบ วิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่ง วงศ์วัฒน์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อาจันต์ สงทับ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธนิช กนกเทศ กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายในที่ได้กรุณาให้คำแนะนำตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์ด้วยความเอาใจใส่จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์และทรงคุณค่า

กราบขอบพระคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดในเขตภาคเหนือตอนล่างที่กรุณาอำนวยความสะดวกและอนุญาตให้ดำเนินการเก็บข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้และขอบพระคุณอาสาสมัครทุกท่านที่อนุญาตและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดียิ่งตลอดการศึกษา

คุณค่าและคุณประโยชน์ที่พึงจะมีจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบและอุทิศแด่ผู้มีพระคุณทุกๆท่าน ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่างานวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตและผู้สนใจบ้างไม่มากก็น้อย

นาตยา คำสว่าง

# สารบัญ

## หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย .....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....	จ
ประกาศคุณูปการ .....	ช
สารบัญ .....	ช
สารบัญตาราง .....	ญ
สารบัญภาพ .....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	9
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	9
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	9
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	12
ไต่ทวนเรื่องร้อง .....	13
การปลูกถ่ายไต.....	19
การมีส่วนร่วมของชุมชน .....	39
แรงสนับสนุนทางสังคม .....	76
แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง .....	83
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	94
กรอบแนวคิดการวิจัย .....	103

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	105
ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วย ไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต ในเขตภาคเหนือตอนล่าง ของประเทศไทย .	107
ระยะที่ 2 ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายระยะ สุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต ในเขตภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย.....	109
ระยะที่ 3 พัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ ได้รับการปลูกถ่ายไต ในเขตภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย .....	117
ระยะที่ 4 ประเมินประสิทธิผลรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต ในเขตภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย .....	122
 บทที่ 4 ผลการวิจัย .....	 130
ผลการวิจัยระยะที่ 1 .....	130
ผลการวิจัยระยะที่ 2 .....	146
ผลการวิจัยระยะที่ 3 .....	167
ผลการวิจัยระยะที่ 4 .....	184
 บทที่ 5 สรุปและอภิปรายผล.....	 192
สรุปผลการวิจัย.....	193
อภิปรายผลการวิจัย .....	194
จุดแข็ง และข้อจำกัดงานวิจัย.....	221
ข้อเสนอแนะ .....	221
 บรรณานุกรม .....	 224
 ภาคผนวก.....	 238
 ประวัติผู้วิจัย .....	 310

## สารบัญตาราง

	หน้า
ตาราง 1 แสดงระยะของไต่วายเรือรั้ง .....	17
ตาราง 2 แสดงสัดส่วนตัวอย่างต่อประชากรในแต่ละจังหวัด .....	111
ตาราง 3 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 300 คน) .....	147
ตาราง 4 แสดงความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง (n=300).....	149
ตาราง 5 แสดงระดับความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง (n=300) .....	150
ตาราง 6 แสดงทัศนคติของกลุ่มตัวอย่าง (n=300) .....	150
ตาราง 7 แสดงระดับทัศนคติของกลุ่มตัวอย่าง (n=300).....	151
ตาราง 8 แสดงการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตของกลุ่มตัวอย่าง (n=300) .....	152
ตาราง 9 แสดงระดับการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตของกลุ่มตัวอย่าง (n=300).....	155
ตาราง 10 แสดงแรงสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง (n=300) .....	156
ตาราง 11 แสดงระดับแรงสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง (n=300).....	160
ตาราง 12 แสดงการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง (n=300) .....	160
ตาราง 13 แสดงระดับการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง (n=300).....	164
ตาราง 14 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ใช้วิเคราะห์ (n=300) .....	165
ตาราง 15 แสดงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนด้วยการวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุคูณ (n=300) .....	166
ตาราง 16 แสดงสรุปความคิดเห็น กิจกรรม และภาคเครือข่ายผู้รับผิดชอบรูปแบบฯ จำแนกตัวแปรตามผลการวิจัยระยะที่ 2 .....	169
ตาราง 17 แสดงสรุปองค์ประกอบ จุดเน้นย้ำ และกิจกรรมของรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต: NEWTAI model.....	173
ตาราง 18 แสดงสรุปแนวทางการดำเนินการของรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต ภายใต้ NEWTAI model .....	175
ตาราง 19 แสดงจำนวนและร้อยละความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต ในเขตภาคเหนือตอนล่าง (n = 10) .....	178
ตาราง 20 แสดงการมีส่วนร่วมของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังทดลอง (n=30) .....	185

ตาราง 21 แสดงการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังทดลอง (n=30) .....	186
ตาราง 22 แสดงการเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง (n=30) .....	187
ตาราง 23 แสดงการเปรียบเทียบการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง (n=30) .....	188
ตาราง 24 แสดงการเปรียบเทียบส่วนต่างของการเปลี่ยนแปลงการมีส่วนร่วมของ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง (n=30).....	189
ตาราง 25 แสดงการเปรียบเทียบส่วนต่างของการเปลี่ยนแปลงการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง (n=30) .....	190





## สารบัญภาพ

### หน้า

ภาพ 1 Arnstein's ladder of citizen participation.....	48
ภาพ 2 A ladder of community participation: degree of participation, participant's action and illustrative modes for achieving it.....	50
ภาพ 3 The wheel of participation.....	51
ภาพ 4 Spider-gram for measuring community participation .....	54
ภาพ 5 Pedro Martín – Changing Views on Participation Model .....	55
ภาพ 6 Bernoff and Li – Ladder of Online Participation Model.....	56
ภาพ 7 Participation in Social Media of Those Who Participate, What Do They Do?.....	57
ภาพ 8 Three-lens approach to participation Model.....	58
ภาพ 9 BJ Fogg.aiming to sharpen the discourse on change, developed a grid to describe to describe 15 ways behavior can change .....	59
ภาพ 10 Harry Shier – The Participation Tree Model .....	60
ภาพ 11 Wong et al. – Typology of Youth Participation Model .....	61
ภาพ 12 Tim Davies – Six principles of online participation Model .....	62
ภาพ 13 Yinyang Model of Youth Participation Model .....	63
ภาพ 14 Health Canada public involvement continuum .....	65
ภาพ 15 Current model of community participation at DCH.....	66
ภาพ 16 The integrated YARN model with the addition of trust.....	67
ภาพ 17 Western Cape Prowincial Health Plan Structures for Community Participation in Western Cape Province.....	68
ภาพ 18 องค์การในฐานะระบบเปิด .....	86
ภาพ 19 องค์ประกอบของวิถีระบบ .....	87
ภาพ 20 การวิเคราะห์ระบบ .....	88
ภาพ 21 กรอบแนวคิดการวิจัย .....	104
ภาพ 22 ความสัมพันธ์ในการดำเนินการวิจัยในแต่ละระยะ .....	106
ภาพ 23 การมีส่วนร่วมของชุมชน .....	130

ภาพ 24 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของชุมชน..... 136

ภาพ 25 ข้อเสนอแนะรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน ..... 140

ภาพ 26 กรอบแนวคิดการวิจัยระยะที่ 2..... 146

ภาพ 27 รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการ  
ปลูกถ่ายไตในเขตภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย (NEWTAI model)..... 179

ภาพ 28 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัยในระยะที่ 4..... 184



## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ไตวายเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) เป็นโรคที่เกิดขึ้นเมื่อมีการทำงานของไตลดลงอย่างช้าๆ โดยทั่วไปใช้เวลาหลายเดือนหรือเป็นปีและเป็นการสูญเสียหน้าที่แบบถาวร (บัญชา สติระพจน์ และคณะ, 2557, น.451) สาเหตุสำคัญคือเบาหวานและความดันโลหิตสูง (สุรศักดิ์ กันตชูเวสศิริ, 2559, น.10) ผลข้างเคียงจากการใช้ยาและสารเคมีต่างๆ และความผิดปกติแต่กำเนิดของไต (สมศรี เผ่าสวัสดิ์, 2556, น. 6-7) ซึ่งเกี่ยวข้องกับปัจจัยกำหนดสุขภาพและวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไปทำให้มีแนวโน้มการเกิดสูงขึ้น และเป็นปัญหาสุขภาพของประชากรทั่วโลก จากข้อมูลพบว่าโรคไตวายเรื้อรังเป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อที่เป็นสาเหตุการตายมากกว่าโรคติดต่อ ปัจจุบันพบอุบัติการณ์การเกิดโรคไตวายเรื้อรังสูงถึงร้อยละ 10 ของประชากรโลกและมีผู้ป่วยเสียชีวิตมากกว่า 1 ล้านคนต่อปี ซึ่งเป็นสาเหตุการตาย 20 ลำดับแรกของสาเหตุการตายทั่วโลกอีกด้วย (National Kidney Foundation, 2015) ส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายในการรักษา โดยในประเทศสหรัฐอเมริกาผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง 30 ล้านคน หรือ ร้อยละ 15 ของประชากรผู้ใหญ่ (National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 2017) ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา จำนวน 48 พันล้านดอลลาร์ต่อปี หรือคิดเป็นร้อยละ 6.7 ของงบประมาณด้านสุขภาพทั้งหมด (National Kidney Foundation, 2015)

ส่วนในประเทศอังกฤษ พบว่า ค่าใช้จ่ายในผู้ป่วยกลุ่มนี้ สูงกว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มะเร็งปอด มะเร็งลำไส้และมะเร็งผิวหนังรวมกัน (National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 2017) ดังนั้น โรคไตวายเรื้อรังจึงเป็นภาวะวิกฤติทางสุขภาพทั่วโลก สำหรับประเทศในแถบเอเชียพบว่าจีนและอินเดียมีผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ ทำให้ประเทศจีนสูญเสียค่าใช้จ่ายสูงถึง 558 พันล้านดอลลาร์ ในรอบ 10 ปี (National Kidney Foundation, 2015) เมื่อผู้ป่วยเป็นไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย จำเป็นต้องได้รับการรักษาบำบัดทดแทนไต (บัญชา สติระพจน์ และคณะ, 2557, น. 468) จากข้อมูลพบว่า ทั่วโลกมีผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาบำบัดทดแทนไตเพิ่มสูงขึ้น โดยในปี ค.ศ. 2017 มีผู้ป่วย จำนวน 3.2 ล้านคน และเพิ่มเป็น 3.4 ล้านคนในปี ค.ศ. 2018 ซึ่งคาดว่าจะเพิ่มสูงถึง 4.9 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2025 โดยมีอัตราการเพิ่มเฉลี่ย ร้อยละ 6 ต่อปี โดยเฉพาะประเทศที่อยู่ในแถบเอเชียแปซิฟิกที่มีอัตราการเพิ่มสูงที่สุด ถึงร้อยละ 8 ต่อปี

(Fresenius Medical Care, 2018) สำหรับประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศในแถบเอเชียแปซิฟิกที่มีจำนวนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายเพิ่มสูงขึ้นเช่นกัน (กระทรวงสาธารณสุข, 2561)

จากข้อมูลการรายงานสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยพบว่าในปี พ.ศ. 2561 มีผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาบำบัดทดแทนไตมีความชุก 1,942 คนต่อล้านประชากรและอุบัติการณ์ 227.2 คนต่อล้านประชากร และเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2562 มีความชุกเพิ่มเป็น 2,274 คนต่อล้านประชากรและอุบัติการณ์ 338.4 คนต่อล้านประชากรซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นตลอด 15 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 เป็นต้นมาจนถึงปี พ.ศ. 2562 มีผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมากกว่า 2 แสนคน (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2562) ส่งผลกระทบทางเศรษฐกิจทำให้ค่าใช้จ่ายสูงขึ้นคิดเป็นมากกว่า ร้อยละ 10 ของงบประมาณสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) (Tantivess, Werayingyong, Chuengsaman, & Teerawattananon, 2013) โดยในภาคเหนือพบผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาโดยล้างไตทางหน้าท้อง มีความชุก 610.3 ต่อล้านประชากร ซึ่งสูงสุดเป็นอันดับ 1 ของประเทศและผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดมีความชุก 1,116.7 ต่อล้านประชากร ซึ่งสูงเป็นอันดับ 2 ของประเทศ สูญเสียค่าใช้จ่ายในการฟอกเลือดระหว่าง 5,001 – 20,000 บาทต่อเดือน (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2558) ดังนั้นไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายจึงเป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญและส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัวทำให้เกิดการสูญเสียอย่างมหาศาล (Piccoli et al., 2018) ซึ่งการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้มี 3 วิธี ได้แก่ การฟอกเลือด (Hemodialysis: H/D) การล้างไตทางหน้าท้อง (Peritoneal Dialysis: PD) และการปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation: KT) วิธีการรักษาที่ได้รับการยอมรับทั่วโลกว่าเป็นประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยและทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นคือการปลูกถ่ายไต (Garcia, Harden, & Chapman, 2012)

การปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation: KT) เป็นการรักษาไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายโดยนำไตของผู้บริจาค (Donor) ปลูกถ่ายในผู้รับไตที่เป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (Recipient) (สมศรี เผ่าสวัสดิ์, 2556, น. 8) เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีชีวิตใหม่ที่ดีขึ้นหลังจากที่ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายไปกับการฟอกเลือดซึ่งกองทุนสุขภาพต่างๆ ได้เล็งเห็นทิศทางการความก้าวหน้าในการลดค่าใช้จ่ายดังกล่าวและเพิ่มประสิทธิภาพของการปลูกถ่ายไตให้มากขึ้น (Chapman, 2017) ในปัจจุบัน พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไตมากถึง 80,000 คนทั่วโลก (International Society of Nephrology, 2016) และมีการปลูกถ่ายไตมากกว่า 80 ประเทศส่วนใหญ่เป็นประเทศสหรัฐอเมริกา จีน บราซิล และอินเดีย (Garcia et al., 2012) โดยในสหรัฐอเมริกามีผู้ป่วยปลูกถ่ายไต จำนวน 662,000 คน (National Center for Chronic Disease

Prevention and Health Promotion, 2017) แต่ในบางประเทศ เช่น ประเทศญี่ปุ่น สิงคโปร์ พบจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไตเพียงร้อยละ 5 จากผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายทั้งหมด เนื่องจากปัญหาการขาดแคลนไตและปัจจัยอื่นร่วมด้วย (Chapman, 2017) สำหรับประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยปลูกถ่ายไต จำนวน 8,841 ราย โดยในปี 2561 พบว่า มีผู้ที่ได้รับการปลูกถ่ายไตจำนวน 473 ราย จากผู้รอไตทั้งหมด 6,082 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 7.8 ของผู้รอรับทั้งหมด ระยะเวลารอไตนับตั้งแต่วันที่เริ่มฟอกเลือด นานที่สุดคือ 20 ปี 8 เดือน 19 วัน ระยะเวลาเฉลี่ย คือ 5 ปี 1 เดือน 26 วัน และในระหว่างที่รอไตมีผู้ป่วยเสียชีวิต จำนวน 138 คน ซึ่งมากกว่าจำนวนผู้เสียชีวิตของผู้รอรับอวัยวะทุกอวัยวะรวมกัน ไตจึงเป็นอวัยวะที่มีผู้รอรับมากที่สุด ใช้เวลารอคอยนานที่สุด และมีผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างรอมากที่สุดอีกด้วย (ศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย, 2561) ดังนั้น การปลูกถ่ายไตจึงนับว่าเป็นการรักษาที่มีความสำคัญอย่างยิ่งเปรียบเสมือนชีวิตใหม่ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (Ndemera, & Bhengu, 2017) การผ่าตัดปลูกถ่ายไตถือเป็นจุดเริ่มต้นเท่านั้น ผลลัพธ์การปลูกถ่ายไตขึ้นอยู่กับ การดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและกลับไปใช้ชีวิตในชุมชนเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นในระยะยาว (Kosaka et al., 2013)

การดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตเมื่อกลับไปในชุมชนนั้น เน้นการดูแลแบบองค์รวม (Holistic Care) มองผู้ป่วยทุกมิติทุกด้านที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ (Health) ทั้งในด้านกาย จิต สังคม และปัญญา โดยในด้านกาย (Physical Health) นั้นผู้ป่วยจะต้องควบคุมอาหารคาร์โบไฮเดรต ลดอาหารไขมัน ดื่มน้ำ 3 ลิตรต่อวัน มีการเคลื่อนไหวทางกายภาพ และออกกำลังกายสม่ำเสมอ ควบคุมน้ำหนัก กินยากดภูมิคุ้มกันอย่างสม่ำเสมอและถูกต้อง ลดการสัมผัสเชื้อโรค ด้านจิตใจ (Mental Health) ต้องดูแลไม่ให้เครียด ลดความวิตกกังวล พูดคุยกับครอบครัวหรือเพื่อนเมื่อมีปัญหาหรือต้องการคำปรึกษา ด้านสังคม (Social Health) ผู้ป่วยต้องกลับไปใช้ชีวิตกับครอบครัวและเข้าสู่สังคมตามปกติ เช่น ทำงานและเรียน ป้องกันการติดเชื้อในชุมชน มีสัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงาน ส่วนในด้านปัญญา (Spiritual Health) ผู้ป่วยต้องประเมินและเฝ้าระวังตนเอง หรือมีการประเมินจากผู้ใกล้ชิด สามารถแยกแยะได้เมื่อเกิดปัญหาทางสุขภาพและจัดการได้อย่างสมดุล (National Kidney Foundation, 2015) ซึ่งการดูแลดังกล่าวเป็นการดูแลระดับปฐมภูมิที่เน้นการดูแลแบบมีส่วนร่วมกับชุมชนและภาคส่วนต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แกนนำชุมชน เครือข่ายต่างๆ เป็นบริการสุขภาพในชุมชน (Community based) เชื่อมต่อจากการบริการในโรงพยาบาล (Hospital based) (กระทรวง



สาธารณสุข, 2559ข) การดูแลแบบมีส่วนร่วมของชุมชนนั้นจะทำให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีตามมา (Bath, & Wakerman, 2015)

การมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation) เป็นพื้นฐานหลักของการดูแลระดับปฐมภูมิ (Bath, & Wakerman, 2015) และเป็นปัจจัยหลักที่สำคัญที่มีความครอบคลุมปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคม (Social Health Determinant) (Rifkin, 2014) ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์สุขภาพที่ดี ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และ ปัญญา พฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น และทำให้ความพึงพอใจเพิ่มขึ้นด้วย (Bath, & Wakerman, 2015; Rifkin, 2014; Smith, Wallace, O'Dowd, & Fortin, 2016) ซึ่งการมีส่วนร่วมของชุมชนถือเป็นจุดศูนย์กลางของทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพที่ได้รับ การยอมรับอย่างกว้างขวางในการนำโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพสู่การปฏิบัติในชุมชน (Cragg, Davies, & Mcdowall, 2013) นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมของชุมชนยังเป็นการออกแบบระบบสุขภาพที่สำคัญระดับนโยบายในหลายประเทศทั่วโลก เช่น สหรัฐอเมริกา แคนาดา เอเชีย ยุโรป และออสเตรเลีย ซึ่งในสหรัฐอเมริกาได้มีการปรับเปลี่ยนการดูแลสุขภาพและการดูแลระดับปฐมภูมิ โดยจัดตั้ง Community Health Center (CHC) ขึ้นมากกว่า 8,000 แห่งทั่วประเทศ ให้ความสำคัญกับการดูแลในชุมชนตั้งแต่เริ่มแรก ดูแลสุขภาพพื้น พฤติกรรมสุขภาพต่างๆ และ ประสานความร่วมมือกับหน่วยต่างๆ โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและสามารถทำให้ลดค่าใช้จ่ายได้ถึง 100 พัน ล้านดอลลาร์ใน 10 ปีแรก และ 1 ล้านล้านดอลลาร์ใน 10 ปีต่อมา (Adashi, Geiger, & Fine, 2010)

ในประเทศบราซิลมีกลยุทธ์ทางสุขภาพโดยให้ชุมชนและครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมเป็นนวัตกรรมที่สำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพที่เติบโตอย่างรวดเร็วโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community Based) โดยค้นหาปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ อากาศและอาการแสดงของโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และเป็นสะพานเชื่อมระหว่างการดูแลระดับปฐมภูมิกับองค์กรสาธารณสุข (Macinko, & Harris, 2015) ในประเทศญี่ปุ่นการมีส่วนร่วมทางสังคมซึ่งอาจจะเป็นครอบครัว เพื่อน หรือชุมชน มีความสัมพันธ์กับการมีกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุ (Tomioka, Kurumatani, & Hosoi, 2017) การศึกษาในออสเตรเลียพบว่าการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล ก็มีความสำคัญในการดูแลสุขภาพเช่นกัน เนื่องจากคำแนะนำในโรงพยาบาลอาจจะไม่ได้เฉพาะเจาะจงสำหรับดูแลที่บ้านและส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Fawley-King, Haine-Schlagel, Trask, Zhang, & Garland, 2013) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียขององค์กรสุขภาพในภาคส่วนต่างๆจึงควรมีการรับผิดชอบในเรื่องการดูแลสุขภาพในชุมชนให้มากขึ้น (Preston, Waugh,

Larkins, & Taylor, 2010) ดังนั้น การมีส่วนร่วมของชุมชนจึงมีความสำคัญทั้งในระดับโลกและระดับภูมิภาคในการกำหนดนโยบายสุขภาพของประเทศ (Marston et al., 2016)

สำหรับนโยบายสุขภาพของประเทศไทยนั้นกระทรวงสาธารณสุขได้เล็งเห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วมของชุมชนจึงได้กำหนดนโยบายปฏิรูประบบบริการสุขภาพด้านปฐมภูมิเชื่อมนโยบายตั้งแต่ระดับตติยภูมิ ทุติยภูมิและปฐมภูมิ โดยจัดทำโครงการคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) ที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนเช่นกันและเชื่อมต่อบริการกับ service plan สาขาต่างๆ รวมทั้งสาขาไตด้วย (กระทรวงสาธารณสุข, 2559) นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาการนำการมีส่วนร่วมของชุมชนมาใช้ในการดูแลสุขภาพของประชาชน เช่น การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (วสันต์ วิเชียร, 2556; วิไล ตาปะสี, ประไพวรรณ ด่านประดิษฐ์, และสินวล รัตนวิจิตร, 2561) และการมีส่วนร่วมของชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (นิธิพงศ์ ศรีเบญจมาศ, กิ่งแก้ว สාරวยริน, และสีบตระกูล ตันตลานุกุล, 2560; ปุญญณิน เชื้อนเพ็ชร, และลำเนา วงศ์ใจ, 2559; รุจิราภรณ์ วรรณธนาทัศน์, 2560) สำหรับเครือข่ายที่เข้ามามีส่วนร่วมนั้นประกอบด้วย 1) เครือข่ายภาคประชาชน ที่มีบทบาทสำคัญในการบริหารจัดการและดำเนินงาน ซึ่งอาจเป็นกลุ่มบุคคล องค์กร หรือกลุ่มเครือข่ายที่มีในชุมชน ได้แก่ คณะกรรมการหมู่บ้าน กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มสตรี ชมรมอสม. ชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น รวมทั้งกลุ่มแกนนำทางสังคม เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข พระ เป็นต้น 2) เครือข่ายภาครัฐ ที่มีบทบาทในการสนับสนุนการดำเนินงานทั้งด้านวิชาการและทรัพยากร ได้แก่ เจ้าหน้าที่จากสถานบริการสุขภาพ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงเรียน เกษตร พัฒนาชุมชน อบต. เทศบาล เป็นต้น (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของชุมชนพบว่าเพศชายจะเข้ามามีส่วนร่วมมากกว่าเพศหญิง กลุ่มที่เข้ามามีส่วนร่วมมากที่สุด คือ วัยผู้ใหญ่ เนื่องจากมีความสนใจและมีเวลาว่างพอ ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส เนื่องจากประชาชนที่มีครอบครัวแล้วจะสนใจต่อสภาพสิ่งแวดล้อมของชุมชนเพราะส่งผลต่อความเป็นอยู่ของสมาชิกในครอบครัว (ชาญชัย ชัยรุ่งเรือง, 2559) การอบรมเสริมความรู้ทำให้การมีส่วนร่วมเพิ่มมากขึ้น (กิตติ วงศ์ปทุมทิพย์, 2560) ผู้ที่มีรายได้มากมีส่วนร่วมมากกว่าผู้มีรายได้น้อย อาชีพเกษตรกรมีส่วนร่วม มากกว่าอาชีพอื่นๆ เนื่องจากเมื่อแล้วเสร็จภารกิจก็มีเวลาว่างเพียงพอ (สมจินตนา คุ่มภัย, 2559) บทบาททางสังคมก็เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม เนื่องจากประชาชนที่มีบทบาททางสังคมสูงจะมีความเป็นผู้นำสูงด้วย เช่น ผู้นำชุมชน (ชาญชัย ชัยรุ่งเรือง, 2559) นอกจากนี้ ยังมีปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพของชุมชน ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านกลไกของรัฐ การสนับสนุนทั้ง

จากกลไกรัฐและภาคีเครือข่ายพันธมิตรทั้งวิชาการและทรัพยากรงบประมาณ อุปกรณ์ 2) ปัจจัยด้านประชาชน ที่ได้รับผลกระทบโดยตรงจะต้องเสริมสร้างแรงจูงใจและกระตุ้นให้เกิดการรับรู้สภาพปัญหาที่เกิดขึ้น 3) ปัจจัยด้านแกนนำเครือข่าย ที่ต้องมีความตั้งใจและมุ่งมั่นในการทำกิจกรรมได้รับการยอมรับนับถือจากคนในชุมชน (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2556) ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะช่วยให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพในชุมชนจึงควรมีการสร้างทัศนคติและความกระตือรือร้นของประชาชนในพื้นที่ให้เห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วมในงานด้านสาธารณสุขมากยิ่งขึ้น (สุภชญา สุนันตี๊ะ, 2560) จะเห็นได้ว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนนั้นจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนทำให้จำเป็นต้องสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายทางสังคมและสนับสนุนให้มีแรงสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพออีกด้วย (Kenny, Farmer, Dickson-Swift, & Hyett, 2014)

แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) เป็นปัจจัยสำคัญต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต เนื่องจากสามารถกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวก เช่น ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลเรื่องการรับประทานอาหารที่ถูกต้อง การออกกำลังกาย ช่วยในการเผชิญความเครียด มีคนคอยดูแลและให้ความช่วยเหลือทำให้ความสามารถในการแก้ปัญหาเพิ่มขึ้น ลดผลกระทบด้านจิตใจได้ มีการช่วยเหลือด้านแรงกายการเอาใจใส่ (Gans, 2018) จากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมีการกินยากดภูมิคุ้มกันสม่ำเสมอและผลลัพธ์หลังปลูกถ่ายไตดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีปัจจัยสนับสนุนทางสังคม (Ladin, Emersos, Butt, Gordon, & Lavelle, 2017; Lim, 2015; Prihodova et al., 2014) มีความเครียดและความวิตกกังวลน้อยกว่า (Pisanti et al., 2014) ทำให้คุณภาพชีวิตหลังปลูกถ่ายไตดีขึ้นด้วย (Ibrahim, Teo, Che Din, Abdul Gafor, & Ismail, 2015; Lin, Shang, Teng, Liu, & Han, 2015; Zhao, Dong, Qiu, & Li, 2018) ดังนั้น ปัจจัยสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่แพทย์ใช้ในการตัดสินใจปลูกถ่ายไตกับผู้ป่วยในการแน่ใจว่าการปลูกถ่ายไตจะไม่เสียเปล่า โดยเฉพาะครอบครัวและเพื่อนที่จะมีส่วนร่วมช่วยให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา (Ladin et al., 2017) ผู้ป่วยที่แยกตัวจากสังคมหรืออยู่คนเดียวจึงมีความสม่ำเสมอในการกินยากดภูมิคุ้มกันลดลง (Coelho Gonçalves, Ferreira Reveles, Fernandes Martins, Rodrigues, & Miranda Rodrigues, 2016; Zhao et al., 2018) สำหรับการศึกษานี้ในประเทศไทยนั้น พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตโดยเฉพาะด้านอารมณ์ที่อยู่ในระดับมากที่สุด (กัญญา มะลิแก้ว, 2546) และการสนับสนุนทางสังคมที่เป็นเครือข่ายหลายระดับกลุ่มช่วยเหลือทางสังคมช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลและปฏิบัติตัวที่ดี (อุบลรัตน์ ต้อยมาเมือง,



2552) หากผู้ป่วยได้รับแรงสนับสนุนที่เพียงพอจะช่วยทำให้เกิดการดูแลแบบมีส่วนร่วมและผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีตามมา (Ndemera, & Bhengu, 2017)

ระบบบริการสาธารณสุขในเขตภาคเหนือตอนล่างให้บริการสุขภาพประชาชนครอบคลุม 8 จังหวัด ได้แก่ พิษณุโลก อุตรดิตถ์ สุโขทัย ตาก เพชรบูรณ์ กำแพงเพชร พิจิตร นครสวรรค์ ประกอบด้วยเขตบริการสุขภาพที่ 2 และ 3 จากข้อมูลพบว่าจำนวนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เพิ่มขึ้นและทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายจำนวนมาก กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดนโยบายการพัฒนาาระบบบริการไตวายและปลูกถ่ายไตตามยุทธศาสตร์ที่ 1 การสร้างศักยภาพขององค์กรและบุคลากรให้สามารถดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ดุขฎิ ทองศิริ, 2555) รวมทั้งแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข แผนที่ 6 แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โครงการที่ 26 สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ (กระทรวงสาธารณสุข, 2561) ซึ่งระบบบริการสาธารณสุขในเขตภาคเหนือตอนล่างได้ตอบสนองนโยบายดังกล่าวได้เริ่มให้บริการปลูกถ่ายไตในปี 2538 โดยโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ปัจจุบันมีผู้ป่วยปลูกถ่ายไต ทั้งหมด 109 ราย โดยปลูกถ่ายไตจากผู้บริจาคที่มีชีวิตทั้งหมด (ศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย, 2561)

กระบวนการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตเน้นการรักษาในสถานพยาบาลตั้งแต่รับไว้ในโรงพยาบาลจนถึงจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยทีมสหวิชาชีพ กระบวนการดูแลปฏิบัติตามแนวปฏิบัติที่กำหนดไว้เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยประสานงานการดูแลผู้ป่วยโดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณีเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายโดยการสอนและให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว เมื่อกลับไปในชุมชนมีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยเพื่อให้งานปฐมภูมิติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชนหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลผู้ป่วยจะต้องตรวจติดตามที่หน่วยไตเทียมเป็นระยะเพื่อประเมินผลลัพธ์การดูแลในระยะยาวผลการดำเนินงาน พบว่า มีผู้เสียชีวิต ร้อยละ 11.4 จากภาวะแทรกซ้อน โรคหลอดเลือดสมองและการติดเชื้อ ร้อยละ 37.5 เกิดไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 25.71 เบาหวาน ร้อยละ 24.28 กินยากดภูมิคุ้มกันไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 10 ไม่มาตรวจตามนัดจนขาดการติดต่อ ร้อยละ 17.1 และเกิดภาวะสไลด์ไตจนเกิดไตวายเรื้อรังอีกจนต้องกลับมาฟอกเลือด ร้อยละ 25 (โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก, 2561) อัตรารอดของไต (Graft survival) ระยะยาวที่ 5 และ 10 ปี น้อยกว่าข้อมูลของประเทศ (สมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย, 2560) และเมื่อเปรียบเทียบปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นพบว่าใกล้เคียงกันข้อมูลภาคกลางของโรงพยาบาลรามธิบดี (ปัญชชนิต จินดาธนสาร, กุสุมา คุววัฒนสัมฤทธิ์, และวรรณภา ประไพพานิช, 2556) แต่ผู้ป่วยของภาคกลางส่วนใหญ่รับไตจากผู้บริจาคสมองตาย ร้อยละ 63.5 ขณะที่ของภาคเหนือตอนล่างรับไตจากผู้บริจาคมีชีวิตทั้งหมด (ศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย, 2561) ซึ่ง

ผลลัพธ์จากการปลูกถ่ายไตจากผู้บริจาคมีชีวิตจะดีกว่าไตจากผู้บริจาคที่มีภาวะสมองตาย (โสภณ จิรสิริธรรม, เกียรติศักดิ์ จิระแพทย์, วสันต์ สุเมธกุล, และเสาวลักษณ์ ชูศิลป์, 2547, น. 143) แสดงว่าการเกิดปัญหาสุขภาพของภาคเหนือตอนล่างสูงกว่าภาคกลางทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตในเขตภาคเหนือตอนล่างขณะรับการรักษาตัวในโรงพยาบาลโดยทีมผู้ให้บริการเป็นไปตามมาตรฐานตัวชี้วัดที่กำหนดไว้แต่ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปในชุมชนพบว่าอัตราการเสียชีวิตและการเกิดปัญหาสุขภาพสูงกว่าค่ากลางของประเทศและอัตราการรอดของไตในระยะยาวยังน้อยกว่าอีกด้วย เมื่อทบทวนและวิเคราะห์ช่องว่างการปฏิบัติ (GAP analysis) พบดังนี้ 1) ระบบบริการผู้ป่วยปลูกถ่ายไตที่เป็นอยู่เน้นบทบาทวิชาชีพมากกว่าการดูแลผู้ป่วยในระดับปฐมภูมิชนิดการมีส่วนร่วมส่วนใหญ่เป็นชนิดการรักษา(Therapy) และการแจ้งข้อมูล (Information) ทำให้การมีส่วนร่วมน้อยซึ่งระบบบริการสาธารณสุขที่ควรจะเป็นนั้นควรเน้นบทบาทการดูแลในระดับปฐมภูมิมากกว่าระดับตติยภูมิ (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2552) 2) การจัดรูปแบบบริการในกระบวนการ (process) เน้นการบริการในสถานพยาบาล ส่วนการดูแลแบบมีส่วนร่วมในชุมชน การบริการต่อเนื่อง การบริการเชิงรุกในชุมชนยังอยู่ในระดับปานกลาง (ศศิธร ศรีโพธิ์ทอง, วิโรจน์ วรรณภีระ, และสิริพรรณ นีระกาญจน์, 2561) จึงอาจจะส่งผลต่อผลผลิต (output) คือตัวชี้วัดไม่เป็นไปตามเกณฑ์และเกิดผลลัพธ์ (outcome) คือ ปัญหาสุขภาพที่ไม่ดีตามมา (กระทรวงสาธารณสุข, 2559ก) 3) การเชื่อมต่อการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล (Hospital Based) สู่การดูแลในชุมชน (Community Based) อาจจะยังไม่ต่อเนื่องจึงส่งผลต่อการเปลี่ยนสถานะจากโรงพยาบาลสู่บ้านของผู้ป่วย (Transitions from hospital to home) (กระทรวงสาธารณสุข, 2559ข) และการเชื่อมต่อการบริการปฐมภูมิคลินิกห่อหุ้มครบถ้วนกับ service plan สาขาไตนั้นเป็นกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในระยะต่างๆ แต่ยังไม่ครอบคลุมผู้ป่วยปลูกถ่ายไต (กระทรวงสาธารณสุข, 2559ก) 4) การค้นหาและเชื่อมโยงแหล่งสนับสนุนทางสังคมในชุมชนเพื่อสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยร่วมกันอาจจะยังไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันในชุมชน 5) ยังไม่มีรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลทำให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตน้อย

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าวจึงจัดทำวิจัยนี้ขึ้นเพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนและนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตในอนาคตให้ได้รับการดูแลแบบมีส่วนร่วมจากชุมชนมีการเชื่อมต่อบริการตั้งแต่ระดับตติยภูมิจนถึงปฐมภูมิและชุมชนเกิดการผสานภาคีเครือข่าย

เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันได้อย่างสอดคล้องกับวิถีชุมชนซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะยาวต่อไป

### คำถามการวิจัย

1. สถานการณ์การมีส่วนร่วมของชุมชนและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตในเขตภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย เป็นอย่างไร
2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตในเขตภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย มีอะไรบ้าง
3. รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตในเขตภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย ควรเป็นอย่างไร
4. ประสิทธิภาพรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตในเขตภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย เป็นอย่างไร

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การมีส่วนร่วมของชุมชนและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตในเขตภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตในเขตภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย
3. เพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตในเขตภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย
4. เพื่อประเมินประสิทธิภาพรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตในเขตภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย

### นิยามศัพท์เฉพาะ

ไตวายเรื้อรัง หมายถึง ภาวะที่การทำงานของไตลดลงอย่างช้าๆ โดยทั่วไปใช้เวลาหลายเดือนหรือเป็นปีและเป็นการสูญเสียหน้าที่แบบถาวรจนถึงระยะสุดท้ายจัดเป็นไตวายเรื้อรังขั้นที่ 5

การปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation: KT) หมายถึง การบำบัดทดแทนไตผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายโดยนำไตของผู้บริจาคไต (Donor) 1 ข้างมาปลูกถ่ายในผู้รับไตที่เป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (Recipient)

ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต หมายถึง ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายและได้รับการรักษาด้วยการปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation: KT) จากโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลกโดยนำไตของผู้บริจาคที่มีชีวิตปลูกถ่ายในผู้รับไตที่เป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

ความรู้ หมายถึง ความรู้ความเข้าใจต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต

ทัศนคติ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของชุมชนทั้งในด้านบวกและด้านลบ ชอบหรือไม่ชอบพอใจหรือไม่พอใจ ซึ่งเป็นความรู้สึกนึกคิดภายในต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต

การดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไต หมายถึง การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยปลูกถ่ายไตของชุมชนครอบคลุมทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ การรับประทานยากดภูมิคุ้มกัน ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้านอารมณ์ ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และด้านการมาตรวจตามนัด

แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ผู้ป่วยปลูกถ่ายไตได้รับการดูแลเอาใจใส่ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ เงิน สิ่งของ แรงกาย และอารมณ์ จากเครือข่ายครอบครัว ผู้ดูแล ผู้นำชุมชน คนในชุมชน อสม อบต และเจ้าหน้าที่รัฐ ฯลฯ เมื่อต้องเผชิญภาวะวิกฤติหรือต้องการความช่วยเหลือหรือต้องการการดูแลกันหลังจากผ่าตัดปลูกถ่ายไตและกลับไปใช้ชีวิตในชุมชน

การมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง กระบวนการของการทำงานที่ประสานความร่วมมือของผู้เกี่ยวข้องทั้งครอบครัว ผู้ดูแล ผู้นำชุมชน คนในชุมชน อสม อบต และเจ้าหน้าที่รัฐ ฯลฯ ในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต ประกอบด้วยการมีส่วนร่วม 4 ด้าน ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจ ส่วนร่วมในการปฏิบัติการ ส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และส่วนร่วมในการประเมินผล

รูปแบบการดูแลแบบมีส่วนร่วมในชุมชน หมายถึง โมเดลหรือรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การส่งเสริมให้มีแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ (Nourishing social support) การดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตอย่างรู้แจ้ง (Enlightened about kidney transplantation care) การสนับสนุนด้านการเงิน (Warming remuneration for participation) การจัดตั้งทีมการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตในชุมชน (Team community kidney transplantation care) การจัดกิจกรรมสม่ำเสมอและการสร้างความเชื่อมั่นในระบบบริการปฐมภูมิ (Activities and trustful

adjustment in primary service system) ผสานการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและเชื่อมต่อข้อมูล (Integrate community participation and information linkage)

ประสิทธิผลรูปแบบ หมายถึง ผลของการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตทำให้บรรล्वวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้คือชุมชนมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นและผู้ป่วยได้รับการดูแลจากชุมชนเพิ่มขึ้นด้วย

จากความเป็นมาของปัญหาจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นและเป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทยส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวเกิดการสูญเสียค่าใช้จ่ายจากงบประมาณด้านสุขภาพเป็นจำนวนมากซึ่งการปลูกถ่ายไตถือเป็นวิธีการรักษาที่ดีที่สุดทำให้ผู้ป่วยกลับมามีคุณภาพชีวิตที่ดีได้แต่จากผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลกลับไปในชุมชนพบว่าเกิดการเกิดปัญหาสุขภาพย้งสูงซึ่งเกิดจากการดูแลผู้ป่วยที่ผ่านมาเป็นเน้นการดูแลในสถานพยาบาล การเชื่อมต่อบริการระดับปฐมภูมิในชุมชนไม่เพียงพอทำให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตน้อยหรือไม่มีส่วนร่วมเลย ผู้วิจัยเล็งเห็นปัญหาดังกล่าวจึงได้จัดทำวิจัยนี้ขึ้นโดยได้มีการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตในเขตภาคเหนือตอนล่างดังมีรายละเอียดในบทต่อไป



## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษารูปแบบการดูแลแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต ในเขตภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย ดังนี้

1. ไตวายเรื้อรัง
  - 1.1 สถานการณ์การเกิดไตวายเรื้อรัง
  - 1.2 ความหมายของไตวายเรื้อรัง
  - 1.3 สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของโรคไตวายเรื้อรัง
  - 1.4 อาการและอาการแสดง
  - 1.5 การแบ่งระยะของไตวายเรื้อรัง
  - 1.6 ภาวะแทรกซ้อนของไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย
  - 1.7 การบำบัดทดแทนไต
2. การปลูกถ่ายไต
  - 2.1 สถานการณ์การปลูกถ่ายไต
  - 2.2 ความหมายของการปลูกถ่ายไต
  - 2.3 ประเภทของการปลูกถ่ายไต
  - 2.4 การเตรียมตัวสำหรับการปลูกถ่ายไต
  - 2.5 ภาวะแทรกซ้อนของการปลูกถ่ายไต
  - 2.6 การติดเชื้อและการใช้ยากดภูมิคุ้มกัน
  - 2.7 การดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต
  - 2.8 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต
3. การมีส่วนร่วมของชุมชน
  - 3.1 ความหมายของการมีส่วนร่วมของชุมชน
  - 3.2 ความสำคัญของการมีส่วนร่วมของชุมชน
  - 3.3 ชนิดของการมีส่วนร่วมของชุมชน

- 3.4 ระดับของการมีส่วนร่วมของชุมชน
- 3.5 เครื่องมือที่ใช้ในการมีส่วนร่วมของชุมชน
- 3.6 รูปแบบและองค์ประกอบของการมีส่วนร่วมของชุมชน
- 3.7 การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน
- 3.8 ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของชุมชน
- 3.9 ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชน
4. แรงสนับสนุนทางสังคม
  - 4.1 ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคม
  - 4.2 ความสำคัญของแรงสนับสนุนทางสังคม
  - 4.3 ประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคม
  - 4.4 แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม
  - 4.5 องค์ประกอบของแรงสนับสนุนทางสังคม
  - 4.6 ระดับของแรงสนับสนุนทางสังคม
  - 4.7 ประโยชน์ของแรงสนับสนุนทางสังคมต่อสุขภาพ
5. แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง
  - 5.1 ทฤษฎีระบบ
  - 5.2 ทฤษฎีแรงจูงใจ
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
  - 6.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของชุมชน
  - 6.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแรงสนับสนุนทางสังคม
7. กรอบแนวคิดการวิจัย

## ไตวายเรื้อรัง

โรคไตวายเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) จัดเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของโลก เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตที่ต่ำและมีอัตราการเสียชีวิตสูงเมื่อเทียบกับโรคเรื้อรังอื่นๆ นอกจากนี้ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังมีมูลค่าสูงมากโดยเฉพาะเมื่อเข้าสู่ระยะที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต (Renal Replacement Therapy: RRT) การศึกษาเอกสารที่เกี่ยวกับไตวายเรื้อรัง ประกอบด้วย สถานการณ์ ความหมาย สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง อาการและอาการแสดง การแบ่งระยะ ภาวะแทรกซ้อน และการบำบัดทดแทนไต ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

## 1. สถานการณ์การเกิดไตวายเรื้อรัง

สถานการณ์การเกิดโรคไตวายเรื้อรังในปัจจุบันกำลังเป็นปัญหาใหญ่ระดับโลกและมีแนวโน้มป่วยเพิ่มขึ้นสาเหตุส่วนใหญ่ ร้อยละ 70 เกิดจากเบาหวานและความดันโลหิตสูงผลที่ตามมาคือมีภาวะไตเสื่อมและไตเสื่อมเร็วขึ้นหากปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง โรคไตวายเรื้อรังเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาดจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องและมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงมาก โดยเฉพาะเมื่อเข้าสู่โรคไตวายระยะสุดท้าย ปัจจุบันพบอุบัติการณ์การเกิดโรคไตวายเรื้อรังสูงถึงร้อยละ 10 ของประชากรโลกและมีผู้ป่วยเสียชีวิตมากกว่า 1 ล้านคนต่อปี และเป็นสาเหตุการตาย 20 อันดับแรกของสาเหตุการตายทั่วโลกอีกด้วย (National Kidney Foundation, 2015) ส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายในการรักษา โดยในประเทศสหรัฐอเมริกา มีผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง 30 ล้านคนหรือ ร้อยละ 15 ของประชากรผู้ใหญ่ (National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 2017) ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา 48 พันล้านดอลลาร์ต่อปี หรือคิดเป็นร้อยละ 6.7 ของงบประมาณด้านสุขภาพทั้งหมด (National Kidney Foundation, 2015)

สำหรับสถานการณ์ของประเทศไทยโรคไตเรื้อรังเป็นโรคที่พบบ่อยและเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขเช่นกันจากข้อมูลการรายงานสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยพบว่าในปี พ.ศ. 2561 มีผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาบำบัดทดแทนไตมีความชุก 1,908.4 คนต่อล้านประชากร และอุบัติการณ์ 421.29 คนต่อล้านประชากร และเพิ่มขึ้น ในปี พ.ศ. 2562 มีความชุกเพิ่มเป็น 2,106.6 คนต่อล้านประชากรและอุบัติการณ์ 517.31 คนต่อล้านประชากรซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นตลอด 15 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 เป็นต้นมาจนถึง ปีพ.ศ. 2562 มีผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมากกว่า 2 แสนคน (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2562) โดยมีผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ทั้งสิ้นประมาณ 70,000 คน และมีผู้ป่วยใหม่เพิ่มขึ้นจำนวนปีละ 16,000 คน แต่ข้อมูลดังกล่าวยังไม่รวมผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะแรกๆอีกจำนวนมากที่ยังไม่มีอาการ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้มีโอกาสเสียชีวิตสูงกว่าประชาชนทั่วไปและมีโอกาสไตเสื่อมลงจนกลายเป็นไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตในที่สุด (สุรศักดิ์ กันตชูเวสศิริ, 2559, น.4)

## 2. ความหมายของไตวายเรื้อรัง

คำจำกัดความของ CKD ในปัจจุบันใช้ของ Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO) ปี 2013 และของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ปี 2558 ซึ่งหมายถึง การที่ไตมีความผิดปกติด้านโครงสร้างหรือการทำงานอย่างใดอย่างหนึ่งมานานกว่า 3 เดือน (Kidney Disease Improving Global Outcome (KDIGO), 2013; สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2558) ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้



1. มีหลักฐานที่แสดงถึงการที่ไตถูกทำลาย (kidney damage) ได้แก่
  - 1.1 มีภาวะ albuminuria (albumin excretion rate มากกว่า 30 มก/วัน หรือ มีค่า albumin to creatinine ratio มากกว่า 30 มก/กรัม)
  - 1.2 มี urine sediment abnormalities เช่น hematuria
  - 1.3 มีความผิดปกติทางเกลือแร่ที่มีสาเหตุมาจาก tubular disorder
  - 1.4 มีความผิดปกติจากการตรวจทาง histopathology
  - 1.5 ตรวจพบความผิดปกติทางโครงสร้างจากการตรวจทางรังสีวิทยา
  - 1.6 มีประวัติได้รับการปลูกถ่ายไต (kidney transplantation)
2. อัตราการกรองของเสียจากไต (glomerular filtration rate: GFR) ต่ำกว่า 60 มล/นาที/1.73 ตรม.

### 3. สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของโรคไตวายเรื้อรัง

เนื่องจากในปัจจุบันประชากรโลกมีอายุยืนยาวขึ้น มีอัตราการเกิดใหม่ลดลงมีรูปแบบของการดำเนินชีวิต (lifestyle) ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable disease: NCD) เพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือด ทำให้เบาหวานและความดันโลหิตสูง กลายเป็นสาเหตุที่สำคัญที่สุดของโรคไตวายเรื้อรังในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา อย่างไรก็ตามในทวีปเอเชียและบางประเทศพบผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับพาหะนำโรคติดเชื้อที่มากขึ้น มลภาวะ สารกำจัดศัตรูพืชและสัตว์ การใช้ยาแก้ปวด ตลอดจนสมุนไพรท้องถิ่น หรืออาจเกี่ยวข้องกับปัญหาทุพโภชนาการและเด็กเกิดน้ำหนักน้อย อีกด้วย (สุรศักดิ์ กันตชูเวสศิริ, 2559, น. 10) เช่นเดียวกับ (บัญชา สติระพจน์ และคณะ, 2557, น. 454.-455) ที่กล่าวว่า สาเหตุที่พบบ่อยที่สุดของโรคไตเรื้อรังคือเบาหวาน รองลงมาคือความดันโลหิตสูงและโรคไตอักเสบเรื้อรัง (chronic glomerulonephritis) เช่น IgA nephropathy โรคไตอักเสบรูบัส ภาวะไตอักเสบตามหลังการติดเชื้อ เป็นต้น สาเหตุอื่นๆ ได้แก่ polycystic kidney disease ซึ่งเป็นโรคถุงน้ำในไตที่ถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ การใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) เป็นระยะเวลานานทำให้เกิด analgesic nephropathy ภาวะหลอดเลือดแดงแข็งและตีบ ทำให้มีปริมาณเลือดไปเลี้ยงไตลดลงเกิดภาวะ ischemic nephropathy ภาวะอุดตันที่ท่อไตทั้งสองข้างจากนิ่วในท่อปัสสาวะ หรือภาวะอุดตันในทางเดินปัสสาวะจากต่อมลูกหมากโต หรือมีปัญหา vesicoureteral reflux ทำให้มีปัสสาวะไหลย้อนขึ้นไปจากกระเพาะปัสสาวะไปที่ไต ซึ่งส่วนใหญ่พบพยาธิสภาพที่ไตเป็น focal segmental glomerulosclerosis (FSGS) หรือเกิดจากการติดเชื้อไวรัส

HIV ทำให้เกิด HIV associated nephropathy (HIV AN) หรือโรค amyloidosis หรือ vasculitis นอกจากนี้ (สมศรี เฝ้าสวัสดิ์, 2556) ได้แยกสาเหตุของโรคไตวายเรื้อรังเป็น 3 สาเหตุ ได้แก่ 1) โรคเรื้อรังต่างๆ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคเอสแอลอี โรคเกาต์ นิ่วในไต ไตอักเสบ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น 2) ผลข้างเคียงจากการใช้ยาและสารเคมีต่างๆ เช่น โดยเฉพาะยาแก้ปวดกลุ่ม NSAIDs ยาที่มีผลข้างเคียงต่อไต ยาลดความอ้วน ยาสมุนไพร 3) กรรมพันธุ์ หรือความผิดปกติแต่กำเนิด เช่น การมีไตเล็กแต่กำเนิด โรคถุงน้ำในไต การอุดตันของระบบทางเดินปัสสาวะ

#### 4. อาการและอาการแสดง

อาการและอาการแสดงในโรคไตเรื้อรังขึ้นอยู่กับสาเหตุของโรคไตเรื้อรังและระยะของโรค ผู้ป่วยที่มีโรคไตเรื้อรังในระยะแรกคือระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ส่วนใหญ่ไม่มีอาการผิดปกติใดๆ ส่วนมากจะมีอาการ อาการแสดงของโรค เมื่อโรคไตเรื้อรังมีความรุนแรงมากขึ้น ซึ่งอาจนำมาพบแพทย์ด้วยปัญหาต่างๆ ผู้ป่วยอาจมีความผิดปกติเกี่ยวกับปริมาณของปัสสาวะ เช่น ปริมาณปัสสาวะมาก (มากกว่า 3 ลิตรต่อวัน ;polyuria) หรือน้อย (น้อยกว่า 500 ม.ล.ต่อวัน; Oliguria) หรือปริมาณปัสสาวะน้อยมาก (น้อยกว่า 50 ม.ล.ต่อวัน: anuria) ผู้ป่วยอาจมาพบแพทย์ด้วยอาการบวม ความดันโลหิตสูงและหรือสีของปัสสาวะผิดปกติ ผู้ป่วยที่มีโรคไตอักเสบอาจมาด้วยปัญหามีเลือดออกหรือมีโปรตีนรั่วในปัสสาวะ ภาวะบวม ความดันโลหิตสูง สำหรับปัญหาปริมาณปัสสาวะมากนั้นอาจมีสาเหตุมาจากความผิดปกติของไตและทางเดินปัสสาวะที่เป็นมาแต่กำเนิดหรือความผิดปกติที่ tubulointerstitium ทำให้มีความผิดปกติทำให้ปัสสาวะเข้มข้นได้ เช่น nephrogenic diabetes insipidus โดยความผิดปกติเกี่ยวกับ concentrating ability มักเกิดขึ้นก่อนที่ไตจะมีหน้าที่การทำงานเสื่อมลง ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะแรก ส่วนใหญ่วินิจฉัยจากผลตรวจเลือดที่มีระดับของครีเอตินินในเลือดสูงขึ้นหรือตรวจพบปัสสาวะผิดปกติโดยบังเอิญ บางรายของระยะที่ 3 และผู้ป่วยส่วนใหญ่ของระยะที่ 4 หรือ 5 อาจมาพบแพทย์ด้วยอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน อาการอ่อนเพลียง่าย ภาวะโลหิตจาง หรือมีอาการอ่อนแรง บางรายอาจมีอาการระบบประสาทหรือปวดตามกระดูก เนื่องจากมีปัญหาทางกระดูกจาก renal osteodystrophy ในผู้ป่วยโรคไตลูบัสมักมีอาการในระบบทั่วไปของร่างกาย เช่น ไข้ ปวดข้อ ข้ออักเสบ ผื่น ส่วนในรายที่มีโรค Wegener granulomatosis มักมีอาการแสดงทางระบบหายใจส่วนต้น เช่น ไอเป็นเลือด เนื่องจากไตมีหน้าที่ควบคุมดูแลสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย เพราะฉะนั้นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจึงมักมีความผิดปกติในสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ร่วมด้วย (ปัญญา สติระพจน์ และคณะ, 2557, น. 457)

## 5. การแบ่งระยะของไตวายเรื้อรัง

Kidney Disease Improving Global Outcome (KDIGO) (2013) ได้แบ่งระยะของไตวายเรื้อรังตามอัตราการกรองของหน่วยไต ดังนี้

ตาราง 1 แสดงระยะของไตวายเรื้อรัง

ลำดับชั้นของ GFR	GFR (มล./นาที่/1.73ตร.ม.)	ชื่อเรียก
G1	> 90	ปกติหรือสูง
G2	60-89	ลดลงเล็กน้อย
G3a	45-59	ลดลงเล็กน้อยถึงปานกลาง
G3b	30-44	ลดลงปานกลางถึงมาก
G4	15-29	ลดลงมาก
G5	< 15	ไตวายหรือโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

ที่มา: Kidney Disease Improving Global Outcome (KDIGO), 2013

โรคไตเรื้อรังระยะที่ 1 หมายถึง ค่าการทำงานของไตปกติ คือมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มล./นาที่ ต่อ 1.73 ตรม.

โรคไตเรื้อรังระยะที่ 2 หมายถึง ค่าการทำงานของไตอยู่ในช่วง 60-89 มล./นาที่ต่อ 1.73 ตรม.

โรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 หมายถึง ค่าการทำงานของไตอยู่ในช่วง 30-59 มล./นาที่ต่อ 1.73 ตรม

โรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 หมายถึง ค่าการทำงานของไตอยู่ในช่วง 15-29 มล./นาที่ต่อ 1.73 ตรม.

โรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 หมายถึง ค่าการทำงานของไตน้อยกว่า 15 มล./นาที่ต่อ 1.73 ตรม. หรือมีการบำบัดทดแทนไตจัดว่ามีโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

## 6. ภาวะแทรกซ้อนของภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ช่วงใกล้ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย จนค่าการทำงานของไตน้อยกว่า 15 มล./นาที่ต่อ 1.73 ตรม. จะเริ่มมีอาการและอาการแสดงของภาวะยูริเมียเกิดขึ้นและผู้ป่วยจะ

เกิดภาวะแทรกซ้อนของภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ดังนี้ (สมชาย เข็มอ่อน, 2543, น. 1255-1259)

1. ภาวะ malnutrition ผู้ป่วยมักมีอาการเบื่ออาหารรับประทานอาหารลดลงมีการดูดซึมสารอาหารทางลำไส้ลดลง และมีภาวะ metabolic acidosis จึงพบภาวะ malnutrition ได้บ่อยในผู้ป่วยระยะนี้ควรประเมินสถานะโภชนาการของผู้ป่วยบ่อยขึ้น

2. ภาวะ uremic bleeding พบว่า เลือดออกง่ายทั้งในผู้ป่วยโรคไตวายเฉียบพลันและเรื้อรังที่มีความรุนแรงของโรคมากแล้ว กล่าวคือมักพบเมื่อผู้ป่วยมีระดับ GFR น้อยกว่า 10-15 มิลลิลิตรต่อต่อ 1.73 ตรม. ผู้ป่วยมักมีค่า bleeding time นานขึ้น ซึ่งเกิดจากเกร็ดเลือดทำงานผิดปกติเป็นหลัก ถ้าผู้ป่วยมีค่า bleeding time นานขึ้นแต่ไม่มีอาการก็ไม่จำเป็นต้องให้การรักษาที่จำเพาะ แต่ถ้าผู้ป่วยกำลังมีเลือดออกไม่หยุด ซึ่งได้พิสูจน์แล้วว่าเกิดจากความผิดปกติของเกร็ดเลือดหรือในผู้ป่วยที่มีการวางแผนจะไปทำการผ่าตัด หรือทำหัตถการที่ invasive ก็ควรให้การรักษามีหลายวิธี ซึ่งแต่ละวิธีมีความแตกต่างกันในแง่ของระยะเวลาที่เริ่มออกฤทธิ์ และระยะเวลาของการออกฤทธิ์

3. ภาวะ uremic pericarditis ในผู้ป่วยโรคไตวายระยะที่เป็นมากอาจพบ pericardial disease ได้หลายชนิด ที่พบบ่อยได้แก่ pericarditis และ pericardial effusion พบภาวะ uremic pericarditis ในร้อยละ 6-10 ของผู้ป่วยไตวายระยะที่เป็นมาก ซึ่งยังไม่ได้ทำ dialysis หรือหลังทำ dialysis ได้ไม่นาน ยังไม่ทราบกลไกการเกิดโรคชัดเจน แต่พบว่า ภาวะ pericarditis มีความสัมพันธ์กับระดับของ azotemia ผู้ป่วยมักมาด้วยอาการไข้ pleuritic chest pain และตรวจพบ pericardial friction rub ลักษณะเฉพาะอย่างหนึ่งของภาวะนี้ คือการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ มักไม่พบลักษณะ diffuse ST and T wave elevation ซึ่งอาจเป็นเพราะภาวะ uremia ยังไม่ได้ทำให้เกิด injury ต่อ epicardium ดังนั้นถ้าพบความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจดังกล่าว ก็ควรคำนึงถึงสาเหตุอื่นของภาวะ pericarditis

4. ภาวะ uremic neuropathy หมายถึง ความผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลางและส่วนปลาย ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ได้แก่ encephalopathy, polyneuropathy และ mononeuropathy ภาวะ uremic neuropathy เป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ผู้ป่วยมักจะมาด้วยอาการของ sensory dysfunction โดยมีลักษณะของ restless leg หรือ burning feet syndrome แต่ในปัจจุบันพบภาวะ uremic neuropathy ได้ไม่บ่อย เนื่องจากมีแนวโน้มที่จะเริ่มทำ dialysis เร็วขึ้น

## 7. การบำบัดทดแทนไต

เมื่อไตทำงานลดลงจนถึงไตวายเรื้อรังระยะที่ 5 หรือที่เรียกว่าไตวายระยะสุดท้าย ร่างกายจะเกิดการคั่งของของเสีย น้ำ เกลือแร่ และ กรดต่าง การเสียสมดุลฮอร์โมนของร่างกาย ทำให้มีอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ชีด คัน บวมตามร่างกาย อึดอัด หอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ ซึ่งผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาบำบัดทดแทนไตวิธีใดวิธีหนึ่ง ได้แก่ การฟอกเลือด การล้างไตทางช่องท้อง หรือ การผ่าตัดปลูกถ่ายไต ซึ่งการรักษาทั้ง 3 วิธี มีรายละเอียด ดังนี้ (สมศรี เผ่าสวัสดิ์, 2556, น. 7-8)

1. การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis: HD) คือ การนำเลือดผ่านทางช่องทางฟอกเลือดที่มีการเตรียมไว้ออกมาฟอกโดยผ่านตัวกรองเลือดเพื่อขจัดของเสีย ปรับสมดุล เกลือแร่และกรดต่างแล้วนำเลือดกลับเข้าสู่ร่างกายโดยใช้เวลาประมาณ 4-5 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 2-3 ครั้งตลอดชีวิตหรือจนกว่าจะได้รับการปลูกถ่ายไต

2. การล้างไตทางผนังช่องท้อง (Peritoneal Dialysis: PD) คือ การใส่น้ำยาล้างไตเข้าไปในช่องท้อง แล้วทิ้งไว้ประมาณ 4-6 ชั่วโมง เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนของเสียและน้ำโดยการซึมผ่านเยื่อช่องท้อง จากนั้นปล่อยน้ำยาออกหมุนเวียนต่อเนื่องทุกวัน อย่างน้อย 4-5 ครั้งต่อวัน ปัจจุบันมีเครื่องมือพิเศษช่วยในการล้างไตให้สะดวกมากขึ้น

3. การผ่าตัดปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation: KT) คือ การผ่าตัดปลูกถ่ายไตใหม่ที่ได้จากผู้บริจาคเข้าไปในผู้ป่วยไตวาย โดยไตใหม่นั้นนี้อาจมาจากผู้บริจาคที่มีชีวิตหรือเสียชีวิต โดยมีการตรวจเนื้อเยื่ออย่างละเอียด รวมถึงไตผู้ให้ต้องเป็นไตที่แข็งแรงสมบูรณ์ รวมถึงคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ให้ไตด้วย

สรุปได้ว่าไตวายเรื้อรังเป็นปัญหาสำคัญของระบบสาธารณสุขทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของวิถีชีวิตและการได้รับปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ไตเสื่อมลงจนเกิดโรคไตวายเรื้อรัง ที่เพิ่มจำนวนสูงขึ้นและส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งในระยะแรกอาจจะไม่แสดงอาการจนการทำงานของไตมีการเสื่อมลงเรื่อยๆจนส่งผลเชิงลบต่อภาวะสุขภาพของประชาชน เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและเป็นอันตรายต่อชีวิตตามมา และเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายก็มีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา ซึ่งวิธีที่ได้รับการยอมรับว่าเป็นทางเลือกการรักษาที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย คือ การปลูกถ่ายไต

### การปลูกถ่ายไต

การปลูกถ่ายไต เป็นการรักษาทดแทนไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์มากที่สุดและทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตใกล้เคียงกับคนปกติและไม่



ต้องใช้บริการฟอกเลือดและล้างไตทางช่องท้องอีกต่อไป อย่างไรก็ตามผู้ป่วยต้องรับประทานยากดภูมิคุ้มกันตลอดชีวิตเพื่อป้องกันการต่อต้านอวัยวะใหม่ (rejection) ด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย หากกำหนดให้คุณภาพชีวิตเท่ากับ 1 เท่ากับคุณภาพชีวิตของคนปกติเต็มร้อย ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต มีคุณภาพชีวิตเท่ากับ 0.77 ผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดเท่ากับ 0.68 ผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องเท่ากับ 0.72 ดังนั้น การปลูกถ่ายไตจึงเป็นวิธีการรักษาที่สำคัญอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เป็นวิธีการรักษาที่ดีที่สุดที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตใหม่และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (โสภณ จิรสิทธิ์ธรรม, ศิริวรรณ จิรสิทธิ์ธรรม, สุรศักดิ์ กันตชูเวสศิริ, และวสันต์ สุเมธกุล, 2554, น. 151; อติศวี ทศนรงค์, สาธิต คุระทอง, ขจรศักดิ์, และณัฐวุฒิ ไตวนาชัย, 2562, น. 566) การศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการปลูกถ่ายไต ประกอบด้วย สถานการณ์การปลูกถ่ายไต ความหมาย ประเภทการปลูกถ่ายไต การเตรียมตัวสำหรับการปลูกถ่ายไต ปัญหาสุขภาพที่เกิดหลังปลูกถ่ายไต การติดเชื้อและการใช้ยากดภูมิคุ้มกัน การดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไต ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไต ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

### 1. สถานการณ์การปลูกถ่ายไต

การผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะถือว่าเป็นความสำเร็จของวงการแพทย์ในช่วงระยะเวลา 30 ปีที่ผ่านมา การผ่าตัดปลูกถ่ายไตเป็นอวัยวะที่ได้รับการปลูกถ่ายมากที่สุด และประสบผลสำเร็จสูงที่สุด จนถือได้ว่าการผ่าตัดปลูกถ่ายไตเป็นการรักษามาตรฐานที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End stage renal disease: ESRD) (โสภณ จิรสิทธิ์ธรรม และคณะ, 2554, น. 328) ในปัจจุบัน พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation Recipient: KTR) มากถึง 80,000 คนทั่วโลก (International Society of Nephrology, 2016) และมีการปลูกถ่ายไตมากกว่า 80 ประเทศ ส่วนใหญ่เป็นประเทศสหรัฐอเมริกา จีน บราซิล และอินเดีย (Garcia et al., 2012) โดยในสหรัฐอเมริกามีผู้ป่วยปลูกถ่ายไต จำนวน 662,000 คน (National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 2017)) แต่ในบางประเทศ เช่น ประเทศญี่ปุ่น สิงคโปร์ พบจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไต เพียงร้อยละ 5 จากผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายทั้งหมด เนื่องจากปัญหาการขาดแคลนไตและปัจจัยอื่นร่วมด้วย (Chapman, 2017)

สำหรับประเทศไทยเริ่มให้บริการปลูกถ่ายไตครั้งแรก ในปี 2515 ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย (โสภณ จิรสิทธิ์ธรรม และคณะ, 2554, น. 151) โดยมีจำนวนผู้ป่วยปลูกถ่ายไตยอดสะสม จำนวน 8,841 ราย โดยในปี 2561 พบว่า มีผู้ที่ได้รับการปลูกถ่ายไต

จำนวน 473 ราย จากผู้รอไต ทั้งหมด 6,082 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 7.8 ของผู้รอรับทั้งหมด ระยะเวลารอไตนับตั้งแต่วันที่เริ่มฟอกเลือด นานที่สุดคือ 20 ปี 8 เดือน 19 วัน ระยะเวลาเฉลี่ย คือ 5 ปี 1 เดือน 26 วัน และในระหว่างที่รอไตมีผู้ป่วยเสียชีวิต จำนวน 138 คน ซึ่งมากกว่าจำนวน ผู้เสียชีวิตของผู้รอรับอวัยวะทุกอวัยวะรวมกัน ไตจึงเป็นอวัยวะที่มีผู้รอรับมากที่สุด ใช้เวลารอคอย นานที่สุด และมีผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างรอมากที่สุดอีกด้วย (ศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย, 2561) ดังนั้น การปลูกถ่ายไตจึงนับว่าเป็นการรักษาที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อชีวิตผู้ป่วยไตวาย เรื้อรังระยะสุดท้าย เพื่อให้ผู้ป่วยกลับไปมีชีวิตใหม่และมีสุขภาพที่ดีเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพที่ อาจเกิดขึ้นในระยะยาวซึ่งอาจจะทำให้เกิดไตวายกลับมาอีกได้ (Kosaka et al., 2013) ซึ่ง สาเหตุการที่เกิดมักจะมีมากกว่าหนึ่งปัจจัย ทั้งปัจจัยที่สัมพันธ์กับระบบภูมิคุ้มกันที่เกี่ยวข้องพยาธิ กำเนิดโรค และปัจจัยที่ไม่สัมพันธ์กับระบบภูมิคุ้มกัน ได้แก่ การป้องกันการติดเชื้อ การสูบบุหรี่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และภาวะไขมันในเลือดสูง (อดิศร์ ทัศนรงค์ และคณะ, 2562)

## 2. ความหมายของการปลูกถ่ายไต

การผ่าตัดปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation: KT) คือ การผ่าตัดปลูกถ่ายไตใหม่ ที่ได้จากผู้บริจาคเข้าไปในผู้ป่วยไตวาย โดยไตใหม่นั้นอาจมาจากผู้บริจาคที่มีชีวิตหรือเสียชีวิต โดยมีการตรวจเนื้อเยื่ออย่างละเอียด รวมถึงไตผู้ให้ต้องเป็นไตที่แข็งแรงสมบูรณ์ รวมถึงคำนึงถึง ความปลอดภัยของผู้ให้ไตด้วย (สมศรี เผ่าสวัสดิ์, 2556, น. 8)

National Kidney Foundation (2011) ได้ให้ความหมายของการปลูกถ่ายไตว่า เป็นการนำไตที่สมบูรณ์ใส่ไปในร่างกายเพื่อให้ทำหน้าที่แทนไตเดิมที่ไม่สามารถทำหน้าที่ได้

โสภณ จิรสิริธรรม และคณะ (2554, น. 328) หน้า 328) กล่าวว่า การปลูกถ่ายไตเป็นการผ่าตัดนำไตที่ทำงานดี 1 ข้าง มาผ่าตัดใส่ให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ซึ่งการรักษาที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

บัญชา สติระพจน์ และคณะ (2557, น. 489) กล่าวว่า การปลูกถ่ายไต เป็นการนำไต บริจาคจากผู้ป่วยสมองตาย หรือจากญาติที่มีชีวิตปลูกถ่ายให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ซึ่ง จำเป็นต้องมีหมู่เลือดและเนื้อเยื่อที่เข้ากันได้

## 3. ประเภทของการปลูกถ่ายไต

Donor for kidney transplantation หมายถึง ผู้บริจาคไตเพื่อการผ่าตัดปลูกถ่าย ให้กับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ซึ่งมี 2 ลักษณะ ดังนี้ (โสภณ จิรสิริธรรม และคณะ, 2554, น. 336-339)

1. Cadaveric Donor หมายถึง ผู้บริจาคไตที่ถึงแก่กรรมแล้ว ในทางการแพทย์ ผู้ที่ ถึงแก่กรรมหมายถึงผู้ที่อยู่ในสภาวะสมองตาย โดยมีกฎเกณฑ์ของสมองตายซึ่งบัญญัติโดยแพทย์

สภาให้แพทย์ทั่วประเทศไทยถือปฏิบัติตาม ซึ่งอาจจะเป็นผู้ป่วยที่แสดงความจำนงบริจาคไว้ก่อนแล้วก็จะมีบัตรประจำตัวที่แสดงเจตนาในการบริจาคอวัยวะหรือเป็นการอนุญาตโดยสายตรงก็ได้ หากผู้ป่วยไม่รู้สึกดัว

2. Living Donor หมายถึง ผู้บริจาคที่มีชีวิตซึ่งแบ่งผู้บริจาคที่มีชีวิตที่มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิต เช่น พ่อ แม่ พี่น้อง เรียกว่า Living Related Donor และผู้บริจาคที่มีชีวิตที่ไม่มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิต เช่น สามี ภรรยา เรียกว่า Living Non-Related Donor ซึ่งในประเทศไทยส่วนใหญ่จะเป็น Living Related Donor เพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาเรื่องการซื้อขายไต หากเป็นสามีภรรยาจะต้องทำงานตรวจตามขั้นตอนของสภากาชาดไตก่อนที่จะบริจาคไตได้

#### 4. การเตรียมตัวสำหรับการปลูกถ่ายไต

การปลูกถ่ายไต เป็นทางเลือกการรักษา สำหรับภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย การปลูกถ่ายไตที่ประสบความสำเร็จจะทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่าและมีอัตราการลดลงเมื่อเทียบกับการทำฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม อย่างไรก็ตามไม่ใช่ผู้ป่วยทุกคนจะมีความเหมาะสมสำหรับการปลูกถ่ายไต เนื่องจากมีข้อห้ามหลายประการสำหรับการรักษาด้วยวิธีนี้ ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับในวงการแพทย์ว่า การปลูกถ่ายไตเป็นวิธีการรักษานำ बदทดแทนไตที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย เนื่องจากเป็นการรักษาที่สามารถทำให้ผู้ป่วยกลับไปมีคุณภาพชีวิตที่ดีใกล้เคียงคนปกติ (บัญชา สติระพจน์ และคณะ, 2557, น. 489) อย่างไรก็ตาม ยังมีผู้ป่วยอีกจำนวนมากที่รอรับการเปลี่ยนไต เนื่องจากมีอุปสรรคต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการผ่าตัด รวมถึงค่ายาควบคุมภูมิคุ้มกันซึ่งราคาค่อนข้างสูงและปัญหาการขาดแคลนอวัยวะจากผู้บริจาคที่เสียชีวิต ซึ่งการเตรียมความพร้อมก่อนปลูกถ่ายไตแบ่งเป็น 4 ข้อ ดังนี้ (สมศรี เผ่าสวัสดิ์, 2556, น. 39-45r)

##### 1. เตรียมร่างกาย

- 1.1 ล้างไตอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้ร่างกายแข็งแรง
- 1.2 พบอายุรแพทย์โรคไตที่ดูแลท่านตามนัดอย่างสม่ำเสมอ
- 1.3 งดอาหารเค็มและรักษาระดับความดันโลหิตให้ปกติ
- 1.4 ฉีดยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดอย่างสม่ำเสมอ
- 1.5 หลีกเลี่ยงการรับเลือด (ยกเว้น กรณีเร่งด่วนฉุกเฉิน) เนื่องจากการได้รับเลือดบ่อยๆจะกระตุ้นให้ร่างกายสร้างภูมิต่อต้านเนื้อเยื่อของผู้อื่น ซึ่งทำให้โอกาสที่จะได้รับไตบริจาคน้อยลงหรืออาจเกิดการปฏิเสธไตที่ได้รับการปลูกถ่ายได้สูงขึ้น
- 1.6 รักษาระดับน้ำตาล ไขมันและเกลือแร่ต่างๆ ในเลือดให้ปกติ
- 1.7 ดูแลสุขภาพอนามัย รักษาความสะอาดของร่างกาย ช่องปากและฟัน



1.8 พบทีมแพทย์ปลูกถ่ายอวัยวะของโรงพยาบาลที่ท่านมีความประสงค์จะทำการเปลี่ยนไตเพื่อ ตรวจประเมินความพร้อมในด้านต่างๆ โดยผู้ป่วยจะได้รับการตรวจ ดังนี้

1.8.1 ตรวจร่างกายโดยละเอียดทุกระบบโดยอายุรแพทย์โรคไต เพื่อประเมินความพร้อมของร่างกาย ในกรณีที่ผู้ป่วยมีโรคอื่นที่รุนแรงร่วมด้วย อาจไม่เหมาะสมที่จะผ่าตัดเปลี่ยนไต เช่น โรคมะเร็งระยะลุกลาม โรคหัวใจหรือโรคปอดชนิดรุนแรง โรคติดเชื้อที่ยังไม่ได้รับการรักษา เช่น วัณโรคปอด เป็นต้น

1.8.2 ตรวจเลือดเพื่อหาหมู่เลือด ความเข้มข้นของเลือด ระดับน้ำตาล ไขมัน การทำงานของตับและเชื้อไวรัสต่างๆ ได้แก่ ไวรัสตับอักเสบบี/ซี ซีเอ็มวี เอดส์ เป็นต้น

1.8.3 ตรวจภาพรังสีทรวงอก และคลื่นหัวใจ

1.8.4 ตรวจอัลตราซาวด์ไต เพื่อดูว่ามีนิ่วหรือเนื้องอกผิดปกติที่ไตหรือไม่

1.8.5 ผู้ป่วยที่มีประวัติความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ เบาหวาน หรือมีปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ จะได้รับการตรวจโดยอายุรแพทย์โรคหัวใจ ซึ่งผู้ป่วยอาจได้รับการตรวจอื่นๆเพิ่มเติม เพื่อประเมินความพร้อมของหัวใจก่อนได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนไต

1.8.6 ผู้ป่วยหญิงที่อายุมากกว่า 35 ปี สูตินรีแพทย์จะตรวจภายใน มะเร็งปากมดลูก และตรวจแมมโมแกรมเพื่อเช็กมะเร็งเต้านม

1.8.7 ผู้ป่วยชายที่อายุมากกว่า 45 ปี แพทย์จะตรวจเลือดเพื่อตรวจมะเร็งต่อมลูกหมาก

1.8.8 ในกรณีที่ตรวจ พบว่า มีเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ผู้ป่วยจะได้รับการตรวจเพิ่มเติมโดยอายุรแพทย์โรคตับเพื่อประเมินความเหมาะสมว่าสามารถเปลี่ยนไตได้

1.8.9 ส่งเลือดตรวจเนื้อเยื่อ โดยตรวจทั้งผู้ให้และผู้รับว่าเนื้อเยื่อเข้ากันหรือไม่ ในกรณีที่มีญาติพี่น้องบริจาคไต ส่วนผู้ป่วยที่รอรับไตบริจาคจากผู้เสียชีวิต จะต้องส่งเลือดไปยังศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย ทุก 1 เดือน โดยให้ส่งเลือดที่โรงพยาบาลซึ่งสมัครเปลี่ยนไตเอาไว้

## 2. เตรียมไต

ในกรณีที่ผู้ป่วยมีญาติที่มีความประสงค์จะบริจาคไตให้สามารถแจ้งความประสงค์กับอายุรแพทย์โรคไตเจ้าของไข้ เพื่อทำการตรวจและให้คำแนะนำได้ ซึ่งโดยทั่วไปการได้รับไตบริจาคจากญาติจะดีกว่าไตบริจาคจากผู้เสียชีวิต เนื่องจากเนื้อเยื่อเหมือนกันมากกว่า ช่วงเวลาที่ไตขาดเลือดก่อนนำมาปลูกถ่ายค่อนข้างสั้น หลังผ่าตัดไตมักจะทำงานทันที โอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆน้อยกว่าและไตสามารถทำงานต่อไปได้ยาวนานกว่าเป็นต้น อย่างไรก็ตาม

ผู้ป่วยที่ไม่มีญาติบริจาคไต สามารถสมัครขอรับไตบริจาคจากผู้เสียชีวิต ซึ่งทำการจัดสรรโดยศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย โดยพิจารณาตามกฎหมายเกณฑ์อย่างโปร่งใสจากปัจจัยต่างๆ เช่น ความเหมือนกันของเนื้อเยื่อ อายุ ระยะเวลาการล้างไต เป็นต้น ผู้ป่วยสามารถสมัครเพื่อรับไตบริจาคได้ที่โรงพยาบาลที่ท่านมีความประสงค์ที่จะทำการเปลี่ยนไตเพียงแห่งใดแห่งหนึ่งเท่านั้น โดยรายชื่อผู้ป่วยทั้งหมดจากทุกโรงพยาบาลจะส่งให้ศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย สำหรับผู้ที่สามารถบริจาคไตได้โดยถูกต้องตามกฎหมายจะต้องเป็นไปตามข้อกำหนดของ สภากาชาดไทย ซึ่งได้กำหนดคุณสมบัติของผู้ที่สามารถบริจาคไตได้ ดังนี้

1. บิดามารดา พี่น้องร่วมบิดา และ/หรือมารดาเดียวกัน
2. บุตรที่อายุมากกว่า 18 ปีบริบูรณ์
3. ญาติสายตรง (ลุง ป้า น้า อา หลาน)
4. สามี/ภรรยา ที่จดทะเบียนสมรสกันมากกว่า 3 ปี หรือมีบุตรด้วยกันอย่างน้อย 1 คนคุณสมบัติของผู้บริจาคไตที่มีชีวิต
5. มีความตั้งใจจริงที่จะบริจาคไต โดยความสมัครใจ ไม่ถูกบังคับหรือได้รับอำมริสินจ้าง ไม่ว่าจะป็นทรัพย์สินหรือผลประโยชน์ใดๆ ทั้งทางตรงและทางอ้อม
6. ในกรณีสมรสแล้ว จะต้องได้รับความยินยอมจากคู่สมรสที่จดทะเบียน
7. ผู้ที่บริจาคไตจะต้องได้รับการตรวจอย่างละเอียดจากอายุรแพทย์โรคไต เช่นเดียวกันโดยแพทย์จะตรวจร่างกาย ตรวจเลือด ปัสสาวะ และเอกซเรย์ เพื่อเช็คว่าผู้ให้มีสุขภาพของไตปกติสมบูรณ์ ไม่เป็นโรคไตหรือโรคที่อาจเกิดแทรกซ้อนทางไต เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคนี้ไว้ในไต เป็นต้น
8. ไม่มีภาวะโรคติดต่อซึ่งอาจถ่ายทอดสู่ผู้รับไต เช่น ไวรัสตับอักเสบบี เอชไอ เป็นต้น

9. หมู่เลือดและเนื้อเยื่อเข้ากันได้

### 3. เตรียมใจ

- 3.1 ทำจิตใจให้แจ่มใส ปรับชีวิตให้ยอมรับกับโรคที่เป็นอยู่
- 3.2 มีสุขภาพจิตที่ดี อย่าเครียด ระหว่างรอเปลี่ยนไต
- 3.3 ยอมรับความปรารถนาดีจากญาติที่บริจาคไตให้
- 3.4 ทำความดี ทำบุญกุศล

### 4. เตรียมค่าใช้จ่าย

ค่าใช้จ่ายในการเปลี่ยนไตช่วงแรก ประกอบด้วย ค่าผ่าตัด ค่ายากดภูมิคุ้มกันซึ่งใช้ขนาดสูง ค่าใช้จ่ายอื่นๆ ระหว่างอยู่โรงพยาบาลประมาณ 2 สัปดาห์ ถ้าไม่มีภาวะแทรกซ้อน ซึ่ง

ค่าใช้จ่ายในช่วงนี้ประมาณ 2 – 3 แสนบาท จากนั้นจะเป็นค่ารักษาระยะยาว เนื่องจากผู้ป่วยยังต้องรับประทานยากดภูมิคุ้มกันไปตลอดชีวิต แต่ในขนาดยาที่น้อยลงเรื่อยๆ ขึ้นกับชนิดและขนาดของยาที่ได้รับ โดยผู้ป่วยต้นสังกัด (ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ) ประกันสังคม ผู้ป่วยบัตรประกันสุขภาพ สามารถเบิกค่ารักษาในการเปลี่ยนไตได้ตามที่แต่ละกองทุนกำหนด ตั้งแต่การเตรียมตัวก่อนเปลี่ยนไต ช่วงผ่าตัด และรักษาต่อเนื่องระยะยาว

### สรุป

การเตรียมตัวให้พร้อมในทุกด้านสำหรับการเปลี่ยนไตนั้นมีความสำคัญมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่รอไตบริจาคจากผู้เสียชีวิต ซึ่งไม่สามารถกำหนดเวลาได้แน่นอน การเตรียมตัวให้พร้อมอยู่เสมอจะช่วยให้ผู้ป่วยไม่พลาดโอกาสทองที่จะได้รับการเปลี่ยนไต การเตรียมตัวทั้งกาย ใจ และค่าใช้จ่ายหรือสิทธิในการเบิกค่ารักษาให้พร้อมจะส่งผลให้ผู้ป่วยที่ได้รับการเปลี่ยนไตมีสุขภาพกาย สุขภาพใจ ที่แข็งแรง ได้เริ่มต้นชีวิตใหม่กับไตใหม่อย่างมีความสุข

### 5. ภาวะแทรกซ้อนจากการปลูกถ่ายไต

นอกจากปัญหา allograft rejection ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่มีผลกระทบต่อ graft survival แล้วผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไตอาจมีภาวะแทรกซ้อนอย่างอื่นอีก เช่น โรคของไตเดิมที่อาจเกิดซ้ำในไตใหม่ (recurrent renal disease) โรคไตที่เกิดขึ้นใหม่ (De novo glomerulopathy) และที่สำคัญคือ ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการใช้ยากดภูมิคุ้มกันเพื่อป้องกันการเกิด rejection ซึ่งเป็นผลทำให้เกิดปัญหาโรคติดเชื้อ และก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อระบบอวัยวะต่างๆในร่างกายตามมา ปัญหาต่างๆ เหล่านี้จะมีผลกระทบต่อ graft และ patient survival rate ได้ จากการศึกษา พบว่า สาเหตุใหญ่ของการเสียชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไตเกิน 1 ปีไปแล้วคือ ปัญหาเกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคติดเชื้อ และมะเร็งของอวัยวะต่างๆ ซึ่งจะมีอุบัติการณ์สูงกว่าในประชากรทั่วไปมาก ทั้งนี้เป็นผลจากการใช้ยากดภูมิคุ้มกันนั่นเอง ซึ่งปัญหาที่พบบ่อยมีดังนี้ (Bia et al., 2010; Kidney Disease Improving Global Outcome (KDIGO), 2009; National Kidney Foundation, 2015, น. 196-205; อุษณา สุวีระ, โสภณ จิรสิริธรรม, พรพรรณปภา ชูวิเชียร, และลีนา อองอาจยุทธ, 2538)

#### 1. ระบบหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular complication)

เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังทั้งในกลุ่มที่รักษาโดยวิธี chronic dialysis และ กลุ่มที่ได้รับการปลูกถ่ายไต พบว่า อุบัติการณ์ของกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และเส้นโลหิตในสมองแตก หรืออุดตันในผู้ป่วยหลังปลูกถ่ายไตจะมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ปลูกถ่ายไต 2– 5 เท่า และจากข้อมูลล่าสุดในต่างประเทศ พบว่า หลังปลูกถ่ายไต 1 ปีไปแล้วโรคหัวใจและหลอดเลือดจะเป็นสาเหตุการตายเกือบครึ่งหนึ่งของการตายทั้งหมด แต่อย่างไรก็ตาม

ตามสำหรับประเทศไทย การติดเชื้อยังเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญหลังการปลูกถ่ายไตในช่วงแรก คาดว่าในอนาคตเมื่อผู้ป่วยเหล่านี้มีชีวิตรับยาวขึ้นคงจะพบอุบัติการณ์ของโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยกลุ่มนี้มากขึ้น นอกจากนี้ ในปัจจุบันมีแนวโน้มที่จะปลูกถ่ายไตในผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน และในกลุ่มผู้ป่วยที่สูงอายุมากขึ้น ซึ่งน่าจะมีผลทำให้พบอุบัติการณ์ของโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคตมากยิ่งขึ้น ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไต ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง การใช้ยากดภูมิคุ้มกันกลุ่ม Steroid และ cyclosporine พบว่า อัตราการเกิดโรคหัวใจจะขึ้นอยู่กับปริมาณสะสมของยากกลุ่มนี้ที่ผู้ป่วยได้รับทั้งหมดซึ่งย่อมจะแปรผันตามอัตราการเกิด rejection หรือความไม่ใกล้เคียงกันของเนื้อเยื่อระหว่าง Donor และ recipient (HLA incompatibility) ด้วย นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายอาจมีโรคของหลอดเลือดหัวใจอยู่ก่อนแล้วหรืออาจมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจอยู่ก่อนแล้ว เช่น โรคเบาหวาน การสูบบุหรี่ เป็นต้น การผ่าตัดปลูกถ่ายไตอาจเป็นตัวเร่งให้เกิด atherosclerosis ในผู้ป่วยเหล่านี้เร็วยิ่งขึ้น

## 2. ความดันโลหิตสูงหลังปลูกถ่ายไต (Posttransplant Hypertension)

ความดันโลหิตสูงพบได้บ่อยมากหลังการปลูกถ่ายไต บางรายงานพบสูงถึงร้อยละ 80 ของผู้ป่วยหลังปลูกถ่ายไตระยะแรก แต่จะพบน้อยลงในระยะหลังความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิด arteriosclerosis ซึ่งจะมีผลต่อทั้งอัตราการอยู่รอดของไตใหม่และอัตราการอยู่รอดของผู้ป่วยสาเหตุของความดันโลหิตสูงอาจเกี่ยวข้องกับปัจจัยในตัวผู้ป่วย (recipient) เอง เช่น ภาวะ essential hypertension, ภาวะแคลเซียมในเลือดสูง โรคของไตเก่า (native kidney disease) ที่มีอยู่ก่อนแล้ว หรืออาจเกี่ยวข้องกับปัจจัยที่เกิดในไตใหม่ (renal allograft) เช่น ภาวะ rejection, โรคที่เกิดในไตใหม่ (recurrent or De novo glomerulonephritis), การตีบของเส้นเลือดแดงที่เลี้ยงไตที่ปลูกใหม่ (Transplant renal artery stenosis) หรืออาจเป็นผลข้างเคียงจากการใช้ยากดภูมิคุ้มกัน steroid และ cyclosporine นอกจากนี้ไตที่นำมาปลูกถ่ายอาจมีความผิดปกติซึ่งทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงใน donor ได้อยู่แล้ว สาเหตุของความดันโลหิตสูงที่สำคัญและพบบ่อยคือภาวะ rejection, โรคของไตเก่า การได้รับยา steroid และ cyclosporine และเส้นเลือดแดงของไตใหม่ตีบ

## 3. ภาวะไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia)

ภาวะไขมันในเลือดสูงจะพบมากขึ้นหลังจากการปลูกถ่ายไต โดยจะพบประมาณร้อยละ 50 – 80 ของผู้ป่วยทั้งหมด ส่วนใหญ่จะเป็นชนิด IIa และ IIb ระดับ cholesterol จะสูงมากขึ้นเมื่อเทียบกับช่วงก่อนผ่าตัด ส่วนระดับ triglyceride อาจลดลงหลังผ่าตัด ภาวะไขมันในเลือดสูง อาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้มีอุบัติการณ์ของโรคหัวใจและหลอดเลือดหลังการปลูกถ่ายไต



สูงขึ้น ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ไขมันในเลือดสูง ได้แก่ อายุมาก โรคเบาหวาน และภาวะ proteinuria, ภาวะไตเสื่อมสมรรถภาพ การใช้ยาขับปัสสาวะและยากลุ่ม B-blockers ปัจจัยที่สำคัญอีกอันหนึ่งคือ ยาที่ใช้กดภูมิคุ้มกัน ได้แก่ steroid และ cyclosporine จะทำให้ระดับไขมันในเลือดสูงขึ้นซึ่งจะเป็นแบบ dose-dependent ดังนั้นจะพบภาวะไขมันในเลือดสูงได้บ่อยในช่วง 6 เดือนแรกหลังการปลูกถ่ายไต หลังจากนั้นเมื่อลดระดับยากกดภูมิคุ้มกันลงหรือหยุดการใช้ยาดังกล่าวระดับไขมันในเลือดจะค่อยๆลดลง

#### 4. ภาวะเบาหวาน (Diabetes mellitus)

หลังการปลูกถ่ายไตจะพบภาวะนี้เกิดขึ้นได้แม้ว่าจะไม่เคยมีประวัติของโรคนี้มาก่อน พบอุบัติการณ์ประมาณร้อยละ 4 – 20 ซึ่งจะแตกต่างกันไปในแต่ละรายงาน สาเหตุเป็นผลจากยากดภูมิคุ้มกันที่ใช้หลังการผ่าตัดปลูกถ่ายไต steroid จะทำให้เกิดภาวะ insulin resistance โดยจะขึ้นอยู่กับขนาดยาที่ใช้ ระยะหลังจึงมีการพยายามใช้ยาในขนาดที่ต่ำลง และให้แบบวันเว้นวันและถ้าเป็นไปได้อาจหยุดยานี้ไปเลยเพื่อที่จะลดผลข้างเคียงระยะยาวของ steroid แต่ก็มีบางรายงาน พบว่า การหยุดยา steroid จะทำให้มี rejection มากขึ้น จึงต้องพิจารณาถึงอัตราเสี่ยงเทียบกับประโยชน์ที่ได้ให้รอบคอบ และควรใช้เฉพาะในผู้ป่วยที่มีอัตราเสี่ยงน้อย cyclosporine จะมีผลต่อ beta cell ของตับอ่อน ทำให้ลดการสร้าง และการหลั่ง insulin เป็นผลทำให้เกิดภาวะเบาหวานขึ้น เชื่อว่าอาจเกี่ยวข้องกับการจับกับ calmodulin ในเซลล์มีรายงานพบอุบัติการณ์ประมาณร้อยละ 16 ในจำนวนนี้ ร้อยละ 56 จะพบภายใน 3 สัปดาห์หลังผ่าตัด

#### 5. เนื้องอกที่เกิดหลังการปลูกถ่ายไต (Transplant-associated malignancy)

หลังการปลูกถ่ายไตจะพบอัตราการเกิดเนื้องอกหรือมะเร็งของอวัยวะต่างๆ สูงกว่าในประชากรทั่วไปโดยจะพบอัตราการเกิดเนื้องอกเฉลี่ยประมาณร้อยละ 4 (1-16%) แต่ถ้าแยกตามระยะเวลาที่เกิดจะพบดังนี้ที่ 1 ปี หลังปลูกถ่ายไตพบ ร้อยละ 3, ที่ 5 ปี พบร้อยละ 14, ที่ 14 ปี พบ ร้อยละ 49 คาดว่าที่ 20 ปี หลังปลูกถ่ายไตอาจพบมะเร็งบางชนิดได้สูงถึง 2 ใน 3 ของผู้ป่วยที่ยังมีชีวิตอยู่ การใช้ยากดภูมิคุ้มกันเพื่อป้องกัน rejection มีบทบาทสำคัญต่อการเกิดมะเร็งดังกล่าว พบว่า ระยะเวลาเฉลี่ยที่พบมะเร็งหลังการปลูกถ่ายไตในผู้ป่วยที่ใช้ azathioprine และ prednisolone เป็นยากดภูมิคุ้มกันจะเท่ากับ 64 เดือน ส่วนในผู้ป่วยที่ใช้ cyclosporine จะพบได้เร็วกว่า คือ เฉลี่ยประมาณ 25 เดือนหลังปลูกถ่ายไต ชนิดของมะเร็งที่พบมากที่สุดในกลุ่มที่ให้ azathioprine คือ มะเร็งผิวหนัง (40 %) รองลงมา คือ มะเร็งต่อมน้ำเหลือง (lymphoma) (12%) ส่วนในกลุ่มที่ได้ cyclosporine จะพบมะเร็งของต่อมน้ำเหลืองมากที่สุด (30 %) และจะพบ Kaposi's sarcoma ได้บ่อยกว่าในกลุ่มที่ได้ azathioprine (11% ต่อ 3 %) เมื่อเทียบกับอัตราการเกิดของมะเร็งชนิดต่างๆ ในประชากรทั่วไปแล้ว จะพบว่า Kaposi's sarcoma มีอัตราการเกิดหลัง

ปลูกถ่ายไตเพิ่มขึ้นมากที่สุดโดยมีอัตราเสี่ยงถึง 500 เท่าของประชากรทั่วไป รองลงมาได้แก่มะเร็งของปากช่องคลอดและทวารหนัก (vulva/anus) ส่วนมะเร็งที่พบมากในประชากรทั่วไป เช่น มะเร็งของปอด ต่อมลูกหมาก ลำไส้ เต้านม กลับไม่พบเพิ่มขึ้นในกลุ่มที่ได้รับการปลูกถ่ายไต ซึ่งสาเหตุของการเกิดมะเร็งหลังการปลูกถ่ายไตเชื่อว่าเกิดจากระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายเปลี่ยนแปลงไปอันเนื่องมาจากผลของยากดภูมิคุ้มกันที่ใช้ป้องกัน rejection ได้แก่ azathioprine, cyclosporine, antilymphocyte globulin และ OKT3 ซึ่งจะช่วยให้ร่างกายไม่สามารถกำจัดเซลล์ที่แปลกปลอมได้ นอกจากนี้ พวก oncogenic viruses เช่น Epstein-Barr virus จะเจริญเติบโตได้ง่าย และจะกระตุ้น lymphocytes ทำให้เกิด lymphoproliferative disorder จนกลายเป็น non-Hodgkin's lymphoma ในที่สุดได้ มะเร็งที่เกิดใน Donor อาจถูกส่งต่อมายัง recipient โดยติดมากับ renal allograft ได้โดยทั่วไปการเลือก donor ที่เหมาะสมจะต้องไม่มีโรคมะเร็งหรือเนื้องอกของอวัยวะต่างๆ อยู่ ยกเว้นมะเร็งของเนื้อสมอง (Primary brain tumor) เพราะถือว่ามะเร็งชนิดนี้มักจะไม่ลุกลามไปยังอวัยวะต่างๆ แต่อย่างไรก็ตามมีรายงานว่ามีมะเร็งของเนื้อสมองอาจแพร่กระจายมายังอวัยวะต่างๆ และทำให้เกิดมะเร็งใน recipient ได้เหมือนกัน

## 6. ปัญหาทางตับหลังปลูกถ่ายไต

หลังปลูกถ่ายไตจะพบความผิดปกติของระดับ liver enzyme ได้ค่อนข้างบ่อย มีรายงานไว้ประมาณร้อยละ 37 เป็นแบบเฉียบพลัน ร้อยละ 23 แบบเรื้อรัง ร้อยละ 14 และบางรายอาจเสียชีวิตจากภาวะตับวายได้ สาเหตุของโรคแทรกซ้อนที่ตับมีได้หลายอย่าง เช่น การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบนาน บี และชนิด ซี ที่อาจมีอยู่แล้วก่อนผ่าตัดและกลับกำเริบขึ้นหลังผ่าตัด หรืออาจเป็นการติดเชื้อครั้งแรก ทั้งนี้การให้ยากดภูมิคุ้มกันไม่ว่าจะเป็น steroid, azathioprine หรือ cyclosporine ก็ตาม จะมีผลทำให้เชื้อไวรัสตับอักเสบนาน บี มีการเจริญเติบโตแพร่กระจายได้ง่าย และกลายเป็นตับอักเสบนานเรื้อรังได้ นอกจากนี้ไวรัสกลุ่ม CMV, EBV, Herpes ก็อาจเป็นสาเหตุของตับอักเสบได้เช่นกัน ยากดภูมิคุ้มกันที่ทั้ง azathioprine และ cyclosporine อาจมีพิษต่อตับโดยตรงได้ azathioprine อาจทำให้เกิดตับอักเสบได้ทั้งชนิด cholestatic และ hepatocellular โดยจะขึ้นอยู่กับขนาดของยาที่ได้รับ ถ้าได้ยาน้อยกว่า 2 มิลลิกรัม/กก./วัน มักจะไม่เกิดตับอักเสบ แต่บางครั้งปฏิกิริยาอาจเป็นแบบ idiosyncratic และไม่ขึ้นกับขนาดยา ถ้าผู้ป่วยมีปัญหาการทำงานของตับไม่ดีตั้งแต่ก่อนผ่าตัดและไม่ควรใช้ยาตัวนี้เป็นยากดภูมิคุ้มกันหรือควรใช้ในขนาดต่ำ cyclosporine อาจทำให้ liver enzyme สูงขึ้นเล็กน้อยแบบชั่วคราวได้ และเมื่อลดขนาดยาลงการทำงานของตับจะกลับสู่ปกติ มักไม่ก่อให้เกิดปัญหาตับอักเสบแบบเรื้อรัง

## 7. ระบบทางเดินอาหาร

พบภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับระบบนี้ได้ไม่บ่อยนักแต่อาจเป็นปัญหาที่สำคัญในผู้ป่วยได้ เช่น แผลในกระเพาะอาหารและลำไส้ ซึ่งบางรายอาจทำให้มีเลือดออกในทางเดินอาหารหรืออาจทำให้ผนังกระเพาะและลำไส้ทะลุได้ สาเหตุที่สำคัญคือ peptic ulcer ซึ่งอาจมีแล้วตั้งแต่ก่อนผ่าตัดและมากำเริบมากขึ้นหลังปลูกถ่ายไต ดังนั้นในการพิจารณาผู้ป่วยที่จะเข้ารับการรักษาด้วยวิธีการปลูกถ่ายไตจึงควรให้ความสำคัญเกี่ยวกับโรคนี้ไว้ด้วยและควรรีบให้การรักษาก่อนทำการปลูกถ่ายไต บางแห่งแนะนำให้ยากกลุ่ม H2-blocker ในผู้ป่วยหลังปลูกถ่ายไตอย่างน้อย 1 ปีเพื่อป้องกันการกำเริบของโรคนี้สาเหตุอื่นที่ทำให้เกิดแผลในเยอบุทางเดินอาหาร ได้แก่ การติดเชื้อกลุ่มฉวยโอกาส (opportunistic infection) เช่น เชื้อรา ไวรัสกลุ่ม CMV และ Herpes เป็นต้น ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญอีกอันหนึ่ง คือ ตับอ่อนอักเสบ (pancreatitis) สาเหตุที่ทำให้เกิดได้แก่ ยากลุ่ม steroid, azathioprine, cyclosporine ซึ่งจะขึ้นอยู่กับขนาดยาที่ได้รับ ภาวะ Hyperparathyroidism ที่เกิดขึ้นหลังปลูกถ่ายไต และมีหลักฐานว่าอาจเกี่ยวข้องกับการติดเชื้อ CMV ด้วย ภาวะตับอ่อนอักเสบที่พบในผู้ป่วยปลูกถ่ายไตมักจะรุนแรงและการพยากรณ์โรคไม่ดี

## 8. ความผิดปกติเกี่ยวกับเมตะบอลิซึมและระบบฮอร์โมน

ภาวะแคลเซียมสูงในเลือดหลังปลูกถ่ายไต พบประมาณร้อยละ 15-30 ส่วนใหญ่จะสูงเพียงชั่วคราวในระยะ 1 ปีแรกหลังผ่าตัด สาเหตุเกิดจากระดับพอสเฟตในเลือดลดลงในขณะที่ผู้ป่วย ยังคงมีภาวะของ secondary hyperparathyroidism อยู่ โดยพบว่า มีการสูญเสียพอสเฟตทางปัสสาวะจำนวนมาก ต่อมาเมื่อภาวะ hyperparathyroidism เริ่มลดน้อยลงจากการที่ระดับพอสเฟตลดลงและเมตะบอลิซึมของวิตามินดีกลับสู่ปกติ จะทำให้ระดับแคลเซียมค่อยๆ ลดลงสู่ปกติ แต่ในบางรายอาจพบภาวะ persistent hyperparathyroidism ได้ เนื่องจาก parathyroid gland ทำงานโดยอัตโนมัติไม่ตอบสนองต่อ feedback mechanism ทำให้ระดับแคลเซียมจะสูงไปตลอดและอาจมีผลให้ไตเสื่อมสมรรถภาพลงได้ ในกรณีนี้อาจจำเป็นต้องทำ parathyroidectomy อย่างไรก็ตามในระยะหลังมักไม่ พบว่า ระดับแคลเซียมในเลือดสูงมากนัก เนื่องจากมีการควบคุมภาวะ secondary hyperparathyroidism ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังก่อนปลูกถ่ายไตได้ดีขึ้น จากผลของการให้ phosphate binders การให้ calcium supplementation และการให้ active vitamin D ในช่วงหลังผ่าตัด ปลูกถ่ายไตใหม่ๆ ซึ่งยังคงมีภาวะ hyperparathyroidism อยู่และมีการสูญเสียพอสเฟตไปทางปัสสาวะ จะพบว่า มีการสูญเสีย bicarbonate ไปทางปัสสาวะด้วยจากภาวะ proximal renal tubular acidosis ภาวะนี้จะค่อยๆ หายไปเมื่อภาวะ hyperparathyroidism และระดับพอสเฟตกลับสู่ปกติ ส่วนภาวะ distal renal tubular acidosis ก็อาจพบได้ ซึ่งอาจเป็นผลจากภาวะ acute tubular necrosis ,acute rejection,

chronic rejection และผลจากยา cyclosporine ภาวะ hyperuricemia พบได้บ่อยจากผลของยา azathioprine, cyclosporine ก็อาจทำให้ระดับยูริคสูงได้แต่พบน้อยกว่า บางรายอาจทำให้เกิด gouty arthritis ได้ ไม่ควรใช้ allopurinol รักษาในกรณีนี้ที่ผู้ป่วยได้รับ azathioprine เป็นยากดภูมิคุ้มกัน เพราะ allopurinol จะขัดขวางการเผาผลาญ azathioprine ทำให้เกิดปัญหาจากการใช้ยา azathioprine

### 9. ภาวะเม็ดโลหิตแดงสูง (Postransplant Erythrocytosis)

ถ้าใช้เกณฑ์การวินิจฉัยคือ hematocrit มากกว่าร้อยละ 51 จะพบภาวะนี้ประมาณร้อยละ 17 มักพบภายใน 1 – 2 ปี แรกหลังปลูกถ่ายไต มักพบในผู้ป่วยที่การทำงานของไตหลังปลูกถ่ายดี ระดับครีอะตินินในเลือดไม่สูงและไม่ค่อยมีปัญหา rejection พบในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง ส่วนใหญ่มักจะยังคงมีไตเก่าอยู่ ภาวะนี้อาจทำให้เกิดหลอดเลือดอุดตันได้ง่าย กล่าวคือจะพบประมาณร้อยละ 22 ของผู้ป่วยที่มีภาวะเม็ดโลหิตแดงสูง นอกจากนี้ยังอาจทำให้เกิดความดันโลหิตสูง ปวดศีรษะ และรู้สึกอ่อนเพลียได้ การรักษา พบว่า การใช้ยากลุ่ม angiotensin converting enzyme inhibitor เช่น captopril, enalapril ได้ผลดีเกือบทุกราย ระดับ Hematocrit จะลดลงภายใน 6 สัปดาห์ และไม่พบว่า มีผลเสียต่อการทำงานของไตแต่จะต้องให้ไปตลอด เชื่อว่า ACEI ออกฤทธิ์โดยลดการสร้าง erythropoietin จาก native kidney แต่อย่างไรก็ตามบางรายก็ไม่พบความเปลี่ยนแปลงของระดับ erythropoietin หลังให้ ACEI ในรายที่ ACEI ไม่ได้ผล อาจใช้ theophylline รักษาภาวะนี้ได้ ควรหลีกเลี่ยงการให้ diuretics เพราะจะยิ่งทำให้เกิดภาวะเลือดเข้มข้นมากยิ่งขึ้นรายที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาอาจต้องทำ phlebotomy เป็นครั้งคราวไป ถ้าระดับ hematocrit มากกว่าร้อยละ 52

### 10. ภาวะแทรกซ้อนทางไต (Renal complication)

10.1 Glomerulonephritis ที่เกิดขึ้นอยู่ก่อนแล้วใน donor แต่ไม่ทราบมาก่อน ฟังจะทราบหลังนำมาปลูกถ่ายให้ recipient โดยการทำ kidney biopsy ในขณะที่ทำการผ่าตัด

10.2 โรคที่เกิดขึ้นในไตใหม่ (recurrent renal disease) ซึ่งบางชนิดอาจทำให้เกิดไตวายเรื้อรังอีกได้

10.3 Transplant glomerulopathy เชื่อว่าเกี่ยวข้องกับภาวะ chronic rejection ลักษณะทางพยาธิจะเป็นแบบ membranoproliferative glomerulonephritis type I เป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดของ posttransplant nephrotic syndrome

10.4 โรคที่เกิดขึ้นใหม่ในไตที่ปลูกถ่าย (de novo glomerulopathy) ที่พบบ่อย ได้แก่ membranous nephropathy และ focal and segmental glomerulosclerosis ซึ่งมักจะมีการดำเนินโรคที่เร็วกว่าที่เกิดในผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการปลูกถ่ายไต



## 11. Cyclosporine Nephrotoxicity

เป็นสาเหตุที่สำคัญและพบได้บ่อยอันหนึ่งที่ทำให้ไตที่ปลูกถ่ายเสื่อมหน้าที่ลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะแรกๆ ซึ่งต้องแยกจากภาวะ acute rejection และ acute tubular necrosis กลไกที่ทำให้ cyclosporine มีพิษต่อไตคือ renal vasoconstriction ทำให้ renal blood flow และ GFR ลดลง ฤทธิ์อันนี้จะขึ้นอยู่กับขนาดยาที่ได้รับแต่ไม่สามารถวินิจฉัยภาวะนี้จากระดับยาในเลือดเพียงอย่างเดียวได้ ต้องอาศัยลักษณะทางคลินิกรวมทั้งการตรวจทางพยาธิประกอบด้วย

### 6. การติดเชื้อและการใช้ยากดภูมิคุ้มกัน

หลังจากผู้ป่วยปลูกถ่ายไตต้องรับประทานยากดภูมิคุ้มกันตลอดชีวิตเพื่อป้องกันภาวะสลัดไต (Acute Rejection) และป้องกันภาวะไตเสื่อมหน้าที่ (Deterioration of kidney function) (Kidney Disease Improving Global Outcome (KDIGO), 2009) ซึ่งเป็นความเสี่ยงสำคัญของผู้ป่วยหลังปลูกถ่ายไตเพราะถ้าร่างกายต่อต้านไตใหม่จะทำให้เกิดไตวายและต้องกลับไปฟอกเลือดอีกได้ ซึ่งยากดภูมิคุ้มกันมีผลข้างเคียงของยา เช่น น้ำหนักเพิ่ม กระดูกบาง ผอม ดก สิว และมะเร็ง เป็นต้น นอกจากนี้ผลของการกดภูมิคุ้มกันทำให้ผู้ป่วยติดเชื้อง่ายจึงต้องดูแลร่างกายป้องกันการติดเชื้อ (National Kidney Foundation, 2011) การป้องกันการติดเชื้อจะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะส่งผลถึงผลลัพธ์ในระยะยาวด้วย ดังนั้น ผู้ป่วยปลูกถ่ายไตจึงควรได้รับการฉีดวัคซีนที่ไม่มีชีวิต เช่น วัคซีนไข้หวัดใหญ่ และมีการคัดกรองเพื่อให้ยาที่ป้องกันการติดเชื้อไวรัสด้วยตามมาตรฐานของ KDIGO 2009 และควรประเมินผลข้างเคียงกับประโยชน์จากการใช้ยากดภูมิคุ้มกันให้สมดุลกัน (Bia et al., 2010) กอนคาลซ์ และคณะ (Goncalves, Reveies, Martins, Rodrigues, & Rodrigues, 2016) ศึกษาความสัมพันธ์ของการกินยากดภูมิคุ้มกันในผู้ป่วยปลูกถ่ายไต โดยการทบทวนวรรณกรรมตั้งแต่ปี 2009 – 2014 ผลการทบทวน พบว่า ความสัมพันธ์ของการกินยากดภูมิคุ้มกันมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรม ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา อาชีพ ปัจจัยจากตัวผู้ป่วย ได้แก่ ลี้ม และชีวิตประจำวัน สภาวะที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เวลาตั้งแต่ปลูกถ่ายไต ภาวะซึมเศร้า และปัจจัยด้านการรักษา ได้แก่ ความซับซ้อนของยาที่ได้รับ ซึ่งปัจจัยเสี่ยงของการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ได้แก่ 1) พฤติกรรมหลังปลูกถ่ายไต 2) อาการป่วยทางจิต 3) ความผิดปกติทางบุคลิกภาพ 4) แรงสนับสนุนทางสังคมน้อย 5) การใช้สารเสพติดและพฤติกรรมเสี่ยง 6) ว่างรุ่น 7) การศึกษา 8) ระยะเวลาหลังปลูกถ่ายไตในระยะแรกจะสูง 9) ขาดการมาตรวจตามนัด 10) การได้รับความรู้เกี่ยวกับการปลูกถ่ายไตไม่เพียงพอ 11) ผลข้างเคียงของยา และ 12) การได้รับยาที่ซับซ้อน (Kidney Disease Improving Global Outcome (KDIGO), 2009)

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไตจำเป็นต้องรักษาสุขภาพส่วนบุคคลและมีพฤติกรรมที่ช่วยป้องกันการติดเชื้อในร่างกาย ได้แก่ การรักษาความสะอาดร่างกายและเครื่องใช้ที่อยู่อาศัย การรับประทานอาหารปรุงสุกใหม่ การล้างมืออย่างสม่ำเสมอ การสวมหน้ากากอนามัยเมื่ออยู่ในที่ชุมชน และหลีกเลี่ยงการสัมผัสกับผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ เป็นต้น ดังนั้น ผู้ป่วยจึงควรดูแลตนเองรวมทั้งผู้ดูแลในชุมชนที่ควรช่วยดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อซึ่งอาจจะลุกลามถึงขั้นติดเชื้อในกระแสเลือดจนทำให้เสียชีวิตซึ่งเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของผู้ป่วยหลังปลูกถ่ายไต (สมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย, 2560)

### 7. การดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต

การดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตนั้น ครอบคลุมการดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหารยากดภูมิคุ้มกัน ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้านอารมณ์ ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และด้านการมาตรวจตามนัด ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้ (National Kidney Foundation, 2011)

1. การรับประทานยากดภูมิคุ้มกัน (Immunosuppressant) เพื่อป้องกันการต่อต้านไตใหม่ของร่างกาย ซึ่งต้องรับประทานยาถูกต้อง ตรงเวลา ตลอดชีวิต และเฝ้าระวังอาการข้างเคียง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง น้ำหนักขึ้น การติดเชื้อง่าย เสี่ยงต่อการเกิดมะเร็ง
2. การป้องกันการติดเชื้อ โดยลดการสัมผัส (Expose) เชื้อโรคและคนที่ป่วย สร้างสุขนิสัยที่ดี (Good Hygiene Behavior) ล้างมือบ่อยๆ หรือใช้น้ำยาฆ่าเชื้อล้างมือเมื่อเป็นหวัดหรือช่วงใช้หวัดใหญ่ระบาด ป้องกันการเกิดบาดเจ็บ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ดูแลสุขลักษณะ หลีกเลี่ยงการสัมผัสผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วย หลีกเลี่ยงเสมหะของเด็กที่เพิ่งได้รับวัคซีน
3. ฉีดวัคซีน แต่หลีกเลี่ยงวัคซีนที่มีชีวิต
4. ป้องกันเบาหวานหลังปลูกถ่ายไต (New-Onset Diabetes After Transplant: NODAT) ประเมินความเสี่ยงถ้าคนในครอบครัวเป็นเบาหวานก็จะเสี่ยงเพิ่มขึ้น จึงควรเจาะเลือดเป็นระยะและควบคุมอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตและออกกำลังกาย ไม่ให้น้ำหนักเพิ่ม
5. การป้องกันความดันโลหิตสูงโดยการควบคุมน้ำหนักและออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ลดอาหารเค็ม
6. ป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงโดยควบคุมอาหารที่มีไขมันและออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่อาจเกิดขึ้นได้
7. การดื่มน้ำ 3 ลิตรต่อวัน

8. ป้องกันมะเร็งโดยหลีกเลี่ยงแสงแดด สวมใส่เสื้อผ้าและทาครีมป้องกันรังสี UVA และ UVB

9. ด้านจิตใจ หลังปลูกถ่ายไตมักจะเกิดความวิตกกังวลและซึมเศร้าเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้บริจาคไตและกลัวไตเสียหายที่ หากมีอาการมากควรปรึกษาทีมผู้ดูแล

10. วิถีชีวิตสุขภาพดี (Health Lifestyle) ซึ่งจะช่วยให้รู้สึกดี ผาสุก (Wellness) โดยกลับไปใช้ชีวิตประจำวันตามปกติ ไปทำงาน ไปโรงเรียน เพิ่มกิจกรรมทางกายภาพ (Physical activity)

## 8. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่าย

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต มีความเกี่ยวข้องของปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Health Determinant) ทั้งในส่วนของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยสิ่งแวดล้อม และปัจจัยกำหนดสุขภาพ ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

### 1. ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal Factor)

มีการศึกษา พบว่า หากผู้ป่วยมีหน้าที่ด้านร่างกาย (Physical function) ต่ำจะทำให้เกิดภาวะพึ่งพิงเพิ่มมากขึ้นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เพิ่มการใช้ทรัพยากรในระบบบริการสุขภาพ เพิ่มการใช้บริการพยาบาลประจำบ้าน (nursing home) ผู้ป่วยที่ถูกจำกัดน้ำขณะฟอกเลือดก่อนที่จะผ่าตัดปลูกถ่ายไต เมื่อหลังผ่าตัดจะทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกระหายน้ำและไม่สามารถดื่มน้ำปริมาณมากได้ซึ่งส่งผลต่อการทำงานของไตได้ ส่วนด้านจิตใจนั้น พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะเครียดหรือซึมเศร้านั้นจะส่งผลต่อการดูแลตนเองที่ไม่ดีเช่นกัน (Bayliss, Ellis, & Steiner, 2007) รวมทั้ง ความกลัวการขาดเจ็บบริเวณแผลผ่าตัดก็ทำไม่กล้ามีกิจกรรมทางกายหรือความสามารถในการจัดการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองไม่ได้หมดก็ทำให้การดูแลตนเองไม่ถูกต้อง (Gordon, Prohaska, Gallant, & Siminoff, 2009) นอกจากนี้ ยังวิจัยเชิงสำรวจศึกษาในประเทศญี่ปุ่นเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองที่ดี (Good Self-Management) โดยกลุ่มตัวอย่าง 200 คน เปรียบเทียบ 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ปฏิบัติสม่ำเสมอ (adherence) กับกลุ่มที่ปฏิบัติตัวไม่สม่ำเสมอ (non-adherence) ผลการศึกษา พบว่า ในระยะสั้น 2-5 ปีหลังปลูกถ่ายไต ผู้ป่วยที่รับไตจากผู้บริจาคสมองตายมีการจัดการตนเองที่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากการรอดคอกว่า จะได้ไตนานทำให้ต้องดูแลรักษาไตเป็นอย่างมาก (Gordon et al., 2009) จากการเก็บข้อมูลย้อนหลังจากรายงานของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะ (Organ Procurement Transplant Network) ปี 1987 – 2010 จำนวน 168,809 ราย พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับไตเมื่ออายุ 14-16 ปี มีความเสี่ยงสูงที่สุดต่อการเกิดไตเสียหายที่ (Graft loss) และผู้ป่วยที่มีผิวดำเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดไตเสียหายที่

ด้วย (Andreoni et al., 2013) รวมทั้ง อายุ เพศ ความเชื่อ เชื้อชาติ จิตใจความเครียด แรงผลักดันภายในผู้ป่วย (Intrinsic force) มีความกลัวและความสามารถแห่งตนต่ำ (Goncalves et al., 2016; Zelle et al., 2016) ก็เป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่ส่งผลต่อการดูแลตนเองทั้งสิ้น

## 2. ปัจจัยสิ่งแวดล้อม (Environment Factor)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตนั้น ได้แก่ ด้านการเงิน เศรษฐกิจ รายได้ (Gordon et al., 2009; Ndemera, & Bhengu, 2017) รวมทั้ง อาชีพและหน้าที่การงาน ผู้ป่วยปลูกถ่ายไตที่มีงานทำจะมีการกินยากดภูมิคุ้มกันที่สม่ำเสมอ เนื่องจากสามารถกำหนดเวลาที่กินยาได้สม่ำเสมอและตรงเวลากว่าคนที่ไม่ทำงานทำ (Shimaya et al., 2015) นอกจากนี้ ยังพบว่า ความรู้ในเรื่องการดูแลตนเองก็เป็นปัจจัยสำคัญ เนื่องจากหากผู้ป่วยได้รับความรู้ที่อาจจะไม่ครอบคลุม (Ballesteros et al., 2017) หรือผู้ป่วยบางคนก็มีการหาความรู้ทางอินเทอร์เน็ตและอ่านงานวิจัยตั้งแต่ก่อนปลูกถ่ายไต เนื่องจากการปลูกถ่ายไตเป็นสิ่งเดียวที่จะทำให้มีชีวิตต่อไปได้และความรู้เป็นสิ่งที่จะทำให้การปลูกถ่ายไตประสบความสำเร็จ ส่วนการได้รับสนับสนุนจากครอบครัว (Family support) และชุมชน (Community support) ก็ถือเป็นอีกปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยเช่นกัน ทำให้มีการช่วยเหลือ ช่วยเตือนเรื่องการปฏิบัติตัว การให้กำลังใจ เกิดเครือข่ายทางสังคมที่ส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยให้ดีขึ้น (Ndemera, & Bhengu, 2017) รวมทั้ง การสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วย (Bayliss et al., 2007) ก็มีความเกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเช่นกัน เนื่องจากชุมชนยังขาดความไว้วางใจต่อผู้ให้บริการและผู้ให้บริการเองก็มีการสื่อสารที่มองข้ามการให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม (Namatovu, Ndoboli, Kuule, & Besigye, 2014) สมาชิกในชุมชนยังขาดความรู้ในการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง เนื่องจากไม่รู้ว่าเป็นอะไร ประกอบด้วยอะไรบ้าง (Center for Health Human Rights and Development [CEHURD], 2014)

## 3. ปัจจัยระบบบริการ (Health Service Factor)

จากการศึกษา พบว่า ระบบบริการสุขภาพควรมีการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนเข้ามาในระบบบริการสุขภาพ เพราะในปัจจุบันการมีส่วนร่วมของชุมชนยังมีน้อยในระบบบริการสุขภาพ จึงควรมีการสนับสนุนให้ชุมชนเต็มใจในการเข้ามามีส่วนร่วม รู้สึกว่าตนเองเป็นเจ้าของบริการสุขภาพของสมาชิกในชุมชน เป็นส่วนหนึ่งของการนำในพื้นที่ ประสานงานกับทีมสุขภาพของหมู่บ้านและเข้าร่วมประชุมพบปะเป็นประจำ (Namatovu et al., 2014) ระบบบริการยังไม่กระจายอำนาจให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ระบบบริการยังควบคุมเรื่องของเงินและงบประมาณต่างๆ ทรัพยากรไม่ได้ใช้ประโยชน์ในการส่งเสริมการมีส่วนร่วม ซึ่งการให้มีการ



ควบคุมโดยตำบลหรือท้องถิ่น วัฒนธรรมทางสังคมยังไม่ค่อยยอมรับในชุมชนเป็นผู้นำและกลไกการสะท้อนกลับของชุมชนยังไม่มีประสิทธิวิภาพ ซึ่งกิจกรรมการมีส่วนร่วมในชุมชนมีความหลากหลายแต่มีส่วนน้อยที่ตรงกับชุมชนจริง (George, Mehra, Scott, & Sriram, 2015) สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตนั้น ระบบบริการสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยเช่นกัน หากบุคลากรทางการแพทย์ ในระบบบริการสุขภาพให้ความรู้ที่ไม่ครอบคลุม หรือขาดการสนับสนุนด้านทรัพยากรเครื่องมือในการติดตามตนเองของผู้ป่วย ก็ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องได้ รวมทั้งทัศนคติของผู้ให้บริการด้วย (Ndemera, & Bhengu, 2017) ระบบบริการถือเป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย (National Health System England, 2017) ดังนั้น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ระบบบริการต้องส่งเสริมให้มีการรับรู้สุขภาพที่ถูกต้องรวมทั้งเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจเกี่ยวกับประเด็นสุขภาพของผู้ป่วย (Center for Health Human Rights and Development [CEHURD], 2014)

นอกจากนี้ ยังได้มีการศึกษาปัจจัยแรงจูงใจและปัจจัยอุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้ (Ndemera, & Bhengu, 2017)

ปัจจัยที่เป็นแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไต มีดังนี้

1. ตารางประจำวัน (Scheduled routine) การตั้งตารางเวลาเพื่อรับประทานยากดภูมิคุ้มกันเข้าและเย็น เช่น ตั้งเวลาในโทรศัพท์มือถือถือ หรือ ทำกล่องใส่ยา จะช่วยให้ไม่ลืมรับประทานยา
2. ความเป็นอิสระ (Independence) เป็นปัจจัยจูงใจที่สำคัญอย่างยิ่งในการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เคร่งครัดตามคำแนะนำ เนื่องจากจะทำให้สามารถมีวิถีชีวิตเป็นปกติประจำวันได้ ต่างจากตอนที่ต้องฟอกเลือดสามารถไปทำงานได้ตามปกติและใช้ชีวิตแบบที่ต้องการได้
3. ความรู้ (Knowledge) การได้รับความรู้อย่างเพียงพอเกี่ยวกับชนิดและฤทธิ์ข้างเคียงของยากดภูมิคุ้มกัน ข้อมูลเรื่องการจัดการตนเอง (Self management) และสิ่งที่เกี่ยวข้องเป็นปัจจัยจูงใจให้ปฏิบัติตนตามคำแนะนำ เพื่อหลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนและการสูญเสียไต ผู้ป่วยบางคนหาความรู้ทางinternet และอ่านงานวิจัยตั้งแต่ก่อนปลูกถ่ายไต เนื่องจากการปลูกถ่ายไตเป็นสิ่งเดียวที่จะทำให้มีชีวิตต่อไปได้และความรู้เป็นสิ่งที่จะทำให้การปลูกถ่ายไตประสบความสำเร็จ
4. สรีระวิทยา (Physiological) เป็นปัจจัยที่ทำให้มีการส่งเสริมสุขภาพด้านร่างกาย

5. ไม่มีฤทธิ์ข้างเคียงของยาหรือมีน้อย (Few or no side effect) ช่วยทำให้ผู้ป่วยกินยาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

6. แรงจูงใจด้านจิตสังคม (Psychological motivation) เป็นปัจจัยที่ช่วยให้มีการจัดการตนเองที่ดี นอกจากนี้การกลัวไตเสียหาย (graft loss) และความรู้สึกมีคุณภาพชีวิตที่ดีก็ช่วยทำให้ดูแลตนเองที่ดีเช่นกัน

7. ความกลัวไตเสียหาย (Fear of graft loss) การกลัวไตเสียหายแล้วต้องกลับไปฟอกเลือดใหม่ กลับไปจำกัดอาหาร และการไม่ยอมทำให้คนให้ไตซึ่งเป็นคนในครอบครัวผิดหวัง เป็นปัจจัยให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมบริการอย่างเคร่งครัด

8. ความรู้สึกเชิงบวกต่อความผาสุกของชีวิต (Positive sense of well-being) ผู้ป่วยรู้สึกว่าการมีชีวิตมีความสุขหลังปลูกถ่ายไต ไม่เหน็ดเหนื่อย กลับไปทำงานและช่วยเหลือครอบครัวได้ ได้รับการยอมรับจากครอบครัว จึงเป็นปัจจัยให้มีการดูแลตนเองที่ดี

9. ระบบการสนับสนุน (Support systems) เป็นปัจจัยจูงใจที่ทำให้ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบในการดูแลตนเองให้ดี ได้แก่ การสนับสนุนจากผู้ป่วยปลูกถ่ายไตเหมือนกัน จากครอบครัว ชุมชน จากวิชาชีพที่ให้บริการสุขภาพ และการสนับสนุนด้านการเงิน

10. การสนับสนุนจากกลุ่มผู้ป่วยปลูกถ่ายไต (Peer support) การได้พบปะพูดคุยกับกลุ่มผู้ป่วยปลูกถ่ายไตที่มีประสบการณ์เหมือนกัน ทั้งเรื่องปัญหาสุขภาพและการแก้ไข มีการใช้แอปพลิเคชันกลุ่มที่มีแพทย์อยู่ในกลุ่มด้วยช่วยในการตอบปัญหาต่างๆ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ทำให้รู้สึกว่าคุณอื่นทำได้ เราก็ต้องทำได้ จึงเป็นปัจจัยจูงใจให้มีการดูแลตนเองที่ดี เพื่อให้ไตทำหน้าที่ได้ดีตลอดที่ยังมีชีวิตอยู่

11. การสนับสนุนจากครอบครัว (Family support) เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองที่ดี ทั้งพ่อ แม่ พี่น้องและสามี ภรรยา ที่ช่วยดูแลและเตือนเรื่องการกินยา การกินอาหารและการปฏิบัติตนตามคำแนะนำของพยาบาล

12. การสนับสนุนจากชุมชน (Community support) โดยชุมชนจะช่วยจัดสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนในการดูแลตนเอง เช่น เพื่อนบ้านจะตระหนักเรื่องการมีไตใหม่ในร่างกาย ก็จะไม่เรียกไปร่วมกับกิจกรรมของชุมชนเพื่อหลีกเลี่ยงการติดเชื้อซึ่งอาจทำให้เสียไตได้ รวมทั้งการให้กำลังใจในการดูแลตนเองและการให้เงินบริจาคที่โบสถ์อีกด้วย

13. การสนับสนุนจากวิชาชีพทางสุขภาพ (Healthcare professional support) ได้แก่ การให้คำปรึกษาเมื่อเกิดปัญหาอย่างเป็นมิตร สามารถโทรหาได้ การดูแลดูแลญาติมิตร



การฟังและการให้คำแนะนำที่ดี ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าจะไม่ยากทำให้เจ้าหน้าที่ผิดหวังจึงดูแลตนเองให้ดีตามคำแนะนำ บางคนรู้สึกว่าจะแพทย์และพยาบาลเป็นเหมือนพระเจ้า

14. การสนับสนุนด้านการเงิน (Financial support) โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่มีงานทำ หรือได้รับการสนับสนุนเงินจากรัฐบาลไม่เพียงพอที่จะกินอาหารสุขภาพหรือการมาตรวจตามนัด บางคนต้องหยุดทำงานช่วงพักเลือดและใช้เงินจากพ่อแม่ บางคนใช้เงินจากสามี ซึ่งการสนับสนุนด้านการเงินเป็นปัจจัยช่วยให้สามารถดูแลตนเองให้ได้ดี

15. ระบบสุขภาพ (Healthcare system motivators) ได้แก่ กระบวนการจัดการปลูกถ่ายไต การส่งเสริมการดูแลตนเอง การให้ความรู้ที่มีประสิทธิภาพ

16. กระบวนการที่มีประสิทธิภาพ (Effective process) กระบวนการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตตั้งแต่เริ่มเข้ามาในโรงพยาบาลจนถึงออกจากโรงพยาบาล ถ้าเป็นไปอย่างเรียบร้อยมีประสิทธิภาพจะเป็นปัจจัยสำคัญในการดูแลตนเองของผู้ป่วย เช่น แพทย์ออกตรวจตรงเวลา เจ้าหน้าที่ตรวจปัสสาวะ การจ่ายยาเร็ว

17. การให้ความรู้ที่มีประสิทธิภาพ (Effective health education) การให้ความรู้ของแพทย์และพยาบาลทั้งในระยะก่อนและหลังปลูกถ่ายไต เป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจและปฏิบัติตามคำแนะนำ

ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไต มีดังนี้

1. งานยุ่ง (Busy work schedule) ทำให้ไม่สามารถกินยาตรงเวลาได้ เนื่องจากไม่สามารถละทิ้งมาได้และเพิ่งกลับไปทำงานหลังปลูกถ่ายไตเกรงว่าจะไม่ได้รับการยอมรับจากที่ทำงาน

2. การขาดความรู้/ไม่สนใจ (Lack of knowledge/ignorance) การขาดความรู้ส่งผลให้มีการดูแลตนเองที่ไม่ดี รวมทั้งการที่ให้ความรู้เรื่องยาเพียงอย่างเดียวแต่ไม่ให้ความรู้เรื่องวิถีชีวิต (lifestyle) ก็เป็นอุปสรรคเช่นกัน เนื่องจาก บางครั้งผู้ป่วยไม่ทำเพราะไม่เห็นประโยชน์หรือไม่เข้าใจ เช่น หยุดกินยากดภูมิคุ้มกันเพราะเห็นว่าปัสสาวะปกติและรู้สึกโอเค ซึ่งเมื่อมาตรวจเลือดตามนัด พบว่า ไตเสียหายที่เพราะไม่กินยา หรือเมื่อมีอาการของภาวะสลัดไต (Graft rejection) แต่ผู้ป่วยไม่รู้รวมทั้งผู้ให้บริการเน้นการให้ความรู้เรื่องยาในขณะที่ผู้ป่วยต้องการความรู้เรื่องการออกกำลังกาย อาหาร การสังเกตอาการผิดปกติ และการเฝ้าระวังตนเองที่บ้านด้วย

3. วิถีชีวิตที่ไม่ดีต่อสุขภาพ (Unhealthy lifestyle habits) ได้แก่ การเที่ยวคลับ ดื่มเหล้า สูบบุหรี่ โดยเฉพาะในผู้ป่วยวัยรุ่น แม้ว่าจจะรู้ว่าไม่ดีต่อสุขภาพแต่การดื่มเหล้าทำให้ลืมเรื่อง

กังวลต่างๆ วิธีชีวิตที่ไม่ดีต่อสุขภาพเป็นอุปสรรคทำให้กินยากดภูมิคุ้มกันไม่ตรงเวลาและขาดการมาตรวจตามนัด

4. อุปสรรคด้านร่างกาย (Physiological barrier)
5. ฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่รุนแรง (Severe side effect) เช่น ท้องเสีย แผลในกระเพาะอาหาร ทำให้หยุดกินยา
6. สุขภาพไม่ดี (Poor health) เมื่อเจ็บป่วยเป็นอุปสรรคที่ทำให้การดูแลตนเองลดลง เช่น ไม่อยากอาบน้ำ แปรงฟัน การกินอาหาร เป็นต้น
7. อุปสรรคด้านจิตสังคม (Psychological barriers) ได้แก่ ขาดการสนับสนุนจากครอบครัว ระบบสุขภาพ ชุมชน
8. ขาดการสนับสนุน (Lack of support) ได้แก่ การสนใจจากคนในครอบครัวซึ่งพยายามให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง ผู้ป่วยบางคนรู้สึกซึมเศร้าและต้องการพบจิตแพทย์ บางครั้งเกิดความเครียดจึงรับประทานยาที่ไม่ดีต่อสุขภาพ
9. การรับรู้ที่ผิดเมื่อเกิดความผาสุก (False sense of well-being) หลังปลูกถ่ายไต ผู้ป่วยรู้สึกว่าชีวิตปกติจึงหยุดการรักษาเพราะคิดว่ามีความผาสุกแล้ว ไม่กินยา ไม่ตรวจตามนัดจนเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา
10. อุปสรรคด้านระบบสุขภาพ (Healthcare system relates barriers) ได้แก่ การที่โรงพยาบาลไม่ให้ความสำคัญกับการดูแลตนเองของผู้ป่วย ขาดเครื่องมือในการเฝ้าระวังตนเองให้ความรู้กับผู้ป่วยไม่เพียงพอ
11. ขาดเครื่องมือในการเฝ้าระวังตนเอง (Lack of self-care monitoring equipment) ได้แก่ เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องเจาะน้ำตาลในเลือด ปรอทวัดไข้ ซึ่งผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้เฝ้าระวังตนเองที่บ้าน
12. การให้ความรู้ไม่เพียงพอ (Inadequate health education) ทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ไม่ดี กินยาไม่ต่อเนื่อง ปรับตัวกับวิธีชีวิตใหม่ไม่ได้ รวมถึงการให้ความรู้ก่อนจำหน่ายเท่านั้นทำให้ผู้ป่วยไม่มั่นใจเมื่อออกจากโรงพยาบาล
13. ทศนคติเชิงลบกับเจ้าหน้าที่ (Negative staff attitudes) การเข้าถึงยาก พฤติกรรมบริการที่หยาบคาย ไม่เป็นมิตรทำให้ผู้ป่วยไม่อยากมาตรวจตามนัดและกลัวที่จะสอบถามจึงส่งผลให้เกิดการดูแลตนเองไม่ดีด้วย

14. สถานะทางสังคมเศรษฐกิจต่ำ (Low socio-economic status) เนื่องจากผู้ป่วยบางส่วนไม่มีงาน ไม่มีรายได้ทำให้ไม่สามารถดูแลตนเองให้ดีได้ เช่น การกินอาหารที่ดี การทำงานหนักอย่างหนักเลี้ยงไม่ได้ หรือการต้องเช่าห้องอยู่ร่วมกับคนอื่น

จากการทบทวนดังกล่าวสรุปได้ว่าการปลูกถ่ายไตนับว่าเป็นการรักษาที่มีมาตรฐานดีที่สุดและทำให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายกลับมามีคุณภาพชีวิตใกล้เคียงคนปกติซึ่งเป็นที่ยอมรับทั่วโลก ในปัจจุบันประเทศไทยยังมีผู้ป่วยที่รอรับการปลูกถ่ายไตจำนวนมากซึ่งผู้ป่วยจะต้องมีการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เตรียมไต จนถึงค่าใช้จ่าย หลังจากปลูกถ่ายไตผู้ป่วยต้องกินยากดภูมิคุ้มกันตลอดชีวิตและปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นภายหลัง ซึ่งปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองนั้นมีความเกี่ยวข้องกันกับปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Health Determinant) ทั้งด้านปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยสิ่งแวดล้อม และปัจจัยระบบบริการสุขภาพ หากผู้ป่วยได้รับปัจจัยที่เป็นเชิงบวกก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตนที่ดีในทางตรงกันข้ามหากปัจจัยเป็นเชิงลบก็จะส่งต่อการปฏิบัติตัวที่ไม่สม่ำเสมอ ไม่ถูกต้อง เกิดปัญหาสุขภาพตามมา

ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานยากดภูมิคุ้มกัน ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้านอารมณ์ ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และด้านการมาตรวจตามนัด นอกจากผู้ป่วยจะดูแลตนเองแล้วยังต้องอาศัยการดูแลจากครอบครัว ผู้ดูแลคนใกล้ชิดหรือผู้นำชุมชน รวมทั้งเจ้าหน้าที่รัฐเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล จากการศึกษา พบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนจะช่วยให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี รวมทั้งการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอด้วย เช่น มีคนคอยดูแลเรื่องการรับประทานยากดภูมิคุ้มกันให้ตรงเวลา มีคนพาไปตรวจตามนัด เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตได้รับการดูแลที่ดีและเกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่มีตามมา

### การมีส่วนร่วมของชุมชน

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดให้การประสานความร่วมมือในระบบสาธารณสุขเป็นสิ่งสำคัญสูงสุด ในการพัฒนาสุขภาพ ตั้งแต่ปี 1948 เป็นต้นมา และในปี 1960 – 1970 การมีส่วนร่วมของชุมชนได้มีการปฏิบัติโดยใช้โปรแกรมต่างๆ เพิ่มขึ้นมากมาย เช่น โปรแกรมในแก้วเตมาลา แทนซาเนีย ที่ทำให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้นทำให้โปรแกรมการมีส่วนร่วมของชุมชนมีความสำคัญและชุมชนมีความรับผิดชอบเพิ่มมากขึ้น ต่อมาในปี 1978 การมีส่วนร่วมของชุมชนมีความสมบูรณ์ในมิติต่างๆที่เกี่ยวข้องกลายมาเป็นเสาหลักของสุขภาพในทุกองค์ประกอบ ในปี 1986 กฎบัตร Ottawa ได้เห็นประกาศการประชุมการส่งเสริมสุขภาพครั้งแรก (International

Community on Health Promotion) ซึ่งให้เห็นความสำคัญของบทบาทการสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชน เป็น 1 ใน 5 ของการส่งเสริมสุขภาพ ตั้งแต่นั้นเป็นต้นมาการมีส่วนร่วมของชุมชนจึงเป็นประเด็นที่นำไปสู่การปฏิบัติมากมาย เช่น สุขาภิบาล โภชนาการ วัคซีน และการควบคุมโรค และมีการศึกษาเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนนำไปสู่สุขภาพที่ดีขึ้น (World Health Organization, 2004) การมีส่วนร่วมเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดที่ทำให้การดำเนินการส่งเสริมสุขภาพมีความยั่งยืน ประชาชนต้องเป็นศูนย์กลางของการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพและกระบวนการตัดสินใจจึงจะมีประสิทธิผลสูงสุด (สินศักดิ์ชนม์ อุณพรมมี, 2556) การศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วย ความหมาย ความสำคัญ ชนิด ระดับ รูปแบบ การมีส่วนร่วมของชุมชน การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของชุมชน และปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

### 1. ความหมายของการมีส่วนร่วมของชุมชน

ชุมชน หมายถึง กลุ่มคนที่มีความสนใจร่วมกัน เพื่อนบ้านหรือกลุ่มคนในพื้นที่เดียวกัน ซึ่งอาจจะเป็นสมาชิกของชุมชนหรือไม่เป็นก็ได้ (World Health Organization, 2002) แต่มีปัจจัยร่วมกัน ทั้งปัจจัยด้านพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ บรรทัดฐาน และความสนใจ (Ndekha, Hansen, Mølgaard, Woelk, & Furu, 2003) มีเอกลักษณ์เฉพาะกลุ่ม เช่น วัฒนธรรม การบริหาร การเมือง หรือมีกิจกรรม เช่น ทำงาน หรือ พักผ่อนหย่อนใจร่วมกัน (Marston et al., 2016)

การมีส่วนร่วม หมายถึง การที่ประชากรในพื้นที่เข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจและควบคุม ประเด็นที่ตระหนักหรือการปฏิบัติต่างๆในชุมชน ที่มีผลกระทบกับคนในชุมชนเอง (Devas, & Grant, 2003) เป็นกระบวนการที่เป็นความสัมพันธ์แบบเป็นพลวัตจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมดของชุมชน (Agarwal, 2001) และเป็นกระบวนการทางสังคมเฉพาะกลุ่มที่มีคุณลักษณะคล้ายกัน มีพื้นที่ กิจกรรม ตามที่สนใจ (Ndekha et al., 2003)

การมีส่วนร่วมด้านสุขภาพ หมายถึง แนวคิดที่คนในชุมชนจะต้องมีส่วนร่วมตั้งแต่ร่วมในการให้/รับรู้ข้อมูลข่าวสาร หรือรับรู้ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นในชุมชน ร่วมคิด วางแผน หา รูปแบบแนวทาง วิธีการ/กิจกรรมในการดำเนินงานส่งเสริมให้เกิดการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องร่วมตัดสินใจ สรุปความคิดเห็นกำหนดวิธีการจัดกิจกรรม การใช้ทรัพยากร ร่วมทำ ร่วมดำเนินการร่วมจัดกิจกรรม (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

การมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง กระบวนการของการทำงานที่ประสานความร่วมมือของทุกคนในกลุ่มที่มีลักษณะทางภูมิศาสตร์ ความสนใจพิเศษ หรือ สถานการณ์ที่คล้ายกัน เกี่ยวกับประเด็นที่มีผลต่อความผาสุกในชีวิต ซึ่งเป็นกระบวนการที่มีพลังที่ทำให้เกิดการ

เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่พัฒนาสุขภาพของสมาชิกในชุมชน การเปลี่ยนความสัมพันธ์ของผู้ที่มีส่วนร่วมจะช่วยกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งนโยบาย โปรแกรมและการปฏิบัติ (Smithies, & Webster, 1998) ต่อมาองค์การอนามัยโลก ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของชุมชนว่า หมายถึงกระบวนการที่คนสามารถมีกิจกรรมและมีส่วนเกี่ยวข้องอย่างแท้จริงในประเด็นที่ตระหนักและให้ความสำคัญของตนเอง การตัดสินใจเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลกระทบต่อชีวิต การกำหนดและดำเนินงานตามนโยบาย การวางแผน การพัฒนาและส่งมอบบริการ การแสดงบทบาทเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตามเป้าหมายของชุมชน (World Health Organization, 2002)

ดังนั้น จึงพอจะสรุปได้ว่าการมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึงกระบวนการของการทำงานที่ประสานความร่วมมือของคนในกลุ่มที่มีลักษณะทางภูมิศาสตร์ ความสนใจ หรือสถานการณ์ที่คล้ายกัน ในประเด็นที่ตระหนักและให้ความสำคัญของตนเองการตัดสินใจเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลกระทบต่อชีวิตทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่พัฒนาสุขภาพของสมาชิกในชุมชนเป็นเชิงบวก

## 2. ความสำคัญของการมีส่วนร่วมของชุมชน

การมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation) มีความสำคัญอย่างยิ่งในระบบบริการสุขภาพ เนื่องจากการมีส่วนร่วมเป็นปัจจัยหลักที่สำคัญที่มีความครอบคลุมปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคม (Social Health Determinant) (Rifkin, 2014) ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์สุขภาพที่ดี ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และ ปัญญา พฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น และทำให้ความพึงพอใจเพิ่มขึ้นด้วย (Bath, & Wakerman, 2015; Rifkin, 2014; Smith, Soubhi, Fortin, Hudon, & O'Dowd, 2012) นอกจากนี้การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพยังเป็นการออกแบบระบบสุขภาพที่สำคัญในระดับนโยบายในหลายประเทศทั่วโลก เช่น สหรัฐอเมริกา แคนาดา เอเชีย ยุโรป และออสเตรเลีย ดังนั้น การมีส่วนร่วมของชุมชนจึงมีความสำคัญทั้งในระดับโลก ภูมิภาค นานาชาติ ในการกำหนดนโยบายสุขภาพ (Marston et al., 2016) รวมทั้งประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุข จึงได้กำหนดนโยบายปฏิรูประบบบริการสุขภาพด้านปฐมภูมิ โดยจัดทำโครงการคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) ที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนเช่นกัน (กระทรวงสาธารณสุข, 2559ข) ซึ่งการมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถแก้ปัญหาสุขภาพทั้งระดับบุคคลและเพิ่มความสามารถในการแก้ปัญหาโดยรวม พัฒนาความสัมพันธ์ทางสังคมให้ดีขึ้น และทำให้ผู้ป่วยมีความหวังในอนาคต (Cragg et al., 2013)



การมีส่วนร่วมของชุมชนจึงนับว่าเป็นมีความสำคัญและจำเป็นระดับวิกฤติ ซึ่งถ้าไม่ทำจะไม่นำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีได้ เนื่องจากชุมชนมีความแตกต่างและซับซ้อนและการมีส่วนร่วมต้องมีการประเมินกระบวนการทางสังคมอีกด้วย (Draper, Hewitt, & Rifkin, 2010) สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตก็เช่นกัน การมีส่วนร่วมของชุมชนมีความสำคัญในการช่วยเหลือ ส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมเชิงบวกในการดูแลตนเองและปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างถูกต้อง สม่่าเสมอ (Ndemera, & Bhengu, 2017) ซึ่งการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพในการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชนนั้น ต้องเกิดจากจิตใต้สำนึกที่ต้องการเข้าร่วมในกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง เพื่อให้เกิดผลต่อความต้องการของกลุ่มคนและสอดคล้องกับวิถีชีวิตทางสังคมของชุมชน ซึ่งต้องคำนึงถึงวิถีการดำเนินชีวิต ค่านิยม ประเพณี ทัศนคติของบุคคล เพื่อให้เกิดความสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม เพราะกลุ่มคนในชุมชน มีความแตกต่างกันในลักษณะส่วนบุคคล ลักษณะทางเศรษฐกิจและการได้รับข้อมูลข่าวสาร (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

สำหรับความสำคัญของการมีส่วนร่วมของชุมชนมีต่อปัญหาด้านสุขภาพนั้นมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากปัญหาสุขภาพมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย ทั้งจากตัวบุคคลเองครอบครัว ชุมชนและสังคม ดังนั้น การจัดการกับปัญหาสุขภาพเหล่านั้นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมจากหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้อง การทำงานในรูปแบบเครือข่ายเป็นรูปแบบหนึ่งที่เป็นเครื่องมือหรือวิธีการทำงานร่วมกันให้มีประสิทธิภาพ เนื่องจากการทำงานแบบเครือข่ายเป็นการทำงานแบบ “ประสานพลัง” การทำงานแบบเครือข่ายเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดของการส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืน ทั้งนี้ เพราะสมาชิกเครือข่ายต่างมีบทบาทสำคัญต่อการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมาย โดยใช้กลไกของการสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลและประสบการณ์ มีการร่วมมือกันในเรื่องต่างๆ และยังทำให้มีพลังต่อรองกับอำนาจต่างๆ ได้ดีขึ้น การเชื่อมโยงกันในลักษณะเครือข่ายเป็นการเชื่อมโยงเข้าหากันเป็นเครือข่าย มิใช่เพียงการรวมกลุ่มของสมาชิกที่มีความสนใจร่วมกันในระดับเพียงแค่การพบปะแลกเปลี่ยนความคิดเห็นหรือร่วมสังสรรค์ด้วยกันเท่านั้น หากจะต้องพัฒนาไปสู่ระดับของการลงมือทำกิจกรรมร่วมกัน ด้วยเป้าหมายที่ร่วมกันด้วย (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

จากความสำคัญดังกล่าวในหลายประเทศจึงมีการนำการมีส่วนร่วมของชุมชนมาใช้ในการดูแลสุขภาพของประชาชน โดยบราซิลมีกลยุทธ์ทางสุขภาพโดยให้ชุมชนและครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม เรียกว่า Brazil Family Health Strategy (FHS) ซึ่งเป็นนวัตกรรมที่สำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพที่เติบโตอย่างรวดเร็วโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community Based) โดยค้นหา



ปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ อาการและอาการแสดงของโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และเป็นสะพานเชื่อมระหว่างการดูแลระดับปฐมภูมิกับองค์กรสาธารณสุข (Macinko, & Harris, 2015) สหรัฐอเมริกาได้มีการปรับเปลี่ยนการดูแลสุขภาพและการดูแลระดับปฐมภูมิ โดยจัดตั้ง Community Health Center (CHC) ขึ้นมากกว่า 8,000 แห่งทั่วประเทศ ให้ความสำคัญกับการดูแลในชุมชนตั้งแต่เริ่มแรก ดูแลสุขภาพฟัน พฤติกรรมสุขภาพต่างๆ และการบริการทางสังคม (Social Service) ประสานความร่วมมือกับหน่วยต่างๆ โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและสามารถทำให้ลดค่าใช้จ่ายได้ถึง 100 พันล้านดอลลาร์ใน 10 ปีแรก และ 1 ล้านล้านดอลลาร์ใน 10 ปีต่อมา (Adashi et al., 2010) ในประเทศญี่ปุ่น พบว่า การมีส่วนร่วมทางสังคม (Social Participation) มีความสัมพันธ์กับการมีกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมทางสังคม ทำให้รู้สึกว่าคุณค่าของตัวเองมีความหมายกับสังคม ทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าและมีความเป็นเจ้าของ ซึ่งอาจจะเป็นครอบครัว เพื่อน หรือชุมชน ที่จะเป็นแรงจูงใจให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมในชีวิตประจำวันเพิ่มมากขึ้น (Tomioka et al., 2017) การศึกษาในออสเตรเลีย พบว่า นอกจากการมีส่วนร่วมของชุมชนแล้วการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล (Caregiver) ก็มีความสำคัญในการดูแลสุขภาพเช่นกัน เนื่องจากร้อยละ 46 ของผู้ดูแลจะไม่ได้ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ เนื่องจากคำแนะนำอาจจะไม่ได้เฉพาะเจาะจงสำหรับดูแลที่บ้านซึ่งส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Fawley-King et al., 2013)

Vaidya, & Pradhan (2008) กล่าวว่าความสำคัญของการมีส่วนร่วมของชุมชนในงานสาธารณสุข มีดังนี้

## 1. ด้านการนำไปสู่การมีส่วนร่วมของชุมชนในสาธารณสุข

1.1 การตระหนักในหน้าที่ของประชาชนที่มีส่วนร่วมกับระบบสาธารณสุขและชุมชน

1.2 ระบบบริการไม่สามารถให้บริการตามความต้องการสุขภาพได้ (health needs)

1.3 มาตรฐานที่เพิ่มขึ้น ความคาดหวัง และการศึกษาที่เพิ่มขึ้น

1.4 ค่าใช้จ่ายและแหล่งทรัพยากร

1.5 นโยบายที่ขาดความอิสระขึ้นอยู่กับผู้เชี่ยวชาญและผู้จัดการ

1.6 การรับรู้ของอาสาสมัครชุมชนที่ใช้ไม่ได้

## 2. ด้านสถานะของชุมชน

2.1 สนับสนุนตามนโยบาย

- 2.2 พื้นที่และภูมิภาคมีความต้องการเพิ่มมากขึ้น
- 2.3 มีความตระหนักทั้งส่วนบุคคลและส่วนร่วม
- 2.4 มีประสบการณ์และความยึดมั่นกับชุมชน
- 2.5 สุขภาพควรเป็นประเด็นที่ชุมชนสนใจ
- 2.6 ชุมชนควรมีใจในการรับผิดชอบต่อสุขภาพ
3. ด้านประโยชน์จากการมีส่วนร่วม
  - 3.1 ความรู้ที่รับผิดชอบจะสูงขึ้น
  - 3.2 ศักยภาพในการซึมซับความรู้เพิ่มมากขึ้น
  - 3.3 ใช้ผู้เชี่ยวชาญที่อยู่ในชุมชนเอง
  - 3.4 ส่งเสริมการช่วยเหลือตนเองและความเชื่อมั่นในตนเอง
  - 3.5 พัฒนาการสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการสาธารณสุขและชุมชน
  - 3.6 พัฒนาระบบบริการให้สูงขึ้น
  - 3.7 พัฒนาโปรแกรมที่เหมาะสมกับชุมชน
  - 3.8 ลดค่าใช้จ่ายในระบบบริการสาธารณสุข
  - 3.9 เพิ่มทรัพยากร แหล่งทุนจากอาสาสมัครในชุมชน
  - 3.10 นำไปสู่การเปลี่ยนสภาวะสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

นอกจากนี้ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2002) ยังได้สรุปความสำคัญของการมีส่วนร่วมของชุมชนไว้ ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถช่วยให้การใช้ทรัพยากรมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลตามเป้าหมาย
2. การให้ประชาชนที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนและกำหนดการบริการของตนเองจะทำให้มีความรับผิดชอบเพิ่มขึ้น
3. การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นวิธีการที่สามารถช่วยพัฒนาทักษะและสร้างสมรรถนะและความสามารถภายในชุมชน
4. การให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจนำไปสู่การตัดสินใจที่ดีกว่าและเหมาะสมและยั่งยืนมากกว่าเพราะคนในชุมชนเป็นเจ้าของสุขภาพของตนเอง
5. การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นทางที่ขยายกระบวนการประชาธิปไตยให้เกิดพลังความเท่าเทียมเพิ่มขึ้น

6. การมีส่วนร่วมของชุมชนทำให้เห็นโอกาสใหม่ๆในการคิดสร้างสรรค์และนวัตกรรมในการวางแผนและพัฒนา

### 3. ชนิดของการมีส่วนร่วมของชุมชน

Arnstein, 1969 อ้างอิงใน Norwegian Agency for Development Cooperation (2013) ได้แบ่งชนิดของการมีส่วนร่วมเป็น 8 ชนิด ได้แก่

1. การจัดการ (manipulation) เป็นชนิดที่ไม่มีการมีส่วนร่วม วัตถุประสงค์คือให้ความรู้
2. การรักษา (therapy) เป็นชนิดที่ไม่มีการมีส่วนร่วม วัตถุประสงค์คือรักษา
3. การแจ้งข้อมูล (informing) เป็นการมีส่วนร่วมในขั้นแรก แต่มักจะเป็นการแจ้งข้อมูลทางเดียวมากกว่ากระบวนการมีส่วนร่วม ซึ่งหากมีการแจ้งข้อมูลแบบสองทางจะทำให้คนที่เกี่ยวข้องรู้สึกได้รับฟังและมีคุณค่า ทำให้มีความรู้สึกเชิงบวกกับการมีส่วนร่วมกับโครงการหรือโปรแกรมต่างๆ
4. การให้คำปรึกษา (consultation) เป็นการมีส่วนร่วมที่จำเป็นเกินกว่าการแจ้งข้อมูล โดยเข้าไปเกี่ยวข้องกับประชากรที่เข้ามามีส่วนร่วมในการสำรวจ การพบปะกัน การให้คำปรึกษาใช้บ่อยกับองค์กรที่รู้สึกว่าเป็นหน้าที่ของตนที่จะแสดงให้เห็นการเข้ามามีส่วนร่วมแต่กระบวนการเป็นแบบแก้ไขปัญหาเร่งด่วน ยังขาดกระบวนการเชิงลึก
5. การปลอบใจ (placation) เป็นการมีส่วนร่วมที่ตระหนักถึงผู้เกี่ยวข้องในชุมชนสำหรับกลุ่มเล็กๆ สมาชิกในสังคมหรือกลุ่มที่สนใจเหมือนกัน เป็นกิจกรรมที่เป็น passive activities
6. การมีส่วนร่วม (partnership) เป็นการมีส่วนร่วมที่มีพลังตลอดกระบวนการมีการต่อรองระหว่างพลเมืองและเป็นเจ้าของ มีการเจรจากันในการวางแผน การตัดสินใจ ด้วยกระบวนการที่โปร่งใส กำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบชัดเจน มีคณะกรรมการร่วมกัน
7. ให้อำนาจ (delegated power) เป็นการมีส่วนร่วมที่พลเมืองมีกิจกรรมที่เกี่ยวข้องตลอดเวลา ถือที่หนึ่งใหญ่ในคณะกรรมการ ปล่อยให้มีความอำนาจในการตัดสินใจ และรับผิดชอบโครงการด้วยตนเอง
8. พลเมืองควบคุม (citizen control) เป็นการมีส่วนร่วมที่ผู้ที่เกี่ยวข้องมีอำนาจในการปกครองสถาบันหรือโครงการต่างๆได้อย่างเต็มที่โดยไม่มีอำนาจจากภายนอกเข้าไปเปลี่ยนได้ ทำให้ไม่มีตัวกลางในการหาแหล่งทุน เช่น การเข้าถึงอำนาจ ทรัพยากร เงิน ซึ่งอาจจะเป็นจุดอ่อน

ได้ ต่อมาได้มีการพัฒนาร่วมกับ Pretty model ในปี 1995 (Cornwall, 2008) ได้แบ่งชนิดของการมีส่วนร่วม เป็น 7 ชนิด ได้แก่

1. การมีส่วนร่วมแบบบิดเบือน (Manipulative Participation) เป็นการมีส่วนร่วมโดยเสนอข้ออ้างขึ้นมาโดยไม่ถูกต้องหรือไม่มีอำนาจ
2. การมีส่วนร่วมแบบฝ่ายเดียว (Passive Participation) เป็นการประกาศอยู่ฝ่ายเดียวโดยไม่มีคนฟังหรือตอบสนอง
3. การมีส่วนร่วมแบบปรึกษา (Participation by Consultation) เป็นตัวแทนจากภายนอกที่เข้ามาให้คำปรึกษาแก้ไขปัญหา กระบวนการให้ข้อมูลและควบคุมการวิเคราะห์
4. การมีส่วนร่วมเพื่อสิ่งของจูงใจ (Participation for Material Incentive) เป็นการมีส่วนร่วมโดยการใช้แรงงานแลกกับสิ่งของจูงใจ
5. การมีส่วนร่วมตามหน้าที่ (Functional Participation) เป็นตัวแทนจากภายนอกที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้
6. การมีส่วนร่วมแบบโต้ตอบ (Interactive Participation) คนมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ พัฒนาแผนงาน และสร้างความเข้มแข็งให้กับองค์กรในท้องถิ่น
7. การระดมตนเอง (Self-Mobilization) เป็นการมีส่วนร่วมโดยริเริ่มด้วยตนเองอิสระจากคนภายนอกที่จะเข้ามาเปลี่ยนแปลงระบบ

ต่อมาในปี 1996 White ได้พัฒนาชนิดของการมีส่วนร่วมโดยเพิ่มแรงจูงใจของทั้งผู้ที่มีส่วนร่วมและของหน่วยงานเพื่อส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้น โดยแบ่งชนิดการมีส่วนร่วมไว้ดังนี้ (Cornwall, 2008)

1. Nominal การมีส่วนร่วมมีเพียงเล็กน้อยเล็กน้อย องค์กรแสดงให้เห็นว่าจะทำบางสิ่งเพื่อรักษาผลประโยชน์ที่จำเป็นมากกว่า
2. Instrumental การมีส่วนร่วมเป็นเครื่องมือที่ทำให้เกิดประสิทธิภาพจากข้อจำกัดของทุน การนำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมจะทำให้ค่าใช้จ่ายเพิ่มสูงขึ้น ใช้เวลาเพิ่มมากขึ้นจากการใช้แรงงานและทำกิจกรรมต่างๆ โดยเป้าหมาย คือ ความคุ้มค้ำคุ้มทุน
3. Representative การมีส่วนร่วมเป็นตัวแทนของประชากร การมีส่วนร่วมทำให้เกิดความยั่งยืน หลีกเลี่ยงการไม่เป็นอิสระต่อกัน คำนึงถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้น ให้ประชาชนเสนอปัจจัยกำหนดสุขภาพของตนเองเพื่อนำไปพัฒนา

4. Transformative เป็นการมีส่วนร่วมตามกระแสที่เปลี่ยนแปลงไป การมีส่วนร่วมจะช่วยเสริมสร้างพลังอำนาจของประชาชนให้ตัดสินใจและแสดงบทบาทด้วยตนเองเพื่อไปสู่เป้าหมายทางสุขภาพพร้อมกันทั้งชุมชนและองค์กรอย่างเป็นพลวัต

Cragg et al. (2013) ได้แบ่งชนิดการมีส่วนร่วมเป็น 3 ชนิด ดังนี้

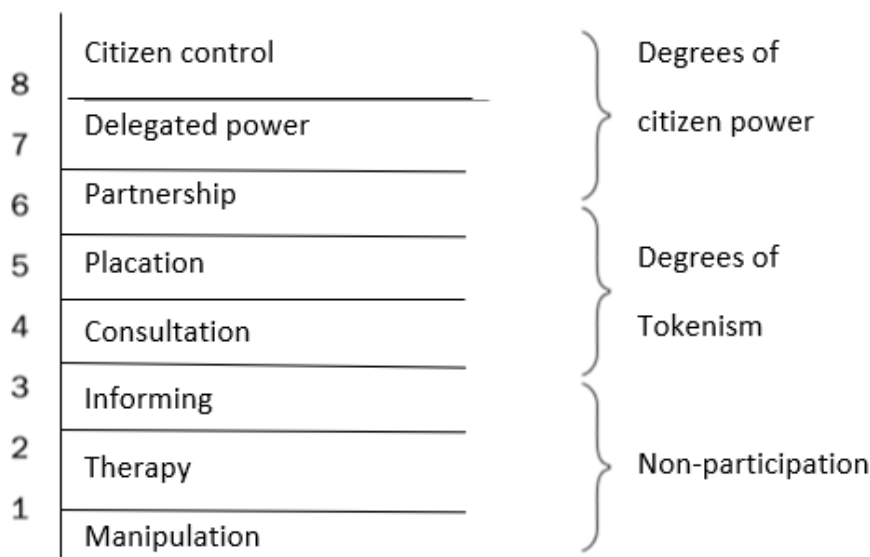
1. การมีส่วนร่วมด้านทรัพยากร (Participation as a free resource) สมาชิกในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมกับโครงการและกิจกรรมต่างๆ เพื่อที่จะเป็นทรัพยากรให้ เช่น แรงงาน พื้นที่ ความรู้ และเวลา การมีส่วนร่วมชนิดนี้ไม่ได้สนใจการเสริมสร้างพลังอำนาจหรือความเหมาะสมของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพกับความต้องการของชุมชน แต่มุ่งเน้นการออกแบบโปรแกรมภายนอกองค์กรและใช้สมาชิกในชุมชนเป็นทรัพยากร เช่น ให้อาสาสมัครพัฒนาเรื่องการล้างมือของคนในชุมชน โดยพูดคุยประเด็นนี้ต่อกันในแต่ละครัวเรือน

2. การมีส่วนร่วมแบบปรึกษา (Participation as consultation) เป็นการมีส่วนร่วมที่สมาชิกในชุมชนอาจจะถามเกี่ยวกับลำดับความสำคัญและการแก้ปัญหาที่ต้องการ ตามระดับความเกี่ยวข้องกับโปรแกรมเกิดการเปลี่ยนแปลงจากคนภายนอกแต่ชุมชนยังเป็นควบคุมวัตถุประสงค์และกิจกรรมของโปรแกรม เช่น การลด HIV ที่คนที่ทำงานเกี่ยวกับเรื่องเพศจะขอคำปรึกษาในการป้องกันการติดเชื้อและใช้ถุงยางอนามัย คนภายนอกก็จะเข้ามาให้ความรู้ ทำให้เกิดการเข้าถึงถุงยางอนามัย เป็นต้น

3. การมีส่วนร่วมที่ควบคุมชุมชน (Participation as community control) เป็นการมีส่วนร่วมที่ชุมชนเป็นผู้ควบคุมที่ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทั้งหมด ตั้งแต่ประเมินความต้องการของตนเอง ตั้งวัตถุประสงค์ แก้ปัญหา ออกแบบกิจกรรม และประเมินกระบวนการ สมาชิกในชุมชนแสดงบทบาทในการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพตั้งแต่ต้นจนจบ

#### 4. ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน

Arnstein, 1969 อ้างอิงใน Norwegian Agency for Development Cooperation (2013) ได้แบ่งระดับการมีส่วนร่วมเป็น 3 ระดับ จากชนิดการมีส่วนร่วม 8 ชนิด ดังแสดงในภาพ 1



ภาพ 1 Arnstein's ladder of citizen participation

ที่มา: Norwegian Agency for Development Cooperation, 2013

จากภาพระดับการมีส่วนร่วมของ Arnstein, 1969 อ้างอิงใน Norwegian Agency for Development Cooperation (2013) มีรายละเอียด ดังนี้

1. ระดับไม่มีส่วนร่วม ไม่มีการตอบสนอง ได้แก่ ชนิดการจัดการ การรักษา การให้ข้อมูล

2. ระดับมีส่วนร่วมปานกลาง เป็นระดับที่มีส่วนร่วม มีการตอบสนอง ได้แก่ การให้คำปรึกษา และการปลอบใจ เริ่มที่จะมีส่วนร่วมเพิ่มมากขึ้น

3. ระดับมีส่วนร่วมอำนาจพลเมือง เป็นระดับที่มีพลังชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมตลอดเวลา ได้แก่ การเป็นหุ้นส่วน การให้อำนาจและ การควบคุมพลเมือง

Marijani (2017) ได้แบ่งระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน ดังนี้

1. Passive participation เป็นการดูแลในส่วนของหน่วยบริการสุขภาพและเป็นการฟังโดยไม่มีการพูดและไม่มีส่วนในการตัดสินใจ

2. Consultation participation เริ่มมีการถามความคิดเห็นในประเด็นเฉพาะบางประเด็นแต่ไม่มีส่วนในการตัดสินใจ



3. Active-specific participation เริ่มมีการถกถามนอกเหนือจากประเด็นเฉพาะ เช่น แรงงาน วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการบริการ

4. Active participation สมาชิกในหมู่บ้านเป็นคณะกรรมการ

5. Interactive participation มีการแสดงความคิดเห็นที่มีผลต่อการตัดสินใจในที่ประชุมกรรมการ

Brager, & Specht, 1973 อ้างอิงใน World Health Organization (2002) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นเหมือนร่มของแนวทางปฏิบัติต่างๆ ซึ่งการมีส่วนร่วมของชุมชนนั้นมีหลายระดับตั้งแต่ไม่มีการควบคุมจนถึงการควบคุมสูงสุด บทบาทของผู้มีส่วนร่วมก็จะมี ความแตกต่างกันไปในแต่ละระดับ ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

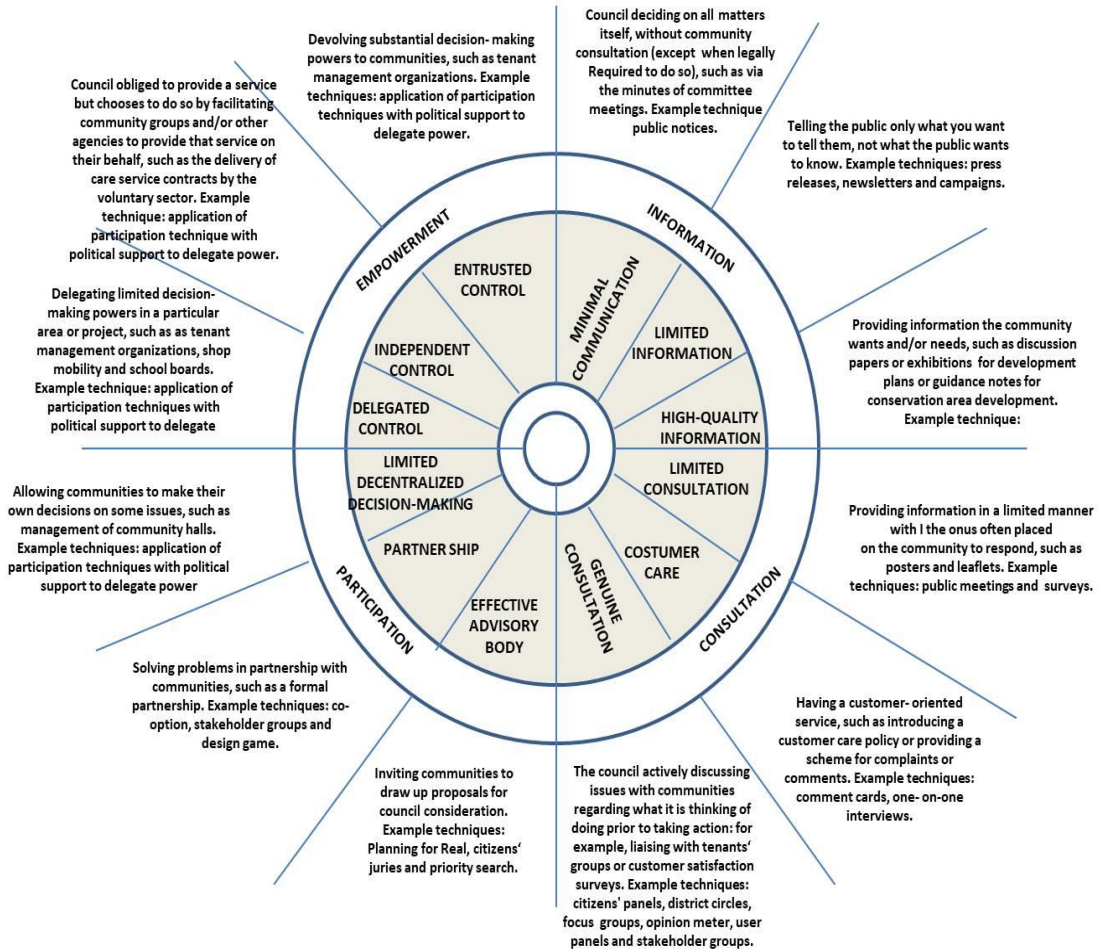
1. ระดับที่ 1 ไม่มีการมีส่วนร่วม (non)
2. ระดับที่ 2 ให้ข้อมูล (Received information) องค์กรจัดทำแผนและประกาศ ชุมชนมีการประชุมเพื่อให้ข้อมูล
3. ระดับที่ 3 เป็นที่ปรึกษา (Is consults) องค์กรสนับสนุนให้เกิดการพัฒนา ประสานงานอำนวยความสะดวก
4. ระดับที่ 4 ให้คำแนะนำ (Advice) องค์กรเสนอแผนให้ชุมชนตั้งคำถามและแนะนำ
5. ระดับที่ 5 วางแผนร่วมกัน (Plan jointly) องค์กรเปิดโอกาสให้ผู้ที่ได้รับผลกระทบ ช่วยปรับแผนการที่วางไว้
6. ระดับที่ 6 ให้อำนาจชุมชน (Has delegated authority) มีการมอบหมายอำนาจ ให้ชุมชนตัดสินใจด้วยตนเองในการวางแผนแก้ปัญหา
7. ระดับที่ 7 ชุมชนมีอำนาจการควบคุมสูงสุด (Has control)

Control	Participant's action	Examples
High ----- Low	Has control	Organization asks community to identify the problem and make all key decisions on goals and means. Willing to help community at each step to accomplish goals.
	Has delegated authority	Organization identifies and presents a problem to the community. Defines limits and asks community to make a series of decisions which can be embodied in a plan which it will accept.
	Plans jointly	Organization presents tentative plan subject to change and open to change from those affected. Expects to change plan at least slightly and perhaps more subsequently.
	Advises	Organization presents a plan and invites questions. Prepared to change plan only if absolutely necessary.
	Is consulted	Organization tries to promote a plan. Seeks to develop support to facilitate acceptance or give sufficient sanction to plan so that administrative compliance can be expected.
	Receives information	Organization makes plan and announces it. Community is convened for informational purposes. Compliance is expected.
	None	Community told nothing.

ภาพ 2 A ladder of community participation: degree of participation, participant's action and illustrative modes for achieving it

ที่มา: World Health Organization, 2002

อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติแล้วการนำระดับการมีส่วนร่วมแบบขั้นบันไดมาใช้นั้นได้มีการคำนึงถึงวัตถุประสงค์ของการมีส่วนร่วมที่มีความความแตกต่างกัน ได้แก่ การให้ข้อมูล การให้คำปรึกษา การมีส่วนร่วม และการเสริมสร้างพลังอำนาจ ตามวงล้อการมีส่วนร่วม ดังนี้ (Davidson, 1998 as cite in World Health Organization, 2002)



ภาพ 3 The wheel of participation

ที่มา: World Health Organization, 2002

Group Health Research Institute (2016) ได้แบ่งระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน ดังนี้

1. Inform เป็นระดับที่ชุมชนแจ้งเกี่ยวกับการระบวนการของโปรแกรมต่างๆ โดยไม่มีชุมชนอื่นเข้ามามีส่วนร่วม

2. Consult ทีมจากภายนอกมีโอกาสเข้าไปมีส่วนร่วมเพียงเล็กน้อยอาจมีหรือไม่มีการประชุมความร่วมมือ

3. Involve ชุมชนให้ทีมเข้าไปและชุมชนแสดงบทบาทและตัดสินใจ

4. Collaborate คนภายนอกและในชุมชนทุกคนที่มีส่วนเกี่ยวข้องร่วมกันตัดสินใจ แบ่งปันอำนาจกันและกัน

5. Empower ในชุมชนทุกคนมีส่วนร่วมกับการบวนการที่เกี่ยวข้องทั้งหมด ชุมชนมีอำนาจตัดสินใจขั้นสุดท้าย

กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2556) ได้แบ่งระดับของการมีส่วนร่วมของประชาชนออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

1. การให้ข้อมูลข่าวสาร (Inform) เป็นการมีส่วนร่วมของประชาชนในระดับต่ำที่สุด แต่มีความสำคัญที่สุด เพราะเป็นก้าวแรกที่ประชาชนเข้าสู่กระบวนการมีส่วนร่วม ซึ่งวิธีการเช่น เอกสารสิ่งพิมพ์ การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารผ่านทางสื่อต่างๆ การจัดนิทรรศการ จัดหมายข่าว การจัดงานแถลงข่าว การติดประกาศ และการให้ข้อมูลผ่านเว็บไซต์

2. การรับฟังความคิดเห็น (Consult) เป็นการมีส่วนร่วมของประชาชนในการให้ข้อมูลข้อเท็จจริง และความคิดเห็นเพื่อประกอบการตัดสินใจ ซึ่งมีวิธีการ เช่น การรับฟังความคิดเห็นการสำรวจความคิดเห็น การจัดเวทีสาธารณะ การแสดงความคิดเห็นผ่านเว็บไซต์

3. การเกี่ยวข้อง (Involve) เป็นการมีส่วนร่วมของประชาชนในการปฏิบัติงาน หรือร่วมเสนอแนะแนวทางที่นำไปสู่การตัดสินใจ ซึ่งมีวิธีการ เช่น การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพิจารณาประเด็นนโยบาย มาตรการสาธารณะ ประชาพิจารณ์ การจัดตั้งคณะทำงาน เพื่อเสนอแนะประเด็นนโยบาย/มาตรการ

4. ความร่วมมือ (Collaboration) เป็นการมีส่วนร่วมของประชาชน ผู้แทนภาคสาธารณะ

5. หุ้นส่วนในทุกขั้นตอนของการตัดสินใจ และมีการดำเนินกิจกรรมร่วมกันอย่างต่อเนื่อง เช่น คณะกรรมการที่มีฝ่ายประชาชนร่วมเป็นกรรมการ

6. การเสริมอำนาจแก่ประชาชน (Empower) เป็นขั้นการมีส่วนร่วมของประชาชนในระดับสูงที่สุด โดยประชาชนเป็นผู้ตัดสินใจ เช่น การลงประชามติในประเด็นสาธารณะต่างๆ

### 5. เครื่องมือที่นำมาใช้ในการมีส่วนร่วมของชุมชน

เครื่องมือที่นำมาใช้ในการศึกษาและพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนนั้น มีหลายชนิดด้วยกัน ซึ่งควรมีการคำนึงถึงวัตถุประสงค์และบริบทพื้นที่ที่จะนำไปใช้เพื่อให้เกิดความสอดคล้อง

การวิจัยชีวิตของคนในชุมชน ซึ่ง (Norwegian Agency for Development Cooperation, 2013) ได้กล่าวถึงเครื่องมือที่นำมาใช้ในการมีส่วนร่วม ได้แก่

1. Social mapping เป็นวิธีการที่แสดงเป็นภาพความสัมพันธ์และที่ตั้งของครัวเรือนและความแตกต่างของคนในชุมชน เช่น ชาย หญิง วัยรุ่น เด็ก พร้อมกับเห็นโครงสร้างทางสังคมและขอบเขตพื้นที่ ทำให้มองเห็นภาพรวมของชุมชนทั้งโครงสร้างและสถานการณ์ทางสังคม เศรษฐกิจ แผนที่ครัวเรือนจะทำให้เห็นปัจจัยทางสังคมที่แตกต่างกันไปทำให้สามารถแยกกลุ่มวิเคราะห์ได้ รวมทั้งวิเคราะห์ระบบบริการและความสัมพันธ์ระหว่างชุมชนกับระบบบริการ ข้อดีของเครื่องมือนี้คือ ที่ง่ายในการทำ ความเข้าใจกับพื้นที่สะท้อนความเป็นจริงเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ และใช้ศึกษาประเด็นการมีส่วนร่วมของชุมชน ข้อจำกัดคือใช้เวลามาก

2. Community wellbeing analysis เป็นเครื่องมือที่มีวัตถุประสงค์คล้าย Social mapping โดยจำแนกเป็นกลุ่มประชากรที่มีความแตกต่างทางสังคม เศรษฐกิจและประเด็นที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ การมีส่วนร่วม และความรับผิดชอบของแต่ละกลุ่ม

3. Institutional mapping (Vann diagram) เป็นเครื่องมือที่ใช้เพื่อทำความเข้าใจธรรมชาติและความสำคัญของความสัมพันธ์ทางสังคมโดยคัดกลุ่มที่แตกต่างออก นอกจากนี้ยังใช้เป็นเครื่องมือวิเคราะห์ความสัมพันธ์ทางสังคม เครือข่าย และแรงจูงใจในการเข้ามามีส่วนร่วมกับผู้ให้บริการ ข้อดีคือใช้ง่าย เข้าใจง่าย ทำให้เห็นภาพแต่ละส่วนและเหมาะสมการศึกษาในระดับตำบล

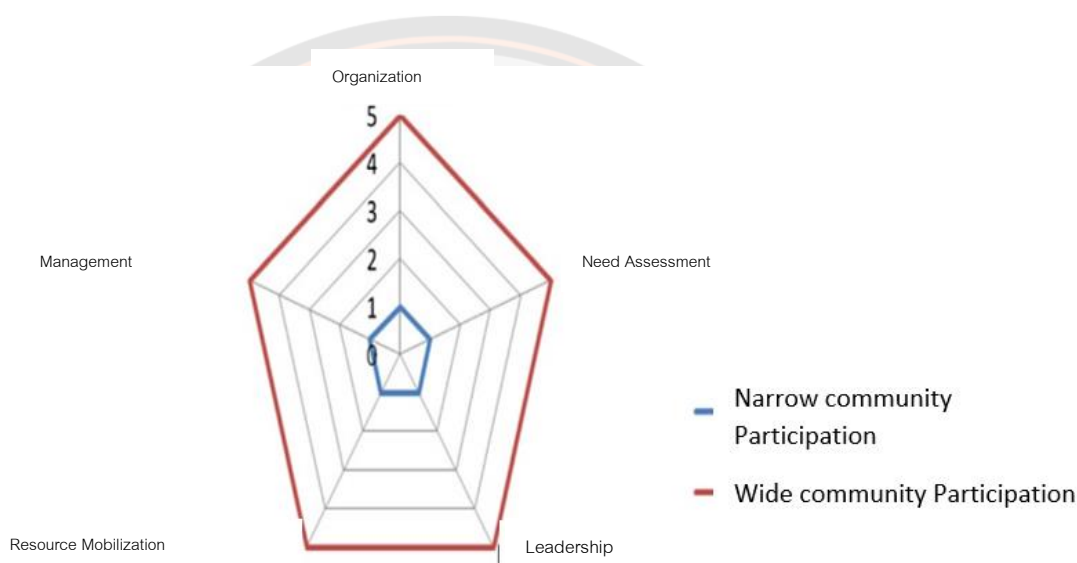
4. Community score cards ใช้ศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มีต่อผู้ให้บริการ วิเคราะห์กระบวนการการเข้าถึงและการรักษา ศึกษาระดับความสัมพันธ์ในแต่ละภาคส่วน ของระบบสุขภาพ และใช้ระบุปัญหาของพื้นที่

5. Process tracing เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อวิเคราะห์สาเหตุของกระบวนการสายสัมพันธ์ และกลไกระหว่างกิจกรรมและผลลัพธ์ โดยเน้นให้เห็นกระบวนการของการมีส่วนร่วม

ไวทยา และ ปราดฮาน (Vaidya, & Pradhan, 2008) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนเกี่ยวกับสุขภาพในประเทศเนปาล โดยใช้เครื่องมือเชิงคุณภาพด้วย คำถาม 8 ข้อ ได้แก่ 1) ชุมชนเข้ามาเกี่ยวข้องกับ การวางแผน การจัดการ และการควบคุมโปรแกรมสุขภาพ 2) ความรู้สึกถึงความต้องการของชุมชน ตระหนักถึงวัตถุประสงค์ 3) เครือข่ายทางสังคมเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจ 4) ตัวแทนชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจอย่างมีประสิทธิภาพ 5) มีปัจจัยภายนอกที่มีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชุมชน 6) การถูกลิดรอนสิทธิในการตัดสินใจ 7) มีการใช้ทรัพยากรชุมชน 8) ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการประเมินโปรแกรมสุขภาพต่างๆ นอกจากนี้



ยังได้มีการศึกษาการนำเครื่องมือ เรียกว่า Spidergrams พัฒนาขึ้นโดย Rifkin ในปี 1998 และนำมาประเมินการมีส่วนร่วมของชุมชน (Cragg et al., 2013) ซึ่งประกอบด้วย 5 ประเด็น ได้แก่ 1) ภาวะผู้นำ (leadership) 2) องค์การ (organization) 3) ทรัพยากร (resource mobilization) 4) การจัดการ (management) 5) การประเมินความต้องการ (need assessment) ซึ่ง (Baatiema, Skovdal, Rifkin, & Campbell, 2013) ได้นำเครื่องมือนี้ไปศึกษาการมีส่วนร่วมของการนำโปรแกรม Community-based Health Planning and Service (CHPS) ศึกษาในประเทศกาน่าให้ระดับคะแนนเป็น 1-5 โยงเส้นเป็นใยแมงมุมเพื่อสรุปเป็นภาพการมีส่วนร่วม



ภาพ 4 Spider-gram for measuring community participation

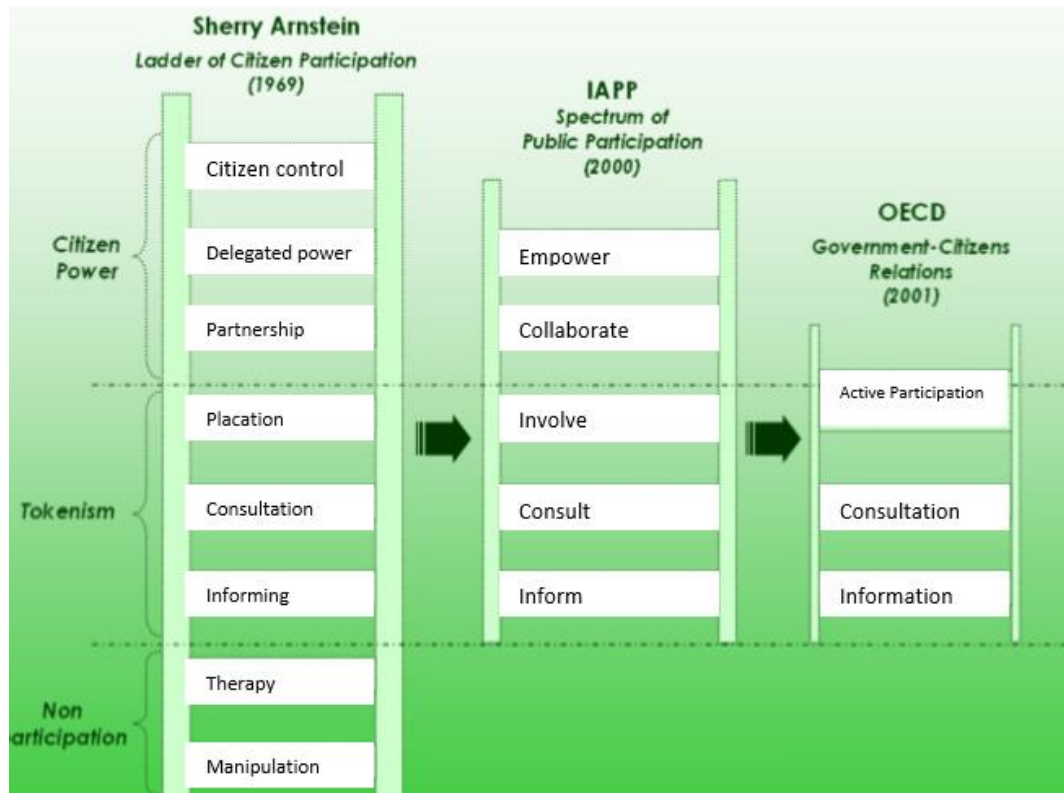
ที่มา: Baatiema et al., 2013

## 6. รูปแบบและองค์ประกอบของการมีส่วนร่วม

A Chase Through The Maze (2012) ได้รวบรวมรูปแบบของการมีส่วนร่วมตั้งแต่ 1969-2012 ไว้ทั้งหมด 35 รูปแบบ โดยตั้งแต่ปี 2010-2012 มี 9 รูปแบบ ดังนี้

1. Pedro Martín – Changing Views on Participation Model พัฒนาโดย Pedro Martin ในปี 2010 ซึ่งได้พัฒนามาจาก Ladder of Citizen Participation by Sherry Arnstein the Spectrum of Public Participation by IAPP and the OECD's Active Participation Framework ซึ่ง model นี้แสดงให้เห็นถึง active participation แต่ไม่ให้ความสำคัญกับการควบคุมโดยชุมชน เนื่องจากประเด็นเรื่องการใช้เงินจำนวนมากที่ใช้ในการมีส่วนร่วมโดยไม่เกิดผล

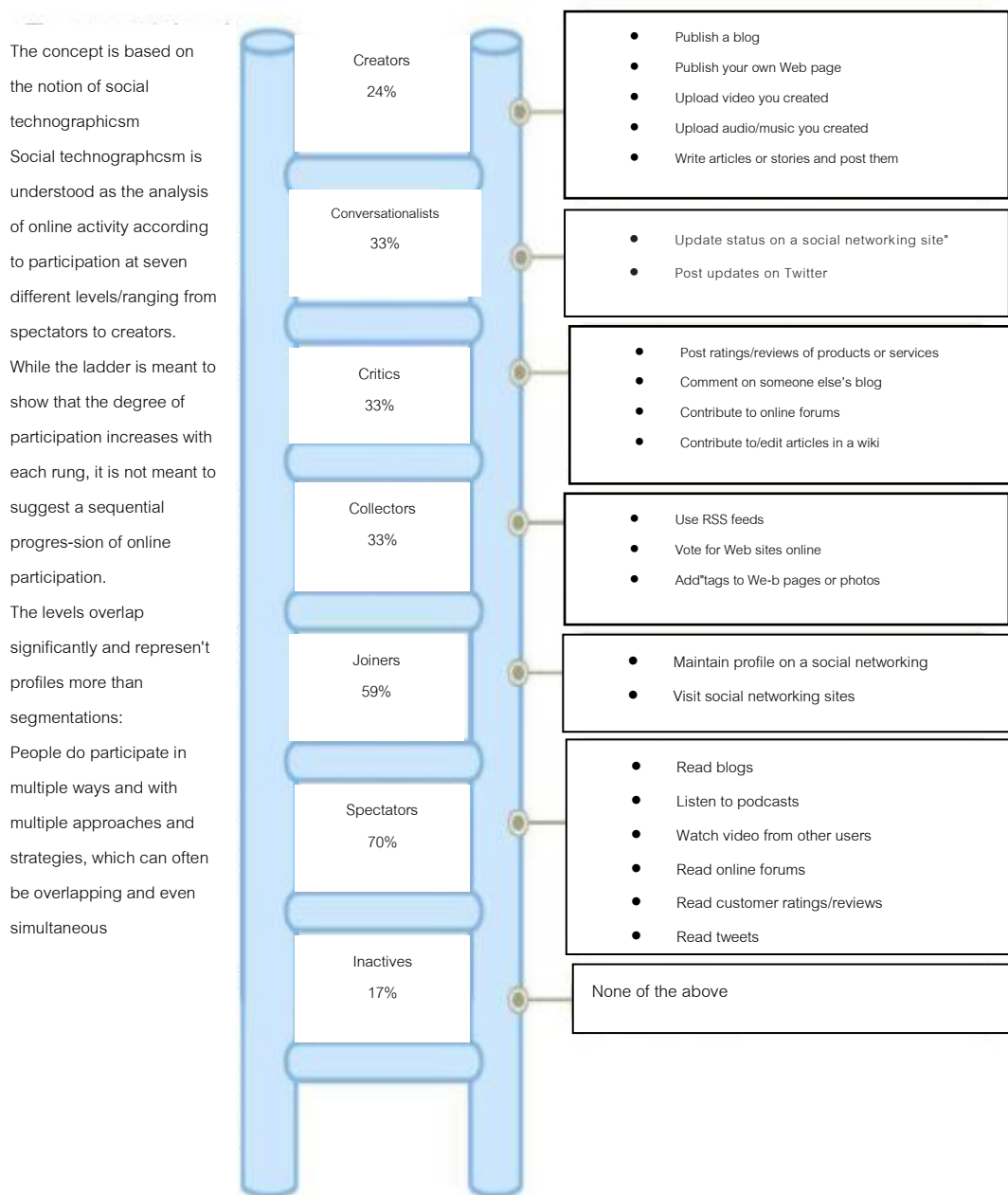
การเปลี่ยนแปลงโดย Martín ให้ความสำคัญกับการยอมรับและการวางแผนในการถ่ายโอนอำนาจ และการควบคุมมากกว่าใช้เงินควบคุม



ภาพ 5 Pedro Martín – Changing Views on Participation Model

ที่มา: A Chase Through The Maze, 2012

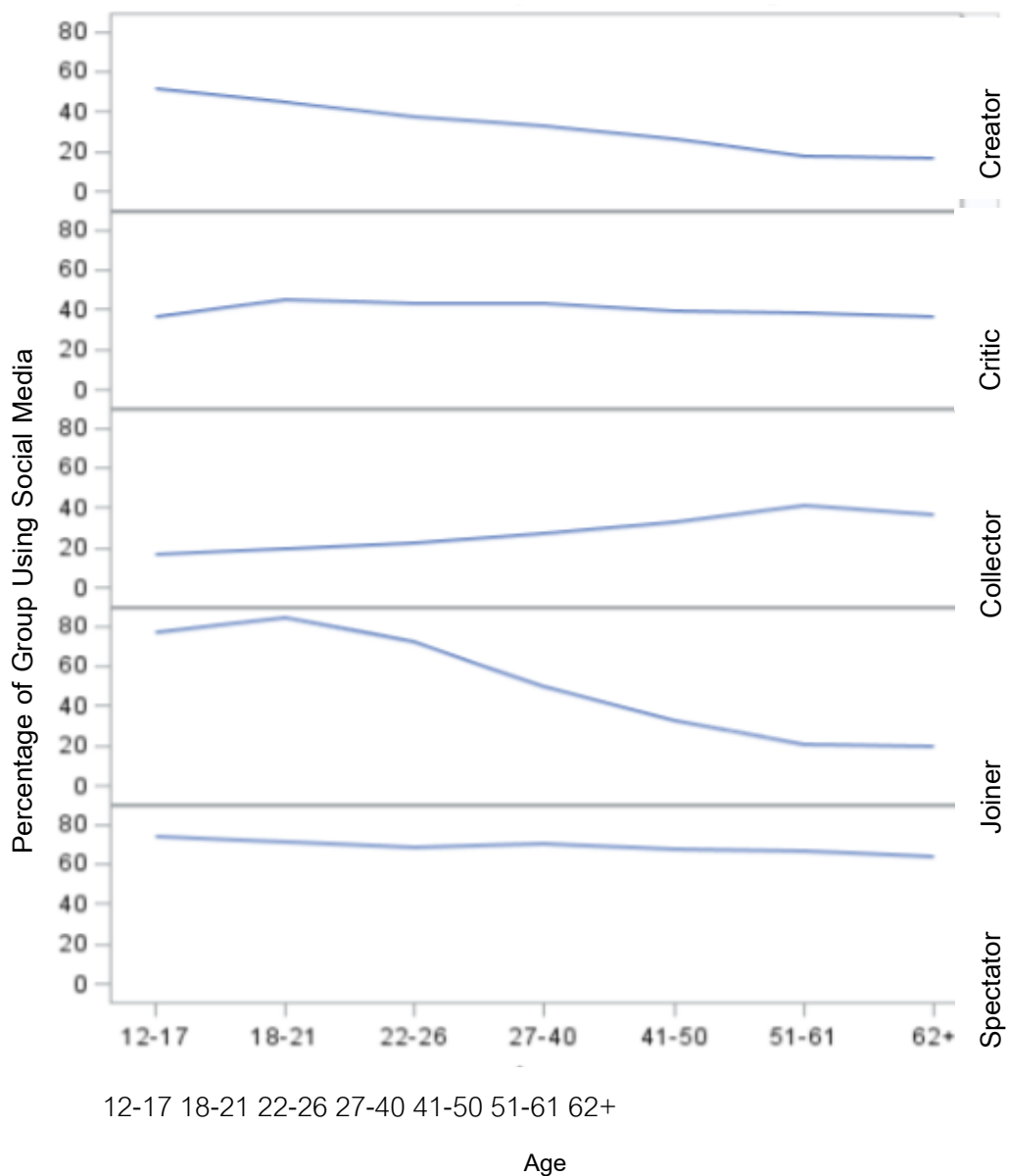
2. Bernoff and Li – Ladder of Online Participation Model เป็นรูปแบบที่พัฒนาขึ้นโดย Bernoff Josh and Charlene Li ในปี 2007 และปรับปรุงในปี 2010 เป็นรูปแบบที่ใช้ประเมินการมีส่วนร่วม online ประกอบด้วยกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับ online ทั้งหมด



ภาพ 6 Bernoff and Li – Ladder of Online Participation Model

ที่มา: A Chase Through The Maze, 2012

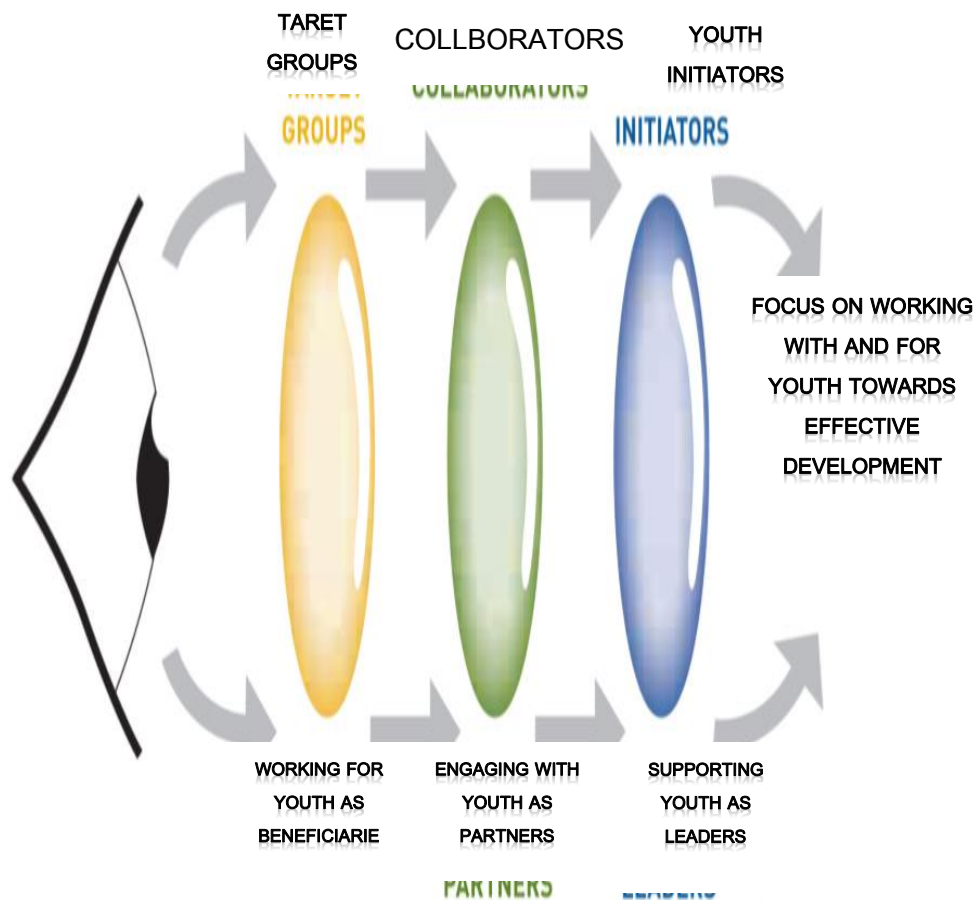
3. Rick Wicklin – Online Participation and Age Groups พัฒนา โดย Rick Wicklin เป็นรูปแบบที่ใช้ในการมีส่วนร่วม online โดยทำเป็นกราฟแสดงร้อยละของการมีส่วนร่วมตามอายุ ซึ่งจะเปลี่ยนไปเมื่ออายุเปลี่ยน



ภาพ 7 Participation in Social Media of Those Who Participate, What Do They Do?

ที่มา: A Chase Through The Maze, 2012

4. DFID-CSO – Three-lens approach to participation Model พัฒนาโดย The Youth Working Group of the UK Department for International Development (DFID) and UK Civil Society Organizations (CSO) ในประเทศอังกฤษเป็นรูปแบบที่ใช้กับการมีส่วนร่วมของกลุ่มวัยรุ่นเป็นพื้นฐานในการพัฒนาทักษะ การปฏิบัติ และความสามารถที่เปลี่ยนตัวเองในชีวิต





















ภาพ 8 Three-lens approach to participation Model

ที่มา: A Chase Through The Maze, 2012



5. BJ Fogg – Behaviour Grid Model พัฒนาโดย BJ Fogg เป็นรูปแบบที่แสดงให้เห็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของประชาชน ที่มีความแตกต่างกันสรุปในตารางแบ่งตามสีเขียวฟ้า ม่วง เทา และดำ ดังแสดงในภาพข้างล่างนี้

	<b>GREEN</b> Do new Behavior	<b>BLUE</b> Do Familiar behavior	<b>PURPLE</b> Increase Behavior intensity	<b>GRAY</b> Decrease Behavior intensity	<b>BLACK</b> Stop Existing behavior
 <b>DOT</b> One time	 <b>GREEN DOT</b> Do A new Behavior One time	 <b>BLUE DOT</b> Do Familiar behavior One time	 <b>PURPLE DOT</b> Increase Behavior One time	 <b>GRAY DOT</b> Decrease Behavior One time	 <b>BLACK DOT</b> Stop behavior One time
 <b>SPAN</b> Period Of time	 <b>GREEN SPAN</b> Do Behavior for a Period Of time	 <b>BLUE SPAN</b> Maintain behavior for a Period Of time	 <b>PURPLE DOT</b> Increase Behavior for a Period Of time	 <b>GRAY DOT</b> Decrease Behavior for a Period Of time	 <b>BLACK DOT</b> Stop behavior for a Period Of time
 <b>PATH</b> From now on	 <b>GREEN PATH</b> Do A new Behavior From now on	 <b>BLUE PATH</b> Maintain behavior From now on	 <b>PURPLE PATH</b> Increase Behavior From now on	 <b>GRAY PATH</b> Decrease Behavior From now on	 <b>BLACK PATH</b> Stop behavior From now on

ภาพ 9 BJ Fogg.aiming to sharpen the discourse on change, developed a grid to describe to describe 15 ways behavior can change

ที่มา: A Chase Through The Maze, 2012

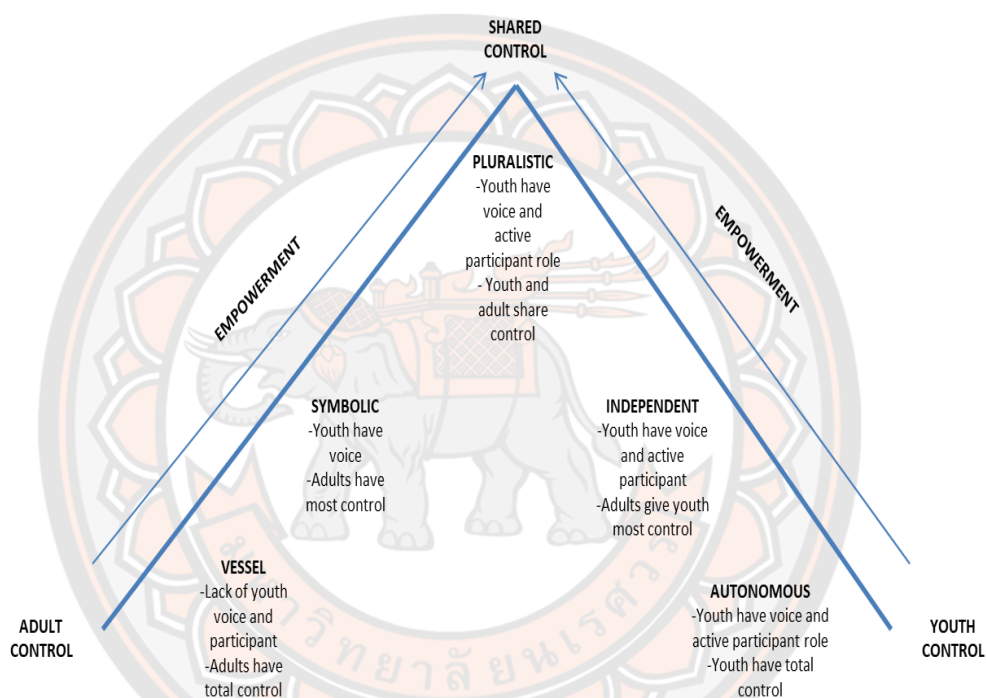
6. Harry Shier – The Participation Tree Model พัฒนาโดย Harry Shier เป็นรูปแบบที่ชี้ให้เห็นการปฏิบัติ การสนับสนุน และการส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมในกลุ่มวัยรุ่นที่กำลังเติบโตและไม่ควรถูกจัดการโดยผู้ใหญ่



ภาพ 10 Harry Shier – The Participation Tree Model

ที่มา: A Chase Through The Maze, 2012

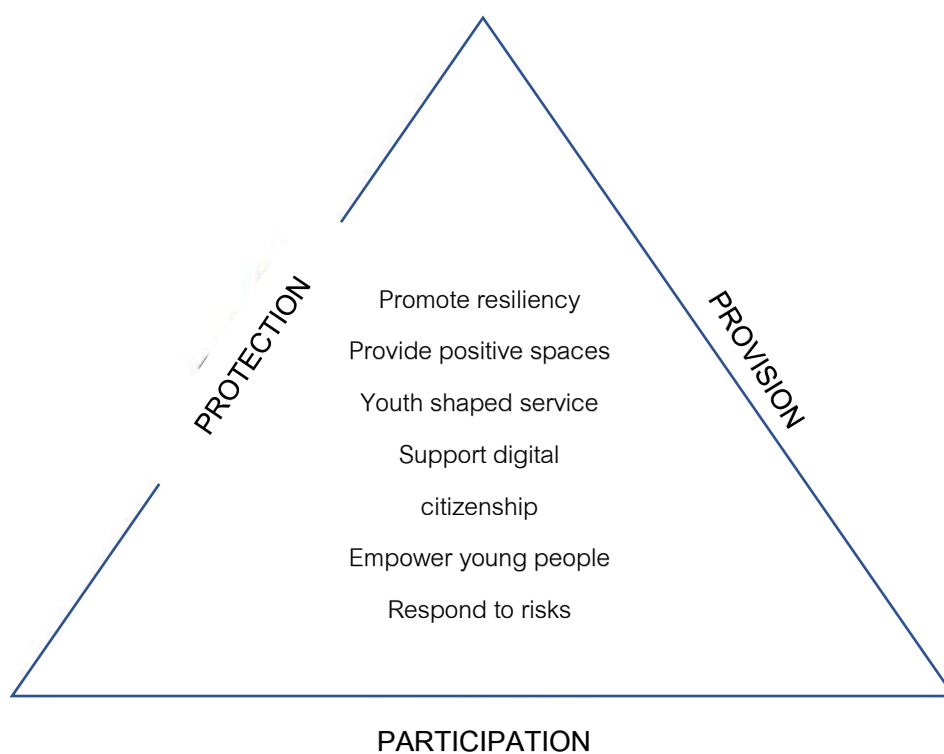
7. Wong et al. – Typology of Youth Participation Model พัฒนาโดย Wong และคณะ เป็นรูปแบบที่แสดงให้เห็นการมีส่วนร่วมของวัยรุ่นโดยเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์กับผู้ใหญ่ ซึ่งแบ่งเป็น 5 แบบ ได้แก่ 1) Vessel วัยรุ่นถูกผู้ใหญ่ควบคุมทั้งหมด 2) Symbolic วัยรุ่นมีเสียงบ้าง แต่ก็ยังถูกควบคุม 3) Pluralistic ทั้งวัยรุ่นและผู้ใหญ่แบ่งปันการควบคุมวัยรุ่นมีบทบาทในการมีส่วนร่วม 4) Independent วัยรุ่นมีบทบาทในการมีส่วนร่วมมีอิสระในการควบคุม 5) Autonomous วัยรุ่นควบคุมการมีส่วนร่วมทั้งหมด



ภาพ 11 Wong et al. – Typology of Youth Participation Model

ที่มา: A Chase Through The Maze, 2012

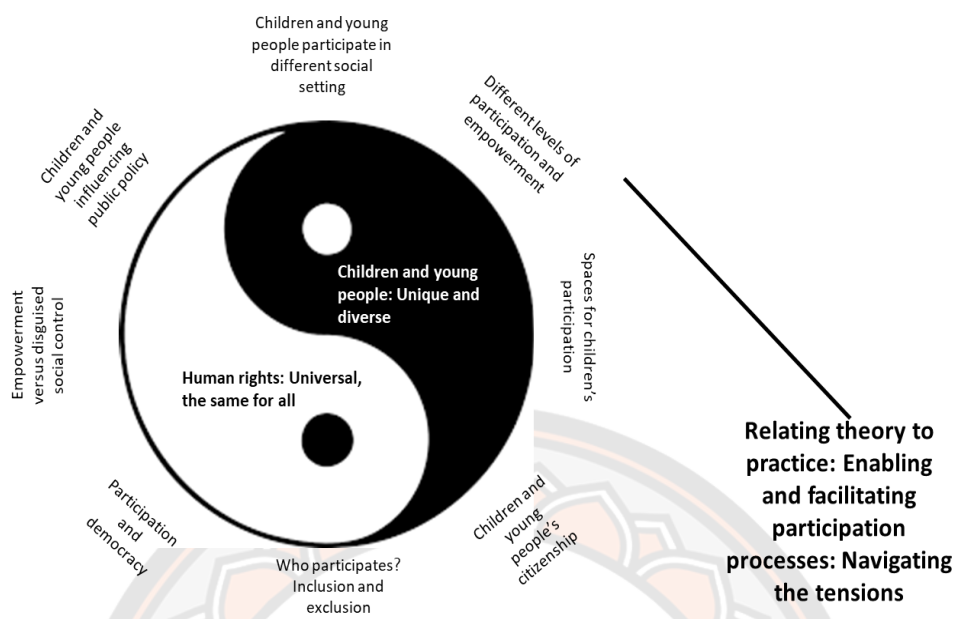
8. Tim Davies – Six principles of online participation Model เป็นรูปแบบที่ใช้การมีส่วนร่วม online ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การสนับสนุนการใช้ดิจิทัล 2) การเสริมสร้างพลังอำนาจประชาชน 3) ความรับผิดชอบต่อความเสี่ยง 4) ส่งเสริมความยืดหยุ่น 5) จัดหาพื้นที่เชิงบวก 6) สร้างบริการที่สร้างสรรค์สำหรับวัยรุ่น แสดงดังภาพ 12



ภาพ 12 Tim Davies – Six principles of online participation Model

ที่มา: A Chase Through The Maze, 2012

9. Shier et al – Yinyang Model of Youth Participation Model เป็นรูปแบบที่พัฒนามาจากทฤษฎีการมีส่วนร่วมของเด็กและวัยรุ่น มี 8 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ใครคือคนที่มีส่วนร่วม 2) การมีส่วนร่วมและประชาธิปไตย 3) การเสริมสร้างพลังอำนาจ 4) นโยบายสาธารณะที่มีผลกับเด็กและวัยรุ่น 5) การมีส่วนร่วมของเด็กและวัยรุ่นในพื้นที่สังคมที่แตกต่างกัน 6) ความแตกต่างของการมีส่วนร่วมและเสริมสร้างพลังอำนาจ 7) พื้นที่สำหรับเด็กและวัยรุ่น 8) พลเมืองเด็กและวัยรุ่น ดังแสดงในภาพ 13



ภาพ 13 Yinyang Model of Youth Participation Model

ที่มา: A Chase Through The Maze, 2012

ต่อมาได้มีการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมตั้งแต่ปี 2012-2016 อีก 7 รูปแบบ ดังนี้ (Bangthetab, 2016)

1. Kaizen archetypes of community participation พัฒนามาจากกรอบแนวคิดที่พยายามชี้ให้เห็นต้นแบบของการมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วยองค์ประกอบ ดังนี้ 1) การช่วยเหลือ (helping) 2) ปฏิกริยา (reactive) 3) ความอ่อนไหว (responsive) 4) กลยุทธ์ (strategic) 5) การสนับสนุน (supportive) 6) การกระจาย (generative) 7) การร่วม (engaging)

2. Bryer model of social media participation in urban infrastructure project พัฒนาโดย Thomas A Bryer ในปี 2012 เพื่อชี้ให้เห็นผลของสื่อต่อการมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ 1) การประสานความขัดแย้ง (adversarial engagement) 2) การเปลี่ยนแปลงข้อมูล (information exchange) 3) สังคมพลเรือน (civil society) 4) ความร่วมมือ (collaborative)

3. Scotland digital participation pathway พัฒนาโดยรัฐบาลสกอตแลนด์ในปี 2014 เป็นรูปแบบที่แสดงให้เห็นเส้นทางระยะของการมีส่วนร่วมที่สัมพันธ์กับสมรรถนะ และการมีส่วนร่วมตั้งแต่แบบฝ่ายเดียว จนถึงการมีส่วนร่วมเชิงรุก (proactive participation)



4. IAP2 Australasia community engagement model พัฒนาในปี 2014 เป็นรูปแบบที่แสดงให้เห็นความร่วมมือระหว่างองค์กรกับชุมชน ประกอบด้วย 5 แบบ ได้แก่ 1) องค์กรนำและให้ข้อมูล ชุมชนตัดสินใจ (organization leads, informs the community and decides) 2) องค์กรนำชุมชนปฏิบัติ (organization leads, community acts) 3) ชุมชนนำ องค์กรปฏิบัติ (community leads, organization acts) 4) ชุมชนนำชุมชนปฏิบัติ (community leads, and takes responsibility for action) 5) องค์กรและชุมชนร่วมกันนำ ร่วมกันปฏิบัติและมีผลลัพธ์ร่วมกัน

5. Capire engagement triangle พัฒนาโดย Amy Hubbard บริษัท capire consulting group ในปี 2015 เป็นรูปแบบสามเหลี่ยมของการผสมผสาน การตัดสินใจ การสร้างความสามารถและความสัมพันธ์ที่เข้มแข็งโดยใช้การปรึกษาผู้มีส่วนได้ส่วนเสียพัฒนาโครงการและหาเทคนิคที่เหมาะสม

6. Les Robinson curiosity-Ometer พัฒนาในปี 2016 เป็นรูปแบบที่ชี้ให้เห็นระยะระหว่าง การค้นหา (endorsement seeking) และการเปิดใจ (open-mindedness)

7. Canadian Union of Skilled Workers (CUSW) participation model พัฒนาในปี 2016 เป็นรูปแบบที่ใช้สำหรับทักษะการมีส่วนร่วมของคนทำงานชี้ให้เห็นภาพความสัมพันธ์ระหว่าง หน่วยงาน คณะกรรมการ ตัวแทน และสมาชิกในที่ทำงาน

Cohen, & Uphoff (1986) ได้จำแนกการมีส่วนร่วมเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) เป็นการกำหนดความต้องการและจัดลำดับความสำคัญ แสดงความคิดเห็น และใช้วิจารณญาณในการเลือกกิจกรรม ร่วมตัดสินใจ ตั้งแต่ช่วงเริ่มต้น ช่วงวางแผน จนถึงช่วงปฏิบัติตามแผนที่วางไว้

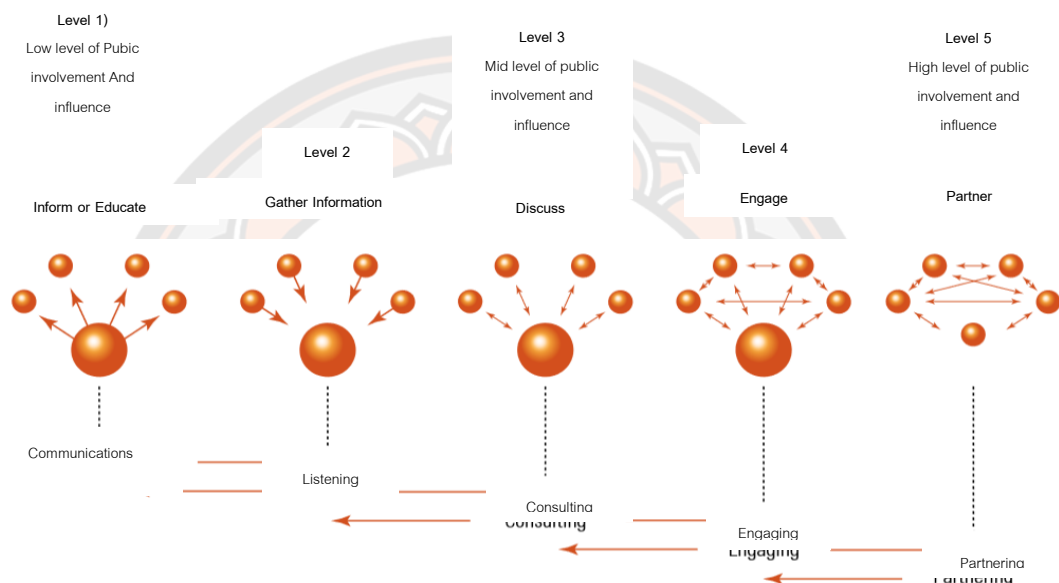
2. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ (Implementation) มีส่วนร่วมในการพิจารณาว่าใครทำอะไรบ้าง การจัดสรรทรัพยากร การบริหารงาน การประสานงาน การช่วยเหลือ

3. การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (Benefit) ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ ทั้งผลประโยชน์ทางด้านวัตถุและด้านจิตใจ

4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) เป็นการติดตามความก้าวหน้า ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น ร่วมประชุมให้ข้อเสนอแนะแนวทางการดำเนินงานต่อไป

ประเทศแคนาดา The Excellent Care for All Act (ECFA Act) ได้ออกแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน จากเดิมที่รับฟังการสะท้อนความพึงพอใจแต่ให้ความสำคัญกับการแจ้งข้อมูลมากกว่าการรับฟังและการสื่อสาร จึงได้มีกลยุทธ์ให้โรงพยาบาลต่างๆที่เป็นสมาชิกพัฒนาการมี

มีส่วนร่วม การรับผิดชอบ สาธารณะสุขเพิ่มขึ้น โดยแบ่งองค์ประกอบการมีส่วนร่วมเป็น 5 ระดับ ได้แก่ 1) การสื่อสาร(Communication) เป็นระดับที่มีส่วนร่วมน้อยที่สุด เช่น การให้สุขศึกษา 2) การรับฟัง (Listening) มีการให้ข้อมูลเพิ่มมากขึ้น 3) การปรึกษา (Consulting) การมีส่วนร่วมปานกลาง มีการสนทนาทั้ง 2 ฝ่าย 4) การผสมผสาน (Engaging) มีส่วนร่วมเพิ่มของชุมชนเข้ามาเกี่ยวข้อง 5) หุ้นส่วน (Partnering) เป็นการมีส่วนร่วมระดับสูงสุด (Born, & Laupacis, 2012) ดังแสดงในภาพ 14



ภาพ 14 Health Canada public involvement continuum

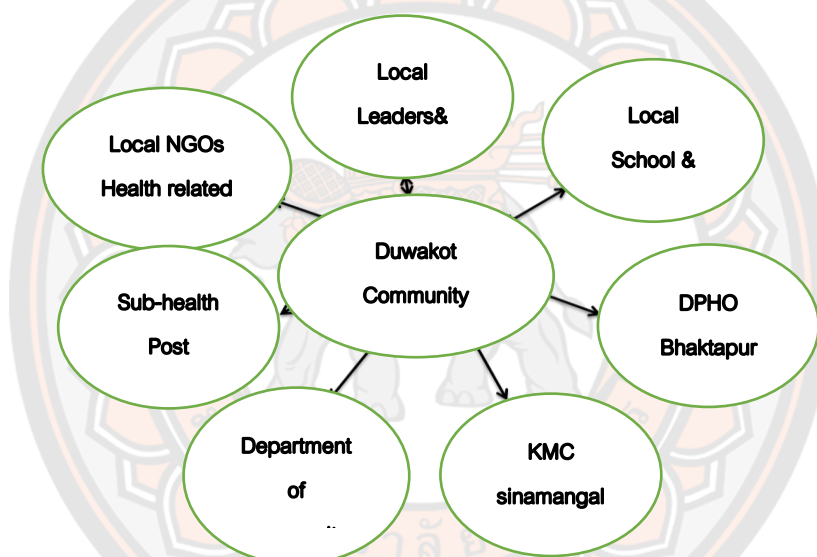
ที่มา: Born, & Laupacis, 2012

ประเทศเนปาล ได้มีการศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในระบบสุขภาพของ The Duwakot Community Hospital (DHC) และ Kathmandu Medical College (KMC) ซึ่ง มีผู้เกี่ยวข้องทั้งหมด ประกอบด้วย 7 ส่วน ดังนี้ (Vaidya, & Pradhan, 2008)

1. โรงพยาบาลส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในทุกกิจกรรม
2. ประชาชนในพื้นที่สะท้อนข้อมูลในโปรแกรมต่างๆ
3. ผู้นำชุมชนและอาสาสมัครมีส่วนร่วมกับโปรแกรมต่างๆและประสานความร่วมมือ

ให้

4. โรงพยาบาลประสานงานกับโรงเรียนและโรงงานเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในนักเรียนและคนทำงาน เช่น การคัดกรองที่มีปัญหาทางลานสายตา
5. โรงพยาบาลทำงานร่วมกับองค์กรส่วนท้องถิ่น อำเภอ ตำบล
6. คนในชุมชนที่ทำงานในมหาวิทยาลัยทำหน้าที่ประสานความร่วมมือกิจกรรมระหว่างโรงพยาบาลและมหาวิทยาลัย
7. แผนกการบริการชุมชนและโรงเรียนพยาบาลส่งเสริมให้มีการให้ข้อมูลกับชุมชน
8. พื้นที่อื่นๆที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมร่วมกับชุมชนทั้งหมด เช่น การสร้างถนนไปโรงพยาบาล การจ้างงานคนในท้องถิ่น เป็นต้น



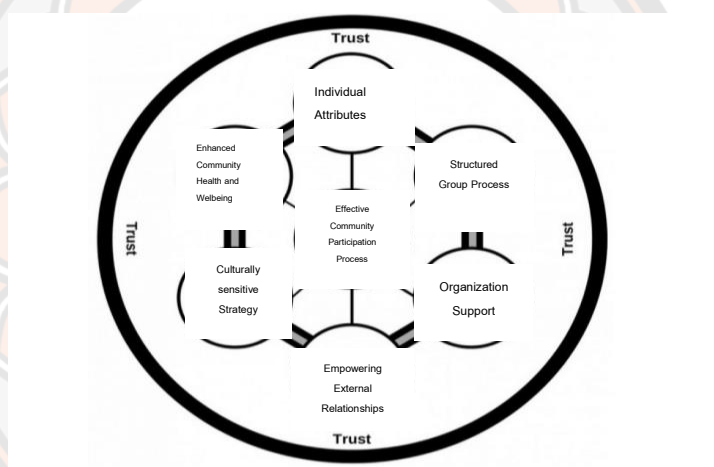
ภาพ 15 Current model of community participation at DCH

ที่มา: Vaidya, & Pradhan, 2008)

ประเทศออสเตรเลีย ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้รูปแบบ Youth and Relationship Networks (YARN Model) มาใช้เพิ่มองค์ประกอบความไว้วางใจ เป็น 7 องค์ประกอบ ดังนี้ (Chambers et al., 2018)

1. Individual attributes เป็นการเปิดใจ เต็มใจที่จะเรียนรู้ เตรียมการพูดคุยในประเด็นที่อ่อนไหวต่อความรู้สึก ยึดมั่นต่อกลุ่ม มีผลกระทบต่อชุมชน เชื่อมมั่นในกระบวนการกลุ่ม

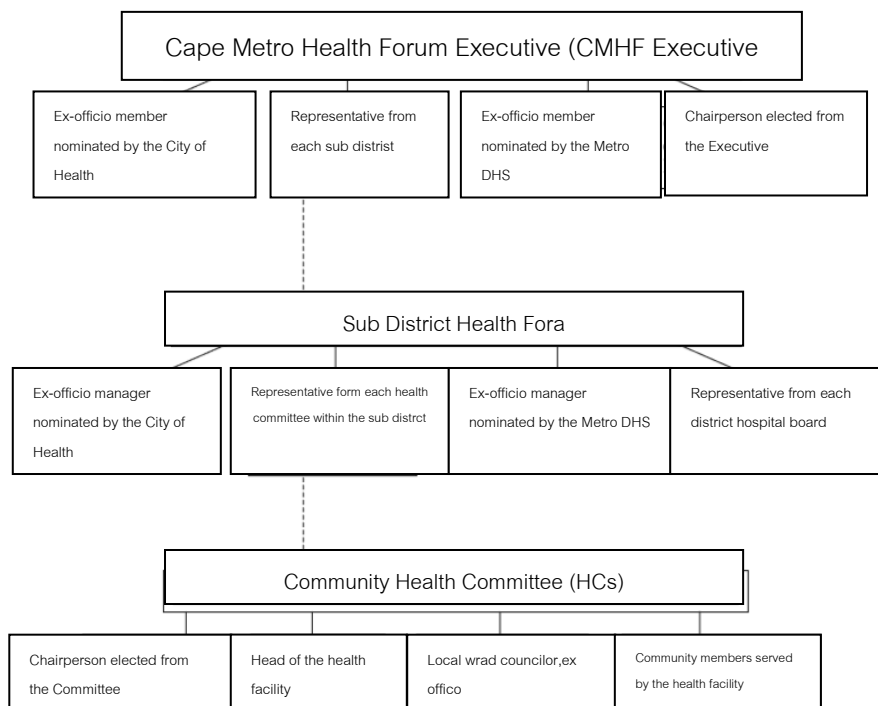
2. Structured group process กลุ่มเป็นเจ้าของของตนเองและควบคุมตนเองได้ มีการประสานงานที่เข้มแข็ง ให้คุณค่ากับการพูดคุยและการตัดสินใจร่วมกันตามวิสัยทัศน์หรือวัตถุประสงค์มีโครงสร้างการพบปะ มีความชัดเจนในงานและกิจกรรม
3. Original support การสนับสนุน ยืดหยุ่น และใช้ชุมชนเป็นฐาน
4. Empowering external relationships ผู้เชี่ยวชาญและผู้สนับสนุนจากภายนอกที่มีความตระหนักและตอบสนองในเชิงวิชาชีพ วัฒนธรรม และ อำนาจที่แตกต่างออกไป
5. Culturally sensitive strategy กลยุทธ์ที่ทางวัฒนธรรม
6. Enhanced community health and wellbeing สร้างการสนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อมให้เกิดการมีส่วนร่วมเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่จะพัฒนาสุขภาพและความผาสุก
7. Trust ความไว้วางใจ



ภาพ 16 The integrated YARN model with the addition of trust

ที่มา: Chambers et al., 2018

ประเทศออฟริกาใต้ ได้ศึกษากรอบแนวคิดในการนำการมีส่วนร่วมของชุมชนไปใช้ใน เมือง Weatern Cape โดยออกแบบระบบบริการสาธารณสุข ดังนี้ (Meier, Pardue, & London, 2012) ดังแสดงในภาพ 17



ภาพ 17 Western Cape Prowincial Health Plan Structures for Community Participation in Western Cape Province

ที่มา: Meier et al., 2012

สำหรับประเทศไทยมีนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนไปใช้เป็นแนวคิดของการดูแลในระบบบริการปฐมภูมิซึ่งเป็นการทำงานแบบมีส่วนร่วมทั้งกับชุมชนและภาคส่วนต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แกนนำชุมชน เครือข่ายต่างๆ เพื่อให้การดูแลประชาชนที่มีคลินิกหมอครอบครัวเป็นแกนหลักสร้างให้เกิดรูปแบบการให้บริการทุกคน ทุกอย่าง ทุกที่ ทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี กระบวนการบริการคลินิกหมอครอบครัว ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ 1) บริการผสมผสานในสถานบริการ 2) บริการต่อเนื่อง ได้แก่ บริการตรวจเยี่ยมที่บ้าน (home visit and home care), การติดตามผู้ป่วย ที่มีปัญหาซับซ้อน, การส่งต่อไปหน่วยบริการอื่นๆ, การดูแลระยะยาว (long term care) เป็นต้น 3) บริการเชิงรุกในชุมชน 4) การสร้างเครือข่ายและสร้างการมีส่วนร่วม 5) การให้ข้อมูล คำปรึกษาแก่ประชาชน (กระทรวงสาธารณสุข, 2559a)

คลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster: PCC) หมายถึง การจัดรูปแบบบริการสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิเป็นกลุ่มบริการ โดยการจัดให้มีทีมสหวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วยแพทย์



ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักวิชาการสาธารณสุข และวิชาชีพอื่นๆ รวมเป็นทีมหมอครอบครัว หรืออาจเรียกได้ว่า “Family medical care team” ร่วมกันดูแลประชาชนที่รับผิดชอบ (catchment population) โดยจัดให้มีจำนวนประชากร 10,000 คน/ทีม ทำหน้าที่ดูแลประชาชน แบบญาติมิตรใช้หลักเวชศาสตร์ครอบครัวเป็นหัวใจในการดำเนินงาน และให้ทีม 3 ทีมมารวมตัวกันเกิดเป็นกลุ่ม เครือข่ายบริการปฐมภูมิให้ชื่อว่า “คลินิกหมอครอบครัว” หรือ Primary Care Cluster (PCC) เท่ากับ 1 cluster ร่วมกันดูแลประชาชนประมาณ 30,000 คน สำหรับสถานที่ตั้งของหน่วยบริการให้พิจารณาตามความจำเป็น สำหรับการเข้าถึงบริการของประชาชนที่ดูแลสามารถจัดให้มีหน่วยบริการได้ตั้งแต่ 1 แห่งจนถึง 3 แห่งได้ ตาม ความเหมาะสมและความคุ้มค่า (กระทรวงสาธารณสุข, 2559) การจัดรูปแบบบริการเน้นการบริการในชุมชน (Community based) มีการให้บริการทุกรูปแบบทั้งบริการที่เกิดขึ้นภายใน PCC, บริการเชิงรุกและการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคซึ่งเป็นกระบวนการภายในชุมชน มีระบบ การดูแลต่อเนื่อง และมีภาคีที่เกี่ยวข้องซึ่งต้องเข้ามาอยู่ในระบบร่วมกันในแต่ละรูปแบบของบริการต่างๆ ซึ่งมีแนวคิดดังนี้

1. กระบวนการดูแลแบบต่อเนื่องครบวงจร เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลสุขภาพและเป็นการแก้ไขปัญหาได้อย่างเบ็ดเสร็จ จำเป็นต้อง ออกแบบระบบให้ประกอบไปด้วย การดูแลที่บ้าน (home care) ซึ่งมีกิจกรรมการเยี่ยมบ้านเป็นกิจกรรมหลัก การเฝ้าระวังและการค้นหาผู้ป่วยในชุมชน (case finding) เพื่อค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ การฟื้นฟูสภาพภายในชุมชน การควบคุมป้องกันโรคในชุมชน

2. การบูรณาการงานเชื่อมต่อกับบริการภายในโรงพยาบาลแม่ข่าย ตาม service plan หมายถึงการนำเอาบริการของปฐมภูมิไปเชื่อมกับ service plan สาขาต่างๆ เป็นการเชื่อมนโยบายการ จัดระบบบริการในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ ในระดับปฐมภูมิเป็นการดูแลตามกลุ่มวัยหรือกลุ่มประชากรที่สำคัญ แต่ service plan เป็นการดูแลรายโรคหรือรายอวัยวะ ในการเชื่อมกันนี้จะอาศัยกิจกรรมที่หลากหลายตาม Primary Service Package

3. กระบวนการให้บริการภายในหน่วยบริการ โดยปกติเมื่อเจาไปถึงบริการในหน่วยบริการมักคิดถึงลักษณะการให้บริการแบบ OPD ทั่วไป หรือ ไม่ใช่ บริการแบบ Extended OPD ไม่มุ่งเน้นบริการแบบ Acute care แต่จะให้บริการที่มีการสอดแทรกความเป็นเชิง รุกหรือการดูแลองค์รวมไว้ในการดูแลทุกๆ จุด อาจมีการนำครอบครัวหรือชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม ไม่ว่าจะเป็นร่วมบำบัดรักษา, ร่วมเรียนรู้การดูแลตนเอง, ร่วมจัดบริการ, การจัดกลุ่มบำบัด (Group therapy) หรือการจัดชมรม ผู้ป่วยซึ่งจะช่วยในการดูแลซึ่งกันและกัน เป็นต้น ให้นำเอาเครื่องมือของหลักเวชศาสตร์ครอบครัวมาใช้ในทุกจุด มีการวิเคราะห์ปัญหาแบบรอบด้านเพื่อค้นหาสิ่งที่เป็นสาเหตุของ

การเจ็บป่วยแล้วดำเนินการแก้ไขปัญหาก็ตรงจุด อาจมีการส่งทีมไปดูแลต่อเนืองที่บ้าน หรือสร้างกระบวนการชุมชนเพื่อแก้ไขปัญหาก็กับผู้ป่วย

4. การจัดการสุขภาพชุมชน เป็นลักษณะหนึ่งของการเน้นการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมโรค หรือการสร้างนำซ่อมสำหรับ ประชากรที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ โดยอาศัยความรู้ทางระบาดวิทยาในการคัดกรองประเมินความเสี่ยงและความ เจ็บป่วยจัดแยกประชากรเป็นกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย เพื่อให้เกิดระบบบริการสุขภาพที่ดีในระดับชุมชน และการดูแลประชากรเป็นกลุ่ม ได้อย่างตรงเป้าด้วย ทีมจำเป็นต้องทำการวิเคราะห์บริบทของพื้นที่ หาปัญหาชุมชน จากนั้นจึงใช้กระบวนการภายในชุมชนสร้างการสื่อสาร สาธารณะซึ่งจะทำให้เกิดความตระหนักขึ้นในชุมชนร่วมมือกันสร้างสุขภาพ เกิดการดูแลสุขภาพตนเองขึ้น สรุปได้ เป็นกระบวนการต่อไปนี้

5. การดูแลให้คำปรึกษาทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี เป็นการดูแลเพื่อให้เกิดการสื่อสารกันได้ทุกเวลาโดยใช้เทคโนโลยี เช่น LINE group, Facebook, Mobile phone เป็นต้น ทำให้เกิดความรู้สึกเสมือนผู้ป่วยมีญาติเป็นหมอ สามารถปรึกษาหารือในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพกับ บุคลากรเป็นการสร้างช่องทางให้เข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้น โดยอาศัยเครือข่าย (Network) อาจเป็นเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุข , ชมรม/จิตอาสาต่างๆ เข้าร่วมดูแลประชาชนร่วมกัน โดยมีการส่งข้อมูลหรือคำปรึกษา ในกลุ่ม ประชากรอาจติดต่อถึงอาสาสมัครดูแลของครอบครัวตนเอง หรือติดต่อกับบุคลากรทางการแพทย์โดยตรง ก็ได้ขึ้นกับการจัดการภายในของแต่ละทีมและความสัมพันธ์ของแต่ละบุคคล

## 7. การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน

การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนให้เข้ามามีส่วนร่วมในเครือข่ายสุขภาพ การดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมี 5 ขั้นตอน ซึ่งเป็นขั้นตอนของการเข้ามามีส่วนร่วมที่ให้ความสำคัญ โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง โดยมีหน่วยงานภาครัฐคอยช่วยเหลือ ให้คำแนะนำหรืออำนวยความสะดวกเท่านั้น ประกอบด้วย 1) สร้างทีมงาน 2) วิเคราะห์ปัญหาสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของชุมชน 3) จัดทำแผนงาน/โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 4) จัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 5) ประเมินผล เพื่อนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนา (Marko, 2013; กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2556) ได้กำหนดวิธีการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน ดังนี้

1. ส่งเสริมกิจกรรมที่สมาชิกทั้งหมดในชุมชนให้ความสำคัญ
2. ผลสมผสานสมาชิกในชุมชนให้เรียนรู้และเข้าใจประเด็นของชุมชน ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม นโยบาย จิตใจ และปัจจัยอื่นที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพ

3. พัฒนาภาวะผู้นำของสมาชิกในชุมชน ผู้นำ และกลุ่มที่อยู่ในชุมชน
4. เปิดโอกาสที่จะใช้กลยุทธ์ให้เกิดความยั่งยืนและความผาสุกในชุมชน

กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2556) กำหนดวิธีการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพในชุมชน ซึ่งหัวใจของการดำเนินงานที่ทำให้ประสบความสำเร็จด้วยวิธีการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ คือการมีภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็ง การมีส่วนร่วมของประชาชน ภาครัฐและเอกชนจะเป็นส่วนที่ช่วยสนับสนุน การที่จะให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมดำเนินกิจกรรมต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการประชุม การประชาคมและการประชาสัมพันธ์เป็นสิ่งสำคัญที่สุด ถ้าประชาชนไม่มีความเข้าใจหรือมองไม่เห็นประโยชน์ที่จะได้นั้น การดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ประสบความสำเร็จก็จะดำเนินการได้ยากมาก ดังนั้น การส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการขับเคลื่อนการพัฒนาคนเพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ วิธีการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีดังนี้

1. ส่งเสริมเครือข่ายให้เป็นแกนเชื่อมประสานกับภาคีเครือข่ายหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ เพื่อให้เกิดกระบวนการพัฒนาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ
2. ส่งเสริมให้มีผู้นำในกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและเป็นแบบอย่างที่ดี
3. มีการส่งเสริมการวางแผนดำเนินงาน ผู้ทำงานระดับพื้นที่และเครือข่ายมีศักยภาพในการดำเนินงานร่วมกัน
4. ส่งเสริมให้มีกระบวนการเรียนรู้ที่หลากหลาย มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ซึ่งเป็นการสร้างพื้นที่การเรียนรู้ให้กับแกนนำและคนในชุมชนที่ไม่เพียงเปิดการเรียนรู้ในชุมชน หากต้องไปปฏิสัมพันธ์กับองค์กร หน่วยงานและชุมชนภายนอกที่หลากหลาย ทำให้เกิดการเรียนรู้และนำมาพัฒนาต่อยอดสิ่งที่ชุมชนมีอยู่แล้ว และขยายงานออกไปจากเดิมมากขึ้นการสร้างเครือข่ายและการมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน
5. ส่งเสริมให้มีแหล่งการเรียนรู้ด้านสุขภาพในชุมชน เพื่อเป็นศูนย์รวมของข้อมูลความรู้ในการเรียนรู้ด้านสุขภาพในชุมชน
6. สร้างความร่วมมือของชุมชน ผู้นำท้องถิ่นและภาคีเครือข่ายอย่างจริงจัง

7. ส่งเสริมให้มีการหนุนเสริมจากภายนอก หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน ด้านงบประมาณ การจัดการวิชาการ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทำให้เกิดการขับเคลื่อนงานของชุมชนเป็นไปต่อเนื่อง

8. การให้ความสำคัญต่อการมีส่วนร่วมและให้การยอมรับต่อบทบาทของหน่วยงาน ภาคีเครือข่ายภาครัฐ เอกชน องค์กรชุมชน สมาคม อาสาสมัครสาธารณสุข กลุ่ม/ชมรม ผู้นำชุมชน และเยาวชน ที่มีอยู่หลากหลายในพื้นที่ต่อการให้การสนับสนุนการดำเนินงาน

9. ส่งเสริมให้ภาคีเครือข่ายมีการค้นพบสิ่งดีในชุมชน แล้วนำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน

10. ประชาชนรับรู้ ตระหนักและเห็นความสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

11. ส่งเสริมให้มีการถ่ายทอดและแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากผู้รู้หรือปราชญ์ในพื้นที่ นับว่ามีต้นทุนทางสังคมที่เป็นโอกาสดี

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2552) กำหนดกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นตอนที่ 1 การมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ชุมชน เพื่อทำการค้นหาปัญหา หาสาเหตุปัญหาของชุมชน ให้ประชาชนได้สืบค้น สืบหาจุดบกพร่อง วิเคราะห์สภาพที่แท้จริงของชุมชน พร้อมทั้งร่วมตัดสินใจว่าจะเริ่มทำอะไร จะแก้ปัญหอะไร

2. ขั้นตอนที่ 2 การมีส่วนร่วมในกระบวนการวางแผนดำเนินการให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการคิด ค้นหาวิธีการหรือแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่ได้มาซึ่งกระบวนการทางประชาธิปไตย สามารถปฏิบัติได้จริงและเหมาะสมกับชุมชนนั้นๆ

3. ขั้นตอนที่ 3 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ประชาชนใช้ศักยภาพของตนเองในการบริหารจัดการชุมชน จัดการทรัพยากรและเกิดการประสานงานกันระหว่างชุมชนและองค์กรต่างๆที่เข้ามาช่วยเหลือ

4. ขั้นตอนที่ 4 การมีส่วนร่วมในการประเมินผลการดำเนินงาน ประชาชนมีส่วนร่วมในการตรวจสอบผลงานที่ทำไปว่าบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้หรือไม่ หากกิจกรรมที่ทำไปเกิดประโยชน์ต่อชุมชน ชุมชนเกิดการพัฒนาและเป็นขั้นตอนที่ตัดสินใจว่าจะเดินไปข้างหน้าหรือหยุดพักเพื่อปรับปรุงวิธีการดำเนินงานใหม่

5. ขั้นตอนที่ 5 การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ ประชาชนจะได้รับผลตอบแทนจากการเข้าร่วมกิจกรรมทางด้านจิตใจเกิดความภาคภูมิใจที่เห็นชุมชนเกิดการพัฒนา

ถึงแม้ว่ากระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนจะเป็นตัวกำหนดกิจกรรมการดำเนินงานของชุมชน แต่ในทางปฏิบัติแล้วทุกคนไม่สามารถเข้ามาร่วมได้ การเข้ามามีส่วนร่วมจึงเป็นไปได้หลายลักษณะซึ่งก็แล้วแต่จังหวะหรือโอกาสที่สามารถเข้าร่วมได้ เช่น การใช้แรงงาน ร่วมออกเงิน ทรัพยากร การชักชวนเพื่อนบ้าน ร่วมสัมภาษณ์ ร่วมรับผิดชอบ ร่วมดำเนินการ ฯลฯ

## 8. ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของชุมชน

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสุขภาพของประชาชนในชุมชนนั้น จำเป็นต้องให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของชุมชนหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในประเด็นสุขภาพที่ชุมชนให้ความสำคัญเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินงานกิจกรรมหรือโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่างๆ ทั้งในส่วนของคนในชุมชนเองและภาคส่วนต่างๆ ซึ่งเครือข่ายที่มีบทบาทและมีส่วนร่วมที่สำคัญที่จะทำให้ประสบความสำเร็จได้ มีดังนี้ (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

1. เครือข่ายภาคประชาชน เป็นเครือข่ายที่มีบทบาทสำคัญในการบริหารจัดการและดำเนินงาน ซึ่งอาจเป็นกลุ่มบุคคล กลุ่มองค์กร หรือกลุ่มเครือข่ายที่มีในชุมชน ได้แก่

1.1 กลุ่มองค์กรหรือชมรม สมาคมต่างๆ ที่เข้มแข็งกลุ่มต่างๆ ได้แก่ กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มสตรี กลุ่มสัจจะออมทรัพย์เพื่อส่งเสริมอาชีพหรือกองทุนหมู่บ้าน เป็นต้น ชมรมต่างๆ ได้แก่ ชมรมอสม. ชมรมผู้สูงอายุ ชมรมแม่บ้าน ชมรมสร้างสุขภาพ และชมรมอื่นที่ชุมชนจัดตั้งขึ้นเพื่อดำเนินกิจกรรมในชุมชน

1.2 กลุ่มแกนนำทางสังคมที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงาน ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พระภิกษุ ปราชญ์ชาวบ้านที่ชุมชนให้ความเคารพนับถือในการเป็นแกนนำต่างๆในชุมชน เป็นต้น

1.3 คณะกรรมการหมู่บ้าน

2. เครือข่ายภาครัฐ เป็นเครือข่ายที่มีบทบาทในการสนับสนุนการดำเนินงานทั้งด้านวิชาการและทรัพยากร ได้แก่ เจ้าหน้าที่จากสถานบริการสุขภาพ (รพ.สต./รพช./รพท/รพศ./สสอ./สสจ.) และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงเรียน เกษตร พัฒนาชุมชน อบต. เทศบาล เป็นต้น

## 9. ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพของชุมชน

จากการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลกับการมีส่วนร่วมของชุมชนประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล โดยพบว่า เพศชายจะให้ความสนใจเรื่องของการปกครอง การบริหาร และการเมืองสูงกว่าเพศหญิง กลุ่มอายุของประชาชนที่เข้ามามีส่วนร่วมมากที่สุด ได้แก่ กลุ่มอายุระหว่าง 51-60 ปี ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ มีประสบการณ์ มีความสนใจ และมีเวลามากพอที่จะเข้ามาร่วมในชุมชน นอกจากนี้ ระดับการศึกษาของประชาชนส่วนใหญ่จะอยู่ในระดับประถมศึกษาตอนต้น ซึ่งกลุ่มที่มี



การศึกษาระดับนี้ ยังต้องพึ่งพาความช่วยเหลือจากภาครัฐและชุมชน ต้องการหาช่องทางในการเพิ่มรายได้ให้กับตนเองและครอบครัวให้มีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น สถานภาพสมรสจะเข้ามามีส่วนร่วมมากกว่า เนื่องจากประชาชนที่มีครอบครัวแล้วจะสนใจต่อสภาพสิ่งแวดล้อมของชุมชนเพราะส่งผลต่อความเป็นอยู่ของสมาชิกในครอบครัว เพราะหากท้องถิ่นที่อาศัยอยู่มีสิ่งแวดล้อมที่ดี ทรัพยากรธรรมชาติ อุดมสมบูรณ์ ไม่มีปัญหาโจรผู้ร้าย มีความปลอดภัยทั้งในชีวิตและทรัพย์สิน สิ่งเหล่านี้ย่อมส่งผล ต่อสมาชิกในครอบครัวของตนเองให้มีความเป็นอยู่ที่ดีตามไปด้วย (ชาญชัย ชัยรุ่งเรือง, 2559) การอบรมเสริมความรู้ทำให้การมีส่วนร่วมเพิ่มมากขึ้น (กิตติ วงศ์ปทุมทิพย์, 2560) ผู้ที่มีรายได้มากมีส่วนร่วมมากกว่าผู้มีรายได้น้อย ส่วนปัจจัยอาชีพนั้น พบว่า อาชีพเกษตรกรรมมีส่วนร่วมมากกว่าอาชีพอื่นๆ เนื่องจากเมื่อแล้วเสร็จภารกิจก็มีเวลาว่างเพียงพอที่จะเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน (สมจินตนา คุ่มภัย, 2559)

นอกจากนี้ ยังพบว่า บทบาทในสังคม ความเชื่อถือศรัทธา กระบวนการเรียนรู้การมีส่วนร่วมก็เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของชุมชนเช่นกัน เนื่องจาก บทบาทในสังคม เป็นสิ่งหนึ่งที่ทำให้ประชาชนเข้ามามี ส่วนร่วมต่างกัน เนื่องจากประชาชนที่มีบทบาทในสังคมสูงจะมีลักษณะความเป็นผู้นำสูงด้วย เช่น ผู้นำชุมชน จะได้รับการยอมรับและได้รับความเชื่อถือจากประชาชนในชุมชน และเป็นผู้ริเริ่มการ ดำเนินต่างๆ ของชุมชน ทำให้กลุ่มนี้เข้ามามีบทบาทในการสร้างความเข้มแข็งให้แก่ชุมชนและส่วนใหญ่มีความพร้อมในเรื่องฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมอยู่แล้ว (ชาญชัย ชัยรุ่งเรือง, 2559) ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะช่วยยให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพในชุมชน จึงควรมีการสร้างทัศนคติและความกระตือรือร้นของประชาชนในพื้นที่ให้เห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วมในงานด้านสาธารณสุขมากยิ่งขึ้น (สุภัชญา สุนนีตะ, 2560) จะเห็นได้ว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนนั้นจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ทำให้จำเป็นต้องสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายทางสังคมและสนับสนุนให้มีแรงสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพออีกด้วย (Kenny et al., 2014)

กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2556) กล่าวว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชน มีดังนี้

1. ปัจจัยด้านกลไกของรัฐบาลสนับสนุนและส่งเสริมทั้งจากกลไกรัฐ และแกนนำเครือข่ายขององค์กรชุมชนและภาคีเครือข่ายพันธมิตร ทั้งหน่วยงานภาครัฐจากกระทรวงมหาดไทย องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น อบต.อบจ.หรือเทศบาลสาธารณสุข สำนักพระพุทธศาสนา โรงเรียนในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน องค์กรภาคีเครือข่าย ให้การสนับสนุนทั้งวิชาการและทรัพยากร งบประมาณ อุปกรณ์ รวมทั้งการร่วมกิจกรรมดำเนินการ

2. ปัจจัยด้านประชาชนกลุ่มเป้าหมายประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับผลกระทบโดยตรงจะต้องเสริมสร้างแรงจูงใจและกระบวนการมีส่วนร่วมในกิจกรรม รวมทั้งกระตุ้นให้เกิดการรับรู้สภาพปัญหาที่เกิดขึ้น

3. ปัจจัยด้านแกนนำเครือข่ายแกนนำเครือข่ายต้องมีความตั้งใจและมุ่งมั่นในการทำงานกิจกรรมการสร้างชุมชนเข้มแข็ง ซึ่งผู้นำเหล่านี้มีประวัติการทำงานเพื่อส่วนรวม จนได้รับการยอมรับนับถือจากคนในชุมชน สมาชิกแกนนำและภาคีเครือข่าย

จากการทบทวนแนวคิดทฤษฎีการมีส่วนร่วมของชุมชน พอสรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นกระบวนการที่สำคัญในการบรรลุเป้าหมายทางสุขภาพของชุมชน ในประเด็นที่คนในชุมชนตระหนักและเข้าไปมีส่วนร่วมทั้งการวางแผนและการตัดสินใจ ซึ่งการมีส่วนร่วมของชุมชนนั้นมีความหลากหลายทั้ง ชนิดการมีส่วนร่วม ระดับการมีส่วนร่วม รวมถึงรูปแบบและองค์ประกอบของการมีส่วนร่วมของชุมชน ที่มีความแตกต่างกันทั้งวัตถุประสงค์และกลุ่มที่นำไปใช้ก็แตกต่างกัน ซึ่งการนำการมีส่วนร่วมของชุมชนมาใช้ในการงานสาธารณสุขนั้นต้องคำนึงถึงวัตถุประสงค์และกลุ่มที่จะใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมเพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับบริบทและเกิดประสิทธิภพนำไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีต่อไป การวิจัยครั้งนี้เลือกใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมดังนี้

1. ชนิดการมีส่วนร่วมของชุมชน การวิจัยครั้งนี้เลือกใช้ชนิดการมีส่วนร่วมที่ควบคุมชุมชน (Participation as community control) ของ Cragg et al. (2013) เนื่องจากมีความทันสมัย สอดคล้องกับวัตถุประสงค์และรูปแบบของการวิจัยที่ต้องการให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมและควบคุมกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยปลุกถ่ายไตด้วยชุมชนเอง ตั้งแต่ประเมินสถานการณ์การมีส่วนร่วมและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมจนถึงพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วม และออกแบบกิจกรรมการดูแล โดยชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่ขั้นตอนการวางแผนร่วมกันจนถึงประเมินผลของรูปแบบการมีส่วนร่วม

2. ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน การวิจัยครั้งนี้เลือกใช้ระดับการมีส่วนร่วมของ Arnstein, 1969 อี า ง อิง ใน Norwegian Agency for Development Cooperation (2013) เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยปลุกถ่ายไตที่เป็นอยู่ส่วนใหญ่เป็นการรักษา (Therapy) และการให้คำแนะนำ (Information) การให้คำปรึกษา (Consultation) ซึ่งเป็นระดับการมีส่วนร่วมน้อย ในการวิจัยนี้มีจุดมุ่งหมายที่จะพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนให้เพิ่มขึ้นในระดับอำนาจพลเมือง (citizen power) โดยให้ชุมชนเข้ามาเป็นหุ้นส่วนและควบคุมการดูแลผู้ป่วยปลุกถ่ายไตได้ด้วยตนเอง

3. รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน การวิจัยครั้งนี้เลือกใช้แนวคิดรูปแบบการมีส่วนร่วมของ Cohen, & Uphoff (1986) ประกอบด้วย 1) ส่วนร่วมในการตัดสินใจ 2) ส่วนร่วมในการ

ปฏิบัติการ 3) ส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ 4) ส่วนร่วมในการประเมินผล เนื่องจากมีความสอดคล้องกับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต เพราะการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตนั้นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนตั้งแต่เริ่มแรกโดยเฉพาญาติและครอบครัวจะต้องร่วมกับวางแผนและตัดสินใจร่วมกับทีมผู้รักษาตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด โดยต้องวางแผนในสอดคล้องกับการดำเนินชีวิตทั้งเรื่องเรียนและการทำงาน จากนั้นเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลชุมชนจะเข้ามามีส่วนร่วมในการปฏิบัติการทั้งด้านการรับประทานยากดภูมิคุ้มกัน ด้านการปฏิบัติกิจวัตร ด้านอารมณ์ ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และด้านการมาตรวจตามนัด ซึ่งหากผู้ป่วยมีสุขภาพแข็งแรงผู้ดูแลก็จะรู้สึกภูมิใจเป็นการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์หรือบางรายมีสุขภาพแข็งแรงสามารถกลับไปทำงานหาเงินได้ก็เป็นส่วนร่วมรับประโยชน์ที่เป็นเงิน นอกจากนี้ ชุมชนยังต้องมีส่วนร่วมในการประเมินอาการผิดปกติต่างๆ และติดตามค่าการทำงานของไตใหม่เป็นระยะอีกด้วย ดังนั้น รูปแบบการมีส่วนร่วมของ Cohen, & Uphoff (1986) จึงมีความสอดคล้องกับการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตในการศึกษาครั้งนี้

### **แรงสนับสนุนทางสังคม**

แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) เป็นเครือข่ายทางสังคมของบุคคลซึ่งมีผลต่อการให้และรับการช่วยเหลือและภาวะผูกพันจากครอบครัว เพื่อน เพื่อนร่วมงาน สมาชิกในชุมชน และบุคลากรทางการแพทย์ ถ้าบุคคลมีการสนับสนุนทางสังคมที่เข้มแข็งมีความสัมพันธ์ทำให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพดีขึ้นและลดอัตราการตาย นอกจากนี้ยังมีความสัมพันธ์กับความซึมเศร้า การรับรู้ผลของภาวะความเจ็บป่วย และความพึงพอใจในชีวิตอีกด้วย (Cukor, 2017) ซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคมยังมีประโยชน์ต่อสุขภาพ โดยทำให้มีเพิ่มความสามารถในการเผชิญและแก้ปัญหาเพิ่มขึ้น เพิ่มคุณค่าในตัวเอง ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพวิถีชีวิตที่ดี และทำให้การปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาดีขึ้น และเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยบรรลุเป้าหมายทางสุขภาพอีกด้วย (Cherry, 2018) ดังนั้น แรงสนับสนุนทางสังคมจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลตนเองของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และการเผชิญกับปัญหาทางสุขภาพที่อาจเกิดขึ้น หลังกลับไปใช้ชีวิตกับครอบครัว และชุมชนซึ่งส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพที่จะเกิดขึ้นตามมา (Ndemera, & Bhengu, 2017)

#### **1. ความหมายแรงสนับสนุนทางสังคม**

แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ระดับเครือข่ายทางสังคมของแต่ละบุคคลที่ให้และได้รับความรัก การช่วยเหลือ และภาวะผูกพัน จากสมาชิกในครอบครัว เพื่อน เพื่อนร่วมงาน

สมาชิกในชุมชน และบุคลากรทางการแพทย์แรงสนับสนุนทางสังคมที่เข้มแข็งที่ความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพ การปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ การรักษา และลดอัตราการตาย (Cukor, 2017)

Towey (2017) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การมีเพื่อนและบุคคลอื่น รวมถึงครอบครัว ที่มีเวลาที่จำเป็นหรือมีภาวะวิกฤติที่ชี้ให้เห็นภาพลักษณะที่กว้างขึ้น ทำให้เกิดคุณภาพชีวิตและช่วยเหลือเมื่อเกิดสิ่งที่ไม่คาดคิดในชีวิต ประกอบด้วย 1) ด้านอารมณ์ (Emotional) หมายถึง การกระทำของคนที่ทำให้คนบางความรู้สึกว่าได้รับการดูแล 2) ด้านเครื่องมือ (Instrumental) หมายถึง การสนับสนุนทางกายภาพ เช่น เงิน และช่วยงานบ้าน 3) ด้านข้อมูลข่าวสาร (Information) หมายถึง การจัดหาข้อมูลคำแนะนำเพื่อช่วยเหลือบางคน

Gans (2018) ได้ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง องค์ประกอบที่สำคัญของความสัมพันธ์และสุขภาพจิต รวมถึงเครือข่ายครอบครัว เพื่อน ที่มีเวลาให้เมื่อจำเป็น เมื่อต้องเผชิญภาวะวิกฤติหรือต้องการความช่วยเหลือ หรือ ต้องการเวลาในการดูแลกัน ซึ่งเป็นบทบาทที่สำคัญในการใช้ชีวิตประจำวัน

Dong, & Simon (2010) ได้ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การมีคนดูแล มีคนให้ความรัก และมีคนเห็นคุณค่า

จากที่กล่าวมา จึงพอสรุปได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลนั้นได้รับการเอาใจใส่ทั้งในด้านที่มองเห็น เช่น เงิน สิ่งของ แรงกาย และสิ่งที่มองไม่เห็น คือ คำแนะนำ กำลังใจ จากบุคคลที่ตนให้กำเนิดมาหรือบุคคลอื่นที่ตนไม่ได้ให้กำเนิด รวมถึงเครือข่ายครอบครัว เพื่อน ที่มีเวลาให้เมื่อจำเป็น เมื่อต้องเผชิญภาวะวิกฤติหรือต้องการความช่วยเหลือ หรือ ต้องการเวลาในการดูแลกัน ซึ่งเป็นบทบาทที่สำคัญในการใช้ชีวิตประจำวัน ซึ่งมีความสำคัญอย่างมากในการดำรงชีวิต

## 2. ความสำคัญของแรงสนับสนุนทางสังคม

ผู้เชี่ยวชาญทางด้านจิตวิทยาได้ให้ความสำคัญกับแรงสนับสนุนทางสังคมเมื่อเกิดภาวะวิกฤติจะมีการร้องขอการสนับสนุนจากเพื่อนและครอบครัว มีงานวิจัยมากมายที่แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ของแรงสนับสนุนทางสังคมกับแง่มุมที่แตกต่างของสุขภาพและความผาสุก การขาดแรงสนับสนุนทางสังคมทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าและโดดเดี่ยวเพิ่มขึ้น เพิ่มความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย การใช้สุรา โรคหัวใจและหลอดเลือด และความผิดปกติทางสมอง จากการศึกษา พบว่าผู้ชายวัยกลางคนที่มีแรงสนับสนุนและอารมณ์ที่เข้มแข็งจะการเสียชีวิตน้อยกว่าคนที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม ในทางสุขภาพแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญใน 2 ประเด็น ดังนี้ (Gans, 2018)

1. แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) หมายถึง แหล่งทรัพยากรทางด้านจิตใจและวัสดุ อุปกรณ์ ที่จัดหาโดยเครือข่ายทางสังคมเพื่อให้บุคคลจัดการรับมือกับความเครียดได้ ซึ่งอาจจะมาในรูปแบบที่แตกต่างกัน บางครั้งเป็นการช่วยงานในแต่ละวันเมื่อเจ็บป่วยหรือต้องการความช่วยเหลือด้านการเงิน หรือบางสถานการณ์อาจเป็นการให้คำแนะนำจากเพื่อนเมื่อต้องเผชิญหน้ากับสถานการณ์ที่ยาก บางครั้งอาจเป็นการดูแล การเอาใจใส่ ความรักสำหรับใครบางคนที่ต้องการ

2. การบูรณาการทางสังคม (Social Integration) การมีส่วนร่วมที่แท้จริงในความสัมพันธ์ทางสังคมที่หลากหลาย ตั้งแต่ คู่ชีวิตที่โรแมนติกจนถึงเพื่อน ซึ่งการบูรณาการนี้เกี่ยวข้องกับด้านอารมณ์ ความใกล้ชิด และความรู้สึก ในกลุ่มทางสังคมที่แตกต่างกัน เช่น การเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว คู่ชีวิต กิจกรรมทางสังคม หรือ กลุ่มทางศาสนา ซึ่งสำคัญต่อภาวะสุขภาพของบุคคล

นอกจากนี้ แรงสนับสนุนทางสังคมยังมีความสำคัญเป็นขั้วกำลังใจให้สามารถเผชิญกับปัญหาทั้งด้านกายและจิตใจ เช่น ความชราภาพของผู้สูงอายุ หรือด้านจิตใจ ที่หากเกิดความขัดแย้งของสมาชิกในครอบครัวก็จะส่งผลต่อสภาพจิตใจให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ ผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมทางสังคมจากครอบครัวอย่างน้อย 1 คน จะมีสุขภาพที่ดีกว่าคนที่อยู่โดดเดี่ยวและอาจมีปัญหาด้านกายและจิตใจได้ แรงสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นสิ่งสำคัญและสามารถส่งผลกระทบต่อทั้งในด้านร่างกายและจิตใจ หากได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอก็จะเกิดสุขภาพที่ดี (สุภาภรณ์ สุตหนองบัว, 2561ค)

### 3. ประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคม

สุภาภรณ์ สุตหนองบัว (2561ค) ได้แบ่งประเภทแรงสนับสนุนทางสังคม เป็น 4 ประเภท ได้แก่

1. แรงสนับสนุนด้านเงิน (Financial support) หมายถึง การให้ความช่วยเหลือดูแลด้วยเงินเท่านั้น ซึ่งถือว่ามีค่าสำคัญเพราะเงินถือว่าเป็นสิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิต โดยเฉพาะการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง ซึ่งรวมถึงรายได้ที่รัฐบาลจัดสรรให้ด้วย หากได้รับการสนับสนุนด้านการเงินน้อยลงจึงส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกาย ดังนั้นเพื่อการดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดีจึงควรมีผู้สนับสนุนหลักด้านการเงิน

2. แรงสนับสนุนด้านการแรงกาย (Instrumental support) หมายถึง การดูแลช่วยเหลือด้วยแรงกาย เช่น การเตรียมอาหาร การทำงานบ้าน การจ่ายตลาด หรือ การดูแลด้านอื่นๆ ด้วยแรงกาย ซึ่งผู้ให้การสนับสนุนด้านแรงกายส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัว เช่น บุตร



หลาน เนื่องจากอยู่ใกล้ชิดกัน รวมทั้งญาติและเพื่อนบ้านในละแวกชุมชนเดียวกันก็มีส่วนช่วยด้านร่างกายแต่่มักจะเกิดในสังคมชนบทมากกว่าชุมชนเมือง เพื่อนบ้านและหน่วยงานรัฐมีส่วนในการให้การสนับสนุนด้านนี้ด้วยเช่นกัน ดังจะเห็นได้จากการมี อสม. (อาสาสมัครสาธารณสุข)

3. แรงสนับสนุนด้านสิ่งของ (Material support) หมายถึง การให้ความช่วยเหลือด้านอาหาร เสื้อผ้า หรือ สิ่งของอื่นๆ ทั้งจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อนบ้าน หน่วยงานรัฐ และเอกชน เช่น การได้รับของฝากจากเพื่อนบ้าน หรือ ส่งมาทางพัสดุ แรงสนับสนุนด้านนี้เกิดขึ้นได้ 2 ทิศทาง ทั้งบุตรหลานให้พ่อแม่และพ่อแม่ให้กับบุตรหลาน

4. แรงสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) หมายถึง การช่วยเหลือด้านจิตใจ เช่น การให้กำลังใจ การปลอบใจ แรงสนับสนุนด้านนี้มีอิทธิพลด้านจิตใจ ผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการให้แรงสนับสนุนด้านนี้ คือ บุตร รองลงมาคือ สมาชิกในครอบครัว นอกจากนี้เพื่อนบ้านและตัวแทนจากหน่วยงานขององค์กรและเอกชนยังสามารถให้แรงสนับสนุนด้านนี้ได้ด้วย ซึ่งหากได้รับแรงสนับสนุนด้านนี้ไม่เพียงพอจะส่งผลให้เกิดความเครียดหรืออาจเกิดภาวะซึมเศร้าได้ โดยเฉพาะผู้สูงอายุ สำหรับบุตรที่อยู่ไกลสามารถให้การสนับสนุนด้านนี้ได้ในลักษณะของการสื่อสารทางไกล เช่น การใช้โทรศัพท์ การสื่อสารทางอินเทอร์เน็ต เป็นต้น ซึ่งจะมีประสิทธิภาพเมื่อสัญญาณการสื่อสารที่เพียงพอ นอกจากนี้บุคคลอื่นสามารถให้การสนับสนุนด้านนี้ได้ เช่น หน่วยงานรัฐที่จัดงานผู้สูงอายุเป็นการแสดงความเคารพ ดังนั้น แรงสนับสนุนด้านอารมณ์ นอกจากจะส่งผลต่อสุขภาพจิตแล้ว ยังส่งผลต่อสุขภาพกายด้วยเพราะเมื่อสุขภาพจิตดี สุขภาพกายก็จะดีไปด้วย

Health Behavior and Health Education (2017) แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมเป็น 4 ประเภท ดังนี้

1. ด้านอารมณ์ (Emotional Support) หมายถึง การแสดงออกซึ่งความเอาใจใส่ ความรัก ความซื่อสัตย์และการดูแล เช่น เพื่อนสนิทและคนในครอบครัวให้ความหวังและรับฟัง
  2. ด้านเครื่องมือ (Instrumental Support) หมายถึง การช่วยเหลือที่สัมผัสได้และการบริการ เช่น สามีหยุดงาน 2 วันเพื่อช่วยเลี้ยงลูกระหว่างที่ภรรยาไปรับยาเคมีบำบัด
  3. ด้านข้อมูล (Information Support) หมายถึง ข้อเสนอแนะ คำปรึกษาและข้อมูล เช่น แพทย์ให้คำแนะนำแนวปฏิบัติการรักษา
  4. ด้านการประเมินผล (Appraisal Support) หมายถึง ข้อมูลที่ใช้ในการประเมินตนเอง เช่น เพื่อนสนิทเตือนให้ดูแลตนเอง กระตุ้นให้ประเมินสภาพของตนเอง
- Gans (2018) ได้แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ประเภท ดังนี้

1. ด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นการสนับสนุนเมื่อคุณรู้สึกอยากร้องไห้ ซึ่งมีความสำคัญมากในระหว่างที่เกิดความเครียดหรือโดดเดี่ยว

2. ด้านเครื่องมือ (Instrumental Support) เป็นการสนับสนุนทางกายภาพเมื่อจำเป็นหรือต้องการ อาจจะเป็นอาหารร้อนๆ เมื่อคุณป่วย หรือการขับรถพาไปซื้อของ

3. ด้านข้อมูล (Information Support) เป็นการสนับสนุนด้านข้อมูล รวมทั้งแนวปฏิบัติ คำแนะนำ คำปรึกษา ซึ่งมีความสำคัญในการตัดสินใจครั้งใหญ่ในชีวิต เมื่อได้รับการสนับสนุนจะทำให้ลดความวิตกกังวลและความเครียดเกี่ยวกับปัญหาที่พยายามแก้ไข

#### 4. แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม

สุภาภรณ์ สุตหนองบัว (2561ข) ได้แบ่งแหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม 2 กลุ่ม ได้แก่

1. คนผู้ที่ให้กำเนิดมา (people who have bond by nature) ได้แก่ บุตรซึ่งถือเป็นบุคคลสำคัญของผู้สูงอายุ และเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่มีอิทธิพลต่อผู้สูงอายุมากที่สุด และถือเป็นแหล่งสนับสนุนอย่างไม่เป็นทางการ

2. คนผู้ซึ่งดูแล (other people who can give care) หมายถึง คนที่ดูแลซึ่งเป็นบุคคลอื่นที่ไม่ใช่บุตร ได้แก่ คู่ครอง บุตรสะใภ้ บุตรเขย หรือบุคคลอื่นรวมถึงหน่วยงานรัฐและเอกชน ซึ่งถือเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมอย่างเป็นทางการ

กองเวชกรรมป้องกัน กรมแพทยทหารเรือ (2548) ได้แบ่งแหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม 2 กลุ่ม ได้แก่

1. กลุ่มปฐมภูมิ เป็นกลุ่มที่มีความสนิทสนมและมีสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกเป็นการส่วนตัวสูง กลุ่มนี้ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้องและเพื่อนบ้าน ซึ่งมีความสำคัญต่อการเจ็บป่วยและพฤติกรรมอนามัยของบุคคลเป็น อย่างยิ่ง โดยเฉพาะแรงสนับสนุนทางอารมณ์จากคู่สมรส

2. กลุ่มทุติยภูมิเป็นกลุ่มสังคมที่มีความสัมพันธ์ตามแผนและกฎเกณฑ์ที่วางไว้มีอิทธิพลเป็น ตัวกำหนดบรรทัดฐานของบุคคลในสังคมกลุ่มนี้ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพและกลุ่มสังคมอื่นๆ ซึ่งใน ระบบแรงสนับสนุนทางสังคมถือว่า มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ดังนั้นแรงสนับสนุนทางสังคมจาก แหล่งทุติยภูมิถือว่าเป็นผู้ให้บริการทางสุขภาพ ได้แก่ แพทย์พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และบุคลากรอื่นๆ เช่น ครูพระ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งมีความสำคัญในการสนับสนุนข้อมูล ข่าวสาร และความรู้ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

#### 5. องค์ประกอบของแรงสนับสนุนทางสังคม

แรงสนับสนุนทางสังคมมีองค์ประกอบ ดังนี้ (กองเวชกรรมป้องกัน กรมแพทยทหารเรือ, 2548)

1. ต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับแรงสนับสนุน
2. ลักษณะของการติดต่อสัมพันธ์นั้น จะต้องประกอบด้วย 1) ข้อมูลข่าวสารที่ทำให้ผู้รับเชื่อว่ามีคุณค่าและมีความรัก ความหวังดีในสังคมอย่างจริงจัง 2) ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ผู้รับรู้สึกว่าคุณค่าและเป็นที่ยอมรับในสังคม 3) ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ผู้รับเชื่อว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมีประโยชน์แก่สังคม
3. ปัจจัยนำเข้าของแรงสนับสนุนทางสังคมอาจอยู่ในรูปของข้อมูล ข่าวสาร วัสดุ สิ่งของ หรือด้านจิตใจ จะต้องช่วยให้ผู้รับได้บรรลุถึงจุดหมายที่เขาต้องการ

#### 6. ระดับของแรงสนับสนุนทางสังคม

Gottlieb, 1985 อ้างอิงใน กองเวชกรรมป้องกัน กรมแพทยทหารเรือ (2548) ได้แบ่งระดับแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ระดับ คือ

1. ระดับกว้าง (Macro Level) เป็นการพิจารณาถึงการเข้าร่วม หรือการมีส่วนร่วมในสังคม อาจวัดได้จากความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคม การเข้าร่วมกับกลุ่มต่างๆ ด้วยความสมัครใจและการดำเนินวิถีชีวิตอย่างไม่เป็นทางการในสังคม เช่น การเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมต่างๆ ในสังคม ชุมชนที่เขาอาศัยอยู่ อาทิ กลุ่มแม่บ้านเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ กลุ่มหนุ่มสาวพัฒนาหมู่บ้าน กลุ่มด้านกายเอดส์กลุ่มเลี้ยงสัตว์ปีก กลุ่มจักสาน กลุ่มแม่บ้านเกษตรกร เป็นต้น
2. ระดับกลุ่มเครือข่าย (Mezzo Level) เป็นการมองที่โครงสร้าง และหน้าที่ของเครือข่ายสังคม ด้วยการพิจารณาจากกลุ่มบุคคลที่มีสัมพันธ์ภาพอย่างสม่ำเสมอ เช่น กลุ่มเพื่อน กลุ่มบุคคล ใกล้ชิดในสังคมเสมือนญาติชนิดของการสนับสนุนในระดับนี้ ได้แก่ การให้คำแนะนำ การช่วยเหลือด้านวัสดุ สิ่งของ ความเป็นมิตรแรงสนับสนุนทางอารมณ์และการยกย่อง
3. ระดับแคบ หรือระดับลึก (Micro Level) เป็นการพิจารณาความสัมพันธ์ของบุคคลที่มีความใกล้ชิดสนิทสนมกันมากที่สุด ทั้งนี้มีความเชื่อกันว่าคุณภาพของความสัมพันธ์มีความสัมพันธ์มากในเชิง ปริมาณ คือ ขนาด จำนวน และความถี่ของความสัมพันธ์ หรือโครงสร้างของเครือข่าย ในการสนับสนุนในระดับนี้ได้แก่ สามีภรรยา และสมาชิกในครอบครัวซึ่งมีความใกล้ชิดทางอารมณ์ การสนับสนุนทางจิตใจ และ แสดงความรักและห่วงใย (Affective Support)

#### 7. ประโยชน์ของแรงสนับสนุนทางสังคมต่อสุขภาพ

Gans (2018) กล่าวว่าประโยชน์ของแรงสนับสนุนทางสังคมต่อสุขภาพ มีดังนี้

1. แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถกระตุ้นให้เกิดทางเลือกและพฤติกรรมสุขภาพ การมีส่วนร่วมในกลุ่มทางสังคมมีผลกระทบต่อพฤติกรรม ได้แก่ พฤติกรรมการกิน การออกกำลังกาย สูบบุหรี่ ดื่มสุรา หรือ ใช้สารผิดกฎหมายต่างๆ บางครั้งกลุ่มสนับสนุนทางสังคมก็มีผลกระทบทางลบเกิดอันตรายต่อสุขภาพได้เช่นกัน ถ้าบุคคลเหนื่อยกับพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดี เช่น สูบบุหรี่

การมีแรงสนับสนุนทางสังคม เช่น เพื่อน หรือ ครอบครัวจะช่วยให้เกิดการเปลี่ยนพฤติกรรมที่ยาก เพื่อไปสู่เป้าหมายได้

2. แรงสนับสนุนทางสังคมช่วยในการเผชิญความเครียดได้ดีกว่า ความเครียดจนทำให้ภูมิคุ้มกันทางร่างกายและความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มมากขึ้น ถ้ารอบตัวมีคนคอยดูแลและให้ความช่วยเหลือก็จะช่วยให้ความสามารถในการแก้ปัญหาเพิ่มขึ้น ทำให้ชีวิตสว่างไสวขึ้น จากการศึกษา พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมในเวลาวิกฤติสามารถช่วยลดผลที่จะตามมาจากการกระทบกระเทือนด้านจิตใจได้

3. แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถพัฒนาแรงจูงใจ โดยแรงสนับสนุนทางสังคมทำให้เกิดแรงจูงใจในการบรรลุเป้าหมาย เช่น คนที่ลดน้ำหนัก หรือ เลิกบุหรี่ ที่ได้รับแรงจูงใจจากคนที่ มีเป้าหมายเดียวกัน การพูดคุยกับคนที่มีความปรารถนาเดียวกันเป็นทั้งการช่วยเหลือ การเอาใจใส่ และ แรงจูงใจ

จากแนวคิดทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมดังกล่าว พอสรุปได้ว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตก็เช่นกัน จากการศึกษาผลกระทบของแรงสนับสนุนทางสังคมต่อผลลัพธ์การปลูกถ่ายไต พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมที่อยู่ในระดับสูงจะทำให้ผลลัพธ์การปลูกถ่ายไตสูงขึ้นด้วย การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของสุภาภรณ์ สูดหนองบัว (2561ค) ประกอบด้วย 1) แรงสนับสนุนด้านเงิน (Financial support) 2) แรงสนับสนุนด้านการร่างกาย (Instrumental support) 3) แรงสนับสนุนด้านสิ่งของ (Material support) 4) แรงสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) เนื่องจากมีความสอดคล้องกับแนวคิดของ Health Behavior and Health Education (2017) และแนวคิดของ Gans (2018) แต่มีความครอบคลุมการมีส่วนร่วมมากกว่าและมีความเหมาะสมกับสถานการณ์ บริบทพื้นที่งานวิจัย สอดคล้องกับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ยังเป็นแนวคิดที่มีความทันสมัยเหมาะสมกับการศึกษาวิจัยในปัจจุบัน โดยการวิจัยนี้ใช้แรงสนับสนุนทางสังคมในระดับกว้าง (Macro Level) ให้คนในชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตเข้ามามีส่วนร่วมไม่เพียงแต่ครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิดเท่านั้น โดยใช้แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตทั้ง 2 แหล่ง ได้แก่ คนผู้ที่ให้กำเนิดมาและคนผู้ซึ่งดูแล ประกอบด้วย ครอบครัว ผู้ดูแล ผู้นำชุมชน คนในชุมชน อสม อบต และเจ้าหน้าที่รัฐ ฯลฯ ที่อยู่ในชุมชนที่ผู้ป่วยปลูกถ่ายไตอาศัยอยู่เพื่อให้ผู้ป่วยปลูกถ่ายไตได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอในการดูแลหลังกลับไปในชุมชน

## แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

### ทฤษฎีระบบ (System Theory)

ทฤษฎีระบบ (System Theory) เริ่มปรากฏขึ้นเมื่อ ประมาณ ค.ศ. 1920 โดยผู้ที่เริ่มพูดถึงแนวคิดนี้เป็นคนแรก คือ Bertalanfy นักชีววิทยาชาวออสเตรียต่อมาแนวคิดนี้ เริ่มเป็นที่รู้จักกันแพร่หลายเมื่อทศวรรษ 1940 และพัฒนาไปสู่สาขาอื่นๆ คำว่าระบบ (System) เป็นกลุ่มองค์ประกอบต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์ระหว่างกันและมีความเกี่ยวข้องกันในลักษณะที่ทำให้เกิดความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันเพื่อกระทำกิจกรรมเพื่อให้ได้ผลสำเร็จตามความต้องการขององค์การ (จันทรานี สงวนนาม, 2553, น. 85) หรืออาจจัดได้ว่าเป็นกลุ่มของส่วนที่เกี่ยวข้องกันและมีความสัมพันธ์กันในเชิงที่จะต้องบรรลุจุดมุ่งหมายร่วมกันดังนี้ คือ (สมยศ นาวิกาน, 2544, น. 49)

1. ส่วนต่างๆ ของระบบ อยู่ในสถานะที่เคลื่อนไหวได้ การเคลื่อนไหวหรือแสดงออกของส่วนต่างๆ จะมีปฏิริยากระทบต่อกันเสมอ โดยที่ในระบบหนึ่งๆ จะประกอบด้วยระบบย่อยต่างๆ (Subsystems) และภายในระบบย่อยก็จะประกอบไปด้วย ระบบย่อยเล็กลงไปอีก หากมีการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ณ ส่วนหนึ่งส่วนใดของระบบจะก่อให้เกิดผลกระทบต่อเนื่องกันเป็นลูกโซ่ (Chain of Effects)

2. ระบบประกอบไปด้วยองค์ประกอบ ดังต่อไปนี้

2.1 ปัจจัยนำเข้า (Inputs) ได้แก่ ทรัพยากรต่างๆ ที่ต้องใช้ในกระบวนการบริหาร นั่นคือทรัพยากรมนุษย์ ทรัพยากรทางกายภาพ ทรัพยากรทางการเงิน และข้อมูลที่ต้องใช้ในการผลิตสินค้าและบริการ

2.2 กระบวนการแปรสภาพ (Transformation Process) ประกอบด้วย เทคนิคในการจัดการต่างๆ รูปแบบกิจกรรมการผลิต เทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องกับการผลิต

2.3 ปัจจัยนำออก (Outputs) ได้แก่ สินค้า บริการ กำไร ขาดทุน และผลที่คาดหวังอื่น

2.4 ข้อมูลย้อนกลับ (Feed Back) คือ ข้อมูลเกี่ยวกับผลที่เกิดจากกิจกรรมขององค์การ ซึ่งสามารถนำไปพิจารณาเพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพในขั้นตอนต่างๆ ได้

ปัจจุบันคำว่า "ระบบ" เป็นคำกล่าวที่ใช้กันแพร่หลายโดยทั่วไป เวลาที่กล่าวถึงระบบ เราจะต้องคำนึงถึง 3 คำคือ (จันทรานี สงวนนาม, 2553, น. 85)

1. การคิดอย่างมีระบบ (System Thinking) หมายถึง การคิดอย่างมีเหตุผลโดยคิดอย่างรอบคอบถึงผลที่ได้ผลเสียที่จะเกิดขึ้นได้ทั้งในภาพรวม และทุกๆ ส่วนขององค์ประกอบย่อยของระบบว่าต่างก็มีส่วนสัมพันธ์กัน และสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม



2. วิธีการปฏิบัติงานอย่างเป็นระบบ (System Approach) หมายถึง วิธีการปฏิบัติงานที่เป็นระบบ โดยมีการนำเอาปัจจัยที่จำเป็นต่อการบริหารมาใช้ในการปฏิบัติงานเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ตรงตามเป้าหมายที่กำหนด ทั้งปัจจัย กระบวนการทำงาน และผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจะมีส่วนสัมพันธ์กันและเป็นผลซึ่งกันและกัน

3. ทฤษฎีระบบ (System Theoy) เป็นทฤษฎีที่ระบุว่าองค์ประกอบด้วยส่วนประกอบที่เป็นอิสระและเป็นวิธีการบริหารงานที่จะเพิ่มความเข้าใจ จุ้จุดเด่นจุดด้อยในองค์การ เพื่อการพัฒนาและแก้ปัญหาได้มากยิ่งขึ้น

### หลักการและแนวคิดของทฤษฎีระบบ

หลักการและแนวคิดของทฤษฎีระบบมีดังนี้ (จันทรานี สงวนนาม, 2553, น. 85-86)

1. ทฤษฎีระบบมีความเชื่อว่า ระบบจะต้องเป็นระบบเปิด (Open System) กล่าวคือ จะต้องสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมโดยได้รับอิทธิพล หรือผลกระทบตลอดเวลาจากสภาพแวดล้อม

2. มีรูปแบบของการจัดลำดับ (The Hicrarchical Model) ในลักษณะของระบบใหญ่ และระบบย่อยที่สัมพันธ์กัน

3. มีรูปแบบของปัจจัยป้อนเข้าและผลผลิต (Input Output Model) ซึ่งแสดงให้เห็นถึงผลของปฏิสัมพันธ์ที่มีกับสิ่งแวดล้อม โดยเริ่มต้นจากปัจจัย กระบวนการ และผลผลิตตามลำดับ เป็นองค์ประกอบของระบบ

4. แต่ละองค์ประกอบของระบบจะต้องมีส่วนสัมพันธ์กันหรือมีผลกระทบต่อกันและกัน (The Entities Model) หมายความว่า ถ้าองค์ประกอบของระบบตัวใดตัวหนึ่งเปลี่ยนแปลงไป ก็จะมีผลต่อการปรับเปลี่ยนขององค์ประกอบตัวอื่นด้วย

5. ทฤษฎีระบบเชื่อในหลักการของการมีเหตุ-ผลของสิ่งต่างๆ (Cause and Effect) ซึ่งเป็นหลักการทางวิทยาศาสตร์ที่สามารถพิสูจน์ได้ ทฤษฎีระบบไม่เชื่อผลของสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง เกิดจากสาเหตุเพียงสาเหตุเดียว แต่ทฤษฎีระบบเชื่อว่าปัญหาทางการบริหารที่เกิดขึ้นมักจะมีสาเหตุที่มากกว่าหนึ่งสาเหตุ

6. ทฤษฎีระบบจะมองทุกๆ อย่างในภาพรวมของทุกองค์ประกอบมากกว่าที่จะมองเพียงส่วนใดส่วนหนึ่งของระบบ

7. ทฤษฎีระบบคำนึงถึงผลของการปฏิบัติที่เป็น "Output!" หรือ "Product" มากกว่า "Process" ซึ่งผลสุดท้ายของงานที่ได้รับอาจมีมากมายสิ่งซึ่งก็คือผลกระทบ (Outcome or Impact) ที่เกิดขึ้นตามมาในภายหลังนั่นเอง

8. ทฤษฎีระบบจะมีกระบวนการในการปรับเปลี่ยนและป้อนข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) เพื่อบอกให้รู้ว่าระบบมีการเบี่ยงเบนอย่างไร ควรจะแก้ไขที่องค์ประกอบใดของระบบ ซึ่งก็คือ (System Analysis) นั่นเอง

### องค์ประกอบของระบบ

องค์ประกอบของระบบประกอบด้วยระบบย่อย 5 ระบบ (Kast, & Rosenzweig, 1985, pp. 113-115) ดังนี้

1. ระบบย่อยด้านเป้าหมายและค่านิยม (Goal and Values Subsystem) ค่านิยมและเป้าหมาย ขององค์การจะเป็นระบบย่อยที่สำคัญระบบหนึ่ง องค์การได้รับค่านิยมจากสภาพแวดล้อม คือสังคม องค์การที่ต้องการความสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดขึ้น จะมีการรับปัจจัยนำเข้าองค์การ และจะต้องดำเนินการตามข้อกำหนดของสังคมนั้น

2. ระบบย่อยด้านเทคนิค (Technical Subsystem) เป็นความรู้ที่ใช้ในการปฏิบัติงานซึ่งประกอบด้วย เทคนิค กระบวนการใช้อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ในการแปรสภาพปัจจัยนำเข้าให้เป็นผลผลิต ระบบเทคนิคจะถูกกำหนดโดยข้อกำหนดขององค์การ ซึ่งจะแตกต่างกันไปตามภารกิจ เช่น วิทยาการที่ใช้ในการผลิตรถยนต์จะแตกต่างจากวิทยาการที่ใช้ในโรงกลั่นน้ำมัน หรือบริษัทอิเล็กทรอนิกส์ ระบบเทคนิคจะถูกกำหนดโดยการแบ่งงานกันทำเฉพาะด้าน และทักษะที่ต้องการ ระบบเทคนิคจะกำหนดลักษณะ โครงสร้างขององค์การและส่งผลกระทบต่อระบบจิตสังคม

3. ระบบย่อยด้านจิตสังคม (Psychosocial Subsystem) เป็นระบบที่แสดงถึงความสัมพันธ์ ของคนกลุ่มต่างๆ ประกอบด้วยพฤติกรรมของบุคคลและแรงจูงใจ สถานะและความสัมพันธ์ของบทบาท พลวัตกลุ่ม ระบบจิตสังคมยังได้รับผลกระทบจากค่านิยม ความรู้สึกทัศนคติ ความคาดหวัง และแรงดลใจของบุคคลภายในองค์การอีกด้วย รวมทั้งผลกระทบที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมภายนอก เทคโนโลยีงาน และโครงสร้างขององค์กร สิ่งต่างๆ เหล่านี้ก่อให้เกิดบรรยากาศภายใน องค์การที่บุคคลที่ต้องปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ และแสดงบทบาทต่างๆ อาจคาดหวังได้ว่าระบบจิต สังคมมีความแตกต่างกันอย่างมากในองค์กรแบบต่างๆ บรรยากาศของคน ที่ทำงานกับสายการ ประกอบขึ้นส่วนรถยนต์ย่อมแตกต่างจากบรรยากาศของนักวิทยาศาสตร์ที่ทำงานอยู่ในห้องทดลอง และหมอที่ทำงานอยู่ในโรงพยาบาล เป็นต้น

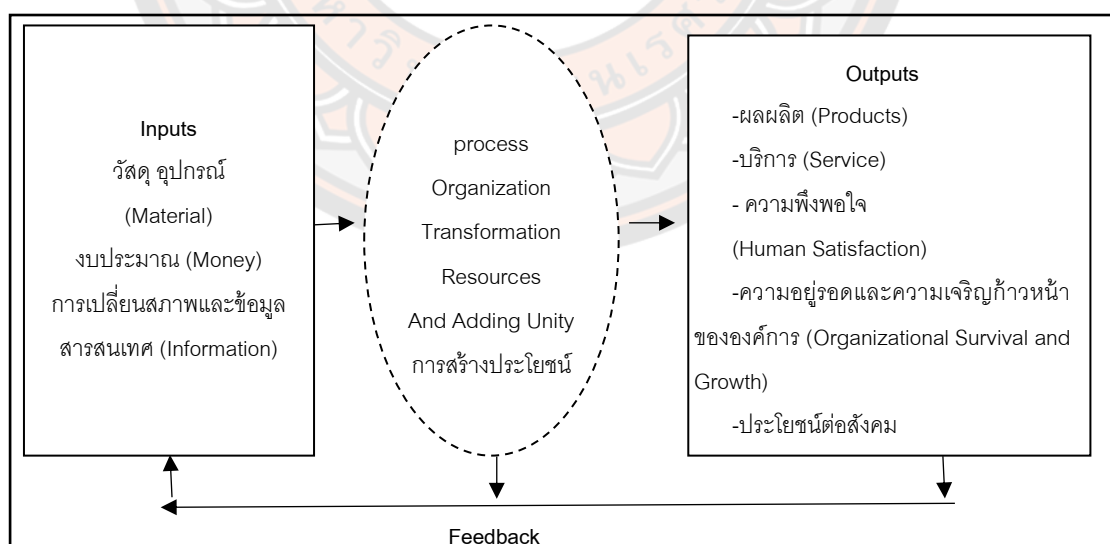
4. ระบบย่อยด้านโครงสร้าง (Structure Subsystem) เป็นเรื่องเกี่ยวกับการแบ่งงานกันทำ และการประสานงาน ในกรณีขององค์การทางราชการจะแสดงโดยแผนผังองค์การ คำบรรยายลักษณะงาน กฎ และระเบียบ วิธีปฏิบัติงาน โครงสร้างยังเกี่ยวกับแบบของอำนาจหน้าที่ การต่อ

สื่อสารและการไหลของงาน โครงสร้างองค์การยังกำหนดความสัมพันธ์ที่เป็นระเบียบแบบแผนของระบบย่อยด้านเทคนิคและระบบย่อยด้านจิตสังคม อย่างไรก็ตามความสัมพันธ์ดังกล่าวนี้ไม่มีคุณสมบัติแบบ และความสัมพันธ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นอาจไม่เป็นไปตามโครงสร้างที่กำหนดไว้

5. ระบบย่อยด้านการบริหาร (Maagerial Subsystem) เป็นระบบที่มีบทบาทสำคัญที่เชื่อมโยงระบบย่อยอื่นๆ ทั้งองค์กร รวมทั้ง สิ่งแวดล้อมภายนอก ทำหน้าที่เกี่ยวกับการกำหนดเป้าหมาย การวางแผนกลยุทธ์ แผนดำเนินงาน การออกแบบโครงสร้างองค์การและการกำหนดระบบการควบคุมการดำเนินงาน

### รูปแบบของวิธีระบบ (System Approach Model)

รูปแบบตามแนวคิดและทฤษฎีระบบของ Kast, & Rosenzweig (1985, pp. 113-115) กล่าวว่า องค์การในฐานะระบบเปิดสามารถพิจารณาในลักษณะที่เป็นรูปแบบทั่วไปของระบบเปิดซึ่งมีลักษณะการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมภายนอกและเข้าสู่สภาพที่มีความมั่นคง (Steady state) หรือการมีสภาพความสมดุลอย่างต่อเนื่อง มีการรักษาไว้ซึ่งสมรรถนะการดำเนินงาน ระบบจะอยู่รอดหรือไม่ได้หากปราศจากการรับปัจจัยนำเข้ากระบวนการแปรสภาพและการมีผลผลิตสู่สิ่งแวดล้อมภายนอก ซึ่งเป็นกระบวนการที่มีลักษณะเป็นวงจรต่อเนื่อง ระบบจะต้องได้รับปัจจัยนำเข้าอย่างเพียงพอเพื่อให้สามารถดำเนินงานต่อไปได้และมีผลผลิตที่มีคุณภาพอย่างเพียงพอป้อนกลับสู่สิ่งแวดล้อมภายนอก ดังแผนภาพ 18

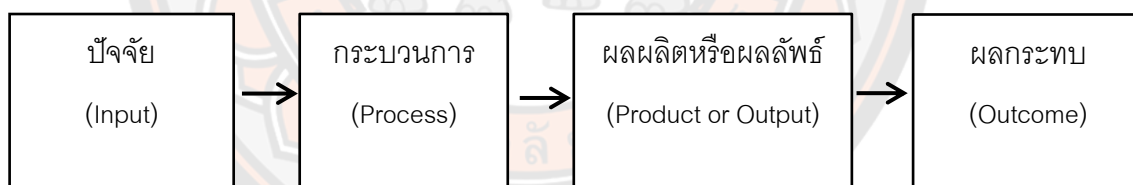


ภาพ 18 องค์การในฐานะระบบเปิด

ที่มา: Kast, & Rosenzweig, 1985

จันทรานี สงวนนาม (2553) ได้อธิบายว่ารูปแบบของระบบประกอบด้วยส่วนประกอบที่สำคัญ ดังต่อไปนี้

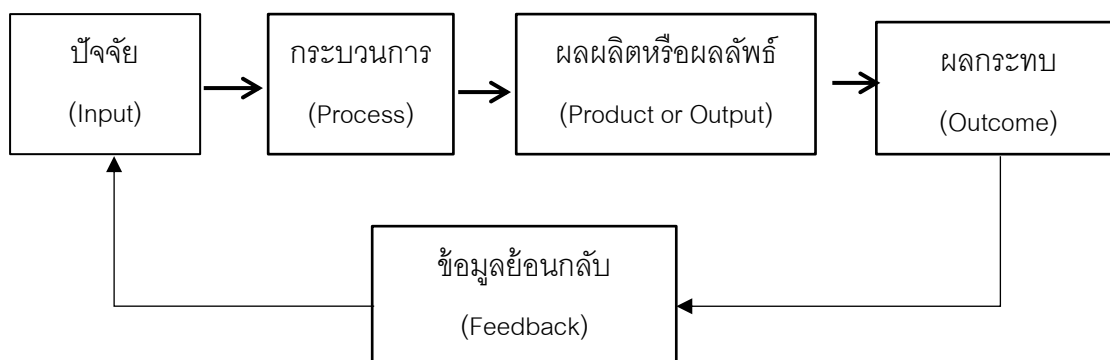
1. ปัจจัยนำเข้า หมายถึง ทรัพยากรทางการบริหารทุกด้าน ได้แก่ บุคลากร (Man) งบประมาณ (Money) วัสดุอุปกรณ์ (Materials) การบริหารจัดการ (Management) และแรงจูงใจ (Motivations) ที่เป็นส่วนเริ่มต้นและเป็นตัวจัดการสำคัญในการปฏิบัติงานขององค์การ
2. กระบวนการ คือการนำเอาปัจจัยหรือทรัพยากรทางการบริหารทุกประเภทมาใช้ในการดำเนินงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ เนื่องจากในกระบวนการจะมีระบบย่อยๆ รวมกันอยู่หลายระบบครบวงจร ตั้งแต่การบริหาร การจัดการ การนิเทศ การวัดและการประเมินผล การติดตาม ตรวจสอบ เป็นต้น เพื่อให้ปัจจัยทั้งหลายเข้าไปสู่กระบวนการทุกกระบวนการได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. ผลผลิต หรือผลลัพธ์ เป็นผลที่เกิดจากกระบวนการของการนำเอาปัจจัยมาปฏิบัติ เพื่อให้เกิดประสิทธิผลตามเป้าหมายที่กำหนดไว้
4. ผลกระทบ เป็นผลที่เกิดขึ้นภายหลังจากผลลัพธ์ที่ได้ ซึ่งอาจเป็นสิ่งที่คาดไว้หรือไม่ เคยคาดคิดมาก่อนว่าจะเกิดขึ้นก็ได้เขียนเป็นรูปแบบ ได้ดังภาพ 19



ภาพ 19 องค์ประกอบของวิธีระบบ

ที่มา: จันทรานี สงวนนาม, 2553, น. 85

ซึ่งการวิเคราะห์ระบบนั้น หากผลผลิตหรือผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ปัญหานั้นจะเกิดจากองค์ประกอบใดของระบบมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกันหรือไม่อย่างไร ข้อมูลย้อนกลับจะช่วยให้ทราบถึงประเภทของปัญหาจุดที่ต้องได้รับการพัฒนาแก้ไขหรือปรับปรุงได้มากขึ้น การแก้ไขปรับปรุงก็ต้องกระทำอย่างเป็นระบบมิใช่แก้ไขเฉพาะด้านใดด้านหนึ่งเท่านั้น (จันทรานี สงวนนาม, 2553, น. 87-89) ดังภาพ 20



ภาพ 20 การวิเคราะห์ระบบ

ที่มา: จันทรานี สงวนนาม, 2553

จากที่กล่าวมาพอสรุปได้ว่าทฤษฎีระบบนั้นองค์การจะใช้กระบวนการแปรสภาพเพื่อเปลี่ยนปัจจัยนำเข้าไปเป็นผลผลิตและในขณะเดียวกันกลไกในระบบก็จะขึ้นกับการนำข้อมูลย้อนกลับไปใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์เพื่อตรวจสอบผลลัพธ์และปรับปรุงปัจจัยนำเข้าจากความหมายของระบบที่ได้ให้คำนิยามนั้นย่อมแสดงให้เห็นว่าทุกระบบต้องมีองค์ประกอบหรือสิ่งต่างๆ เพื่อดำเนินงานสัมพันธ์กันเป็นกระบวนการเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามวัตถุประสงค์ที่องค์การได้ตั้งไว้ดังนั้นภายในระบบจึงมีองค์ประกอบสำคัญ ดังนี้ 1) สิ่งที่ป้อนเข้าไป (Input) หมายถึง ปัจจัยต่างๆ และองค์ประกอบแรกที่จะนำไปสู่การดำเนินงานของระบบ โดยรวมไปถึงสภาพแวดล้อมต่างๆ อันเป็นที่ต้องการของระบบนั้นด้วยในระบบการศึกษาตัวป้อนเข้าไป ได้แก่ นักเรียน สภาพแวดล้อมของนักเรียน โรงเรียน สมุด ดินสอ และอื่นๆ เป็นต้น 2) กระบวนการ (Process) เป็นองค์ประกอบที่สองของระบบ หมายถึง วิธีการต่างๆ ที่จะนำไปสู่ผลงานหรือผลผลิตของระบบ และในระบบการศึกษา ได้แก่ วิธีการสอนต่างๆ เป็นต้น 3) ผลงาน (Output) หรือ ผลผลิต (Product) ซึ่งเป็นองค์ประกอบสุดท้ายของระบบ หมายถึง ความสำเร็จในลักษณะต่างๆ ที่มีประสิทธิภาพ หรือประสิทธิผล 4) ข้อมูลป้อนกลับ (Feedback) ซึ่งจะช่วยให้องค์การสามารถปรับปรุง ตัวป้อน (Input) กระบวนการ (Process) โดยทั้งองค์ประกอบมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันขาดสิ่งใดไม่ได้

งานวิจัยนี้ได้เลือกใช้ทฤษฎีระบบของแคสและโรเซนเวียง (Kast, & Rosenzweig, 1985) เนื่องจากมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินวิจัย ทั้ง 4 ระยะ ตั้งแต่ศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพล พัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วม



ตลอดจนประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการมีส่วนร่วมที่พัฒนาขึ้น ซึ่งเมื่อนำองค์ประกอบของ ทฤษฎีระบบมาใช้ในการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตทำให้เห็นกระบวนการที่ชัดเจน ทั้ง 3 ส่วน ดังนี้ ปัจจัยนำเข้า (Input) ได้แก่ สถานการณ์การมีส่วนร่วมของชุมชนและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการ ดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต จากนั้นนำผลที่ได้เข้าสู่กระบวนการ (Process) ได้แก่ การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมและนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ในการ ดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต จนสุดท้ายได้ผลผลิต (Output) คือ รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต ที่ผ่านการประเมินประสิทธิผลแล้ว โดยข้อมูลป้อนกลับ (Feedback) นั้นดัดแปลงให้เป็นการคืน ข้อมูลสู่ชุมชนรวมทั้งการถอดบทเรียนหลังสิ้นสุดการศึกษาซึ่งแต่ละส่วนมีความสัมพันธ์สอดคล้อง กับเก็บการข้อมูลแบบ connecting data ในการศึกษาครั้งนี้

### **ทฤษฎีแรงจูงใจ (Motivation Theory)**

แรงจูงใจเป็นกระบวนการที่บุคคลถูกกระตุ้นจากสิ่งเร้าโดยจงใจให้กระทำหรือดิ้นรน เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์บางอย่าง ซึ่งจะเห็นได้ว่าพฤติกรรมที่เกิดจากการจงใจเป็นพฤติกรรมที่มี یشเป็นเพียงการตอบสนองสิ่งเร้าปกติธรรมดาแต่ต้องเป็นพฤติกรรมที่มีความเข้มข้นมีทิศทาง จริงจัง มีเป้าหมายชัดเจนว่าต้องการไปสู่จุดใดและพฤติกรรมที่เกิดขึ้น เป็นผลสืบเนื่องมาจาก แรงผลักดันหรือแรงกระตุ้นที่เรียกว่าแรงจูงใจด้วย แรงจูงใจทุกด้านส่งผลต่อความพึงพอใจในการ ทำงานในการทำงาน ประกอบด้วยความก้าวหน้า ความรับผิดชอบ สวัสดิการและผลประโยชน์ที่ได้รับ ด้าน ความสำเร็จในการทำงาน และด้านการยอมรับนับถือ (วิลสัน ียนตวิทย์, 2561)

### **ความหมายของแรงจูงใจ**

วิรัช สงวนวงศ์วาน (2551) กล่าวไว้ว่า แรงจูงใจหมายถึงกระบวนการที่ความพยายาม ของบุคคลได้รับการกระตุ้น (Energized) ชี้นำ(Directed) และรักษาให้คงอยู่ (Sustained) จนกระทั่งงานขององค์การบรรลุเป้าหมาย

อรุณ รักรธรรม (2522) กล่าวว่า แรงจูงใจเป็นส่วนหนึ่งของการสร้างขวัญกำลังใจในการ ทำงาน พฤติกรรมต่างๆของมนุษย์เกิดจากแรงจูงใจที่ทำให้เกิดความต้องการและการแสดงออก ของการกระทำ ตามปกติคนเรามีความสามารถในการทำสิ่งต่างๆได้หลายอย่างหรือมีพฤติกรรม แตกต่างกันแต่พฤติกรรมเหล่านั้นจะแสดงออกเป็นบางโอกาสเท่านั้น สิ่งที่จะสามารถผลักดันเอา ความสามารถของคนออกมาได้ คือ แรงจูงใจนั่นเอง แรงจูงใจคือความเต็มใจที่จะแสดง ความสามารถเพื่อให้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย



ประติพันธ์ อุปรมัย (2551) ได้กล่าวถึง แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของทีมไว้ว่า นอกจากเป็นสิ่งกระตุ้นให้บุคคลทำงานอย่างกระตือรือร้นและเอาจริงเอาจังแรงจูงใจส่งผลถึงคุณภาพของผลงานของทีมและประสิทธิภาพของการทำงานเป็นทีมด้วยผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการสร้างแรงจูงใจในการทำงานเป็นทีม ได้แก่ หัวหน้าทีมหรือผู้บริหาร และบุคลากรที่ทำงานในทีม นั่นเอง การสร้างแรงจูงใจหัวหน้าทีมหรือผู้บริหารถือเป็นการสร้างแรงจูงใจภายนอก

Charden, & Sherman (1986) กล่าวว่า แรงจูงใจเป็นความพยายามที่จะเข้าใจถึงสิ่งที่ชักนำให้เกิดพฤติกรรมของมนุษย์ออกมา

Jutta, & Heinz (2018) ได้ให้ความหมายของแรงจูงใจว่าเป็นสิ่งที่ทำให้คนไปให้ถึงเป้าหมายในสถานการณ์ที่จูงใจซึ่งเกิดจาก 2 ปัจจัยคือแรงจูงใจและความตั้งใจซึ่งมีความแตกต่างกันไปแต่ละบุคคลและมีการเปลี่ยนแปลงตั้งแต่วัยเด็กและมีความเกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม

### **แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับแรงจูงใจ**

แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับแรงจูงใจนั้นได้มีนักวิชาการได้ศึกษาหลายทฤษฎีดังนี้

#### **ทฤษฎีแรงจูงใจของมาสโลว์ (Maslow's Need Hierarchy Theory)**

เป็นทฤษฎีลำดับความต้องการที่ได้รับการยอมรับและมีชื่อเสียงที่สุดทฤษฎีหนึ่งซึ่งมีแนวคิดดังนี้ (Hicks & Gullett, 1976, p. 278 อ้างอิงใน ภารดี อนันต์นาวิ, 2555, น. 119-120)

1. ความต้องการของมนุษย์มีลำดับขั้นโดยจะเริ่มจากความต้องการขั้นต่ำสุดไปหาสูงสุด
2. ความต้องการของมนุษย์มีความต่อเนื่อง ไม่สิ้นสุด เมื่อความต้องการหนึ่งใดได้รับการตอบสนองแล้ว ก็เกิดความต้องการชนิดใหม่ขึ้นอีก
3. เมื่อได้รับการตอบสนองความต้องการระดับต่ำแล้ว จะมีความต้องการระดับสูงขึ้นไป หรือเมื่อได้รับการตอบสนองความต้องการระดับสูงแล้วก็อาจเกิดความต้องการระดับต่ำอีกก็ได้
4. ความต้องการแต่ละระดับของมนุษย์มีความเกี่ยวเนื่องกัน และซ้ำซ้อนกัน ความต้องการในทุกๆระดับไม่สามารถแยกออกจากกันได้เด็ดขาด

Maslow ได้แบ่งระดับความต้องการออกเป็น 5 ระดับ โดยพิจารณาจากความต้องการที่จำเป็นของมนุษย์จากต่ำสุดไปหาสูงสุด ดังนี้

1. ความต้องการทางกายภาพ (Physiological Needs) เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานเพื่อให้ดำรงชีวิตได้ เช่น ความต้องการปัจจัยสี่ เป็นต้น
2. ความต้องการความปลอดภัย (Safety Needs) เป็นความต้องการความปลอดภัย เช่น การคุ้มครอง เป็นต้น
3. ความต้องการทางสังคม (Social Needs) เป็นความต้องการที่จะเป็นทั้งผู้ให้และผู้รับจากสังคม ถ้าไม่ได้รับจะรู้สึกโดดเดี่ยว ว้าเหว่

4. ความต้องการชื่อเสียง (Esteem Needs) เป็นความต้องการเกียรติยศ ชื่อเสียง การยอมรับนับถือจากคนอื่น ๆ และความต้องการยอมรับนับถือตนเอง การเคารพตนเอง

5. ความต้องการความสำเร็จ (Self-Actualization Needs) เป็นความต้องการพัฒนาตนเองตามศักยภาพสูงสุด ได้แสดงออกซึ่งทักษะและความเป็นเลิศในบางสิ่งบางอย่างที่ตนมีความต้องการสำเร็จสูงสุดแห่งตนเป็นกระบวนการที่ไม่มีที่สิ้นสุด

### **ทฤษฎีแรงจูงใจของอัลเดอร์เฟอร์ (Alderfer Existence-Relatedness Growth Theory: ERG)**

เป็นทฤษฎีที่พัฒนามาจากทฤษฎีการจูงใจของมาสโลว์โดย Clayton Alderfer ได้ปรับปรุงแนวความคิดจากทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการ 5 ชั้น มาเป็นความต้องการของมนุษย์ใน 3 ระดับ (จอมพงศ์ มงคลวนิช, 2556, น. 223; สัมมา รัตนีย์, 2553, น. 142) ดังนี้

1. ความต้องการการดำรงชีวิตอยู่ได้ (Existence Needs: E) เป็นความต้องการที่จะมีสิ่งต่างๆ เพื่อการยังชีพ และตรงกับความต้องการทางกายภาพ และความต้องการความปลอดภัยของ Maslow

2. ความต้องการการติดต่อความสัมพันธ์ (Relatedness Needs: R) เป็นความต้องการที่จะมีความสัมพันธ์กันและเป็นส่วนหนึ่งในสังคม และตรงกับความต้องการทางสังคมของ Maslow

3. ความต้องการการเจริญเติบโตก้าวหน้า (Growth Needs: G) เป็นความต้องการที่จะพัฒนาศักยภาพของตนเองให้มีความเติบโตก้าวหน้าและมีความสามารถเพิ่มขึ้น และตรงกับความต้องการชื่อเสียง และความต้องการความสำเร็จของ Maslow

ทฤษฎีนี้มีความยืดหยุ่นมากกว่าทฤษฎีของ Maslow ด้วยความเชื่อที่ว่าความต้องการของมนุษย์อาจจะก้าวขึ้นหรือก้าวลงบนลำดับขั้นของความต้องการได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสามารถของบุคคลนั้นๆ ที่จะตอบสนองความต้องการของตนเอง

### **ทฤษฎีแรงจูงใจของแมคเคลแลนด์ (McClelland's Motivation Theory)**

แมคเคลแลนด์มีความเชื่อว่าแรงจูงใจสำคัญที่สุดของมนุษย์คือความต้องการสัมฤทธิ์ผล มนุษย์มีความปรารถนาที่จะทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดให้บรรลุผลโดยเร็ว เขาได้แบ่งความต้องการของมนุษย์ออกเป็น 3 ประการ คือ (จันทราณี สงวนนาม, 2553, น. 285)

1. ความต้องการสัมฤทธิ์ผล (Needs for Achievement: n Ach)
2. ความต้องการความรักและความผูกพัน (Needs for Affiliation: n Aff)
3. ความต้องการอำนาจ (Needs for Power: n Power)

ทฤษฎีแรงจูงใจของแมคเคลแลนด์ ได้เน้นสาระสำคัญด้านแรงจูงใจว่า ผู้ที่จะทำงานได้อย่างประสบความสำเร็จต้องมีแรงจูงใจด้านความต้องการสัมฤทธิ์ผลอยู่ในระดับสูงความสำเร็จของงานจะทำได้ โดยการกระตุ้นความต้องการด้าน n Ach เป็นสำคัญ บุคคลแต่ละคนเมื่อมี n Ach สูง ก็สามารถทำงานได้สำเร็จและช่วยให้องค์กรมีประสิทธิภาพ

### **ทฤษฎีความคาดหวังของวรูม (Vroom's Expectancy Theory)**

ทฤษฎีความคาดหวังพัฒนาขึ้นโดย Vroom เป็นแนวคิดบนสมมติฐานที่ว่าความพยายามในการทำงานของบุคลากรจะมากแค่ไหน ขึ้นอยู่กับผลที่พวกเขาจะได้รับจากความพยายามนั้นบุคลากรจะมีแรงจูงใจเมื่อพวกเขาเชื่อว่าความพยายามนั้นสามารถทำให้งานสำเร็จและจะได้รับการตอบแทนผลงานนั้นด้วยรางวัลที่มีคุณค่าต่อพวกเขาเป็นอย่างมาก การที่ผู้บริหารจะนำทฤษฎีนี้ มาใช้ให้ได้ผลจะต้องพิจารณารางวัลที่สามารถสร้างแรงกระตุ้นให้บุคลากรและพิจารณาว่าคุณค่าของรางวัลเหล่านี้จะแตกต่างกันอย่างไรสำหรับบุคลากรแต่ละคนจากนั้นจึงแจ้งให้พนักงานทราบว่าต้องทำอะไรบ้างเพื่อให้ได้รับรางวัลและผู้บริหารต้องให้ข้อมูลป้อนกลับสู่พนักงานในเรื่องของผลการทำงานโดยถ้าบุคลากรมีพฤติกรรมตามที่องค์กรต้องการจะต้องให้รางวัลที่มีคุณค่ากับบุคลากรทันที (จอมพงศ์ มงคลวนิช, 2556, น.225)

### **ทฤษฎีสองปัจจัยของเฮอริชเบิร์ก (Herzberg's Two-Factor Theory)**

Frederick Herzberg อาจารย์แห่งมหาวิทยาลัยชิคาโก ได้นำเสนอผลการวิจัยเรียกว่าทฤษฎีสองปัจจัยเพื่อศึกษาถึงปัจจัยหรือองค์ประกอบต่างๆ ที่เชื่อมโยงเกี่ยวกับงานโดยเฉพาะปัจจัยที่ทำให้เกิดความพึงพอใจในงานผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่ทำให้คนเกิดความพึงพอใจต่องานเป็นคนละปัจจัยกับปัจจัยที่ทำให้เกิดความไม่พอใจต่องาน มนุษย์สามารถสร้างแรงจูงใจในการทำงานได้จากการใช้ปัจจัย 2 ปัจจัย (สมุทร ชำนาญ, 2556, น. 279-283) ได้แก่

1. ปัจจัยจูงใจ (Motivation factors) เป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจในงาน (Job satisfaction) เป็นปัจจัยตัวงานโดยตรงประกอบด้วย
  - 1.1 การได้รับความสำเร็จ (Achievement)
  - 1.2 การได้รับความยอมรับนับถือ (Recognition)
  - 1.3 ความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน (Advancement) หรือโอกาสเจริญเติบโตในตำแหน่ง (Possibility of growth)
  - 1.4 ลักษณะของงาน (Work itself) 5) ความรับผิดชอบต่องาน (Responsibility)
2. ปัจจัยสุขอนามัยหรือปัจจัยเพื่อการคงอยู่ (Hygiene factors or Maintenance factors) เป็นปัจจัยที่ป้องกันไม่ให้เกิดความไม่พึงพอใจในงาน (Job dissatisfies) ซึ่งไม่เกี่ยวกับสภาพแวดล้อมที่อยู่ภายนอกงาน

Herzberg เชื่อว่าปัจจัยจูงใจที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจในงานโดยตรงหากองค์การสามารถจัดปัจจัยจูงใจที่เหมาะสมเพียงพอกับความต้องการของบุคคลแล้วจะเป็นส่วนที่สร้างแรงจูงใจหนึ่งยวรั้งให้บุคคลเกิดความผูกพันกับงานและองค์การโดยตรงจึงกล่าวได้ว่าเป็นปัจจัยที่สร้างความพึงพอใจ (Satisfied Factors) ให้แก่บุคคล ในขณะที่ปัจจัยสุขอนามัยเป็นปัจจัยเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมที่สำคัญยิ่งของงาน ทำหน้าที่รักษาคนไว้ในองค์การในลักษณะที่ทำให้เขายังทำงานได้ กล่าวคือ ถ้าปัจจัยสุขอนามัยไม่ได้รับการตอบสนองจะเป็นสาเหตุให้บุคคลเกิดความไม่พึงพอใจในงาน (Unsatisfied Factors) อาจเป็นสาเหตุที่ไม่สามารถเหนี่ยวรั้งคนไว้ในองค์การได้ถึงแม้ว่าปัจจัยสุขอนามัยจะได้รับการตอบสนองอย่างเพียงพอหรือพยายามลดสิ่งที่ทำให้บุคคลไม่พึงพอใจในการทำงานลงมาจนถึงระดับศูนย์และพยายามตอบสนองความต้องการเกี่ยวกับปัจจัยสุขอนามัยเพียงใดก็ตามจะเพียงป้องกันมิให้เกิดความไม่พึงพอใจขึ้นเท่านั้น แต่จะไม่สามารถนำไปสู่ความพอใจในงานได้จากการศึกษาปัจจัยจูงใจเป็นปัจจัยที่หากองค์การจัดให้มีอย่างเหมาะสมแล้วจะก่อให้เกิดความพึงพอใจในงานขึ้นหากองค์การไม่สามารถจัดให้มีได้ผลที่เกิดขึ้นคือไม่มีความพึงพอใจในงาน ส่วนปัจจัยสุขอนามัยนั้นหากเป็นองค์การสามารถจัดให้มีอย่างเหมาะสมจะช่วยให้ไม่มีความไม่พึงพอใจในงานและในทางตรงกันข้ามหากองค์การไม่สามารถจัดหาได้อย่างเหมาะสมแล้วจะทำให้เกิดความไม่พึงพอใจในงานเกิดขึ้น

จากที่กล่าวมาพอสรุปได้ว่าแรงจูงใจเป็นกระบวนการความพยายามของบุคคลให้แสดงพฤติกรรมหรือการกระทำออกมารวมทั้งเป็นส่วนหนึ่งของการสร้างขวัญกำลังใจในการทำงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายซึ่งมีแนวคิดทฤษฎีที่หลากหลาย สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจของมาสโลว์ (Maslow's Need Hierarchy Theory) เนื่องจากทฤษฎีอื่นเน้นการสร้างแรงจูงใจในการทำงานขององค์การที่มุ่งเน้นผลลัพธ์ของงานให้บรรลุเป้าหมายดังนั้นแรงจูงใจในทฤษฎีดังกล่าวจึงมีปัจจัยจูงใจที่เกี่ยวข้องจากงานเป็นหลัก เช่น ลักษณะงาน ความก้าวหน้าในงาน ความต้องการสัมฤทธิ์ผล ความต้องการการเจริญเติบโตก้าวหน้า แต่การวิจัยนี้เป็นการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมที่ต้องการเสริมจูงใจให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมของรูปแบบอย่างสม่ำเสมอตลอดเวลาที่ดำเนินการวิจัยดังนั้นจึงเลือกใช้ทฤษฎีแรงจูงใจของมาสโลว์เพื่อตอบสนองความต้องการตามลำดับขั้นจากพื้นฐานของบุคคลมากกว่าที่จะมุ่งเน้นเป้าหมายของงานโดยเสริมแรงจูงใจด้วยการให้ค่าตอบแทนในการเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อเสริมแรงความต้องการทางกายภาพ (Physiological Needs) ซึ่งเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานเพื่อให้ดำรงชีวิต การทำกลุ่มสนทนากลุ่มและการเยี่ยมบ้านช่วยเหลือกันเพื่อเสริมแรงความต้องการทางสังคม การมอบใบประกาศนียบัตรเพื่อเสริมแรงความต้องการชื่อเสียง (Esteem Needs) ให้เกิดการยอมรับนับถือ



จากคนอื่นๆ และความต้องการยอมรับนับถือตนเอง ดังนั้นทฤษฎีแรงจูงใจของมาสโลว์จึงมีความสอดคล้องกับการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการศึกษาครั้งนี้และเหมาะสมบริบทพื้นที่วิจัยที่เป็นชุมชนอีกด้วย

## งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### 1. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของชุมชน

นิคม แก้ววันดี, วราภรณ์ ศิริสว่าง, และศิริขวัญ บริหาร (2558) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก ตำบลนครเจดีย์ อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน โดยศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง เก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม-มิถุนายน พ.ศ. 2558 จากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 374 คน ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยเอื้อระดับความพอเพียงของทรัพยากรในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 2.87$ , S.D = 0.90) และระดับการมีทักษะในการใช้ทรัพยากรต่อการ ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 2.57$ , S.D. = 0.95) ปัจจัยเสริม พบว่า ระดับการได้รับคำแนะนำ/กระตุ้นเตือนและการได้รับแรงจูงใจต่อการป้องกันและ ควบคุมโรคไข้เลือดออกกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 2.76$ , S.D. = 1.03) สำหรับระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกต่อการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออกกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 3.12$ , S.D. = 1.12) โดยปัจจัยนำ และปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ในส่วนของปัจจัยนำมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สมคิด ศรีสิงห์ (2558) ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการพัฒนากิจกรรมของประชาชนในเขตเทศบาลนครพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก กลุ่มตัวอย่างจำนวน 365 คน ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชน อันดับแรกคือ ความสามัคคี ความผูกพัน ความรู้ความเข้าใจ ความโปร่งใส ภาวะผู้นำการรับรู้ข่าวสาร ความมั่นคง การเป็นสมาชิกกลุ่มทางสังคม และความรู้สึกเป็นเจ้าของ สำหรับระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนเรียงลำดับค่าเฉลี่ยมากไปหาน้อย อันดับแรกคือ การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์จากการดำเนินการและการมีส่วนร่วมในการตรวจสอบและติดตามผล ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนทางด้านบุคคลประกอบด้วย ความมั่นคง การเป็นสมาชิกกลุ่มทางสังคม ทางด้านชุมชน



ประกอบด้วยความสามัคคี การรับรู้ข่าวสาร ทางด้านองค์กรประกอบด้วย ภาวะผู้นำ ความโปร่งใส มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชน

ประจักษ์ ทรัพย์มณี (2558) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงศูนย์บริการสาธารณสุข เทศบาลนครนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 83 คน ผลการศึกษา พบว่า เมื่อหาความสัมพันธ์เชิงเหตุผลของกลุ่มปัจจัยที่สำคัญ 3 ประการ คือ 1) การมีส่วนร่วมและภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง 2) การจัดการความรู้ และ 3) การให้บริการทางการแพทย์นั้น หากใช้เพียงปัจจัยสุดท้ายจะส่งผลได้พอสมควรทั้งประสิทธิผลความพอใจที่จะมีส่วนร่วมและประสิทธิภาพการจัดการ

พัฒนาความรู้ ส่วนการใช้ปัจจัยแรกจะส่งผลอย่างมากต่อประสิทธิภาพในการพัฒนาความรู้ แต่ไม่มีผลกับประสิทธิผลความพอใจที่จะมีส่วนร่วม และเมื่อหากใช้ปัจจัยที่สองจะส่งผลพอสมควรต่อประสิทธิภาพในการพัฒนาความรู้ แต่ไม่มีผลกับประสิทธิผลความพอใจที่จะมีส่วนร่วมเช่นกัน

ชาญชัย ชัยรุ่งเรือง (2559) ได้ศึกษา การมีส่วนร่วมของประชาชนในการสร้างชุมชนเข้มแข็ง ของเทศบาลนครปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 400 คน ผลการศึกษา พบว่า ภูมิหลังของประชาชน ที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการสร้างชุมชนเข้มแข็งของเทศบาลนครปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี คือ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ส่วนปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในการสร้างชุมชนเข้มแข็งของเทศบาลนครปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี ได้แก่ บทบาทในสังคม ความเชื่อถือศรัทธา กระบวนการเรียนรู้การมีส่วนร่วม

ฤทธิชัย แกมภาค, และสุภัทษา พันเลิศพานิชย์ (2559) ได้ศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย กลุ่มตัวอย่าง 60 คน ใช้วิธีการเก็บข้อมูลด้วยการแจกแบบสอบถามและการสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม ผลการศึกษาได้โครงการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 6 กิจกรรม คือ กิจกรรมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ กิจกรรมธรรมบำบัด กิจกรรมช่วงงูงู กิจกรรมออกกำลังกาย กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และกิจกรรมอาชีพเสริม สำหรับผู้สูงอายุ เสริมรายได้ผู้สูงอายุบ้านหัวฝาย และได้จัดทำโครงการส่งเสริมและยกระดับศักยภาพการศึกษาของผู้สูงอายุด้วยภูมิปัญญาไทยพื้นบ้าน แห่งล้านนา ของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย มี 2 กิจกรรม คือ กิจกรรมการออกกำลังกายและกีฬาผู้สูงอายุและ กิจกรรมการประกอบอาชีพเสริมรายได้

สุธาทิพย์ จันทรักษ์ (2560) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของแกนนำภาคีเครือข่ายสุขภาพในการขับเคลื่อนงานพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ เป็นวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research)

กลุ่มตัวอย่างคือภาคีเครือข่ายสุขภาพระดับพื้นที่ รวมทั้งหมด 360 คน ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการขับเคลื่อนพัฒนางานตำบลจัดการสุขภาพ ประกอบด้วย บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในชุมชน การรับรู้ต่อการพัฒนา และระดับแรงจูงใจในการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ เมื่อทดสอบระดับความสัมพันธ์ พบว่า ลักษณะส่วนบุคคล ระดับความรู้ ไม่มีความสัมพันธ์กับการขับเคลื่อนพัฒนางานตำบลจัดการสุขภาพ แต่การมีบทบาทหน้าที่ในชุมชน มีความสัมพันธ์กับการขับเคลื่อนพัฒนางานตำบลจัดการสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ระดับการรับรู้ และระดับแรงจูงใจมีความสัมพันธ์กับการขับเคลื่อนพัฒนางานตำบลจัดการสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ประทีป มากมิต, และอารีย์ สุขสวัสดิ์ (2560) ได้ศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จต่อการพัฒนาชุมชนพูนบาเพ็ญ เขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มี 3 ปัจจัยเรียงลำดับจากปัจจัยที่มีผลมากที่สุดไปยังปัจจัยที่มีผลน้อยที่สุด ได้แก่ การมีส่วนร่วมของชุมชน การรับใช้สังคมของผู้นำชุมชน และการสนับสนุนของผู้นำ

ธนิศร ยืนยง (2561) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนที่ส่งผลต่อการพัฒนาท้องถิ่นในจังหวัดนครนายก กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 399 คน ผลการศึกษา พบว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนที่ส่งผลต่อการพัฒนาท้องถิ่นในจังหวัดนครนายก ภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านเรียงตามลำดับจากมากไปน้อย ดังนี้ การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์อยู่ในระดับมาก การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน อยู่ในระดับมาก การมีส่วนร่วมในการประเมินผลอยู่ในระดับปานกลาง และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ อยู่ในระดับปานกลาง ตามลำดับการมีส่วนร่วมของประชาชนมีความสัมพันธ์กับการพัฒนาท้องถิ่น ในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยการมีส่วนร่วมของประชาชนในการรับผลประโยชน์ ส่งผลต่อการพัฒนาท้องถิ่นเป็นอันดับแรก คิดเป็นร้อยละ 84.40

กิตติ วงศ์ปทุมทิพย์ (2560) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกา อำเภออดอนตุม จังหวัดนครปฐม กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 240 คน ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มอายุ และการได้รับการอบรมที่ต่างกันมีระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกา ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภออดอนตุม จังหวัดนครปฐมที่แตกต่างกัน อายุ และการเคยเข้ารับการอบรม มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.001) ที่ระดับ .05

วิลิตา ปะสี และคณะ (2561) ได้ศึกษารูปแบบการจัดบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลวังตะกั่วจังหวัดนครปฐม กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้สูงอายุและญาติจำนวน 30 คน ทีมสุขภาพและตัวแทนจากองค์กรในชุมชน จำนวน 15 คน เครื่องมือที่ใช้ในการ เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่มและการประชุมแบบมีส่วนร่วม 2) แบบสอบถามประเมินความพึงพอใจ ผลการศึกษา พบว่ารูปแบบการจัดบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้ 1) การสร้างการเข้าถึงบริการโดยการจัดทำสติ๊กเกอร์เบอร์โทรศัพท์สำคัญแจกให้กับผู้สูงอายุ 2) การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมขององค์กรในชุมชน 3) ให้ความรู้กับผู้สูงอายุ 4) การดูแลผู้สูงอายุในขณะมารับการรักษาที่โรงพยาบาล โดยชมรมผู้สูงอายุ ได้จัดจิตอาสาช่วยดูแลผู้สูงอายุระหว่างมารับการรักษาที่โรงพยาบาล ผลการประเมิน พบว่า ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดบริการการดูแลสุขภาพที่พัฒนาขึ้นในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละเฉลี่ย 96.67

สุจินดา สุขรุ่ง, อารยา ปราณประวิตร, และอารี พุ่มประไพทย์ (2561) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดพัทลุง กลุ่มตัวอย่างเป็นแกนนำชุมชนจำนวน 14 คน และกลุ่มผู้สูงอายุจำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถามพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มสูงขึ้นจากปานกลางเป็นระดับมาก ( $p < 0.05$ ) และ กิจกรรมที่ได้รับการคัดเลือกจากชุมชน 3 ลำดับ ได้แก่ 1) กิจกรรมการให้ความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ 2) กิจกรรมการนัดแผนโบราณสมุนไพร และ 3) กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

Smith et al. (2012) ได้ศึกษากิจกรรมที่ทำให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพดีขึ้นของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในบริการปฐมภูมิและชุมชน เป็นการศึกษาแบบทบทวนวรรณกรรม พบว่า ควรให้ความสำคัญกับชนิดของกิจกรรมมีดังนี้ 1) Professional interventions เช่น การให้สุขศึกษาเพื่อเปลี่ยนพฤติกรรม 2) Financial interventions เช่น การให้เงินเป็นแรงจูงใจให้กับเจ้าหน้าที่ที่ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 3) Organizational interventions เช่น ปรับรูปแบบบริการให้เหมาะสมกับความต้องการของชุมชนและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น case management ทีมสหวิชาชีพ หรือให้อาชีวอนามัยดูแลเรื่องกิจกรรมทางกายและทางสังคม เป็นต้น 4) Patient oriented interventions เป็นกิจกรรมที่ให้กับผู้ป่วยในชุมชนโดยตรง เช่น ให้ความรู้และสนับสนุนในการจัดการตนเอง (self-management) 5) Regulatory interventions เป็นการปรับเปลี่ยนการดูแลที่เป็นอยู่ให้สามารถทำให้ผลลัพธ์ผู้ป่วยดีขึ้นได้

Fawley-King et al. (2013) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล (Caregiver) เด็กในบริการสุขภาพจิตชุมชน ศึกษาในรัฐซานดิเอโกประเทศสหรัฐอเมริกา ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมมีหลายปัจจัย ได้แก่ สุขภาพทางกายของเด็ก ภาวะ ความพึงพอใจ บริการ ความรู้สึกได้รับการสนับสนุนและการรับรู้อุปสรรคในการมีส่วนร่วม โดยร้อยละ 46 ไม่ได้ปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ เนื่องจากคำแนะนำไม่เฉพาะเจาะจงกับการดูแลที่บ้าน อุปสรรคของการมีส่วนร่วม คือ การได้รับการสนับสนุนไม่เพียงพอทั้งจากพ่อแม่ เจ้าหน้าที่และเครือข่ายทางสังคม รวมทั้งการสนับสนุนด้านอารมณ์ เช่น ผู้ดูแลสามารถโทรติดต่อเจ้าหน้าที่ได้ เมื่อเกิดปัญหาด้านอารมณ์ เพื่อสามารถเดินทางไปตรวจกับเพื่อนที่มีรถ เป็นต้น ผู้ดูแลจะรู้สึกอยากมีส่วนร่วมเมื่อการรักษานั้นเป็นที่ยอมรับ ดังนั้น ผู้ให้บริการควรช่วยผู้ดูแลให้มีเครือข่ายทางสังคมที่เข้มแข็งซึ่งจะทำการมีส่วนร่วมในการรักษาเพิ่มมากขึ้น

Baatiema et al. (2013) ได้ศึกษาการประเมินการมีส่วนร่วมในโปรแกรมการวางแผนและบริการสุขภาพในชุมชน (Community-based Health Planning and Service: CHPS) ประเทศกานา ศึกษาเชิงคุณภาพด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก 17 คน สันทนากลุ่ม 2 กลุ่ม และ สันทนากับชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ใช้บริการสุขภาพ ผู้ให้บริการและสมาชิกในชุมชน ประเมินการมีส่วนร่วมโดยใช้เครื่องมือ Spider-gram ผลการศึกษา พบว่า การมีส่วนร่วมมีความยั่งยืน ชุมชนมีความตระหนักและใช้ทรัพยากรชุมชน โปรแกรม CHPS ผลผสมผสานโครงสร้างชุมชนตั้งแต่เริ่มและวางแผนงานบริการตามความต้องการของชุมชนได้ อย่างไรก็ตาม พบว่า เพศชายมีลักษณะภาวะผู้นำและการจัดการที่ทำลายโอกาสการเสริมสร้างพลังอำนาจของสมาชิกทั้งหมด เช่น ผู้หญิง วัยรุ่น

Namatovu et al. (2014) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในระบบสุขภาพของ Namayumba and Bobi Health Centres ประเทศอุกันดา โดยศึกษาแบบ case study ผลการศึกษา พบว่า ผู้ให้บริการสุขภาพยังมองข้ามความสำคัญของการมีส่วนร่วมของชุมชนและมีการสื่อสารให้เกิดการมีส่วนร่วมน้อยในระบบบริการ ขาดการเชื่อมต่อกับผู้นำชุมชนและทีมในชุมชน

Kenny et al. (2014) ได้ศึกษาเชิงพรรณนาการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญของนโยบายสุขภาพและเป็นสิ่งที่ดีสำหรับชุมชน ซึ่งการมีส่วนร่วมทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีจากการพัฒนาความสามารถในการใช้ชีวิตและความเข้มแข็งของเครือข่ายทางสังคมในชุมชน สมาชิกในชุมชนจะตัดสินใจในการเข้าร่วมด้วยความสมัครใจในรูปแบบต่างๆ เช่น คณะกรรมการชุมชน การประชุม เป็นต้น

Rifkin (2014) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมของชุมชนกับผลลัพธ์สุขภาพ โดยการทบทวนวรรณกรรม พบว่า หลักของการดูแลปฐมภูมิ (Primary Health Care: PHC) และการปฏิรูประบบสุขภาพก็คือการมีส่วนร่วมของชุมชนซึ่งไม่เพียงส่งเสริมสุขภาพและคุ้มครองคุณค่าทุนเท่านั้นแต่ยังทำให้เห็นมุมมองที่เกี่ยวข้อกับปัจจัยกำหนดสุขภาพของมนุษย์อีกด้วย การศึกษา ส่วนใหญ่ พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนทำให้ผลลัพธ์สุขภาพพัฒนาขึ้น เน้นที่กิจกรรมแต่ยังขาดกรอบแนวคิดใหม่ๆ ของการมีส่วนร่วม และกระบวนการที่จะนำไปแกมกิจกรรไปปฏิบัติอย่างยั่งยืน

Macinko, & Harris (2015) ได้ศึกษาเชิงพรรณนาการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลปฐมภูมิในชุมชน ในประเทศบราซิล โดยใช้ Brazil Family Health Strategy (BFHS) ทีมประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล ทีมสหวิชาชีพ และตัวแทนชุมชน ซึ่งตัวแทน 1 คนรับผิดชอบ 150 ครอบครัว ทำหน้าที่เยี่ยมบ้าน ประเมินความต้องการ จัดทำโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ดูแลทางคลินิกเบื้องต้น การใช้จ่าย รวมทั้งค้นหาความเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่ ซึ่งตัวแทนชุมชนนี้ทำหน้าที่เหมือนเป็นสะพานเชื่อมต่อกับปฐมภูมิกับระบบบริการสาธารณสุข ทำงานควบคู่ไปกับองค์กรในชุมชน นำโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสู่การปฏิบัติในชุมชน การสร้างความเข้มแข็งให้ปฐมภูมิมีความจำเป็นในการดูแลระยะยาว ซึ่งควรจะมีการผสมผสานเข้ามาในการดูแลระดับ

ทุติยภูมิและตติยภูมิด้วย

Bath, & Wakerman (2015) ได้ศึกษาผลของการมีส่วนร่วมของชุมชนในบริการปฐมภูมิ ประเทศออสเตรเลีย พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์สุขภาพ ในระยะ intermediate เช่น การเข้าถึงบริการ ประสิทธิภาพ คุณภาพ เป็นต้น ซึ่งผู้บริหารควรกำหนดนโยบายที่เข้มแข็งเพื่อสนับสนุนกลไกการมีส่วนร่วมให้มีความยั่งยืน เช่น กลุ่มเพื่อน รวมทั้งการติดตามการมีส่วนร่วมอีกด้วย

George et al. (2015) ได้ศึกษาแบบทบทวนวรรณกรรมเรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชนในระบบสุขภาพ ผลการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่มีการศึกษาในประเทศที่พัฒนาแล้ว และนำมาใช้เป็นกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพ ร้อยละ 78 ส่วนใหญ่ประเมินการเปลี่ยนแปลงมากกว่า 5 ปี และวัดการพัฒนาในส่วนของการบริการ เช่น การเข้าถึง ความสามารถมากกว่าวัดคุณภาพหรือผลลัพธ์ทางสุขภาพ การศึกษา ส่วนใหญ่ พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนช่วยสนับสนุนการนำกิจกรรมหรือโปรแกรมไปใช้ในชุมชนแต่ยังมีส่วนร่วมในการระบุปัญหาน้อย และไม่ค่อยระบุว่าใครมีส่วนร่วมบ้าง พอสรุปได้ว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนช่วยทำให้เกิดความร่วมมือในชุมชน



Marston et al. (2016) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในประเด็นสุขภาพผู้หญิง เด็ก และ วัยรุ่น โดยการทบทวนวรรณกรรม พบว่า กระบวนการของการมีส่วนร่วม มี 4 ระยะ ได้แก่ 1) การระบุปัญหาที่เกิดขึ้น 2) การวางแผนกิจกรรม 3) การนำสู่การปฏิบัติ 4) การประเมินกิจกรรม และแผน โดยบทบาทการมีส่วนร่วมนั้นควรเป็นไปในลักษณะของการโต้ตอบกัน (interactive) ระหว่างผู้ให้บริการและผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ผู้ให้บริการต้องมีทักษะในการประสานความร่วมมือกับผู้ป่วยและชุมชนและเปลี่ยนจากการแก้ปัญหาให้ผู้ป่วยเป็นแก้ปัญหาพร้อมกับผู้ป่วย การพัฒนาสุขภาพของผู้หญิง เด็ก และ วัยรุ่น ต้องพึ่งพาการมีส่วนร่วมของชุมชนมาใช้ให้เหมาะสมทั้งกับชุมชน ผู้ให้บริการและระดับนโยบาย

Tomioaka et al. (2017) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมทางสังคมกับการเปลี่ยนกิจกรรมประจำวัน (Instrumental Activities of Daily Living: IADLs) ใน 3 ปีของผู้สูงอายุ ประเทศญี่ปุ่น กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ 65 – 96 ปี จำนวน 6,360 คน เครื่องมือเป็นแบบสอบถามวัดการมีส่วนร่วมทางสังคม 5 ประเภท ได้แก่ 1) งานในพื้นที่ 2) ชุมชน 3) สโมสรงานอดิเรก 4) คลับกลุ่มอาวุโส 5) กลุ่มอาสาสมัคร ผลการศึกษา พบว่า การมีส่วนร่วมทางสังคมมีความสัมพันธ์ตรงกันข้ามกับกิจกรรมประจำวันที่ลดลง โดยเฉพาะผู้หญิง เนื่องจากการมีส่วนร่วมทางสังคมมีความเกี่ยวข้องกับกิจกรรมประจำวันอยู่แล้วและการเข้าถึงเครือข่ายทางสังคมทำได้ง่าย

Chambers et al. (2018) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพเรื่องเพศ โดยใช้รูปแบบ Youth and Relationship Networks (YARN Model) มาใช้ และสรุปการประเมินผลหลังโปรแกรมสิ้นสุดลง 2 ปี เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ เพื่อทดสอบโมเดล พบว่ารูปแบบ YARN Model เดิมมี 6 องค์ประกอบ แต่จากการศึกษานี้ พบว่า มีประเด็นที่เพิ่มเติมที่เป็นพื้นฐานให้การประสานงานการมีส่วนร่วมให้เกิดขึ้น คือ การไว้วางใจ (Trust) ดังนั้นจึงได้รูปแบบการมีส่วนร่วมที่มี 7 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) Individual attributes เป็นการเปิดใจ เต็มใจที่จะเรียนรู้เตรียมการพูดคุยในประเด็นที่อ่อนไหวต่อความรู้สึก ยึดมั่นต่อกลุ่ม มีผลกระทบต่อชุมชน 2) Structured group process กลุ่มเป็นเจ้าของตนเองและควบคุมตนเองได้ มีการประสานงานที่เข้มแข็ง ให้คุณค่ากับการพูดคุยและการตัดสินใจร่วมกัน มีความชัดเจนในงานและกิจกรรม 3) Original support การสนับสนุน ยึดหยุ่น และใช้ชุมชนเป็นฐาน 4) Empowering external relationships ผู้เชี่ยวชาญและผู้สนับสนุนจากภายนอกที่มีความตระหนักและตอบสนองในเชิงวิชาชีพ วัฒนธรรม และ อำนาจที่แตกต่างออกไป 5) Culturally sensitive strategy กลยุทธ์ที่จะทดสอบพื้นที่ชุมชนและได้รับการสนับสนุนจากพื้นที่ 6) Enhanced community health and

wellbeing สร้างการสนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อมให้เกิดการมีส่วนร่วมเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่จะพัฒนาสุขภาพและความผาสุกของพวกเขา 7) Trust ความไว้วางใจ

## 2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแรงสนับสนุนทางสังคม

Prihodova et al. (2014) ศึกษาการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำในปีแรกของผู้ป่วยปลุกถ่ายไตและผลกระทบต่อการสูญเสียไตและอัตราการตาย โดยศึกษาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) และศึกษาไปข้างหน้า (prospective study) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยหลังปลุกถ่ายไต 3 – 12 เดือน จำนวน 325 คน ผลการศึกษา พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวในปีแรกมีผลต่อความสม่ำเสมอในการกินยาควบคุมคุ้มกัน การไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ป่วยปลุกถ่ายไต มีความสัมพันธ์กับการสูญเสียไตและอัตราการตายหลัง 12 ปี

Lim (2015) ได้ศึกษาผลกระทบของแรงสนับสนุนทางสังคมต่อผลลัพธ์การปลุกถ่ายไต ผลการศึกษา พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมที่อยู่ในระดับสูงจะทำให้ผลลัพธ์การปลุกถ่ายไตสูงขึ้นด้วย และผู้ป่วยปลุกถ่ายไตที่มีอายุมาก รายได้ต่ำ เชื้อชาติแอฟริกา โรคร่วมเรื้อรังจะมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์การปลุกถ่ายไต ในระดับต่ำด้วย

Lin et al. (2015) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของแรงสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยปลุกถ่ายไตในประเทศจีน จำนวน 210 คน ผลการศึกษา พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมทั้งจากครอบครัว เพื่อน และจากแหล่งอื่น มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยปลุกถ่ายไต กล่าวคือ ถ้าผู้ป่วยปลุกถ่ายไตมีการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมสูงก็จะมีคุณภาพชีวิตที่สูงมากกว่าผู้ป่วยที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ

Zelle et al. (2016) ศึกษาเรื่องความกลัวการเคลื่อนไหวและสมรรถนะแห่งตนต่ำ (low Self-Efficacy) ต่ออุปสรรคในการกิจกรรมทางกาย (Physical activity) หลังปลุกถ่ายไต ศึกษาในประเทศเนเธอร์แลนด์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยหลังปลุกถ่ายไต 1 ปี จำนวน 487 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามวัดกิจกรรมทางกาย ได้แก่ แบบวัดกิจกรรมประจำวัน (Tecumseh Occupational Questionnaire: TOAO) และ Minnesota Leisure Time Physical Activity Questionnaire (MLTPAQ) แบบวัดความกลัวการเคลื่อนไหว (Tampa Score for Kinesiophobia-11: TSK-11) แบบวัดสมรรถนะแห่งตน (Physical self-efficacy LIVAS-scale) แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล (Self report questionnaire SCL-90) ผลการศึกษา พบว่า ความกลัวการเคลื่อนไหวมีความสัมพันธ์ทำให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมทางกาย การทำงาน การเล่นกีฬา ต่ำ และผู้ป่วย ร้อยละ 73 เกิดจากสมรรถนะแห่งตนต่ำ

Valizadeh, Mohammadi, Zarei, Khorashadizadeh, & Oudi Avval (2016) ได้ศึกษาสาเหตุของความเครียดในผู้ป่วยปลูกถ่ายไต เป็นวิจัยเชิงพรรณนา ศึกษาในประเทศอิหร่าน กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 236 คน เครื่องที่ใช้เป็นแบบสอบถามความเครียดหลังปลูกถ่ายอวัยวะ (Transplant- Related Stressors Scale) ผลการศึกษา พบว่า สาเหตุความเครียดมากที่สุด คือ กลัวสลดไต รองลงมาคือปัญหาการเงินซึ่งเป็นแรงสนับสนุนที่สำคัญและความมั่นใจในอนาคต โดยเฉพาะ 6 สัปดาห์แรกหลังได้รับไต และสาเหตุน้อยที่สุดคือการถามตอบทางการแพทย์ ความเครียดมีความสัมพันธ์กับอายุ โดยผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 33 ปีมีคะแนนความเครียดสูงที่สุด และอายุมากกว่า 50 ปี มีความเครียดน้อยสุด

Ladin et al. (2017) ได้ศึกษา ความสำคัญของแรงสนับสนุนทางสังคมในการตัดสินใจปลูกถ่ายไตของแพทย์ จำนวน 584 คนจากสมาคมแพทย์ศัลยกรรมปลูกถ่ายแห่งสหรัฐอเมริกา (American Society of Transplantation Surgeons) ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 89 ใช้แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยในการตัดสินใจความเหมาะสมของการปลูกถ่ายไต และร้อยละ 71.5 เห็นด้วยว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญในการทำให้มั่นใจได้ว่าการปลูกถ่ายไตจะไม่สูญเปล่า (waste organ) และเป็น 2 ปัจจัยที่มีความสำคัญที่สุดกับชีวิตที่เหลืออยู่ (Life Expectancy)

Ndemera, & Bhengu (2017) ศึกษาแรงจูงใจและอุปสรรคของการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตในแอฟริกาใต้ ศึกษาเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยที่มีภาวะไตเสียหายที่จำนวน 19 คน ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่เป็นแรงจูงใจ ได้แก่ การจัดตารางกินยากดภูมิคุ้มกัน จะช่วยให้การกินยาสม่ำเสมอ ความกลัวและวิตกกังวลว่าไตจะเสียหายที่ ภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการการสนับสนุนครอบครัวและระบบสุขภาพ ส่วนอุปสรรค ได้แก่ งานยุ่งทำให้การจัดการตนเองลำบาก และการกินยาไม่สม่ำเสมอเกิดจากที่มสุขภาวะขาดการให้ความรู้ที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งคำแนะนำในการปฏิบัติตนด้วย ผู้ป่วยบางส่วนรู้สึกว่าคุณภาพดีแล้วจึงหยุดการมาตรวจตามนัด การขาดอุปกรณ์และเครื่องมือในการเฝ้าระวังอาการตนเอง เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต

Sokunbi (2017) ศึกษาการออกกำลังกายและฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังปลูกถ่ายไต 1 ปี พบว่า การสนับสนุนมีคนที่ช่วยเหลือจัดโปรแกรมช่วยให้ผู้ป่วยออกกำลังกายเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายมีการออกกำลังกาย ร้อยละ 67 มากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม ร้อยละ 36 เนื่องจากกลัวการบาดเจ็บที่แผลผ่าตัดและทีมผู้ให้บริการก็ขาดการให้

ความสำคัญกับเรื่องนี้แต่เน้นเรื่องการกินยากดภูมิ ทำให้ผู้ป่วยคิดว่าการกินยากสำคัญกว่าการออกกำลังกาย

Zhao et al. (2018) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิต พฤติกรรมการปฏิบัติตนตามคำแนะนำ และ แรงสนับสนุนทางสังคม ในผู้ป่วยปลูกถ่ายไตในประเทศจีน จำนวน 253 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการปฏิบัติตนตามคำแนะนำ ไม่สม่ำเสมอ อยู่ระหว่าง ร้อยละ 27.5 - 72.3 คะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมเฉลี่ยร้อยละ 40.76 ซึ่งต่ำกว่าประชากรทั่วไป อาชีพ การศึกษา สถานภาพสมรส วิธีการจ่ายเงิน และ รายได้ มีผลต่อคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคม นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่า สุขภาพกาย สุขภาพจิตสังคม พฤติกรรมการปฏิบัติตนตามคำแนะนำ แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุดต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตนตามคำแนะนำและคุณภาพชีวิต

#### กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยเรื่องรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต ในเขตภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีเชิงระบบของแคสและโรเซนเวียง (Kast, & Rosenzweig, 1985) มาเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยเชิงระบบเพื่อให้เห็นภาพรวมของการวิจัยประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้ ปัจจัยนำเข้า (Input) ได้แก่ สถานการณ์การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต จากนั้นนำสู่กระบวนการ (Process) ได้แก่ การพัฒนารูปแบบและทดลองใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต ได้ผลผลิต (Output) ได้แก่ รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต ในเขตภาคเหนือตอนล่าง ดังแสดงในภาพ 21



ภาพ 21 กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนและศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตในเขตภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย พอสรุปได้ว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการดูแลของชุมชน และปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม มีความเกี่ยวข้องและส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนทั้งการศึกษาในประเทศไทยและต่างประเทศ ดังนั้นหากมีการศึกษาสถานการณ์การมีส่วนร่วมในบริบทพื้นที่ให้เป็นเชิงลึกเกี่ยวกับปัจจัยต่างๆ แล้วนำมายืนยันทางสถิติวิเคราะห์เพื่อพัฒนารูปแบบหรือกิจกรรมที่ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนมากยิ่งขึ้นก็จะทำให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตได้รับการดูแลที่ดียิ่งขึ้น โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัยดังรายละเอียดและขั้นตอนการดำเนินการวิจัยในบทที่ 3 ต่อไป



### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยใช้วิธีการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed Methods) แบบแผนเชิงสำรวจแบบต่อเนื่อง (Exploratory Sequential Design) เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Method) โดยการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) และการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Method) ด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) แบบ multiple case study และการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) โดยแบ่งขั้นตอนการดำเนินการวิจัยเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตในเขตภาคเหนือตอนล่าง โดยการศึกษาเชิงคุณภาพด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview)

ระยะที่ 2 ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตในเขตภาคเหนือตอนล่าง โดยการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยวิธีการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) ใช้แบบสอบถามเก็บรวบรวมข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการดูแลของชุมชน ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม นำข้อมูลที่ได้มาหาความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต ในเขตภาคเหนือตอนล่าง

ระยะที่ 3 พัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มครอบครัวและผู้ดูแลกลุ่มผู้นำชุมชน/อสม. และกลุ่มเจ้าหน้าที่รัฐเพื่อรวบรวมความคิดเห็นนำไปพัฒนาเป็นรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตในเขตภาคเหนือตอนล่าง

ระยะที่ 4 ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบโดยนำรูปแบบการมีส่วนร่วมที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ด้วยวิธีการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) เพื่อเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมและการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตของชุมชนก่อนและหลังการทดลองและนำผลที่ได้ไปสรุปเป็นรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตในเขตภาคเหนือตอนล่าง โดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดังภาพ 22

ระยะที่ 1



ภาพ 22 ความสัมพันธ์ในการดำเนินการวิจัยในแต่ละระยะ

การวิจัยแบ่งออกเป็น 4 ระยะ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

### ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต ในเขตภาคเหนือตอนล่าง ของประเทศไทย

ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยใช้แบบแผนการวิจัยเชิงคุณภาพแบบ case study ชนิด multiple case study โดยได้วางแผนการวิจัยเกี่ยวกับพื้นที่ในการศึกษา ผู้ให้ข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

**พื้นที่ศึกษา** จังหวัดพิษณุโลก สุโขทัย กำแพงเพชร เพชรบูรณ์ อุตรดิตถ์

**ผู้ให้ข้อมูล** ผู้วิจัยใช้วิธีการเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบ Intensity sampling เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรงประเด็นวิจัย จำนวน 10 คน ประกอบด้วย ครอบครัว จำนวน 5 คน ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 1 คน อสม. จำนวน 1 คน อบต. จำนวน 1 คน รพ.สต. จำนวน 2 คน จนกว่าข้อมูลจะอิ่มตัว (ประไพพิมพ์ สุธีวสินนท์, และประสพชัย พสุนนท์, 2559) โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์เชิงลึก (Inclusion Criteria)

1. อายุ 20 ปี ขึ้นไป
2. เป็นผู้เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต

จากโรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก

เกณฑ์การถอดถอนผู้ให้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก (Exclusion Criteria)

1. เป็นผู้ที่ไม่เคยดำเนินการสัมภาษณ์ไปแล้วรู้สึกอึดอัดในการตอบคำถาม
2. เป็นผู้ที่ยกข้อขัดแย้งระหว่างการสัมภาษณ์

**เทคนิควิธีดำเนินการวิจัย** ผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) โดยการสัมภาษณ์เป็นรายบุคคล (individual interviews)

**วัสดุที่ใช้ในการดำเนินงาน** เทปบันทึกเสียง คอมพิวเตอร์และแผ่นบันทึกข้อมูล

**เครื่องมือที่ใช้** ในขั้นตอนนี้มีเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ ตัวผู้วิจัยและแนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึกในประเด็นเกี่ยวกับสถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตในเขตภาคเหนือตอนล่าง ของประเทศไทย ได้แก่

1. ท่านมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตในด้านใดบ้าง

2. ที่ผ่านมาปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นหลังปลูกถ่ายไตของผู้ป่วยเป็นอย่างไร ท่านมีส่วนในการช่วยเหลืออย่างไรบ้าง
3. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรต่อการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตของชุมชน ที่ผ่านมา
4. ที่ผ่านมาท่านมีส่วนร่วมการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต อย่างไรบ้าง
5. ที่ผ่านมาท่านมีส่วนร่วมการปฏิบัติการในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต อย่างไรบ้าง
6. ที่ผ่านมาท่านมีส่วนร่วมการรับผลประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต อย่างไรบ้าง
7. ที่ผ่านมาท่านมีส่วนร่วมการประเมินผลในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต อย่างไรบ้าง
8. ท่านคิดว่าบุคคล/หน่วยงานที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต ควรประกอบด้วยใคร/หน่วยงานใดบ้างและมีความสำคัญและบทบาทอย่างไร
9. ท่านคิดว่าปัญหาและอุปสรรคในการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตมีอะไรบ้าง
10. ท่านคิดว่ารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลท่านคิดว่า การดูแลแบบมีส่วนร่วมของไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต ควรเป็นอย่างไร

**การวิเคราะห์ข้อมูล** ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกมาจำแนกโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Thematic Analysis) เพื่อนำมาใช้ในการแยกแยะข้อมูล การสร้างรหัสข้อมูล จัดกลุ่มข้อมูล โดยเริ่มจากการสร้างความคุ้นเคยกับข้อมูลด้วยการอ่านบันทึกจากการถอดเทปการสัมภาษณ์เชิงลึกอย่างละเอียด คำต่อคำ บรรทัดต่อบรรทัด แล้วจึงทำการสร้างรหัสข้อมูลด้วยการจัดกลุ่มข้อมูลให้เป็นหมวดหมู่ ต่อมาจึงทำการสร้างประเด็นโดยจะทำการวิเคราะห์รหัสข้อมูลและพิจารณารหัสข้อมูลที่เหมือนกันเข้าไว้ด้วยกัน แล้วจึงทำการทบทวนประเด็นด้วยการรวมประเด็นเดียวกันเข้าไว้ด้วยกันและแยกประเด็นที่ต่างกันรวมกลุ่มไว้ เพราะอาจมีบางประเด็นที่ทับซ้อนกัน ขั้นตอนต่อมาเป็นการกำหนดและตั้งชื่อประเด็น ในขั้นตอนนี้จะได้ประเด็นที่ผ่านการกลั่นกรองและจัดหมวดหมู่แล้วซึ่งจะทำให้มองเห็นภาพรวมทั้งหมด และขั้นตอนนี้สุดท้ายเป็นการจัดทำรายงาน (Braun, & Clarke, 2006; สุภาภรณ์ สุตหนองบัว, 2561ข)

**การตรวจสอบคุณภาพข้อมูล** การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลในการสัมภาษณ์เชิงลึก ด้วยวิธีการตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) (สุภาวงศ์ จันทวานิช, 2553 หน้า 124) ได้แก่ การตรวจสอบข้อมูลก่อนการวิเคราะห์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ความครบถ้วนและคุณภาพของข้อมูลโดยใช้วิธีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) ซึ่งมีวิธีการที่นำมาใช้ในการวิจัยนี้ 2 แบบ (Denzin, 1970; สุภาภรณ์ สุตหนองบัว, 2561ก) ดังนี้

1. ด้านข้อมูล (Data Triangulation) คือ การตรวจสอบข้อมูลในลักษณะต่างเวลา ต่างสถานที่ ต่างบุคคล ซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูล ข้อมูลที่ได้รับจะเหมือนเดิมหรือไม่

2. ด้านผู้วิจัย (Investigation Triangulation) คือ การตรวจสอบข้อมูลโดยการใช้ผู้วิจัยที่แตกต่างกันในการเก็บรวบรวมข้อมูล จะได้ข้อมูลต่างกันอย่างไร

ผลที่ได้รับในระยะที่ 1 คือ ประเด็นสถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต ในเขตภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย

## **ระยะที่ 2 ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต ในเขตภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย**

จากผลการศึกษาในระยะที่ 1 ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต ผู้วิจัยพบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชน ดังนี้ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ รายได้ การศึกษา สถานภาพสมรส บทบาททางสังคม การได้รับข้อมูล ประสบการณ์ การเข้าร่วมกิจกรรม ความรู้ ทักษะ 2) การดูแลผู้ป่วยของชุมชน ได้แก่ ด้านการรับปรึกษาญาติญาติกัน ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้านอารมณ์ ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และด้านการมาตรวจตามนัด 3) แรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ ด้านการเงิน ด้านร่างกาย ด้านสิ่งของ ด้านอารมณ์ ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยใช้แบบแผนการวิจัยเชิงปริมาณศึกษาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตโดยกำหนดเกี่ยวกับพื้นที่ในการศึกษา ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา การกำหนดขนาดตัวอย่าง การสุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือและการวิเคราะห์ข้อมูล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

**พื้นที่ศึกษา** ผู้วิจัยกำหนดพื้นที่ในการศึกษาเป็น 8 จังหวัดในเขตภาคเหนือตอนล่าง

**ประชากรที่ศึกษา** ในการศึกษาครั้งนี้มีประชากรที่ศึกษาเป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต จากโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก



**การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง** ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติวิเคราะห์หลายตัวแปร (Multivariate Analysis) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมควรมีขนาดใหญ่เพียงพอคือ 15-20 เท่าของจำนวนตัวแปรพยากรณ์ แต่ในกรณีที่กลุ่มประชากรมีขนาดเล็ก ขนาดตัวอย่างต้องไม่น้อยกว่า 5 เท่าของจำนวนตัวแปรพยากรณ์ (บุญใจ ศรีสถิตย่นรากร, 2553, น. 245) โดยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 เท่าของตัวแปรพยากรณ์ ซึ่งตัวแปรในการศึกษาค้างนี้ มีจำนวน 14 ตัวแปร ดังนั้น ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้ คือ 280 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล (Missing Data) จึงปรับเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยคำนวณตามสูตร (บุญญพัฒน์ ไชยเมล์, 2556) ดังนี้

$$n = \frac{n}{1-R}$$

n = ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้

R= Response rate โดยกำหนดให้ค่าอัตราการสูญเสียเท่ากับ ร้อยละ 10

แทนค่าในสูตรดังนี้ =  $280/1-10 = 308$

ดังนั้น ขนาดตัวอย่างจึงเท่ากับ 308 คน โดยผู้วิจัยจำแนกกลุ่มตัวอย่างตามจังหวัดที่อาศัย

อาศัย

**การสุ่มตัวอย่าง** ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Sampling) โดยมีวิธีดำเนินการตามขั้นตอน ต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 แบ่งหน่วยตัวอย่างของประชากรเป็นกลุ่มตามลักษณะของจังหวัด แบ่งจังหวัด 8 จังหวัด ได้แก่ พิษณุโลก พิจิตร กำแพงเพชร ตาก อุตรดิตถ์ นครสวรรค์ เพชรบูรณ์ สุโขทัย

ขั้นตอนที่ 2 คำนวณตามสัดส่วนของประชากรแต่ละจังหวัด (Proportionate Random Sampling) โดยทราบประชากรจากการประมาณค่าสัดส่วนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 1 คน จะประกอบด้วย การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแล 5 ส่วน ได้แก่ ครอบครัว เพื่อนบ้าน อาสาสมัครชุมชน ทีมสุขภาพ และเจ้าหน้าที่ปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรเอกชน (บำเพ็ญ พงศ์เพชรดิถ, 2561) คิดสัดส่วนผู้ป่วยต่อผู้ดูแล 1: 5 ดังนั้น ผู้ป่วย 109 คน จึงมีประชากรที่มีส่วนร่วมในการดูแล 520 คน คำนวณตัวอย่างจากสัดส่วนประชากรในแต่ละจังหวัดจากขั้นตอนที่ 1 ตามตาราง 2 ดังนี้

ตาราง 2 แสดงสัดส่วนตัวอย่างต่อประชากรในแต่ละจังหวัด

ลำดับ	จังหวัด	จำนวนผู้ป่วย	ผู้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย	
			ประชากร	ตัวอย่าง
1	พิษณุโลก	38	190	110
2	เพชรบูรณ์	19	95	56
3	พิจิตร	12	60	35
4	กำแพงเพชร	11	55	33
5	สุโขทัย	8	40	24
6	อุตรดิตถ์	8	40	24
7	ตาก	4	20	13
8	นครสวรรค์	4	20	13
<b>รวม</b>		<b>109</b>	<b>520</b>	<b>308</b>

ขั้นตอนที่ 3 สุ่มตัวอย่างจากประชากรโดยใช้วิธีการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน (Sampling without Replacement) จนได้ตัวอย่างครบตามที่คำนวณไว้

1. เป็นผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตจากโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

2. อาศัยอยู่ใน 8 จังหวัดในเขตภาคเหนือตอนล่าง

3. อ่านออก เขียนภาษาไทยได้

4. มีการรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคลตามปกติ

5. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

**เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล** ได้แก่ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการค้นคว้าตำรา เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ครอบคลุมเนื้อหาและผลของการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยแบ่งแบบสอบถามออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่

**ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล** ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ รายได้ การศึกษา สถานภาพสมรส บทบาททางสังคม การได้รับข้อมูล ประสบการณ์ การเข้าร่วมกิจกรรม ความรู้ ทัศนคติ โดยแบบสอบถามความรู้เป็นลักษณะคำถามปลายปิด คำตอบ ถูก ผิด จำนวน 10 ข้อ ให้ค่าคะแนน ดังนี้ 1 หมายถึง ตอบข้อคำถามข้อนั้นถูก 0 หมายถึง ตอบข้อคำถามข้อนั้นผิด แบบสอบถาม

ทัศนคติเป็นลักษณะคำถามปลายปิด คำตอบ เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย จำนวน 10 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวก 8 ข้อ (ข้อคำถามที่ 1, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10) ให้ค่าคะแนน ดังนี้ 1 หมายถึง เห็นด้วยกับข้อคำถามนั้น 0 หมายถึง ไม่เห็นด้วยกับข้อคำถามนั้น เป็นข้อคำถามเชิงลบ 2 ข้อ (ข้อคำถามที่ 2, 6) ให้ค่าคะแนน ดังนี้ 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยกับข้อคำถามนั้น 0 หมายถึง เห็นด้วยกับข้อคำถามนั้น

จัดกลุ่มจำแนกระดับความรู้และทัศนคติออกเป็น 3 ระดับ จากคะแนนสูงสุดเท่ากับ 10 คะแนนและคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 0 คะแนน ใช้ข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1977, p. 14)

$$\frac{\text{Maximum} - \text{Minimum}}{\text{Interval}} = \frac{\text{จำนวนคะแนนสูงสุด} - \text{จำนวนคะแนนต่ำสุด}}{\text{อินตรัภาคชั้น}}$$

$$= \frac{10-0}{3} = 3.3$$

ด้วยวิธีการดังกล่าวข้างต้น สามารถจัดกลุ่มจำแนกระดับ โดยกำหนดช่วงกลุ่มคะแนนในแต่ละระดับ ประมาณ 3.33 คะแนน จึงสามารถแบ่งระดับความรู้และทัศนคติตามคะแนนที่ได้สามารถแปลความหมายได้ดังนี้

คะแนนระหว่าง 6.68 - 10 คะแนน หมายถึง ชุมชนมีความรู้และทัศนคติในระดับมาก

คะแนนระหว่าง 3.34 - 6.67 คะแนน หมายถึง ชุมชนมีความรู้และทัศนคติในระดับปานกลาง

คะแนนระหว่าง 0 - 3.33 คะแนน หมายถึง ชุมชนมีความรู้และทัศนคติในระดับน้อย

**ส่วนที่ 2 การดูแลผู้ป่วยของชุมชน** ผู้วิจัยใช้เครื่องมือวัดที่ดัดแปลงมาจากของบัญญัติ ชินดาธนสาร และคณะ (2556) แบ่งการดูแลเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานยา ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้านอารมณ์ ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ด้านการมาตรวจตามนัด รวม 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็น แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบบ 6 ระดับ โดยแบ่งระดับคะแนน ดังนี้

6 หมายถึง มีการดูแลตามข้อความนั้นมากที่สุด

5 หมายถึง มีการดูแลตามข้อความนั้นมาก

4 หมายถึง มีการดูแลตามข้อความนั้นปานกลาง

3 หมายถึง มีการดูแลตามข้อความนั้นน้อย

2 หมายถึง มีการดูแลตามข้อความนั้นน้อยที่สุด

1 หมายถึง ไม่มีการดูแลตามข้อความนั้นเลย

### การจัดกลุ่มจำแนกระดับ

ผู้วิจัยนำคะแนนการดูแลผู้ป่วยของชุมชนภาพรวมมาจัดกลุ่มจำแนกระดับของการดูแลผู้ป่วยของชุมชนตามอันตรายภาคชั้น แบ่งออกเป็น 3 ระดับ จากคะแนนสูงสุดเท่ากับ 100 คะแนน และคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 0 คะแนน ใช้ข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของเบสต์ (Best, 1977, p. 14)

$$\frac{\text{Maximum} - \text{Minimum}}{\text{Interval}} = \frac{\text{จำนวนคะแนนสูงสุด} - \text{จำนวนคะแนนต่ำสุด}}{\text{อันตรายภาคชั้น}}$$

$$= \frac{120-20}{3} = 33.33$$

ด้วยวิธีการดังกล่าวข้างต้น สามารถจัดกลุ่มจำแนกระดับ โดยกำหนดช่วงกลุ่มคะแนนในแต่ละระดับ ประมาณ 33.33 คะแนน จึงสามารถแบ่งระดับการดูแลผู้ป่วยของชุมชนภาพรวมตามคะแนนที่ได้ สามารถแปลความหมายได้ดังนี้

คะแนนระหว่าง 86.68 - 120 คะแนน หมายถึง ชุมชนมีการดูแลผู้ป่วยในระดับมาก

คะแนนระหว่าง 53.34 - 86.67 คะแนน หมายถึง ชุมชนมีการดูแลผู้ป่วยในระดับปานกลาง

คะแนนระหว่าง 20 - 53.33 คะแนน หมายถึง ชุมชนมีการดูแลผู้ป่วยในระดับระดับน้อย

**ส่วนที่ 3 แรงสนับสนุนทางสังคม** ผู้วิจัยประยุกต์ใช้เครื่องมือวัดแรงสนับสนุนทางสังคมที่แปลและปรับคำถามเพื่อให้เหมาะสมกับคนไทย จากแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม (A Social Support Instrument) ของ ไซเมท และคณะ (Zimet, Dahlem, Zimet, & Farley, 1988) โดยปรับข้อคำถาม เพื่อให้เหมาะสมกับสังคมไทย ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการเงิน ด้านร่างกาย ด้านสิ่งของ ด้านอารมณ์ จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบบ 6 ระดับ โดยแบ่งระดับคะแนน ดังนี้

6 หมายถึง มีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับมากที่สุด

5 หมายถึง มีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก

4 หมายถึง มีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง

3 หมายถึง มีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับน้อย

2 หมายถึง มีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับน้อยที่สุด

1 หมายถึง ไม่มีแรงสนับสนุนทางสังคม

### การจัดกลุ่มจำแนกระดับ

ผู้วิจัยนำคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมภาพรวมมาจัดกลุ่มจำแนกระดับของแรงสนับสนุนทางสังคมตามอันตรภาคชั้น แบ่งออกเป็น 3 ระดับ จากคะแนนสูงสุดเท่ากับ 100 คะแนน และคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 0 คะแนน ใช้ข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของเบสต์ (Best, 1977, p. 14)

$$\frac{\text{Maximum} - \text{Minimum}}{\text{Interval}} = \frac{\text{จำนวนคะแนนสูงสุด} - \text{จำนวนคะแนนต่ำสุด}}{\text{อันตรภาคชั้น}}$$

$$= \frac{120-20}{3} = 33.33$$

ด้วยวิธีการดังกล่าวข้างต้น สามารถจัดกลุ่มจำแนกระดับ โดยกำหนดช่วงกลุ่มคะแนนในแต่ละระดับ ประมาณ 33.33 คะแนน จึงสามารถแบ่งระดับแรงสนับสนุนทางสังคมภาพรวมตามคะแนนที่ได้ สามารถแปลความหมายได้ดังนี้

คะแนนระหว่าง 86.68 - 120 คะแนน หมายถึง ชุมชนมีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก

คะแนนระหว่าง 53.34 - 86.67 คะแนน หมายถึง ชุมชนมีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง

คะแนนระหว่าง 20 - 53.33 คะแนน หมายถึง ชุมชนมีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับน้อย

**ส่วนที่ 4 การมีส่วนร่วมของชุมชน** ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยดัดแปลงมาจากแบบแบบวัดการมีส่วนร่วมของชุมชน ของกฤษฎาภัสสร ชาวปทุมทิพย์ (2556) ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนร่วมการตัดสินใจ ส่วนร่วมการดำเนินการ ส่วนร่วมรับผลประโยชน์ และส่วนร่วมการประเมินผล จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบบ 6 ระดับ โดยแบ่งระดับคะแนน ดังนี้

- 6 หมายถึง มีส่วนร่วมในระดับมากที่สุด
- 5 หมายถึง มีส่วนร่วมในระดับมาก
- 4 หมายถึง มีส่วนร่วมในระดับปานกลาง
- 3 หมายถึง มีส่วนร่วมในระดับน้อย
- 2 หมายถึง มีส่วนร่วมในระดับน้อยที่สุด
- 1 หมายถึง ไม่มีส่วนร่วม



### การจัดกลุ่มจำแนกระดับ

ผู้วิจัยนำคะแนนการมีส่วนร่วมของชุมชนภาพรวมมาจัดกลุ่มจำแนกระดับของการมีส่วนร่วมของชุมชนตามอันตรภาคชั้น แบ่งออกเป็น 3 ระดับ จากคะแนนสูงสุดเท่ากับ 100 คะแนนและคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 0 คะแนน ใช้ข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1977, p. 14)

$$\frac{\text{Maximum} - \text{Minimum}}{\text{Interval}} = \frac{\text{จำนวนคะแนนสูงสุด} - \text{จำนวนคะแนนต่ำสุด}}{\text{อันตรภาคชั้น}}$$

$$= \frac{120-20}{3} = 33.33$$

ด้วยวิธีการดังกล่าวข้างต้น สามารถจัดกลุ่มจำแนกระดับ โดยกำหนดช่วงกลุ่มคะแนนในแต่ละระดับ ประมาณ 33.33 คะแนน จึงสามารถแบ่งระดับการดูแลผู้ป่วยของชุมชนภาพรวมตามคะแนนที่ได้ สามารถแปลความหมายได้ดังนี้

คะแนนระหว่าง 86.68 – 120 คะแนน หมายถึง ชุมชนมีส่วนร่วมในระดับมาก

คะแนนระหว่าง 53.34 - 86.67 คะแนน หมายถึง ชุมชนมีส่วนร่วมในระดับปานกลาง

คะแนนระหว่าง 20 - 53.33 คะแนน หมายถึง ชุมชนมีส่วนร่วมในระดับระดับน้อย

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ** ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบและหาคุณภาพเครื่องมือวัดที่ใช้ในการวิจัยระยะที่ 2 ดังนี้

1. การหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยใช้ดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เพื่อหาความสอดคล้องของข้อคำถามกับแนวคิดทฤษฎีที่ใช้เมื่อสร้างแบบสอบถามเสร็จผู้วิจัยได้ส่งให้ผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชนและการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไต จำนวน 3 ท่าน ดังนี้ 1) ดร.วิภาพร สิทธิศาสตร์ ผู้เชี่ยวชาญอนามัยชุมชน 2) ดร.วิศมี สุขนรินทร์ ผู้เชี่ยวชาญสาธารณสุขชุมชน 3) พว.ปัญญาเถื่อนด้วง ผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไต ในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามนั้นเมื่อได้แบบสอบถามจากผู้เชี่ยวชาญนำมาหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ ดังนี้

$$\text{CVI} = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ได้ค่า CVI= 51/60 =0.85

ค่าที่ยอมรับได้ คือ มากกว่าหรือเท่ากับ 0.80 (Burn and Grove, 2001)

2. การหาค่าความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขตามความเห็นของผู้เชี่ยวชาญไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตในเขตภาคเหนือตอนบนคือจังหวัดลำปาง เนื่องจากมีบริบทใกล้เคียงกับพื้นที่การศึกษา จำนวน 30 คน จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถามโดยใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach (Cronbach's Alpha Coefficients) ได้ค่าดังนี้ 1) การดูแลของชุมชนภาพรวมมีค่าเท่ากับ 0.84 แยกรายด้านการรับประทานครุฑภูมิคุ้มกัน ด้านการปฏิบัติกิจวัตร ด้านอารมณ์ ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และด้านการมาตรวจตามนัดมีค่าเท่ากับ 0.97, 0.86, 0.81, 0.81, 0.85 ตามลำดับ 2) แรงสนับสนุนทางสังคมภาพรวมมีค่าเท่ากับ 0.85 แยกรายด้านการเงิน ด้านร่างกาย ด้านสิ่งของ และด้านอารมณ์มีค่าเท่ากับ 0.80, 0.81, 0.85, 0.83 ตามลำดับ 3) การมีส่วนร่วมของชุมชนภาพรวมมีค่าเท่ากับ 0.83 แยกรายด้านการตัดสินใจ ด้านปฏิบัติการ ด้านรับผลประโยชน์ และด้านประเมินผล มีค่าเท่ากับ 0.88, 0.92, 0.84, 0.83 ตามลำดับ ค่าที่ยอมรับได้คือมากกว่าหรือเท่ากับ 0.80 (Burns, & Grove, 2001)

**การเก็บรวบรวมข้อมูล** ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

1. หลังจากผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ผู้วิจัยจะขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวรถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้ง 8 จังหวัด เพื่อขออนุญาตทำการวิจัยและเก็บข้อมูล
2. ผู้วิจัยจะประสานงานด้วยตนเองกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อแนะนำตัวอธิบายและชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ผู้วิจัยจะเข้าพื้นที่เพื่อเตรียมทีมในพื้นที่และสร้างความคุ้นเคย
4. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่เป้าหมาย จนกระทั่งได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่กำหนด
5. ผู้วิจัยรวบรวมแบบสอบถามที่ได้ทั้งหมดมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์

6. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งหมดที่มีข้อมูลครบถ้วนสมบูรณ์มาวิเคราะห์ข้อมูล

**การวิเคราะห์ข้อมูล** ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของแบบสอบถามและนำมาวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่การแจกแจงความถี่ (Frequency) และค่าร้อยละ (Percentage) และวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการ

ปลุกถ่ายไตด้วยสถิติการถดถอยเชิงพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีรายละเอียดดังนี้

1. นำตัวแปรที่ได้ในระยาะที่ 1 ทั้งหมด 14 ตัวแปร ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ รายได้ การศึกษา สถานภาพสมรส บทบาททางสังคม การได้รับข้อมูล ประสบการณ์ การเข้าร่วมกิจกรรม ความรู้ ทศนคติ การดูแลของชุมชน และแรงสนับสนุนทางสังคม มาหาความสัมพันธ์ (correlation) ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตามได้ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กัน 9 ตัวแปร ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม การดูแลของชุมชน อายุ สถานภาพสมรส ประสบการณ์ การได้รับข้อมูล รายได้สูง บทบาททางสังคมที่เป็นเจ้าหน้าที่รัฐ การเข้าร่วมกิจกรรมชุมชนสม่ำเสมอ

2. ทดสอบสมมุติฐานเบื้องต้น (assumption) ทั้ง 5 ข้อ ดังนี้ 1) X และ Y มาหาความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงได้ 9 ตัวแปร 2) ค่าความคลาดเคลื่อนต้องเป็นอิสระจากกัน ค่า Durbin-Watson 1.559 3) ความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนมีค่าคงที่ scatterplot มีแบบแผนการกระจายคงที่ (Homoscedasticity) 4) ค่าคลาดเคลื่อน (error/residual: e) มีการแจกแจงปกติ ค่า S.D. เท่ากับ 0.992 ค่า Mean เท่ากับ 0.000 5) ตัวแปรอิสระต้องไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (Multicollinearity) พบว่า ไม่มีค่าสหสัมพันธ์คู่ใดที่สูงกว่า 0.9 ได้ค่า Variance Inflation Factors (VIF) ไม่เกิน 10 และค่า Tolerance มีค่าเข้าใกล้ 1 จึงถือได้ว่าไม่มีปัญหา Multicollinearity สรุปผลการทดสอบผ่าน assumption ทั้ง 5 ข้อ

3. นำตัวแปรเข้าสู่การทดสอบด้วยสถิติการถดถอยเชิงพหุคูณด้วยวิธีการ Stepwise

4. อ่านผลการวิเคราะห์ที่ได้ใน Model สุดท้าย

ผลที่ได้รับในระยาะที่ 2 คือ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลุกถ่ายไต ซึ่งมีเค้าโครงตามแนวโครงสร้างของแบบสอบถามในด้านปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการดูแลผู้ป่วยของชุมชน ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยจะนำปัจจัยที่ส่งผลจากการวิเคราะห์ทางสถิติ ไปสู่การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลุกถ่ายไต ในเขตภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย ในระยาะที่ 3 ต่อไป

### ระยาะที่ 3 พัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลุกถ่ายไต ในเขตภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย

ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยใช้แบบแผนการวิจัยเชิงคุณภาพ ด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อรับฟังข้อมูลและความคิดเห็นเกี่ยวกับการพัฒนา

รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต  
ในเขตภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย

**พื้นที่ศึกษา** ผู้วิจัยใช้จังหวัดพิษณุโลกเป็นพื้นที่สำหรับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากมี  
จำนวนผู้ป่วยปลูกถ่ายไตมากที่สุด ในเขตภาคเหนือตอนล่าง

**เทคนิควิธีดำเนินการวิจัย** ผู้วิจัยใช้วิธีการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion)  
ร่วมกับการสังเกตของผู้วิจัยโดยมีวิธีการแบ่งเป็น 2 รอบ ดังนี้

**รอบที่ 1 ยกร่างรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง  
ระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต**

ผู้วิจัยนำข้อค้นพบในระยะเวลาที่ 2 มาเป็นข้อมูลนำเข้าในการอภิปรายกลุ่ม (Focus group  
discussion) กับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders) ในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่  
ได้รับการปลูกถ่ายไตแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มครอบครัวและผู้ดูแล จำนวน 6 คน กลุ่ม  
ผู้นำชุมชนและอสม. จำนวน 6 คน กลุ่มเจ้าหน้าที่รัฐและรพ.สต. จำนวน 6 คน รวมทั้งสิ้น 18 คน  
คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ Homogeneous group มีขั้นตอนการเก็บข้อมูลดังนี้

1. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์คือการพัฒนา รูปแบบการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยปลูก  
ถ่ายไตพร้อมทั้งบอกผลการดำเนินการวิจัยในระยะเวลาที่ 2 และนำข้อมูลที่ได้มาเป็นข้อมูลนำเข้าใน  
การพัฒนา รูปแบบ

2. ดำเนินการสนทนากลุ่มแบ่งเป็น 3 กลุ่ม กระตุ้นให้อาสาสมัครได้ออกแบบกิจกรรมใน  
แต่ละองค์ประกอบเพื่อให้ได้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนที่สอดคล้องและเหมาะสมกับวิถีชีวิต  
ชุมชนโดยใช้เวลาในการสนทนากลุ่ม 1-2 ชั่วโมง

3. ผู้วิจัยรวบรวมความคิดเห็นที่ได้จากการสนทนาทั้ง 3 กลุ่มมาสรุปข้อมูลและประเด็น  
สำคัญเพื่อนำไปเป็นข้อมูลสนับสนุนสำคัญในการร่างรูปแบบการมีส่วนร่วม

4. จัดทำร่างรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย  
ที่ได้รับการปลูกถ่ายไตในเขตภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย

**รอบที่ 2 ยืนยันรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง  
ระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต**

ผู้วิจัยนำร่างรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย  
ที่ได้รับการปลูกถ่ายไตที่ได้จากรอบที่ 1 เข้าสู่กระบวนการกลุ่มรอบที่ 2 เพื่อยืนยันรูปแบบการมี  
ส่วนร่วมหาความสอดคล้อง (Consensus) ความเหมาะสมของกิจกรรมและความเป็นไปได้ของ  
รูปแบบฯ โดยใช้แบบแผนการวิจัยเชิงคุณภาพด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม (Focus Group  
Discussion) แบบรวมตัวแทนของทุกกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มครอบครัวและผู้ดูแล จำนวน 3 คน กลุ่มผู้นำ

ชุมชนและอสม. จำนวน 3 คน และกลุ่มเจ้าหน้าที่รัฐและรพ.สต.จำนวน 4 คน รวมทั้งสิ้น 10 คน มีขั้นตอนการเก็บข้อมูล ดังนี้ใช้

1. ผู้วิจัยนำเสนอร่างรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนที่ได้จากข้อสรุปและการสังเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 1 เป็นข้อมูลนำเข้าไปในรอบที่ 2 ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ในรอบนี้เพื่อยืนยันข้อตกลงร่วมในการดำเนินการจัดทำกรมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต

2. ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ร่วมสนทนาที่เป็นตัวแทนจากทั้ง 3 กลุ่มสะท้อนหลักการสำคัญของรูปแบบการมีส่วนร่วมที่ร่างขึ้นพร้อมรับฟังข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติมจากอาสาสมัคร

3. สรุปองค์ประกอบ จุดเน้นย้ำ และกิจกรรมของรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต

4. แจกแบบสอบถามความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียแบ่งเป็น 2 ประเด็น ได้แก่ ความเหมาะสมและความเป็นไปได้ จำนวน 5 ข้อคำถาม ประกอบด้วย 1) ความเป็นมาของการพัฒนารูปแบบ 2) วัตถุประสงค์ของการพัฒนารูปแบบ 3) การดำเนินการการพัฒนารูปแบบ 4) การนำรูปแบบไปใช้ในพื้นที่ 5) ประโยชน์ของรูปแบบ และนำมาวิเคราะห์ข้อมูลความถี่ ร้อยละ

5. สรุปผลการความคิดเห็นและยืนยันรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตเพื่อไปทดลองใช้ในระยที่ 4 ต่อไป

**ผู้ให้ข้อมูลหลัก** สำหรับผู้ให้ข้อมูลผู้วิจัยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม โดยรอบที่ 1 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเอกพันธ์ (Homogeneous sampling) ได้แก่ กลุ่มครอบครัวและผู้ดูแล กลุ่มผู้เกี่ยวข้องในชุมชน และกลุ่มเจ้าหน้าที่รัฐ กลุ่มละ 6 คน รวมเป็น 18 คน และรอบที่ 2 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบวิวิธพันธ์ (Heterogeneous group) ได้แก่ กลุ่มครอบครัวและผู้ดูแล จำนวน 3 คน กลุ่มผู้นำชุมชนและอสม. จำนวน 3 คน และกลุ่มเจ้าหน้าที่รัฐและรพ.สต.จำนวน 4 คน รวมทั้งสิ้น 10 คน ซึ่งขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมในการสนทนากลุ่ม คือ 5-10 คน (ประไพพิมพ์ สุธีวสินนท์, และประสพชัย พสุนนท์, 2559) การสนทนากลุ่มในครั้งนี้ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่หน่วยงานปฐมภูมิและหน่วยไตเทียม โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด พิษณุโลกเพื่อประสานและขอความร่วมมือ โดยการแนะนำตัวเองบอกจุดประสงค์ในการทำวิจัยและนัดหมายเพื่อการสนทนากลุ่ม

**เครื่องมือในการพัฒนารูปแบบการดูแลแบบมีส่วนร่วมในชุมชน** เครื่องมือการวิจัยในระยะนี้ได้แก่ ตัวผู้วิจัยและประเด็นคำถามในการสนทนากลุ่มซึ่งแบ่งเป็น 2 รอบ ดังนี้



แนวคำถามในรอบที่ 1 เกี่ยวกับร่างรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต ได้แก่

1. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตที่ผ่านมา
2. ท่านคิดว่าผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียเกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วยใครบ้าง และควรมีบทบาทอย่างไรในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตในชุมชน
3. ท่านคิดว่าชุมชนสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตได้หรือไม่อย่างไร
4. ท่านคิดว่าการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม ควรเป็นอย่างไร
5. ท่านคิดว่าการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ การรับประทานยากดภูมิคุ้มกัน การปฏิบัติกิจวัตร อารมณ์ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การมาตรวจตามนัด ควรเป็นอย่างไร
6. ท่านคิดว่าการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตเกี่ยวกับการเงิน ควรเป็นอย่างไร
7. ท่านคิดว่าบทบาททางสังคมของเจ้าหน้าที่รัฐควรเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตอย่างไรบ้าง
8. ท่านคิดว่าทำอย่างไรชุมชนจึงจะเข้าร่วมกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตอย่างสม่ำเสมอและจะสร้างความเชื่อมั่นในบริการปฐมภูมิในการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตอย่างไร
9. ท่านคิดว่าการผสมผสานการมีส่วนร่วมและส่งต่อข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตควรเป็นอย่างไร
10. ท่านคิดว่ารูปแบบการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตควรเป็นอย่างไร

แนวคำถามในรอบที่ 2 เกี่ยวกับการยืนยันรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต ได้แก่

1. ท่านคิดว่ารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตที่ร่างขึ้นนี้เหมาะสม หรือไม่ อย่างไร

2. ท่านคิดว่ารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตที่ร่างขึ้นสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง หรือไม่ อย่างไร

3. ท่านคิดว่ารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตที่ร่างขึ้นควรมีขั้นตอนการดำเนินงานอย่างไร

4. ท่านมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมหรือแก้ไขร่างรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตที่ร่างขึ้นสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง หรือไม่ อย่างไร

5. ท่านยืนยันรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต หรือไม่ อย่างไร

**การวิเคราะห์ข้อมูล** ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มมาจำแนกโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Thematic Analysis) เพื่อนำมาใช้ในการแยกแยะข้อมูล การสร้างรหัสข้อมูล จัดกลุ่มข้อมูล โดยเริ่มจากการสร้างความคุ้นเคยกับข้อมูลด้วยการอ่านบันทึกจากการถอดเทปการสัมภาษณ์เชิงลึกอย่างละเอียด คำต่อคำ บรรทัดต่อบรรทัด แล้วจึงทำการสร้างรหัสข้อมูลด้วยการจัดกลุ่มข้อมูลให้เป็นหมวดหมู่ ต่อมาจึงทำการสร้างประเด็นโดยจะทำการวิเคราะห์รหัสข้อมูลและพิจารณาหาคำที่เหมือนกันเข้าไว้ด้วยกัน แล้วจึงทำการทบทวนประเด็นด้วยการรวมประเด็นเดียวกันเข้าไว้ด้วยกันและแยกประเด็นที่ต่างกันรวมกลุ่มไว้ เพราะอาจมีบางประเด็นที่ทับซ้อนกัน ขึ้นตอนต่อมาเป็นการกำหนดและตั้งชื่อประเด็น ในขั้นตอนนี้จะได้ประเด็นที่ผ่านการกลั่นกรองและจัดหมวดหมู่แล้วซึ่งจะทำให้มองเห็นภาพรวมทั้งหมด และขั้นตอนสุดท้ายเป็นการจัดทำรายงาน (Braun, & Clarke, 2006; สุภาภรณ์ สูดหนองบัว, 2561ข)

#### **การตรวจสอบคุณภาพข้อมูล**

การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลในการสัมภาษณ์เชิงลึกด้วยวิธีการตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) ((สุภาภรณ์ สูดหนองบัว, 2553, น. 124) ได้แก่ การตรวจสอบข้อมูลก่อนการวิเคราะห์ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ความครบถ้วนและคุณภาพของข้อมูลโดยใช้วิธีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) ซึ่งมีวิธีการที่นำมาใช้ในการวิจัยนี้ 2 แบบ (Denzin, 1970; สุภาภรณ์ สูดหนองบัว, 2561ก) ดังนี้

1. ด้านข้อมูล (Data Triangulation) คือ การตรวจสอบข้อมูลในลักษณะต่างเวลา ต่างสถานที่ ต่างบุคคล ซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูล ข้อมูลที่ได้รับจะเหมือนเดิมหรือไม่

2. ด้านผู้วิจัย (Investigation Triangulation) คือ การตรวจสอบข้อมูลโดยการใช้ผู้วิจัยที่แตกต่างกันในการเก็บรวบรวมข้อมูล จะได้ข้อมูลต่างกันอย่างไร

ผลที่ได้รับในระยะที่ 3 คือ ได้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตซึ่งยืนยันรูปแบบจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมดเพื่อนำไปประเมินประสิทธิผลรูปแบบในระยะที่ 4 ต่อไป

#### ระยะที่ 4 ประเมินประสิทธิผลรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต ในเขตภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย

ในขั้นตอนนี้ นำรูปแบบการมีส่วนร่วมที่พัฒนาขึ้นในระยะที่ 3 มาทดลองใช้โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลรูปแบบการมีส่วนร่วมด้วยการวิจัยเชิงปริมาณแบบแผนการวิจัยกึ่งทดลองเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมและการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตของชุมชน โดยพื้นที่ในการศึกษา ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา การกำหนดขนาดตัวอย่าง การสุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ และการวิเคราะห์ข้อมูล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

**วิธีการศึกษา** นำรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตในเขตภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทยที่ได้พัฒนาขึ้นในระยะที่ 3 ไปทดลองใช้และประเมินประสิทธิผลโดยใช้วิธีการศึกษาแบบวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) ชนิด 2 กลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two group pre-post test design)

##### แบบแผนการทดลอง

กลุ่ม	วัดก่อนทดลอง	ให้สิ่งทดลอง 3 เดือน	วัดหลังทดลอง
E	$O_1$	X	$O_2$
C	$O_3$		$O_4$

E = กลุ่มทดลอง

C = กลุ่มควบคุม

X = สิ่งทดลองคือรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน

$O_1$   $O_3$  = วัดตัวแปรการมีส่วนร่วมและการดูแลผู้ป่วยของชุมชนก่อนการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

$O_2$   $O_4$  = วัดตัวแปรการมีส่วนร่วมและการดูแลผู้ป่วยของชุมชนหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

$D_1$  = วัดค่าส่วนต่างของการเปลี่ยนแปลงการมีส่วนร่วมและการดูแลผู้ป่วยของชุมชนในกลุ่มทดลองได้มาจากค่า  $O_2 - O_1$

$D_2$  = วัดค่าส่วนต่างของการเปลี่ยนแปลงการมีส่วนร่วมและการดูแลผู้ป่วยของชุมชนในกลุ่มควบคุมได้มาจากค่า  $O_4 - O_3$

**พื้นที่ศึกษา** ผู้วิจัยใช้จังหวัดพิษณุโลกเป็นพื้นที่สำหรับการศึกษาวิจัยครั้งนี้โดยคัดเลือกพื้นที่กลุ่มทดลองเป็นต.ปลักแรด อ.บางระกำ เนื่องจากมีผู้ป่วยปลุกถ่ายไตมากที่สุดและคัดเลือกพื้นที่กลุ่มควบคุม เป็นต.ท่าโพธิ์ อ.เมือง เนื่องจากมีลักษณะชุมชนเป็นเขตเมืองคล้ายกันกันแต่พื้นที่ต่างอำเภอ

**ประชากรที่ศึกษา** ในการศึกษาครั้งนี้มีประชากรที่ศึกษาเป็นผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตจากโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

**การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง** ขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้สูตรการประมาณขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการสำรวจเพื่อการประมาณค่าเฉลี่ย ของ Bernard R. Rosner (2011) ดังนี้

$$n/\text{กลุ่ม} = \frac{\left( z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_{1-\beta} \right)^2 \left[ \sigma_1^2 + \frac{\sigma_2^2}{r} \right]}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

$n$  = ขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาจากประชากรทั้งหมด

$\mu_1$  = ค่าเฉลี่ยในกลุ่มที่ 1 เท่ากับ 1.16

$\mu_2$  = ค่าเฉลี่ยในกลุ่มที่ 2 เท่ากับ -6

$\sigma_1$  = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานกลุ่มที่ 1 เท่ากับ 9.25

$\sigma_2$  = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานกลุ่มที่ 2 เท่ากับ 7.8

Alpha ( $\alpha$ ) = เมื่อกำหนดระดับนัยสำคัญต่างๆ ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดค่ากำหนดค่า

$\alpha=0.05$

ดังนั้นค่า  $z_1 = 1.96$

Beta ( $\beta$ ) = แทนค่า type II error ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนด  $\beta=0.2$

$r$  = สัดส่วนระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

แทนค่าในสูตร;

$$n/\text{กลุ่ม} = \frac{(1.96-0.975+1.96-.2)^2 \left[ 9.25^2 + \frac{7.8^2}{1} \right]}{(1.16+6)^2}$$

= 23 คน

ซึ่งขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมสำหรับการวิจัยกึ่งทดลองควรมีขนาดตัวอย่างอย่างน้อย 20-30 คน (Polit, & Hungler, 1995) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงปรับเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อความน่าเชื่อถือของงานวิจัย ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มการศึกษาครั้งนี้ เท่ากับ 30 คน

**การสุ่มตัวอย่าง** กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ผู้วิจัยเลือก แบบ Criterion sampling กำหนดเกณฑ์คัดเลือก ดังนี้

1. อายุ 20 ปี ขึ้นไป
2. เป็นผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตจาก

โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

3. อาศัยอยู่ในจังหวัดพิษณุโลก
4. อ่านออกและเขียนภาษาไทยได้
5. มีการรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคลตามปกติ

กำหนดเกณฑ์การถอดถอน ดังนี้

1. ขาดการติดต่อขณะดำเนินการวิจัย
2. เสียชีวิตก่อนสิ้นสุดการวิจัย
3. ขอลถอนตัวจากการวิจัย

#### **เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบ 2 ชุด ได้แก่ ชุดที่ 1 รูปแบบการดูแลแบบมีส่วนร่วมของชุมชนและชุดที่ 2 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมและการดูแลผู้ป่วยของชุมชน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ชุดที่ 1 รูปแบบการดูแลแบบมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่

- 1) การส่งเสริมให้มีแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ (Nourishing social support)
- 2) การดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตอย่างรู้แจ้ง (Enlightened about kidney transplantation care)
- 3) การสนับสนุนด้านการเงิน (Warming remuneration for participation)
- 4) การจัดตั้งทีมการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตในชุมชน (Team community kidney transplantation care)
- 5) การจัดกิจกรรมสม่ำเสมอและสร้างความเชื่อมั่นในระบบบริการปฐมภูมิ (Activities and trustful adjustment in primary service system)
- 6) ผสานการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและการเชื่อมต่อข้อมูล (Integrate community participation and information linkage)



ชุดที่ 2 แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ รายได้ การศึกษา สถานภาพสมรส  
บทบาททางสังคม การได้รับข้อมูล ประสบการณ์ การเข้าร่วมกิจกรรม

ส่วนที่ 2 การมีส่วนร่วมของชุมชน แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ส่วนร่วมการตัดสินใจ ส่วนร่วม  
การปฏิบัติการ ส่วนร่วมการรับผลประโยชน์ ส่วนร่วมการประเมินผล รวม 8 ข้อ ลักษณะคำตอบ  
เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบบ 6 ระดับ โดยแบ่งระดับคะแนน ดังนี้

6 หมายถึง ชุมชนมีส่วนร่วมมากที่สุด

5 หมายถึง ชุมชนมีส่วนร่วมมาก

4 หมายถึง ชุมชนมีส่วนร่วมปานกลาง

3 หมายถึง ชุมชนมีส่วนร่วมน้อย

2 หมายถึง ชุมชนมีส่วนร่วมน้อยที่สุด

1 หมายถึง ชุมชนไม่มีส่วนร่วมเลย

ส่วนที่ 3 การดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตของชุมชน แบ่งการดูแลเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการ  
รับปรึกษา ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้านอารมณ์ ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน  
ด้านการมาตรวจตามนัด รวม 30 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating  
Scale) แบบ 6 ระดับ โดยแบ่งระดับคะแนน ดังนี้

6 หมายถึง มีการดูแลตามข้อความนั้นมากที่สุด

5 หมายถึง มีการดูแลตามข้อความนั้นมาก

4 หมายถึง มีการดูแลตามข้อความนั้นปานกลาง

3 หมายถึง มีการดูแลตามข้อความนั้นน้อย

2 หมายถึง มีการดูแลตามข้อความนั้นน้อยที่สุด

1 หมายถึง ไม่มีการดูแลตามข้อความนั้นเลย

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ** ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบและหาคุณภาพเครื่องมือ  
วัดที่ใช้ในการวิจัย ดังนี้

1. การหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยใช้ดัชนีความตรงตามเนื้อหา  
(Content Validity Index: CVI) เมื่อสร้างแบบสอบถามเสร็จ ผู้วิจัยได้ส่งให้ผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้  
และประสบการณ์เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชนและการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไต จำนวน 3 ท่าน  
ดังนี้ 1) ดร.วิภาพร สิทธิศาสตร์ ผู้เชี่ยวชาญอนามัยชุมชน 2) ดร.รัศมี สุขนรินทร์ ผู้เชี่ยวชาญ  
สาธารณสุขชุมชน 3) พว.ปัญญา เกื้อนดวง ผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่

ได้รับการปลูกถ่ายไต ในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามนั้น เมื่อได้แบบสอบถามจากผู้เชี่ยวชาญแล้วนำมาหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ ดังนี้

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

$$\text{ค่าที่ได้ CVI} = 35/38 = 0.92$$

ค่าที่ยอมรับได้ คือ มากกว่าหรือเท่ากับ 0.80 (Burn and Grove, 2001)

2. การหาค่าความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขตามความเห็นของผู้เชี่ยวชาญไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต จังหวัดลำปาง เนื่องจากมีบริบทใกล้เคียงกับพื้นที่วิจัย จำนวน 30 คน จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถามโดยใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach (Cronbach's Alpha Coefficients) ได้ค่าดังนี้ การมีส่วนร่วมภาพรวมมีค่าเท่ากับ 0.94 การดูแลผู้ป่วยภาพรวมมีค่าเท่ากับ 0.946 แยกรายด้านการรับประทานยากดภูมิคุ้มกัน ด้านการปฏิบัติกิจวัตร ด้านอารมณ์ ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ด้านการตรวจตามนัดมีค่าเท่ากับ 0.83, 0.92, 0.85, 0.86, 0.82 ตามลำดับ ค่าที่ยอมรับได้ คือ มากกว่าหรือเท่ากับ 0.80 (Burns, & Grove, 2001)

**การเก็บรวบรวมข้อมูล** ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

1. หลังจากผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ผู้วิจัยขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวรถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก เพื่อขออนุญาตทำการวิจัยและเก็บข้อมูล
2. ผู้วิจัยประสานงานด้วยตนเองกับสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดพิษณุโลกเพื่อแนะนำตัว อธิบายและชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ผู้วิจัยเข้าพื้นที่เพื่อเตรียมทีมในพื้นที่และสร้างความคุ้นเคย
4. ดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่เป้าหมาย จนกระทั่งได้กลุ่มตัวอย่างครบ ตามจำนวนที่กำหนด
5. รวบรวมแบบสอบถามที่ได้ทั้งหมดมาตรวจสอบความสมบูรณ์ก่อนนำไปวิเคราะห์
6. นำแบบสอบถามทั้งหมดที่มีข้อมูลครบถ้วนสมบูรณ์มาวิเคราะห์ข้อมูล

#### **วิธีการทดลอง**

1. ผู้วิจัยประสานงานพื้นที่กลุ่มทดลอง ต.ปลักแรด อ.บางระกำ และพื้นที่กลุ่มควบคุม ต.ท่าโพธิ์ อ.เมือง จ.พิษณุโลก

2. ผู้วิจัยชี้แจงกลุ่มทดลองถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการทำกิจกรรมของรูปแบบ NEWTAI Model ทั้ง 6 องค์ประกอบ 11 กิจกรรม โดยมีการกำหนดเวลาด่วนหน้าที่แน่นอนอย่างน้อย 2 สัปดาห์เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้เตรียมตัวในการเข้าร่วมกิจกรรมโดยไม่ขัดกับการดำเนินชีวิตประจำวัน

3. กำหนดระยะเวลาในการทำกิจกรรมตั้งแต่ 1 สิงหาคม-ตุลาคม 2563 รวมเวลานาน 3 เดือน

4. ก่อนเริ่มกิจกรรมมีการแนะนำตัวทีมผู้วิจัยและแจกแบบสอบถามจำนวน 1 ชุด ก่อนทดลองและหลังทดลองโดยใช้แบบสอบถามชุดเดิม

5. กลุ่มควบคุมไม่มีการทำกิจกรรมของรูปแบบ NEWTAI Model และมีการทำแบบสอบถามชุดเดียวกับกลุ่มทดลองและเวลาเดียวกัน

**การวิเคราะห์ข้อมูล** ผู้วิจัยวิเคราะห์เปรียบเทียบการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตของชุมชน โดยใช้สถิติ ดังนี้

1. เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมและการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตของชุมชนภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติทดสอบความแตกต่างของค่ากลางระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่สัมพันธ์กันทดสอบการกระจายของข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ (Normal Distribution) และใช้สถิติ Paired T-test

2. เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมและการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตของชุมชน ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกันทดสอบการกระจายของข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ (Normal Distribution) ใช้สถิติ independent t test

3. หาส่วนต่างของการเปลี่ยนแปลงการมีส่วนร่วมและการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตของชุมชนก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลอง ( $O_2 - O_1 = D_1$ ) และภายในกลุ่มควบคุม ( $O_4 - O_3 = D_2$ )

4. เปรียบเทียบความแตกต่างการมีส่วนร่วมและการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตของชุมชน ภายหลังจากทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมโดยนำ  $D_1$  และ  $D_2$  ทดสอบการกระจายของข้อมูล พบว่า มีการแจกแจงแบบปกติ (Normal Distribution) ใช้สถิติทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกันด้วยสถิติ independent t test

5. กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

### การคืนข้อมูลสู่ชุมชน

ในการวิจัยครั้งนี้ ได้มีการประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในภาคเหนือตอนล่างบุคลากรที่รับผิดชอบงานการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตและตัวแทนชุมชนซึ่งเป็นตัวแทนในการเข้าร่วมรับฟังผลการดำเนินการวิจัยในพื้นที่ เพื่อให้ทราบถึงผลการประเมินประสิทธิผลการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตในเขตภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทยในการดำเนินการวิจัยระยะที่ 4 ซึ่งรูปแบบดังกล่าวมาจากความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียโดยตรง

### การถอดบทเรียน

หลังจากที่การดำเนินการวิจัยเสร็จสิ้นลงและคืนข้อมูลผลการวิจัยสู่ชุมชนแล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินการถอดบทเรียนที่ได้จากการดำเนินงานกิจกรรมของรูปแบบ NEWTAI Model เพื่อรับฟังข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากชุมชนในการนำไปเป็นข้อมูลสู่การพัฒนาและปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตให้ดียิ่งขึ้นในโอกาสต่อไป

### การพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ยึดหลักการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูลและได้มีการขออนุญาตผู้ป่วยในการเปิดเผยข้อมูลสุขภาพ ก่อนดำเนินการวิจัยได้นำเสนอโครงร่างผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยนเรศวรรับรองการดำเนินการวิจัยในระยะที่ 1-2 เลขที่ IRB No.101/62 รับรองการดำเนินการวิจัยในระยะที่ 3-4 เลขที่ IRB No. P3-0069/2563 และความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก รับรองการดำเนินการวิจัยในระยะที่ 1-4 เลขที่ IRB No.015/63 เมื่อผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยจะแจ้งวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินงานให้ผู้ให้ข้อมูลรับทราบโดยเน้นความสมัครใจในการร่วมโครงการโดยที่ข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับและผู้เข้าร่วมโครงการสามารถขอยุติการให้ข้อมูลและสามารถถอนตัวออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลาตามความต้องการ ซึ่งข้อมูลทั้งหมดนี้จะถูกทำลายภายใน 1 ปี หลังการวิจัยสิ้นสุด

### การสร้างความน่าเชื่อถืองานวิจัย (Establishing Research Trustworthiness)

การศึกษานี้ได้มีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือเชิงปริมาณโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน นอกจากนี้ยังมีการตรวจสอบคุณภาพของข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพโดยการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) และได้ทำการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยหลายๆ แหล่ง เพื่อให้มีความเข้าใจถึงมุมมองของผู้ให้ข้อมูลและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่าย วิธีการทั้งหมดนี้ถูกดำเนินการภายใต้

การกำกับดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษา (Advisor) ซึ่งในระหว่างกระบวนการทั้งหมดอาจารย์ที่ปรึกษาได้ให้คำแนะนำเพิ่มเติมและสอบถามรายละเอียดอยู่เสมอ นอกจากนี้แล้วผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิจัยโดยการตีพิมพ์ในวารสาร Asia Pacific Journal Science and Technology (APST) ซึ่งเป็นวารสารวิชาการระดับนานาชาติเพื่อเป็นการเพิ่มความน่าเชื่อถือให้กับงานวิจัยฉบับนี้





## บทที่ 4

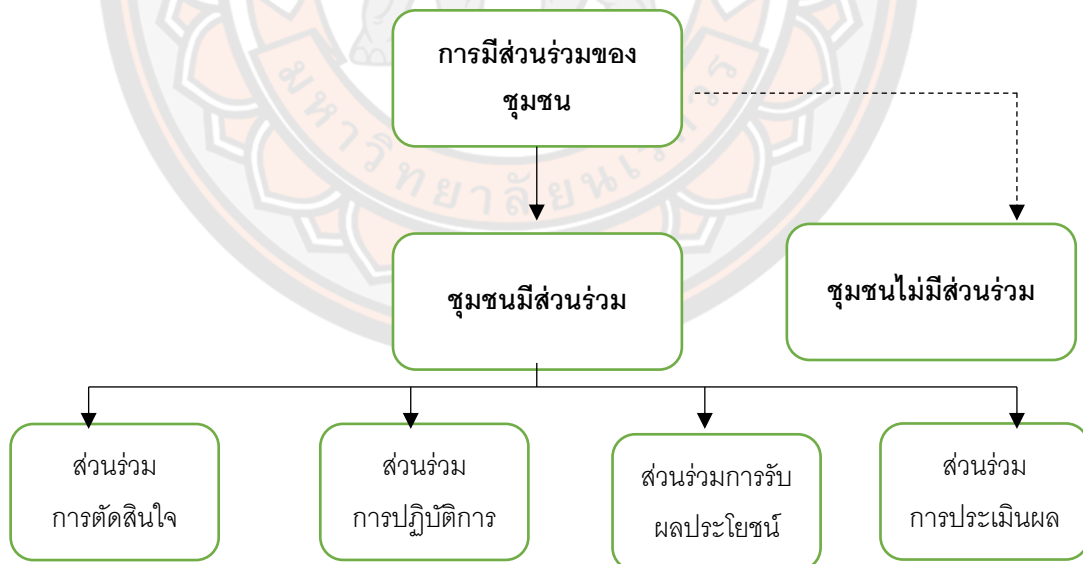
### ผลการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยใช้วิธีการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed Methods) แบบแผนเชิงสำรวจจบบวก (Exploratory Sequential Design) แบ่งขั้นตอนการดำเนินการวิจัยเป็น 4 ระยะ โดยผลการวิจัยในแต่ละระยะ มีดังนี้

#### ผลการวิจัยระยะที่ 1

ในระยาะนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตในเขตภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย จากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบประเด็นใหม่ มี 3 ประเด็น ดังนี้

1. สถานการณ์การมีส่วนร่วมของชุมชน
2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของชุมชน
3. ข้อเสนอแนะรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน



ภาพ 23 การมีส่วนร่วมของชุมชน

## 1. สถานการณ์การมีส่วนร่วมของชุมชน

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต พบว่า มีทั้งที่ชุมชนมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วมในการดูแล ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับสถานภาพความใกล้ชิดกับผู้ป่วยและบทบาททางสังคม หากเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิด เช่น บุตรภรรยา หรือ ครอบครัว ก็จะมีส่วนร่วมในการดูแลมากกว่าผู้นำชุมชน อสม อปต คนในชุมชน และเจ้าหน้าที่รพสต. ซึ่งการมีส่วนร่วมแบ่งเป็น 4 ด้าน ดังนี้

### 1.1 การมีส่วนร่วมการตัดสินใจ

การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเป็นลักษณะของการวางแผนในการดูแลตั้งต่อก่อนผ่าตัดจนถึงหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไตรวมทั้งการตัดสินใจเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพโดยผู้ดูแลจะมีส่วนร่วมในการตัดสินใจร่วมกับผู้ป่วย

การตัดสินใจตั้งต่อก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดหรือการมีปัญหาลงหลังผ่าตัด ถ้าพ่อเป็นไรก็จะรีบช่วยคิดและบอกให้มาหาหมอ อ ย่ารอให้เป็นมาก ช่วยคิดและวางแผนเวลามีอาการพอก็จะคอยปรึกษาคุยกันในบ้านเกี่ยวกับการดูแลตนเองและอาการผิดปกติ ในบ้านมีภรรยาบุตรหลาน

(รหัส A01 สัมภาษณ์เมื่อ 5/3/2563)

ก็เราวางแผนจะเอากันอย่างไรดี จะพอไหมเงินเปลี่ยนไต จะเสียเงินไหม เราคอยเตือนเค้า แบบถ้าไปคุยไหนแล้วเค้าชี้เงิน เค้าจะเงินเวลากินยาไรเงี้ย

(รหัส A09 สัมภาษณ์เมื่อ 12/3/2563)

แต่ถ้าลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยวที่มีการแยกกันอยู่ของญาติพี่น้อง การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจจะเป็นเฉพาะผู้ดูแลหลักเท่านั้น เช่น ภรรยา โดยที่ญาติพี่น้องอาจจะไม่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจพี่น้องก็แยกครอบครัวกันไม่ได้มีส่วนร่วมในการดูแลและการตัดสินใจอาการผู้ป่วยเราเป็นภรรยาก็ช่วยกันตัดสินใจและการสังเกตอาการผิดปกติทั้งหมด

(รหัส A02 สัมภาษณ์เมื่อ 5/3/2563)

ลูกแต่งงานแยกครอบครัวไปแล้ว ก็ดูแลกัน 2 คน

(รหัส A09 สัมภาษณ์เมื่อ 12/3/2563)

นอกจากนี้ ยังพบว่า ถ้าผู้ป่วยปลูกถ่ายไตสามารถดูแลตนเองได้ดีการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของผู้ดูแลหรือครอบครัวจะน้อยลง

เค้าดูแลตัวเองดี ทั้งเรื่องอาหารออกกำลังกาย แถมดูแลเราด้วยเวลาเป็นอะไร เค้าก็ตัดสินใจเองได้ แต่เค้าก็ไม่ค่อยได้เป็นไร

(รหัส A10 สัมภาษณ์เมื่อ 12/3/2563)

## 1.2 การมีส่วนร่วมการปฏิบัติการ

การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการของผู้ดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตนั้น ผู้ดูแลหลักยังคงเป็นผู้ที่ใกล้ชิดหรือครอบครัวที่คอยช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งด้านการรับประทานยากดภูมิคุ้มกัน ด้านการปฏิบัติกิจวัตร ด้านอารมณ์ ด้านการเกิดภาวะแทรกซ้อนและด้านการมาตรวจตามนัดช่วยเหลือ

กิจวัตรประจำวัน ไปนา อยู่บ้านดูแลหยิบจับช่วยเหลือพ่อ มาเป็นเพื่อนตอนขับรถมาหาหมอน เวลาปวดเมื่อย บวม หายาหม่องมาทา ปวดถึงกับเดินไม่ได้หรือปวดมากเป็นบางครั้งต้องช่วยพยุง

(รหัส A01 สัมภาษณ์เมื่อ 3/2563)

ดูแลทุกอย่างทั้งอาหาร การกินยาเวลาหมอนัดก็จะมาตรวจกับผู้ป่วยทุกครั้ง ผู้ป่วยไม่เคยมาตรวจลำพัง

(รหัส A02 สัมภาษณ์เมื่อ 5/3/2563)

เวลาเป็นก็หลายอย่าง อ้วกบ้างก็ไปหากระโถน เวลาฉี่ เดินไม่ไหวก็ฉี่ใส่กระถาง เขาไปทิ้งให้เขาไปเทให้

(รหัส A08 สัมภาษณ์เมื่อ 12/3/2563)

ก็คอยถึงเวลาให้เค้ากินยา กินยากินไรให้กินเวลา ยากดภูมิไรเงี้ยะ ดูแลเรื่องอาหารเพราะไก่เค้าจะกินไม่ได้เค้าเป็นเกาต์ เรายังไม่ให้เค้ากิน เวลามาตรวจก็มาเป็นเพื่อนกัน

(รหัส A09 สัมภาษณ์เมื่อ 12/3/2563)

มาก็มาตรวจพร้อมกันเพราะแม่เป็นคนให้ไต

(รหัส A10 สัมภาษณ์เมื่อ 12/3/2563)

นอกจากนี้ ยังพบว่า การมีส่วนร่วมการปฏิบัติการขึ้นอยู่กับอาชีพและรายได้ หากรายได้น้อยก็จะมีส่วนร่วมน้อยเพราะต้องประกอบอาชีพหารายได้ ผู้ดูแลหลักก็ไม่อยากรบกวนให้ต้องมาช่วยดูแลผู้ป่วย

เราเป็นกำลังหลักในการดูแลส่วนของครอบครัว พ่อแม่ พี่น้องเค้า ก็ไม่อยากจะเบียดเบียนกัน เพราะก็ทำงานรับจ้างเหมือนกัน

(รหัส A02 สัมภาษณ์เมื่อ 5/3/2563)

สำหรับการมีส่วนร่วมการปฏิบัติของคนในชุมชนจะเป็นการมีส่วนร่วมด้านจิตใจ เป็นลักษณะการให้กำลังใจ เยี่ยมเยียนถามไถ่หรือมาเยี่ยมที่โรงพยาบาลเวลาผู้ป่วยเกิดปัญหาสุขภาพบ้านอยู่ใกล้กัน เพราะแกพอตีแกปวดเมื่อยก็ไปจับเส้นจับอะไร ก็ไปหา ก็ดูแลกัน ตอนผมเป็นผู้ใหญ่เมื่อปีที่แล้ว ปีที่แล้วผมก็ไปเยี่ยมแก

(รหัส A07 สัมภาษณ์เมื่อ 7/3/2563)

เขาก็จะรู้กับเพื่อนๆ เพราะว่าเขาโทรหากันตลอดเรื่องว่ามาอยู่โรงพยาบาล

(รหัส A08 สัมภาษณ์เมื่อ 12/3/2563)

### 1.3 การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์

การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ส่วนใหญ่เป็นการรับผลประโยชน์เชิงคุณภาพคือ ความรู้สึกภูมิใจที่ได้ดูแลผู้ป่วย

ภูมิใจที่ได้ดูแลหลังปลูกถ่ายไตมา 5 ปีพอเหมือนได้ชีวิตใหม่ ได้พ่อใหม่ ก่อนการปลูกถ่ายไต ต้องล้างไตทางหน้าท้องไม่สามารถทำงานได้ แต่หลังผ่าตัดก็สามารถกลับไปทำงานได้ ช่วยแม่ทำนาได้ ภูมิใจที่ได้แบ่งเบาภาระแม่ การปลูกถ่ายไตดีกว่าการฟอกทางหน้าท้อง เพราะการฟอกหน้าท้องเสียเวลา เสียต่อการติดเชื้อมากกว่า

(รหัส A01 สัมภาษณ์เมื่อ 5/3/2563)

รู้สึกดีที่ได้ดูแลผู้ป่วย ไม่ได้รู้สึกลำบากในการดูแลผู้ป่วยเนื่องดูแลกันเองมานาน

(รหัส A02 สัมภาษณ์เมื่อ 5/3/2563)

รู้สึกดีรู้สึกภูมิใจ ที่ได้ดูแลสิบกกว่าปีแล้วที่ได้ดูแลแล้วไต่ยังดีอยู่

(รหัส A02 สัมภาษณ์เมื่อ 5/3/2563)

สำหรับการมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์เชิงปริมาณนั้น พบว่า ไม่มีผลประโยชน์ที่เป็นเงินอย่างชัดเจนแต่เป็นลักษณะของผลประโยชน์ด้านการทำงาน เนื่องจากถ้าผู้ป่วยแข็งแรงดีก็สามารถทำงานหาเงินใช้จ่ายในครอบครัวได้มากขึ้น

หลังผ่าตัดก็ช่วยดูแลกันจนสามารถทำงานได้ก็ซื้อรถจักรยานยนต์ได้ ก่อนผ่าตัดทำงาน ไม่ได้ไม่มีเงินซื้อมอเตอร์ไซด์ เวลามาตรวจต้องขึ้นรถโดยสารมา ลำบาก

(รหัส A02 สัมภาษณ์เมื่อ 5/3/2563)

ในส่วนของอสม.นั้นการมีส่วนร่วมการรับผลประโยชน์ทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณจะเน้นการดูแลผู้ป่วยในชุมชนที่เป็นกลุ่มคนไข้ติดเตียงหรือทำหน้าที่ Care Giver (CG)

แต่สำหรับผู้ป่วยปลูกถ่ายไตไม่มีค่าตอบแทนและไม่มีโครงการสนับสนุนประกอบกับผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้จึงไม่มีส่วนร่วมการรับผลประโยชน์จากการดูแล

ดูแลคนที่ติดบ้านติดเตียงมากกว่าเนอะ ก็โครงการมนมาแบบนั้น มีเงินให้ แต่ก็ภูมิใจเพราะว่าได้มาช่วยเหลือตรงนี้ได้คิดว่าเพื่ออะไร เพื่อจิตใจอยากช่วยอยากทำ ให้กำลังใจใครไม่มีไม่รู้เนอะผู้ป่วยที่ติดบ้านติดเตียงว่าลำบากขนาดไหน ต้องให้กำลังใจญาติมากๆ ที่สุด เคยเป็นมาเพราะแม่เป็นก็เลยเข้าใจ มาดูแลผู้ป่วยได้ ต้องมีเวลาให้เพราะตอนนั้นไม่ได้ทำอะไร คนเปลี่ยนไตเค้าเดินไปไหนมาไหนได้

(รหัส A03 สัมภาษณ์เมื่อ 9/3/2563)

#### 1.4 การมีส่วนร่วมการประเมินผล

การมีส่วนร่วมในการประเมินผลในการดูแลผู้ป่วยนั้น ส่วนใหญ่ เป็นการประเมินอาการผิดปกติและความก้าวหน้าของการรักษาจากการมาตรวจตามนัดและเจาะเลือด เพื่อประเมินค่าการทำงานของไต ซึ่งผู้ป่วยจะแจ้งให้ญาติหรือผู้ดูแลใกล้ชิดทราบความก้าวหน้าเช่นกัน

ก็จะมีช่วงที่มีภาวะแทรกซ้อนบางอย่าง แต่ก็ดูแลเบื้องต้น เช่น อาการเป็นหวัด ก็จะทำให้จับน้ำมูก น้ำจืด แต่ถ้าเป็นมากก็จะรับให้มาพบแพทย์ คอยระมัดระวังด้านอาหาร เหนื่อยเพลียในการเดินทางมาพบแพทย์ แต่ถ้ามีอาการมากก็จะมีญาติขับรถมาโรงพยาบาล

(รหัส A01 สัมภาษณ์เมื่อ 3/2563)

เราเป็นคนดูแลผู้ป่วยและการสังเกตอาการผิดปกติทั้งหมด

(รหัส A02 สัมภาษณ์เมื่อ 5/3/2563)

เค้าจะเดินผิดปกติ เวลาเกาตัวขึ้นไรเงี้ย เรายังจะคอยเตือน พ่อมึงเดินผิดปกติจะเป็นเกาต์แล้วมั้ง กินยาเสียหน้า เรายังจะคอยเตือนเค้า เค้าก็จะเล่าให้เราฟังเรื่อยๆว่าเจาะเลือดผลเป็นอย่างไร ของเสียเท่าไร เค้าจะบอกเราทุกครั้ง

(รหัส A09 สัมภาษณ์เมื่อ 3/2563)

ก็มาหาหมอมอหมอกี่ว่า ไตเท่านั้นเท่านี้ ทุกสามเดือน หมอกี่ว่าจะ

(รหัส A10 สัมภาษณ์เมื่อ 12/3/2563)

#### 1.5 ชุมชนไม่มีส่วนร่วม

แม้ว่าครอบครัวและผู้ดูแลหลักจะมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยทั้ง 4 ด้าน แต่จากการสัมภาษณ์ พบว่า ผู้นำชุมชน อสม อบต และเจ้าหน้าที่รพสต. ในบางพื้นที่มีส่วนร่วมน้อยมากหรือไม่มีส่วนร่วมเลย โดยเฉพาะถ้าผู้ป่วยมีบทบาททางสังคมสูง เช่น รับราชการครู เป็น



สมาชิกสภาจังหวัด หรือมีผู้ดูแลหลักเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เช่น ภรรยาเป็นพยาบาล คนในชุมชนก็จะไม่มั่นใจที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเหมือนผู้ป่วยที่เป็นชาวบ้านทั่วไป

เขาเป็นอาจารย์ใช่ไหม เราจะไปสอนอะไรเขา ข้าราชการจะเป็นส่วนแบบนี้ เขามีความรู้แล้ว แฟนเค้าก็เป็นพยาบาล เขารู้มากกว่าเราอีก

(รหัส A03 สัมภาษณ์เมื่อ 9/3/2563)

ไม่ได้ดูแลนะครับ เพราะเขาสุขภาพแข็งแรงดี ไม่ต้องดูแล เขาไม่ได้มีเหตุการณ์หรือไม่มีอาการอะไรผิดปกติก็ไม่ต้องดูแล แฟนเขาก็เป็นพยาบาล ตรงนี้ผมคิดว่ามีอะไร เขาคงปรึกษาแฟนเขา

(รหัส A06 สัมภาษณ์เมื่อ 9/3/2563)

ไม่มีครับ ครอบครัวดูแลกันเอง ผู้ใหญ่บ้าน อบต. ไม่มีส่วนร่วม ไม่มีครับ

(รหัส A08 สัมภาษณ์เมื่อ 12/3/2563)

ไม่ถามไม่ไร นอกจากเรารู้ว่าคนนั้นเป็นโรคไตเราก็จะแนะนำเค้า ว่าต้องทำตัวอย่างไร อย่างนั้นไม่กินน้ำ อย่างนี้ไม่กินน้ำ กินไม่ได้ แต่เค้าก็ไม่ได้มาถามอะไร อบต.ก็ไม่มีจะ นอกจากคนแหย่ๆ ที่เค้าติดบ้านติดเตียง ก็จะมีมาดูแล แต่คนไข้เปลี่ยนไตไม่มี

(รหัส A09 สัมภาษณ์เมื่อ 12/3/2563)

ชุมชนมันไม่ค่อยนัดกันหรือคุณหมอบอก ก็เมื่อตัวใครตัวมันไง ต่างคนต่างมีงาน เค้าก็ไปทำงาน หมายถึงว่าครอบครัวใครครอบครัวมัน

(รหัส A09 สัมภาษณ์เมื่อ 12/3/2563)

เค้าดูแลตัวเอง ไม่มีคนอื่นมาหรือ ผู้ใหญ่บ้านไร้อะไร ไม่มีเลย

(รหัส A10 สัมภาษณ์เมื่อ 12/3/2563)

นอกจากนี้ ยังพบว่า เจ้าหน้าที่รพสต.ไม่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากตัวผู้ป่วยเองไม่ไปรับบริการที่รพสต.เพราะมีความเชื่อมั่นในบริการโรงพยาบาลที่ฝากดูแลมากกว่า และระบบการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยเพื่อให้ติดตามต่อในชุมชนยังไม่ครอบคลุมจึงทำให้ไม่มีส่วนร่วมในการดูแลรู้เพียงว่ามีผู้ป่วยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบรวมทั้งขาดประสบการณ์ไม่เคยดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไต

เจ้าหน้าที่ รพสต ไม่มีจะ ไม่เคยไม่เคย เพราะเราก็ไม่ได้ไปรักษาอะไรที่โน่น เรามาที่นี่ตลอดเลย เค้าคงจะรู้ว่าคุณหมอบอกแต่เราไม่ได้ไปหาเค้า เพราะเราก็ก้าวเราเป็นไรไป เพราะคุณหมอบอกสั่งว่าไม่ให้ชื้อยากิน ไม่ให้ไปรักษาที่ไหน เราก็ก่อนไม่ไป

(รหัส A09 สัมภาษณ์เมื่อ 12/3/2563)

ไม่ค่ะ ไม่เคยดูแลเลยค่ะ แต่รู้ว่ามีคนไข้เปลี่ยนไตประมาณ 10-14 ปีแล้วค่ะ แต่ไม่เคยไปดูแลเลย ไม่มีข้อมูลทางโรงพยาบาลพุทธชินราช ส่งมาด้วย คนไข้ก็ไม่มา

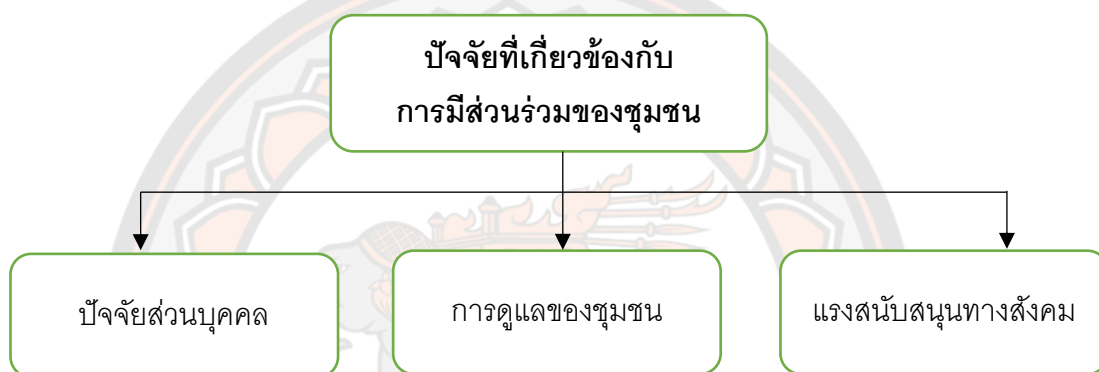
(รหัส A04 สัมภาษณ์เมื่อ 9/3/2563)

เค้าไม่ได้บอกอะไร เจ้าหน้าที่ก็เพิ่งมารู้เอง ก็เลยไม่ได้มีส่วนร่วมในการดูแล

(รหัส A05 สัมภาษณ์เมื่อ 9/3/2563)

## 2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของชุมชน

จากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของชุมชนมีประเด็นที่เกี่ยวข้อง 3 ประเด็น ดังแสดงในภาพ 24



ภาพ 24 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของชุมชน

### 2.1 ปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล ที่พบว่า ส่งผลต่อการมีส่วนร่วม ดังนี้  
รายได้และอาชีพ เนื่องจากความจำเป็นในการประกอบอาชีพทำให้ไม่มีเวลาในการมีส่วนร่วมกับผู้อื่นรวมทั้งทำให้ไม่เข้าร่วมกิจกรรมอื่นของชุมชนด้วย

อาชีพรับจ้างตัดอ้อย รายได้ไม่แน่นอนเป็นรายวัน รายได้ก็ไม่พอในการดูแล แต่ก็จะมีเงินสนับสนุนจากรัฐบ้าง เช่น เงินคนจน เงินช่วยเหลือบุตร ขาดรายได้ในวันที่มาตรวจการเงินก็มีเพียงแค่ออกกิน ตอนนอนโรงพยาบาลก็ไม่มีตั้งค้ซื้อข้าวกิน ก็เลยไม่ค่อยร่วมกับเค้า

(รหัส A02 สัมภาษณ์เมื่อ 5/3/2563)

เค้าทำงานไฟแนนซ์ เขาก็ไปแล้ว เย็นกลับบ้านยุ่ง ไม่ค่อยได้คุยกับใคร

(รหัส A10 สัมภาษณ์เมื่อ 12/3/2563)

ทัศนคติ เนื่องจากผู้ป่วยรอไตนานซึ่งไตเปรียบเสมือน “ชีวิตใหม่” ดังนั้นผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวอย่างเคร่งครัดจากแพทย์และพยาบาลก่อนจำหน่าย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าการดูแลหลังผ่าตัดเป็นเรื่องที่ตนเองต้องดูแลให้ดีเพื่อป้องกันปัญหาหรือ

ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลัง ส่งผลให้ไม่ค่อยอยากให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล รวมทั้งทัศนคติที่ไม่ดีต่อการทำหน้าที่ของผู้นำชุมชน เช่น ผู้ใหญ่บ้าน อสม. อบต. แต่ก็ไม่รู้จะ สามารถบอกคนในชุมชนได้อย่างไรเพราะมีจำนวนมาก ก็ต้องป้องกันตัวเอง ใส่หน้ากาก สวมสิ่ง ป้องกันต่างๆ

(รหัส A01 สัมภาษณ์เมื่อ 5/3/2563)

ก็ผู้ใหญ่กับอบต.ก็มีปัญหากันจะมาดูแลอะไรเราได้ง่าย ไม่ต้องการให้เข้ามามีส่วน ร่วม เนื่องจากจะทำให้เกิดปัญหาขึ้น เพราะมีปัญหาด้านสัมพันธภาพเดิม

(รหัส A02 สัมภาษณ์เมื่อ 5/3/2563)

ผมว่าผมดูแลแล้วไม่มีประโยชน์หรอกครับ คล้ายๆ มา ถ้ามากันวุ่นวายเฉยๆ ไม่เห็น มีอะไรดีขึ้นมาเลย เขาจะเอาแต่ผลงานนะ ถ่ายรูป ถ่ายรูปส่งอย่างเดียวเขาก็รู้ว่าเราติดเชื้อง่าย อย่างคนสูบบุหรี่มันก็สูบอยู่อย่างนั้นแหละครับ

(รหัส A08 สัมภาษณ์เมื่อ 12/3/2563)

บทบาททางสังคมส่งผลให้เกิดปัญหาในการเข้าถึงยากโดยเฉพาะข้าราชการ บางคนเข้าหายาก เพราะเขาคือว่าระดับมันสูงข้าราชการเนี่ย เข้าไม่ถึงเกรงใจ

(รหัส A03 สัมภาษณ์เมื่อ 9/3/2563)

เคสนี้เป็นสจ.ด้วยภาระทางสังคมเนาะ เป็นสจ.ด้วย มันเหมือนว่าเราเข้าถึง ไม่ได้ อย่างพวกข้าราชการอะไรประเภทนี้จะคุยได้ยากกว่าชาวบ้าน

(รหัส A05 สัมภาษณ์เมื่อ 9/3/2563)

ความรู้ เนื่องจากการดูแลผู้ปลูกถ่ายไตอาศัยความรู้ ความเชี่ยวชาญเฉพาะ ทางที่แตกต่างผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั่วไปในชุมชนและมีจำนวนผู้ป่วยน้อยทำให้ชุมชนเองก็ไม่มี ประสบการณ์ในการดูแล ส่งผลให้ไม่สามารถมีส่วนร่วมในการดูแลได้ ทั้งในส่วนของ อสม. และ เจ้าหน้าที่รพสต.

ไม่ค่อยแน่ใจเกี่ยวกับความรู้เรื่องเปลี่ยนไตเท่าไร ถ้าเป็นความรู้เรื่องโรค เรื้อรังนี่ดีเลย

(รหัส A03 สัมภาษณ์เมื่อ 9/3/2563)

ทางรพสต.เองก็ไม่ทราบว่าจะต้องดูแลอย่างไรด้วยค่ะ

(รหัส A04 สัมภาษณ์เมื่อ 9/3/2563)

## 2.2 การดูแลของชุมชน

การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ประกอบด้วย การดูแลทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานยากดภูมิคุ้มกัน ด้านการปฏิบัติกิจวัตร ด้านอารมณ์ ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และด้านการมาตรวจตามนัด ซึ่งพบว่า ส่วนใหญ่ การดูแลจะเป็นคนใกล้ชิดในครอบครัวเป็นหลัก และเมื่อเกิดปัญหาภาวะแทรกซ้อนจะมาที่โรงพยาบาลพุทธชินราชโดยตรงส่งผลให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมน้อย

เมื่อพบว่า มีอาการผิดปกติ ก็จะไปหาหมอนที่โรงพยาบาล ไม่ได้ไป รพสต. เพราะที่ รพสต. ไม่ได้มียาที่พอใช้อยู่และต้องกินยาตามที่หมอสั่งเท่านั้น

(รหัส A01 สัมภาษณ์เมื่อ 5/3/2563)

ไม่มีบุคคลอื่นในชุมชน ผู้ใหญ่บ้าน อบต. มามีส่วนร่วมในการดูแล แม่สามี เลี้ยงลูกให้บ้างในวันที่มาตรวจ

(รหัส A02 สัมภาษณ์เมื่อ 5/3/2563)

คนไข้กลุ่มนี้เราก็ไม่เคยดูแล ก็เลยไม่รู้ว่าจะต้องดูแลอะไรบ้าง

(รหัส A05 สัมภาษณ์เมื่อ 9/3/2563)

ไม่รู้ว่าจะเข้ากินยากดภูมิแล้วจะติดเชื้อง่ายอันนี้ไม่รู้ครับ ได้แต่รู้ว่าเขาไปเปลี่ยนไต เขาของพี่สาวมาใส่ เขารู้กันทั้งตำบลว่าเปลี่ยนไต แต่ไม่รู้ว่าจะต้องดูแลอย่างไร ป้องกันอย่างไรหมอบเป็นคนแรกที่มา

(รหัส A06 สัมภาษณ์เมื่อ 9/3/2563)

แต่เราต้องดูแลตัวเราเองป้องกันเอง อย่างคนไหนไอบากๆก็ไม่เข้าไปใกล้เขาก็รู้ว่าเราติดเชื้อง่าย อย่างคนสูบบุหรี่มันก็สูบอยู่อย่างนั้นแหละครับ มันไม่ได้สนใจอะไรหรอก

(รหัส A08 สัมภาษณ์เมื่อ 12/3/2563)

นอกจากนี้ยังพบปัญหาการส่งต่อข้อมูลแนวทางการดูแลก็ยังไม่เชื่อมต่อกับชุมชนอีกด้วย ถ้าเป็นผู้ป่วยอื่นก็มีส่งมาค่ะ แต่ผู้ป่วยปลูกถ่ายไตไม่ทราบเลยค่ะ ไม่มี

(รหัส A04 สัมภาษณ์เมื่อ 9/3/2563)

เคสนี้เขาไม่ได้มีมาแจ้งอะไรที่เราเลย เราก็ไม่รู้เลย

(รหัส A05 สัมภาษณ์เมื่อ 9/3/2563)

## 2.3 แรงสนับสนุนทางสังคม

แรงสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการเงิน ด้านร่างกาย ด้านสิ่งของ และด้านอารมณ์ ซึ่งมีส่วนสำคัญมากในการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตจากการสัมภาษณ์

พบว่า ครอบครัวและผู้ดูแลใกล้ชิดเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมหลักทั้ง 4 ด้าน แต่ก็พบว่า ผู้ป่วย บางรายได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมไม่เพียงพอส่งผลให้การมีส่วนร่วมของชุมชนน้อยไปด้วย เช่น แรงสนับสนุนด้านสิ่งของนั้นอสม.ก็มีเครื่องมือไม่เพียงพอ ไม่มีงบของชุมชน ส่วนทางด้านอารมณ์ คนในชุมชนก็มีส่วนร่วมในการให้กำลังใจผู้ป่วย

อบต.ไม่ค่อยได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล แต่ผู้ใหญ่บ้าน เพื่อนบ้านก็จะมีการซักถามอาการ ความเป็นอยู่บ้าง แต่ไม่มีส่วนร่วมในการดูแล เงินทอง ของใช้จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย จะมีญาติมาช่วยในการทำน้าบอง ของใช้ผู้ป่วยก็ซื้อเองทั้งหมด ญาติจะคอยมาเยี่ยมเยียน ให้กำลังใจที่บ้าน ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจดีขึ้น เพราะช่วงแรกจะหงุดหงิดจากการทำงานไม่ได้ ช่วงนี้ หงุดหงิดลดลง

(รหัส A01 สัมภาษณ์เมื่อ 5/3/2563)

ไม่มีบุคคลอื่นในชุมชน ผู้ใหญ่บ้าน อบต. มามีส่วนร่วมในการดูแล ต้องการให้ผู้นำชุมชนเข้ามาช่วยเหลือมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

(รหัส A02 สัมภาษณ์เมื่อ 5/3/2563)

เคยมีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดช่วงแรก ก็มาตรวจ แต่ไม่ได้ติดต่อมาก่อน เพราะโรงพยาบาลโทรติดต่อยาก

(รหัส A02 สัมภาษณ์เมื่อ 5/3/2563)

ผู้ใหญ่บ้าน เพื่อนบ้านก็จะมีการซักถามอาการ ความเป็นอยู่บ้าง

(รหัส A01 สัมภาษณ์เมื่อ 5/3/2563)

อสม.ไม่ได้ มีเครื่องวัดความดันกันทุกคน มันไม่พอ

(รหัส A03 สัมภาษณ์เมื่อ 9/3/2563)

ไม่มีงบครึบนอกจากมันจะมืงบจากจังหวัดหรือนายกและสมาชิกจะแบ่งเงิน ส่วนหนึ่งไว้ที่กันไว้ให้ผู้ป่วย

(รหัส A07 สัมภาษณ์เมื่อ 9/3/2563)

ครั้งล่าสุด หมอบอกว่าน้ำท่วมปอดนิดๆ ถึงกะร้องไห้ คนไข้อะ ร้องไห้ กัด แบบร่างกายจะไปไม่ไหว จึงเพื่อนของหลานเค้าเป็นแพทย์ เค้าก็ถามให้ หลานอะโทรคุยให้ แล้วก็ให้เพื่อนโทรกลับมาหาอีกที เค้าก็ใจดีขึ้น

(รหัส A09 สัมภาษณ์เมื่อ 12/3/2563)

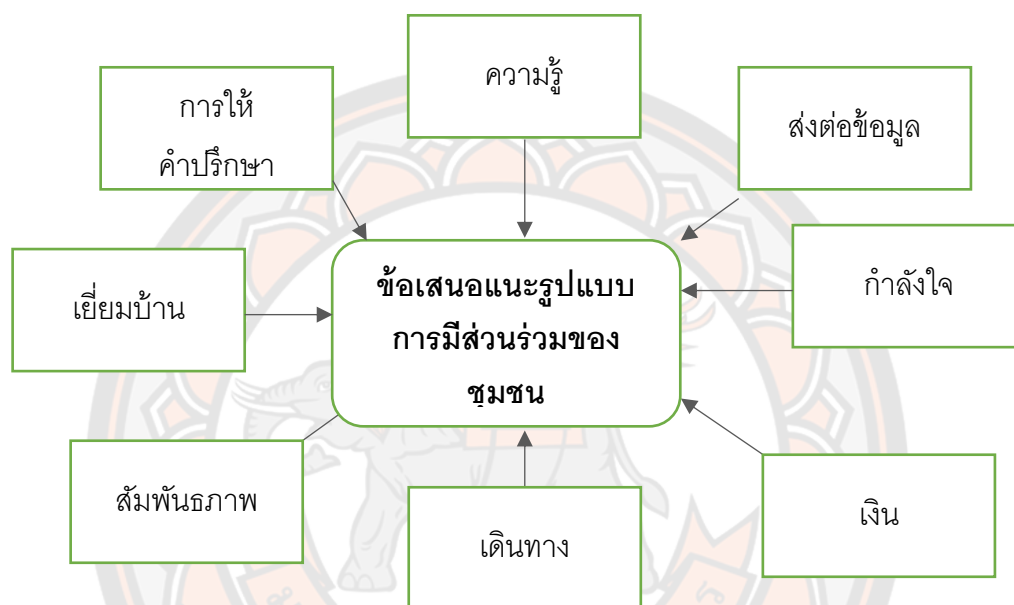
เวลาเครียดเค้าคุยกับแม่

(รหัส A10 สัมภาษณ์เมื่อ 12/3/2563)



### 3. ข้อเสนอแนะรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน

จากสถานการณ์การมีส่วนร่วมของชุมชนและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตนั้น จากการสัมภาษณ์เชิงลึกอาสาสมัครได้ให้ข้อเสนอแนะในการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนให้มากขึ้น ดังแสดงในภาพ 25



ภาพ 25 ข้อเสนอแนะรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน

#### 3.1 การให้ความรู้

ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตในชุมชนมีความสำคัญ เนื่องจากเป็นความรู้เฉพาะทางที่ชุมชนยังไม่ได้รับความรู้ทำให้ไม่มั่นใจหรือไม่สามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยได้ทั้งในส่วนของคนในชุมชนและเจ้าหน้าที่รพสต.

ถ้ามีคนที่มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไต มาช่วยมีส่วนร่วมในการดูแลเยี่ยมบ้าน ก็จะเป็นดี

(รหัส A02 สัมภาษณ์เมื่อ 5/3/2563)

ควรให้ความรู้มาก่อน ก็ให้หมอมารับความรู้ อสม. เพราะส่วนนี้จะไม่ค่อยรู้ จะได้ว่าต้องไปดูแลอย่างไรต่อ

(รหัส A03 สัมภาษณ์เมื่อ 9/3/2563)

เพราะคนที่เปลี่ยนไตมีไม่ค่อยเยอะสักเท่าไร คนเปลี่ยนไตมันน้อย ไม่เคยมีใครมาอบรม ก็อยากให้มีอบรมพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไต เพราะว่างานนี้ มันไม่ได้เจอคนไข้เลยอะ ก็ จะดูแลไม่ถูก ต้องการให้มาให้ความรู้ก่อน ว่าแนวทางการดูแล อย่างไรบ้างอย่างนี้คะ

(รหัส A04 สัมภาษณ์เมื่อ 9/3/2563)

ผมว่าดีนะครับ มาให้ความรู้เรื่องเปลี่ยนไต

(รหัส A06 สัมภาษณ์เมื่อ 9/3/2563)

ต้องการอยากให้คุณหมอมาให้ความรู้ ว่าต้องดูแลยังไงบ้าง เพราะว่าในส่วน ของทีมดูแลมันมีอยู่แล้ว มีอสม.มีอะไร แต่ว่าเรายังไม่มีความรู้ ว่าจะต้องทำยังไง ก็ต้องเรียก อสม. เข้ามาประชุม คุณหมอก็มาให้ความรู้ครับ

(รหัส A06 สัมภาษณ์เมื่อ 9/3/2563)

### 3.2 การส่งต่อข้อมูล

การส่งต่อข้อมูลจากโรงพยาบาลพุทธชินราช ถือเป็นจุดเริ่มต้นของการ เชื่อมต่อการดูแลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสู่การดูแลในชุมชน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดี หากมีการพัฒนาในส่วนนี้ก็จะช่วยให้รพสต.สามารถเชื่อมต่อการดูแลของชุมชนให้เข้ามามีส่วน ร่วมเพิ่มขึ้นได้ รวมทั้งการส่งต่อข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลในภาคเหนือตอนล่างด้วย

โรงพยาบาลพุทธชินราช ไม่ได้ส่งข้อมูลผู้ป่วยมาให้ทางรพสต.ถ้าเป็นผู้ป่วย อื่นก็มีส่งมาอะ แต่ผู้ป่วยปลูกถ่ายไตไม่ทราบเลยอะ ไม่มี

(รหัส A04 สัมภาษณ์เมื่อ 9/3/2563)

ต้องส่งข้อมูลกันเป็นรายเคส บางทีเขาลงมาดูเองไม่ได้ ก็ต้องให้เราไปเข้า เยี่ยม

(รหัส A05 สัมภาษณ์เมื่อ 9/3/2563)

ครั้งแรกเลยผมพาเข้าโรงพยาบาลxxxx แล้วก็ไปขอใบส่งตัว หมอก็บอกว่าถ้า มาถึงหมอ หมอต้องรักษาก่อนคราวนี้รักษาแล้วไม่ได้แล้วมาที่พุทธฯ หมอxxxxก็บอกว่าไม่ต้องไป ให้เอาใบส่งตัว แล้วให้มาเลย แต่ถ้าไปโรงพยาบาลxxxx เขาจะไม่ยอม แกก็เลยออกหนังสือไว้เล่มนึงบ ออกว่าถ้าเขาไม่ยอมก็ให้เอาเล่มนี้ให้เขา มันจะมีใส่ซองไว้ให้เลย ถ้าใครไม่ส่งให้บอกเขาเลย คือได้ ทะเลาะกันล่ะครับ ยาอะไรเขายัดของเราไปหมด แล้วเขาก็ไม่รู้ว่ากินยาเวลาไหนด้วยหมออะใช่ ไหม หมอคนละตำแหน่งกันล่ะครับเขาไม่รู้หรอกว่าคนไข้จะกินยาตอนไหน พอผมไปขอคืนหมอก็ ค่าอีกว่าจะเอาไปทำไมคุณเป็นหมอหรือ หมอเลยให้เอกสารมายื่นเขาก็จัดกริเฟอร์มาให้

(รหัส A05 สัมภาษณ์เมื่อ 9/3/2563)

### 3.3 การให้กำลังใจ

การให้กำลังใจเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ที่สำคัญและเป็นวิธีการเพิ่มการมีส่วนร่วมของชุมชนได้ง่ายสอดคล้องกับวิถีชีวิตชุมชน

การถามไถ่กันเยี่ยมเยียนจะดีถ้ามี อบต เข้ามาช่วยเหลือในด้านจิตใจ จะทำให้การดูแลผู้ป่วยดีขึ้น

(รหัส A02 สัมภาษณ์เมื่อ 5/3/2563)

ก็ไปคุยไปถามไถ่อยู่ครั้นว่าสบายดีไหมอะไรยังงี้

(รหัส A07 สัมภาษณ์เมื่อ 9/3/2563)

ก็คุยกันก็ทักหาธรรมชาติของคนในหมู่บ้านเดียวกัน หมู่เดียวกัน ถามว่าเป็นไป  
อะไรแบบนี้

(รหัส A03 สัมภาษณ์เมื่อ 9/3/2563)

เครียดแบบ ติดเชื้อแล้ว ติดเชื้อแบบน้ำท่วมปอดแล้ว แล้วถึงแก่กรรมจะไม่รอด  
ไร้ทำเค้าเครียดอยู่

(รหัส A09 สัมภาษณ์เมื่อ 9/3/2563)

### 3.4 การสนับสนุนด้านการเงิน

เนื่องจากผู้ป่วยบางรายมีอาชีพและรายได้ที่ไม่เพียงพอในชีวิตประจำวัน  
เมื่อต้องดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไต เช่น การใช้เงินในการเดินทางมาตรวจก็จะเกิดปัญหา แต่ถ้าหากมี  
การพัฒนาการสนับสนุนด้านการเงินก็จะทำให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น

จะดีถ้ามี อบต เข้ามาช่วยเหลือในการเดินทางมาตรวจ ด้านการเงิน ด้าน  
จิตใจจะทำให้การดูแลผู้ป่วยดีขึ้น ด้านการเงินถ้ามีเงินช่วยเหลือเพิ่มก็จะได้ ก็จะมีเงินในการดูแล  
ครอบครัวมากขึ้น การเงินก็มีเพียงแค่นี้

(รหัส A02 สัมภาษณ์เมื่อ 5/3/2563)

แต่พอมาช่วงหลัง มันจะมีว่าลูกบ้านในหมู่ที่เกี่ยวกับประกันอะไรพวกนี้  
ถ้าไปนอนโรงพยาบาล 1 ครั้ง เขาจะให้ครั้งละ 500 บาท เหมือนประกันเกี่ยวกับลูกบ้านอะไรสัก  
อย่าง แต่บางทีมานอนก็ไม่ได้บอกเขา ถามว่าไปแจ้งไหมก็ไม่ได้แจ้งเพราะเรามานอนบ่อยเกิน เรา  
ก็เกรงใจ

(รหัส A08 สัมภาษณ์เมื่อ 12/3/2563)

### 3.5 การสนับสนุนการเดินทาง

การเดินทางมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยใช้เวลานาน เนื่องจากผู้ป่วยอาศัยอยู่ใน 8 จังหวัดในภาคเหนือตอนล่างแต่ต้องเดินทางมาตรวจที่โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ตามระยะเวลาทุก 1 สัปดาห์ ไปจนถึง 3 เดือน ตลอดที่ยังมีชีวิตอยู่ทำให้ผู้ป่วยที่อยู่ไกลบางรายมีปัญหาในการเดินทางสูญเสียค่าใช้จ่าย หากได้รับการสนับสนุนจากชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในส่วนนี้ผู้ป่วยก็จะได้รับการดูแลที่ดีขึ้น

ต้องออกเดินทางตั้งแต่ตีสี่ ชีมน็อคซ์มีคนสองคนจากกำแพงเพชรกว่าจะถึงก็เกือบหกโมงเช้า

(รหัส A02 สัมภาษณ์เมื่อ 5/3/2563)

ต้องมานอนที่นี่ก็มานอนโรงแรมฝั่งตรงข้ามครับ ถ้ามาเช้าต้องออกจากบ้าน ประมาณตี 4-5 คือเราพักผ่อนน้อย ต้องตื่น ก่อนเวลา ถ้าวิ่งรถจริงๆก็ประมาณชั่วโมงหน่อยๆ ละครับ ประมาณ 130 กิโลเมตรถึงบ้าน

(รหัส A02 สัมภาษณ์เมื่อ 5/3/2563)

### 3.6 การสร้างสัมพันธภาพ

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยนั้นประกอบด้วยคนหลายกลุ่มทั้งครอบครัว เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน อสม. อบต. รวมทั้งเจ้าหน้าที่รพสต. ซึ่งหากมีสัมพันธภาพที่ดีก็จะช่วยให้สามารถร่วมกันดูแลผู้ป่วยได้มากขึ้น เนื่องจากการสัมภาษณ์ พบว่า บางพื้นที่มีปัญหาเกี่ยวกับสัมพันธภาพในชุมชนกันเอง

หมออนามัย อสม ก็อยากให้คนที่มี ความรู้ ความสามารถ พุดจาตี มาเยี่ยม และมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ถ้าคนไม่ดีก็ไม่ได้อยากให้มาต้องการให้ผู้นำชุมชนเข้ามาช่วยเหลือมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย แต่ก็ผู้ใหญ่กับอบต.ก็มีปัญหา

(รหัส A02 สัมภาษณ์เมื่อ 5/3/2563)

ผมว่าผมดูแลไม่มีประโยชน์หรอกครับ คล้ายๆ มา ถ้ามากันวันวายเฉยๆ ไม่เห็นมีอะไรดีขึ้นมาเลย เขาจะเอาแต่ผลงานนะ ถ่ายรูป ถ่ายรูปส่งอย่างเดียว

(รหัส A08 สัมภาษณ์เมื่อ 12/3/2563)

ชุมชนมันไม่ค่อยแน่นกันหรอกคุณหมอ ก็เมื่อตัวใครตัวมันไป

(รหัส A09 สัมภาษณ์เมื่อ 12/3/2563)

### 3.7 การเยี่ยมบ้าน

การเยี่ยมบ้านเป็นกิจกรรมการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในชุมชนซึ่งมีอยู่แล้ว แต่ยังไม่ครอบคลุมในผู้ป่วยปลูกถ่ายไต พบว่า บางรายไม่ได้รับการเยี่ยมเลยและในรายที่ได้รับการเยี่ยมก็มาเพียงครั้งเดียวหลังผ่าตัดเท่านั้นซึ่งจากการสัมภาษณ์อาสาสมัครก็อยากให้มีการพัฒนาการเยี่ยมบ้านให้มากขึ้น

ควรพัฒนาให้มีหมออนามัยไปเยี่ยมบ้านเป็นประจำ ถ้าเพื่อนบ้านมีความรู้ในการดูแลป้องกันการติดเชื้อก็จะดี ญาติจะคอยมาเยี่ยมเยียนให้กำลังใจที่บ้านทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจดีขึ้น

(รหัส A01 สัมภาษณ์เมื่อ 5/3/2563)

มีครั้งนึงอสม.ไปเยี่ยมตอนที่ไปกลับไปใหม่ๆ แต่ก็ไม่ได้ทำอะไร แคไปถามประวัติ จดบันทึกไว้ แคครั้งเดียว

(รหัส A08 สัมภาษณ์เมื่อ 12/3/2563)

ตั้งแต่ผ่าไม่มีคนไปเยี่ยมเลย

(รหัส A09 สัมภาษณ์เมื่อ 12/3/2563)

### 3.8 การให้คำปรึกษา

ปัญหาของผู้ดูแลในชุมชนและผู้ป่วยเมื่อเกิดปัญหาหรือภาวะแทรกซ้อน คือไม่รู้ว่าจะปรึกษาใคร เนื่องจากไม่สามารถไปซื้อยารับประทานเองได้เพราะมีผลกับยากดภูมิคุ้มกันที่รับประทานอยู่และหากไปตรวจรักษาโรงพยาบาลใกล้บ้านก็เกรงจะได้รับการรักษาที่ไม่สอดคล้องกับแพทย์ที่ปลูกถ่ายไต การปรึกษาที่โรงพยาบาลพุทธชินราชโดยตรงสามารถติดต่อได้เฉพาะในเวลาราชการเท่านั้น จึงทำให้การมีส่วนร่วมการดูแลในส่วนนี้ไม่เพียงพอ ซึ่งหากมีการพัฒนาระบบการปรึกษา (consult) ให้ดีขึ้นเชื่อมโยงเครือข่ายถึงชุมชนก็จะทำให้การมีส่วนร่วมของชุมชนเพิ่มมากขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการปรึกษาที่ถูกต้องแก้ไขปัญหาที่อาการจะรุนแรงมากขึ้น

ถ้ามีเจ้าหน้าที่มากช่วยในการประเมินอาการผิดปกติ ก็น่าจะมีวิธีการแนะนำให้อาการทุเลาลงได้อย่างรวดเร็ว

(รหัส A01 สัมภาษณ์เมื่อ 5/3/2563)

ต้องการอยากให้คุณหมอมามีความรู้ ว่าต้องดูแลยังไงบ้าง เพราะว่าในส่วนของทีมดูแลมันมีอยู่แล้ว มีอสม.

(รหัส A07 สัมภาษณ์เมื่อ 9/3/2563)



ปัญหาก็คือเขาอารมณ์หงุดหงิด แล้วผมไม่รู้จะทำอย่างไร ไม่รู้จะปรึกษาใคร  
ไม่ได้บอกหมอ

(รหัส A08 สัมภาษณ์เมื่อ 12/3/2563)

ครั้งล่าสุด หมอบอกว่าน้ำท่วมปอดนิดๆ ถึงกะร้องไห้ คนไข้จะ ร้องไห้ กลัว  
แบบร่างกายจะไปไม่ไหว จึงเพื่อนของหลานเค้าเป็นแพทย์ เค้าก็ถามให้ หลานอะโทรคุยให้ แล้วก็ให้  
เพื่อนโทรกลับมาหาอีกที เค้าก็ใจดีขึ้น ยังหวานใจคุณหมอเดี๋ยวจะขอเบอร์โทรซักหน่อย เพื่อว่า  
เป็นไงจะได้โทรหาได้

(รหัส A09 สัมภาษณ์เมื่อ 12/3/2563)

จากการรวบรวมข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อศึกษาสถานการณ์และปัจจัย  
ที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูก  
ถ่ายไต พบว่า ครอบครัวและผู้ดูแลใกล้ชิด เช่น ภรรยา สามี บุตร เป็นผู้ที่มีส่วนร่วมหลักในการ  
ดูแลทั้งส่วนร่วมการตัดสินใจ ส่วนร่วมการปฏิบัติการ ส่วนร่วมการรับผลประโยชน์ และส่วนร่วม  
การประเมินผล สำหรับผู้นำชุมชน อสม. อบต. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมน้อย  
หรือไม่มีส่วนร่วมเลย ถึงแม้ว่าในชุมชนจะมีกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยกลุ่ม  
อื่น เช่น ผู้ป่วยติดเตียงอยู่แล้วแต่การเชื่อมต่อข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตยังไม่เชื่อมต่อกับ  
ชุมชนและชุมชนเองยังขาดความรู้และประสบการณ์ในการดูแล ซึ่งเป็นปัจจัยส่วนบุคคลหนึ่ง  
ที่ส่งผลในการมีส่วนร่วมประกอบกับบางคนไม่ค่อยเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนทำให้มีส่วนร่วม  
น้อย เช่นกัน นอกจากนี้ ยังพบว่า การดูแลผู้ป่วยทั้งด้านการรับประทานยากดภูมิคุ้มกัน การปฏิบัติ  
กิจวัตร ด้านอารมณ์ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการมาตรวจตามนัด ส่วนใหญ่เป็นการดูแล  
ของคนใกล้ชิด แต่ถ้าผู้ป่วยบางรายดูแลตนเองได้ดีหรือมีบทบาททางสังคมสูงก็จะทำให้ชุมชนเข้า  
มามีส่วนร่วมหรือไม่กล้าเข้ามามีส่วนร่วม ในส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้านนั้นก็พบ  
ปัญหาในผู้ป่วยบางรายที่ได้รับไม่เพียงพอและส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนเช่นกันโดยเฉพาะ  
ผู้ป่วยปลูกถ่ายไตที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี ซึ่งจากสถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมี  
ส่วนร่วมดังกล่าวได้มีข้อเสนอแนะจากอาสาสมัครในการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนใน  
หลายส่วน ได้แก่ การให้ความรู้ การให้คำปรึกษา การเยี่ยมบ้าน เป็นต้น จากผลการศึกษาใน  
ระยะที่ 1 นี้ ผู้วิจัยนำไปสังเคราะห์ข้อมูลร่วมกับการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและนำไป  
วิเคราะห์ทางสถิติเพื่อยืนยันผลในเชิงปริมาณในการศึกษาในระยะที่ 2 ต่อไป

## ผลการวิจัยระยะที่ 2

ในขณะนี้ได้นำข้อค้นพบในการวิจัยระยะที่ 1 ซึ่งพบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตนั้นชุมชนมีส่วนร่วมน้อยและไม่มีส่วนร่วมเลยและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของชุมชน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล การดูแลของชุมชน และแรงสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยนำมาจัดหมวดหมู่ตัวแปรร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมทั้งหมด 14 ตัวแปร และนำมาสร้างแบบสอบถามเพื่อใช้ในการศึกษาในระยะที่ 2 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต ตามกรอบแนวคิดการวิจัยในระยะที่ 2 ดังแสดงในภาพ 26



ภาพ 26 กรอบแนวคิดการวิจัยระยะที่ 2

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปเก็บกับตัวอย่างคือผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตในชุมชนใน 8 จังหวัดเขตภาคเหนือตอนล่าง ได้แก่ พิษณุโลก สุโขทัย กำแพงเพชร เพชรบูรณ์ อุตรดิตถ์ ตาก พิจิตร นครสวรรค์ จำนวน 308 คน ได้แบบสอบถามคืนและข้อมูลครบถ้วนสมบูรณ์ จำนวน 300 ชุด คิดเป็นอัตราการตอบกลับ (response rate) ร้อยละ 97.4 จากนั้นนำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยแสดงผลการวิเคราะห์ออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (ตาราง 3)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความรู้และทัศนคติของกลุ่มตัวอย่าง (ตาราง 4-7)

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยของชุมชน แรงสนับสนุนทางสังคม และการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง (ตาราง 8-13)

ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง (ตาราง 14-15 )

### ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n=300)

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 300 คน จาก 8 จังหวัด ในเขตภาคเหนือตอนล่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ การศึกษา ประสบการณ์ บทบาททางสังคม การได้รับข้อมูล การเข้าร่วมกิจกรรม รายละเอียดของข้อมูลส่วนบุคคล ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 300 คน)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>1. เพศ</b>		
ชาย	99	33.0
หญิง	201	67.0
<b>2. อายุ (ปี)</b>		
20 – 40	70	23.3
41 - 60	195	65.0
> 60	35	11.7
Min =20 Max = 84 Mean = 48.65 S.D =12.11		

ตาราง 3 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>3. อาชีพ</b>		
เกษตรกรรม	83	27.7
รับจ้างทั่วไป/ค้าขาย	106	39.3
ราชการ/รัฐวิสาหกิจ	101	33.0
<b>4. สถานภาพสมรส</b>		
โสด/หม้าย / หย่า / แยกกันอยู่	181	60.3
คู่	119	39.7
<b>5. รายได้</b>		
< 5,000 บาท/เดือน	74	24.7
5,001 – 15,000 บาท/เดือน	117	39.0
> 15,000 บาท/เดือน	109	36.3
<b>6. การศึกษา</b>		
ประถมศึกษา	83	27.7
มัธยมศึกษา	118	39.3
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	99	33.0
<b>7. ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยหลังปลูกถ่ายไต</b>		
มี	26	8.7
ไม่มี	274	91.3
<b>8. บทบาททางสังคม</b>		
ครอบครัว/ผู้ดูแล	111	37
ผู้นำชุมชน/อสม	133	44.3
จนท.รัฐ/รพ.สต	56	18.7
<b>9. การได้รับข้อมูลผู้ป่วยปลูกถ่ายไต</b>		
เคย	112	37.3
ไม่เคย	188	62.7

## ตาราง 3 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>10. การเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน</b>		
ไม่เข้าร่วม	104	34.6
เข้าร่วมบางครั้ง	134	44.7
เข้าร่วมบ่อยครั้ง/สม่ำเสมอ	62	20.7

ตาราง 3 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของตัวอย่าง จำนวน 300 คน ตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 48.65 ปี อาชีพรับจ้างทั่วไป/ค้าขาย ร้อยละ 39.3 และรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 33 รายได้ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 39 มีรายได้ 5,001-15,000 บาท/เดือน การศึกษาส่วนใหญ่เป็นระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 39.3 เกือบทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต ร้อยละ 91.3 และร้อยละ 62.7 ไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารความรู้ในการดูแลไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต ส่วนการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนนั้น พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เข้าร่วมบางครั้งร้อยละ 44.7 เข้าร่วม และไม่เคยเข้าร่วมร้อยละ 34.7

## ส่วนที่ 2 ข้อมูลความรู้และทัศนคติของกลุ่มตัวอย่าง (ตาราง 4-7)

ตาราง 4 แสดงความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง (n=300)

ข้อคำถาม	คำตอบ (ร้อยละ)	
	ถูก	ผิด
1 การปลูกถ่ายไตเป็นการตัดไตที่วายออกแล้วใส่ไตใหม่เข้าไปแทน	73	27
2 ผู้ป่วยปลูกถ่ายไตต้องกินยากดภูมิคุ้มกันตลอดชีวิต	83	17
3 ผลข้างเคียงของยากดภูมิคุ้มกันทำให้ผู้ป่วยติดเชื้อง่าย	71.7	28.3
4 ผู้ป่วยควรรับประทานผักผลไม้สดเพื่อเสริมวิตามินให้ร่างกาย	89.7	10.3
5 การชั่งน้ำหนัก วัดไข้ ตวงน้ำดื่มและปัสสาวะ เป็นการเฝ้าระวังภาวะผิดปกติ	92	8
6 ผู้ป่วยควรลดอาหารหวานและมันเพื่อป้องกันเบาหวานและไขมันสูง	95.3	4.7
7 หลังปลูกถ่ายไตผู้ป่วยควรงดออกกำลังกายเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ	50.3	49.7
8 เมื่อผู้ป่วยไปในที่ชุมชนแออัดควรสวมหน้ากากอนามัยทุกครั้ง	91.7	8.3
9 ผู้ป่วยปลูกถ่ายไตควรจำกัดน้ำดื่มน้ำในแต่ละวันไม่ให้มากเกินไป	67.3	32.7
10 หลังปลูกถ่ายไตผู้ป่วยจะไม่กลับมาเป็นไตวายเรื้อรังอีก	38.3	61.7



ตาราง 4 แสดงร้อยละความรู้การดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตในชุมชน พบว่า ในข้อคำถามทั่วไปๆ ส่วนใหญ่ตอบถูกต้อง เช่น ข้อคำถามผู้ป่วยควรลดอาหารหวานและมันเพื่อป้องกันเบาหวานและไขมันสูงตอบถูก ร้อยละ 95.3 เมื่อผู้ป่วยไปในที่ชุมชนแอดक्टरสวมหน้ากากอนามัยทุกครั้ง ร้อยละ 91.7 แต่ในข้อคำถามเชิงลึกเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไต พบว่า ตอบไม่ถูกต้อง เช่น ร้อยละ 73 ที่ตอบว่าการปลูกถ่ายไตเป็นการตัดไตที่วายออกแล้วใส่ไตใหม่เข้าไปแทน ข้อคำถามหลังปลูกถ่ายไตผู้ป่วยจะไม่กลับมาเป็นไตวายเรื้อรังอีกพบว่า ร้อยละ 38.3 ตอบว่าใช่แต่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ถ้าได้รับการดูแลไม่ถูกต้องสามารถกลับมาไตวายเรื้อรังได้อีก

ตาราง 5 แสดงระดับความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง (n=300)

ระดับความรู้	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ระดับมาก	107	35.7
ระดับปานกลาง	165	55.0
ระดับน้อย	28	9.3
Min = 3 Max= 10 Mean = 6.61 S.D.= 1.50		

ตาราง 5 แสดงจำนวนและร้อยละระดับความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตในชุมชน พบว่า ส่วนใหญ่ อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 55 รองลงมาคือระดับมากร้อยละ 35.7 และมีบางส่วนที่มีคะแนนระดับน้อย ร้อยละ 9.3 โดยมีคะแนนความรู้ต่ำสุดคือ 3 สูงสุดคือ 10 ค่าเฉลี่ย 6.61 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.50

ตาราง 6 แสดงทัศนคติของกลุ่มตัวอย่าง (n=300)

ข้อคำถาม	คำตอบ (ร้อยละ)	
	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย
1 การมีส่วนร่วมของชุมชนช่วยให้ผู้ป่วยปลูกถ่ายไตได้รับการดูแลที่ดีขึ้น	88.3	11.7
2 การดูแลผู้ป่วยหลังปลูกถ่ายไตมีความยุ่งยาก ซับซ้อน	46	54
3 การมีส่วนร่วมของชุมชนช่วยให้การวางแผน/ตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น	86	14
4 ถ้าผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีจากชุมชน ท่านจะรู้สึกดีและภาคภูมิใจ	94.7	5.3

ตาราง 6 (ต่อ)

ข้อคำถาม	คำตอบ (ร้อยละ)	
	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย
5 หากมีคนช่วยประเมินอาการผู้ป่วยจะช่วยให้ผลลัพธ์การปลูกถ่ายไตดีขึ้น	90.7	9.3
6 การดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตเป็นหน้าที่ของผู้ป่วยและครอบครัวเท่านั้น	47	53
7 ท่านคิดว่าการพูดคุยถามไถ่อาการจะช่วยลดความเครียดของผู้ป่วยได้	92.7	7.3
8 ท่านยินดีช่วยเหลือและสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไต	93.3	6.7
9 ผู้นำชุมชนและเจ้าหน้าที่รัฐควรมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไต	84.7	15.3
10 ท่านคิดว่าการปลูกถ่ายไตช่วยทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น	98.3	17

ตาราง 6 แสดงร้อยละทัศนคติของผู้ดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตในชุมชน พบว่า ข้อคำถามเชิงบวกกลุ่มตัวอย่างตอบเห็นด้วยเป็นส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 80 ทุกข้อ เช่น ร้อยละ 98.3 เห็นด้วยว่าการปลูกถ่ายไตช่วยทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ร้อยละ 88.3 เห็นด้วยว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนช่วยให้ผู้ป่วยปลูกถ่ายไตได้รับการดูแลที่ดีขึ้น และร้อยละ 90.7 เห็นด้วยว่าหากมีคนช่วยประเมินอาการผู้ป่วยจะช่วยให้ผลลัพธ์การปลูกถ่ายไตดีขึ้น แต่ในขณะเดียวกันข้อคำถามเชิงลบกลุ่มตัวอย่างมีความเห็นต่างกัน ได้แก่ ข้อคำถามการดูแลผู้ป่วยหลังปลูกถ่ายไตมีความยุ่งยาก ซับซ้อน กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยร้อยละ 46 และไม่เห็นด้วยร้อยละ 54 และข้อคำถามการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตเป็นหน้าที่ของผู้ป่วยและครอบครัวเท่านั้น ร้อยละ 47 ตอบเห็นด้วย และร้อยละ 54 ตอบว่าไม่เห็นด้วย แม้ว่าบางข้อคำถามจะเห็นต่างกัน แต่ส่วนใหญ่เห็นด้วยว่ายินดีช่วยเหลือและสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตในชุมชน ร้อยละ 93.3 และร้อยละ 94.7 ตอบว่าถ้าผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีจากชุมชนตนเองจะรู้สึกดีและภาคภูมิใจ

ตาราง 7 แสดงระดับทัศนคติของกลุ่มตัวอย่าง (n=300)

ระดับทัศนคติ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ระดับมาก	263	87.7
ระดับปานกลาง	22	7.3
ระดับน้อย	15	5

Min = 1 Max = 10 Mean = 8.13 S.D. = 1.60

ตาราง 7 แสดงจำนวนและร้อยละระดับทัศนคติของของผู้ดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตในชุมชน พบว่า ส่วนใหญ่ มีทัศนคติในระดับมาก ร้อยละ 87.7 รองลงมา ระดับปานกลางร้อยละ 7.3 มีเพียงร้อยละ 5 ที่มีทัศนคติระดับน้อย โดยมีคะแนนทัศนคติต่ำสุดคือ 1 สูงสุดคือ 10 ค่าเฉลี่ย 8.13 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.60

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการดูแลผู้ป่วย ข้อมูลแรงสนับสนุนทางสังคม และข้อมูลการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต (ตาราง 8-13)

ตาราง 8 แสดงการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตของกลุ่มตัวอย่าง (n=300)

ข้อความ	ร้อยละความคิดเห็น					ไม่ได้ดูแล
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	
<b>การดูแลด้านยาทดภูมิคุ้มกัน</b>						
1. ท่านดูแลผู้ป่วยให้รับประทานยากดภูมิคุ้มกันครบตามจำนวนที่แพทย์กำหนด	131 (43.7)	8 (2.7)	19 (6.3)	36 (12.0)	49 (16.3)	57 (19.0)
2. ท่านดูแลผู้ป่วยให้รับประทานยากดภูมิคุ้มกันตรงเวลาที่แพทย์กำหนด	129 (43.0)	15 (5.0)	20 (6.7)	33 (11.0)	48 (16.0)	55 (18.3)
3. ท่านตรวจเช็คปริมาณยาว่ามีครบและเพียงพอจนถึงวันนัด	136 (45.3)	16 (5.3)	14 (4.7)	41 (13.7)	46 (15.3)	47 (15.7)
4. ท่านให้คำปรึกษาผู้ป่วยเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากการได้รับยากดภูมิคุ้มกัน	124 (41.3)	15 (5.0)	27 (9.0)	46 (15.3)	53 (17.7)	35 (11.7)
<b>การดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน</b>						
5. ท่านดูแลผู้ป่วยให้ควบคุมปริมาณน้ำดื่มต่อวันให้สอดคล้องกับจำนวนปีสภาวะ	131 (43.7)	14 (4.7)	21 (7.0)	48 (16.0)	60 (20.0)	26 (8.6)
6. ท่านมีส่วนช่วยในการดูแลผู้ป่วยให้ออกกำลังกายที่เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอ	90 (30.0)	11 (3.7)	32 (10.7)	90 (30.0)	52 (17.3)	25 (8.3)
7. ท่านดูแลผู้ป่วยให้พักผ่อนนอนหลับอย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง	100 (33.3)	8 (2.7)	24 (8.0)	75 (25.0)	55 (18.3)	38 (12.7)
8. ท่านช่วยผู้ป่วยให้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง	103 (34.3)	18 (6.0)	19 (6.3)	75 (25.0)	44 (14.7)	41 (13.7)

## ตาราง 8 (ต่อ)

ข้อความ	ร้อยละความคิดเห็น					ไม่ได้ ดูแล
	มากที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด	
<b>การดูแลด้านอารมณ์</b>						
9. เมื่อผู้ป่วยรู้สึกโกรธ โมโห หรือไม่สบายใจ ท่านดูแลและให้คำแนะนำให้หางานอดิเรกที่ พอใจทำ (เช่น ฟังวิทยุ อ่านหนังสือ พุดระบาย ให้ผู้ใกล้ชิดฟัง หรืออื่นๆ)	59 (19.7)	25 (8.3)	24 (8.0)	107 (35.7)	51 (17.0)	34 (11.3)
10. ท่านพูดคุยให้กำลังใจผู้ป่วยในการปฏิบัติ ตัวตามคำแนะนำของแพทย์	52 (17.3)	20 (6.7)	19 (6.3)	64 (21.3)	98 (32.7)	47 (15.7)
11. ท่านชักชวนผู้ป่วยให้เข้าร่วมกิจกรรมของ ชุมชนเพื่อคลายเครียด เช่น การไปทำบุญ สวดมนต์ การออกกำลังกายร่วมกัน โดย ระมัดระวังการติดเชื้อ	48 (16.0)	16 (5.3)	40 (13.3)	71 (23.7)	76 (25.3)	49 (16.3)
12. ท่านยินดีรับฟังปัญหาเมื่อผู้ป่วยปลุกถ่าย ไตมาพูดคุยปรึกษาและระบายความรู้สึกให้ฟัง	40 (13.3)	9 (3.0)	16 (5.3)	68 (22.7)	118 (39.3)	48 (16.3)
<b>ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน</b>						
13. เมื่อท่านเจ็บป่วยท่านจะไม่ไปสัมผัสหรือ ใกล้ชิดผู้ป่วยปลุกถ่ายไตเพื่อป้องกันการ แพร่กระจายเชื้อ	42 (14.0)	10 (3.3)	13 (4.3)	38 (12.7)	73 (24.3)	124 (41.3)
14. ท่านมีส่วนร่วมในการดูแลสิ่งแวดล้อมใน บ้าน นอกบ้านและชุมชนให้สะอาดอยู่เสมอ เนื่องจากผู้ป่วยมีภูมิคุ้มกันต่ำจากการได้รับ ยากดภูมิคุ้มกัน	69 (23.0)	7 (2.3)	20 (6.7)	72 (24.0)	82 (27.3)	50 (16.7)
15. ท่านไม่ชักชวนผู้ป่วยให้รับประทานอาหาร หวาน มัน เค็ม หรืออาหารแปรรูป เนื่องจาก เป็นผลเสียต่อร่างกายผู้ป่วย	41 (13.7)	15 (5.0)	17 (5.7)	63 (21.0)	74 (24.7)	90 (30.0)

## ตาราง 8 (ต่อ)

ข้อความ	ร้อยละความคิดเห็น					ไม่ได้ ดูแล
	มากที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด	
<b>ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน (ต่อ)</b>						
16. ท่านดูแลผู้ป่วยปลุกถ่ายไตให้หลีกเลี่ยง การทำกิจกรรมที่มีโอกาสเกิดการ กระทบกระเทือนบริเวณท้อง (เช่น ชกมวย ชี จักรยานบนทางขรุขระ เล่นซั๊กเย่อ ฟุตบอล เป็นต้น)	74 (24.7)	9 (3.0)	22 (7.3)	64 (21.3)	66 (22.0)	65 (21.7)
<b>ด้านการตรวจตามนัด</b>						
17. ท่านช่วยเหลือและให้คำแนะนำ ให้ผู้ป่วย มาตรวจก่อนวันนัดได้หากผู้ป่วยรู้สึกไม่สบาย หรือมีอาการผิดปกติ	90 (30.0)	15 (5.0)	14 (4.7)	61 (20.3)	65 (21.7)	55 (18.3)
18. ท่านคิดว่าการตรวจตามนัดของผู้ป่วย ปลุกถ่ายไตมีความสำคัญในการติดตาม ผลลัพธ์หลังปลุกถ่ายไต	68 (22.7)	5 (1.7)	14 (4.7)	33 (11.0)	70 (23.3)	110 (36.7)
19. ท่านคอยตรวจสอบกำหนดวันเวลานัดของ แพทย์และคอยเตือนผู้ป่วยทุกครั้ง	113 (37.7)	18 (6.0)	38 (12.7)	41 (13.7)	46 (15.3)	44 (14.7)
20. ท่านมีส่วนร่วมในการพาผู้ป่วยมาตรวจ ตามนัดตรงวันที่แพทย์นัดทุกครั้ง	136 (45.3)	11 (3.7)	31 (10.3)	29 (9.7)	42 (14.0)	51 (17.0)

ตาราง 8 แสดงจำนวนและร้อยละการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการ  
ปลุกถ่ายไตของชุมชนรายข้อ พบว่า ด้านการดูแลการรับประทานยากดภูมิคุ้มกันเกือบร้อยละ 50  
ที่ดูแลน้อย น้อยที่สุดและไม่ได้ดูแลผู้ป่วยในด้านนี้เลยเช่นเดียวกับด้านการปฏิบัติกิจวัตร  
ประจำวัน พบว่า ข้อคำถามการดูแลการออกกำลังกายที่เหมาะสมนั้น ร้อยละ 55 ตอบว่าไม่ได้ดูแล  
และดูแลในระดับน้อยถึงน้อยที่สุดเช่นกัน สำหรับการดูแลด้านอารมณ์นั้น พบว่า ร้อยละ 36 ที่ดูแล  
และให้คำแนะนำให้ผู้ป่วยหางานอดิเรกทำเมื่อรู้สึกโกรธ โมโหหรือไม่สบายใจในระดับปานกลางถึง  
มากที่สุด และร้อยละ 24 ที่คอยพูดคุยให้กำลังใจในการปฏิบัติตนตามคำแนะนำของแพทย์ใน



ระดับมากถึงมากที่สุด สำหรับด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนนั้น พบว่า ข้อคำถามการมีส่วนร่วมในการดูแลสิ่งแวดล้อมในบ้านและชุมชนให้สะอาดอยู่เสมอเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ร้อยละ 32 ตอบปานกลางถึงมากที่สุด ส่วนด้านการมาตรวจตามนัด พบว่า มีการดูแลในระดับมากและมากที่สุด

ตาราง 9 แสดงระดับการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตของกลุ่มตัวอย่าง (n=300)

การดูแลผู้ป่วยของชุมชน	ระดับ					
	มาก		ปานกลาง		น้อย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านการรับประทานยากดภูมิคุ้มกัน	103	34.3	54	18	143	47.7
ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	90	30	95	31.7	115	38.3
ด้านอารมณ์	143	47.7	93	31	64	21.3
ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน	144	48	110	36.7	46	15.3
ด้านการมาตรวจตามนัด	111	37	84	28	105	35
<b>ภาพรวม</b>	<b>107</b>	<b>35.7</b>	<b>91</b>	<b>30.3</b>	<b>102</b>	<b>34</b>

ตาราง 9 แสดงจำนวนและร้อยละระดับการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับ การปลูกถ่ายไตของชุมชนรายด้านและภาพรวม พบว่า ด้านที่มีการดูแลในระดับน้อย ได้แก่ ด้านการรับประทานยากดภูมิคุ้มกัน ร้อยละ 47.7 และด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ร้อยละ 38.3 ด้านที่มีการดูแลระดับมาก ได้แก่ ด้านอารมณ์ ร้อยละ 47.7 ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 48 และด้านการมาตรวจตามนัด ร้อยละ 37 ส่วนในภาพรวมของการดูแลทั้ง 5 ด้านในแต่ละระดับใกล้เคียงกันโดยระดับมาก ร้อยละ 35.7 ปานกลาง ร้อยละ 30.3 และระดับน้อย ร้อยละ 34

ตาราง 10 แสดงแรงสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง (n=300)

ข้อความ	ร้อยละความคิดเห็น					
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	ไม่ได้สนับสนุน
<b>แรงสนับสนุนด้านการเงิน</b>						
1. ท่านมีส่วนร่วมในการสนับสนุน						
ช่วยเหลือหรือสนับสนุนด้านการเงิน	120	29	49	41	39	22
เพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยปลุกถ่ายไต	(40.0)	(9.7)	(16.3)	(13.7)	(13.0)	(7.3)
2. สมาชิกในครอบครัว/คนในชุมชน/ผู้นำชุมชนให้ความช่วยเหลือด้าน						
การเงินเพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยปลุกถ่ายไต	136	27	46	37	36	18
	(45.3)	(9.0)	(15.3)	(12.3)	(12.0)	(6.0)
3. ในชุมชนมีกองทุนทางการเงิน						
สำหรับช่วยเหลือหรือสนับสนุนเมื่อ						
จำเป็นในการใช้การดูแลผู้ป่วยปลุกถ่ายไต เช่น กองทุนหมู่บ้าน เป็นต้น	149	58	21	44	23	5
	(49.7)	(19.3)	(7.0)	(14.7)	(7.7)	(1.7)
4. ท่านคิดว่าผู้ป่วยปลุกถ่ายไตได้รับการ						
สนับสนุนด้านการเงินเพื่อใช้ในการดูแลตนเองอย่างเพียงพอ	97	53	32	43	54	21
	(32.3)	(17.7)	(10.7)	(14.3)	(18.0)	(7.0)
5. ท่านคิดว่าถ้าผู้ป่วยปลุกถ่ายไตได้รับการ						
ช่วยเหลือหรือการสนับสนุนด้าน						
การเงินอย่างเพียงพอจะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยดีขึ้น	48	24	17	52	88	71
	(16.0)	(8.0)	(5.7)	(17.3)	(29.3)	(23.7)
<b>แรงสนับสนุนด้านร่างกาย</b>						
6. ท่านเสียสละร่างกายในการดูแล						
ผู้ป่วยปลุกถ่ายไต เช่น การทำงานแทน	125	45	22	44	39	25
การช่วยงานบ้าน เป็นต้น	(41.7)	(15.0)	(7.3)	(14.7)	(13.0)	(8.3)

ตาราง 10 (ต่อ)

ข้อความ	ร้อยละความคิดเห็น					
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	ไม่ได้ สนับสนุน
<b>แรงสนับสนุนด้านร่างกาย(ต่อ)</b>						
7. ท่านให้การช่วยเหลือผู้ป่วยปลุก ถ่ายไตในการมาตรวจตามนัด เช่น การขับรถมาส่ง	153 (51.0)	31 (10.3)	21 (7.0)	33 (11.0)	34 (11.3)	28 (9.3)
8. ท่านช่วยเหลือผู้ป่วยปลุกถ่ายไตใน การทำกิจวัตรประจำวันเพื่อช่วยผ่อน แรง เช่น การยกของหนัก การออกแรง มากๆ	142 (47.3)	35 (11.7)	26 (8.7)	38 (12.7)	37 (12.3)	22 (7.3)
9. ท่านได้ช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยปลุก ถ่ายไตต้องมาโรงพยาบาลจะมีคน ช่วยเหลือกิจวัตรแทน เช่น การเลี้ยง ลูก	127 (42.3)	30 (10.0)	32 (10.7)	41 (13.7)	42 (14.0)	28 (9.3)
10. ท่านยินดีช่วยเหลือผู้ป่วยปลุกถ่าย ไตด้านร่างกายเพื่อสนับสนุนการดูแล ผู้ป่วยปลุกถ่ายไตในชุมชน	81 (27.0)	14 (4.7)	20 (6.7)	59 (19.7)	96 (32.0)	30 (10.0)
<b>แรงสนับสนุนด้านสิ่งของ</b>						
11. ท่านเคยให้ความช่วยเหลือ แบ่งปัน สิ่งของให้กับผู้ป่วยปลุกถ่ายไต เช่น อาหาร ของใช้จำเป็น เป็นต้น	91 (30.3)	23 (7.7)	31 (10.3)	92 (30.7)	37 (12.3)	26 (8.7)
12. ท่านคอยจัดหาสิ่งของสำหรับ ประเมินอาการผู้ป่วยปลุกถ่ายไต เช่น ปรอทวัดไข้ กิโลชั่งน้ำหนัก หน้ากาก อนามัย เครื่องวัดความดันโลหิต	69 (23.0)	27 (9.0)	31 (10.3)	102 (34.0)	41 (13.7)	30 (10.0)

ตาราง 10 (ต่อ)

ข้อความ	ร้อยละความคิดเห็น					
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	ไม่ได้สนับสนุน
<b>แรงสนับสนุนด้านสิ่งของ(ต่อ)</b>						
13. สมาชิกในครอบครัว/คนในชุมชน/ ผู้นำชุมชนอำนวยความสะดวกด้าน สิ่งของให้ผู้ป่วยปลูกถ่ายไต	76 (25.3)	49 (16.3)	36 (12.0)	84 (28.0)	40 (13.3)	15 (5.0)
14. ท่านคิดว่าผู้ป่วยปลูกถ่ายไต สามารถใช้สิ่งของร่วมกับคนในชุมชน ได้แม้มีข้อจำกัดเกี่ยวกับการป้องกัน การติดเชื้อ	105 (35.0)	40 (13.3)	29 (9.7)	67 (22.3)	43 (14.3)	16 (5.3)
15. ท่านคิดว่าผู้ป่วยปลูกถ่ายไตได้รับ การสนับสนุนด้านสิ่งของที่ใช้ในการ ดูแลตนเอง อย่างเพียงพอ เหมาะสม แล้ว	60 (20)	31 (10.3)	50 (16.7)	91 (30.3)	58 (19.3)	10 (3.3)
<b>แรงสนับสนุนด้านอารมณ์</b>						
16. ท่านคิดว่าตนเองเป็นบุคคลที่ ผู้ป่วยปลูกถ่ายไตไว้วางใจและ สามารถพูดคุยปัญหาที่ท่านไม่สบาย ใจหรือเครียดได้	24 (8.0)	12 (4.0)	34 (11.3)	138 (46.0)	54 (18.0)	38 (12.7)
17. ท่านยินดีรับฟังปัญหาและความ ต้องการของผู้ป่วยปลูกถ่ายไตพร้อม ทั้งให้กำลังใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว หลังผ่าตัดปลูกถ่ายไต	36 (12.0)	8 (2.7)	21 (7.0)	95 (31.7)	88 (29.3)	52 (17.3)
18 ท่านให้การยอมรับนับถือผู้ป่วย ปลูกถ่ายไตเหมือนบุคคลทั่วไป ไม่มี ข้อจำกัดเรื่องเจ็บป่วย	23 (7.7)	6 (2.0)	17 (5.7)	79 (26.3)	119 (39.7)	56 (18.7)

ตาราง 10 (ต่อ)

ข้อความ	ร้อยละความคิดเห็น					
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	ไม่ได้สนับสนุน
<b>แรงสนับสนุนด้านอารมณ์(ต่อ)</b>						
19. ท่านคอยสังเกตภาวะเครียดของผู้ป่วยปลูกถ่ายไตและหาทางช่วยให้คลายเครียด เช่น ชวนไปทำกิจกรรมที่ชอบ ดูหนัง ฟังเพลง เป็นต้น	40	60	31	78	48	43
	(13.3)	(20.0)	(10.3)	(26.0)	(16.0)	(14.3)
20. ท่านคอยแวะเวียน ทามไถ่ และให้กำลังใจผู้ป่วยปลูกถ่ายไตเป็นประจำ	29	23	42	110	57	39
	(9.7)	(7.7)	(14)	(36.7)	(19.0)	(13.0)

ตาราง 10 แสดงจำนวนและร้อยละแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตของชุมชนรายข้อ พบว่า ร้อยละ 42 สนับสนุนช่วยเหลือด้านการเงินเพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตในระดับน้อยที่สุดถึงปานกลางเช่นเดียวกับด้านร่างกาย ร้อยละ 36 ตอบว่าเสียสละร่างกายในการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไต เช่น การทำงานแทนการช่วยงานบ้านในระดับน้อย น้อยที่สุดและไม่ได้ช่วยเลย สำหรับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านสิ่งของนั้น พบว่า ส่วนใหญ่ อยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง โดยร้อยละ 41 เคยให้ความช่วยเหลือแบ่งปันสิ่งของให้กับผู้ป่วย เช่น อาหาร ของใช้จำเป็นระดับน้อยถึงปานกลาง ส่วนการสนับสนุนด้านอารมณ์นั้น พบว่า ร้อยละ 57.3 คิดว่าตนเองเป็นบุคคลที่ผู้ป่วยปลูกถ่ายไตไว้วางใจ และสามารถพูดคุยปัญหาที่ท่านไม่สบายใจหรือเครียดได้ในระดับน้อยและปานกลาง



ตาราง 11 แสดงระดับแรงสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง (n=300)

แรงสนับสนุนทางสังคม	ระดับ					
	มาก		ปานกลาง		น้อย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านการเงิน	48	16	118	39.3	134	44.7
ด้านร่างกาย	68	22.7	61	20.3	171	57
ด้านสิ่งของ	58	19.3	127	42.3	115	38.3
ด้านอารมณ์	117	39	155	51.7	28	9.3
<b>รวม</b>	<b>64</b>	<b>21.3</b>	<b>126</b>	<b>42</b>	<b>110</b>	<b>36.7</b>

ตาราง 11 แสดงจำนวนและร้อยละระดับแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตของชุมชนรายด้านและภาพรวม พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมที่อยู่ในระดับน้อย 2 ด้าน ได้แก่ ด้านการเงิน ร้อยละ 44.7 และด้านร่างกาย ร้อยละ 57 แรงสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านอารมณ์ ร้อยละ 51.7 ส่วนด้านสิ่งของนั้น พบว่า อยู่ในระดับน้อยและปานกลางใกล้เคียงกัน ร้อยละ 38.3 และร้อยละ 42.3 ตามลำดับ ทำให้ภาพรวมของแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า ส่วนใหญ่ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 42 .ใกล้เคียงกับระดับน้อย ร้อยละ 36.7 และระดับมาก ร้อยละ 21.3

ตาราง 12 แสดงการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง (n=300)

ข้อความ	ร้อยละการมีส่วนร่วม					
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	ไม่มีส่วนร่วม
<b>ส่วนร่วมการตัดสินใจ</b>						
1. ท่านมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไต เช่น วัดความดัน ชั่งน้ำหนัก วัดไข้ ตวงน้ำดื่มและ	118	17	26	73	42	24
ปัสสาวะ	(39.3)	(5.7)	(8.7)	(24.3)	(14.0)	(8.0)

ตาราง 12 (ต่อ)

ข้อความ	ร้อยละการมีส่วนร่วม					ไม่มี ส่วน ร่วม
	มากที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด	
<b>ส่วนร่วมการตัดสินใจ (ต่อ)</b>						
2. ท่านมีส่วนร่วมในการวางแผนแก้ไข						
ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยปลุกถ่ายไต						
เช่น เมื่อเกิดการติดเชื้อ เมื่อปัสสาวะ						
ผิดปกติ เป็นต้น						
	136	16	33	60	34	21
	(45.3)	(5.3)	(11.0)	(20.0)	(11.3)	(7.0)
3. ท่านมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเรื่อง						
วางแผนการทำงานหรือการเรียนของผู้ป่วยให้สอดคล้องกับชีวิตหลังปลุกถ่ายไต						
	141	15	38	55	32	19
	(47.0)	(5.0)	(12.7)	(18.3)	(10.7)	(6.3)
4. ท่านมีส่วนร่วมในการนำเสนอ						
ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย						
ปลุกถ่ายไตให้คนในชุมชน/ผู้นำชุมชน						
ทราบ						
	132	30	31	55	41	11
	(44.0)	(10.0)	(10.3)	(18.3)	(13.7)	(3.7)
5. ท่านมีส่วนร่วมในการวางแผนการ						
จัดกิจกรรมงานเกี่ยวกับการดูแล						
ผู้ป่วยปลุกถ่ายไตในชุมชน						
	149	19	32	54	36	10
	(49.7)	(6.3)	(10.7)	(18.0)	(12.0)	(3.3)
<b>ส่วนร่วมการปฏิบัติ</b>						
6. ท่านมีส่วนร่วมในการเสียสละเวลา						
ในการดูแลผู้ป่วยปลุกถ่ายไต						
	117	32	31	65	34	21
	(39.0)	(10.7)	(10.3)	(21.7)	(11.3)	(7.0)
7. ท่านมีส่วนร่วมในการเสียสละ						
ร่างกายในการดูแลผู้ป่วยปลุกถ่ายไต						
	118	29	33	66	32	22
	(39.3)	(9.7)	(11.0)	(22.0)	(10.7)	(7.3)
8. ท่านมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือเมื่อ						
เกิดปัญหาสุขภาพกับผู้ป่วยปลุกถ่าย						
ไต เช่น การติดเชื้อ มีอาการบวม						
	124	34	22	48	44	28
	(41.3)	(11.3)	(7.3)	(16.0)	(14.7)	(9.3)

ตาราง 12 (ต่อ)

ข้อความ	ร้อยละการมีส่วนร่วม					ไม่มี ส่วน ร่วม
	มากที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด	
<b>ส่วนร่วมการปฏิบัติ (ต่อ)</b>						
9. ท่านมีส่วนร่วมในการประสานงานกับ กลุ่มผู้นำชุมชน ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน และ องค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อดูแล ผู้ป่วยปลุกถ่ายไตร่วมกัน	136 (45.3)	27 (9.0)	23 (7.7)	47 (15.7)	54 (18.0)	13 (4.3)
10. ท่านมีส่วนร่วมในการให้กำลังใจและ คอยเป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ป่วยปลุกถ่าย ไต	94 (31.3)	22 (7.3)	30 (10.0)	74 (24.7)	46 (15.3)	34 (11.3)
<b>ส่วนร่วมการรับผลประโยชน์</b>						
11. ท่านมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ปลุกถ่ายไตเพิ่มขึ้น เมื่อมีส่วนร่วมในการ ดูแลผู้ป่วยปลุกถ่ายไต	117 (39.0)	24 (8.0)	21 (7.0)	59 (19.7)	53 (17.7)	26 (8.7)
12. ท่านรู้สึกภาคภูมิใจที่ได้ใช้ความรู้ ความสามารถของตนเองในการดูแล ผู้ป่วยปลุกถ่ายไตให้มีสุขภาพที่ดี	92 (30.7)	26 (8.7)	23 (7.7)	75 (25)	55 (18.3)	29 (9.7)
13. ท่านได้รับค่าตอบแทนในรูปแบบ ต่างๆ จากการดูแลผู้ป่วยปลุกถ่ายไต เช่น เงิน ของใช้ต่างๆ เป็นต้น	204 (68.0)	23 (7.7)	21 (7.0)	30 (10.0)	18 (6.0)	4 (1.3)
14. ท่านได้รับการพัฒนาทักษะความ เป็นผู้นำมากขึ้น เมื่อมีส่วนร่วมในการ ดูแลผู้ป่วยปลุกถ่ายไตเพิ่มมากขึ้น	138 (46.0)	19 (6.3)	21 (7.0)	60 (20.0)	48 (16.0)	14 (4.7)
15. ท่านรู้สึกภาคภูมิใจที่ได้ส่วนหนึ่งของ ชุมชนในการดูแลผู้ป่วยปลุกถ่ายไต	95 (31.7)	15 (5.0)	21 (7.0)	65 (21.7)	84 (28.0)	20 (6.7)

ตาราง 12 (ต่อ)

ข้อความ	ร้อยละการมีส่วนร่วม					ไม่มีส่วนร่วม
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	
<b>ส่วนร่วมประเมินผล</b>						
16. ท่านมีส่วนร่วมในการนำข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นในระหว่างดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตเข้าไปในที่ประชุมของชุมชน	150 (50.0)	24 (8.0)	30 (10)	54 (18.0)	36 (12.0)	6 (2.0)
17. ท่านมีส่วนร่วมเข้าไปประเมินผล การดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง	153 (51.0)	26 (8.7)	33 (11.0)	51 (17.0)	31 (10.3)	6 (2.0)
18. ท่านมีส่วนร่วมในการติดตามผล การตรวจสุขภาพ ผลเลือดต่างๆ ของผู้ป่วย	153 (51.0)	24 (8.0)	31 (10.3)	42 (14.0)	35 (11.7)	15 (5.0)
19. ท่านได้มีการติดตามและประเมิน ปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไต ด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การพูดคุย ชักถาม หรือการสังเกต	129 (43)	25 (8.3)	25 (8.3)	68 (22.7)	42 (14.0)	11 (3.7)
20. ท่านมีส่วนร่วมในการติดตาม ความก้าวหน้าในการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไต ทั้งกายและใจของผู้ป่วยปลูกถ่ายไต รวมทั้ง การทำงานของไต	142 (47.3)	28 (9.3)	24 (8.0)	49 (16.3)	42 (14.0)	15 (5.0)

ตาราง 12 แสดงร้อยละการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตรายข้อ พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีส่วนร่วมและมีส่วนร่วมน้อยทุกด้าน โดยร้อยละ 46 ตอบว่าไม่มีส่วนร่วมและมีส่วนร่วมน้อยถึงน้อยที่สุดในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย และข้อความการตัดสินใจในเรื่องการทำงานหรือการเรียน ร้อยละ 35.3 ตอบว่าไม่มีส่วนร่วมและ

มีส่วนร่วมน้อยถึงน้อยที่สุดเช่นกัน ด้านส่วนร่วมการปฏิบัตินั้น พบว่า ข้อคำถามการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยและการเสียสละแรงกาย ร้อยละ 40 ตอบว่าไม่มีส่วนร่วมและมีส่วนร่วมน้อยถึงน้อยที่สุด รวมทั้งส่วนร่วมในการให้กำลังใจด้วย สำหรับการมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์นั้น ข้อคำถามความรู้สึกรักภูมิใจที่ได้ส่วนหนึ่งของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไต ที่ร้อยละ 56.4 ตอบว่าไม่มีส่วนร่วมและมีส่วนร่วมน้อยถึงน้อยที่สุดเช่นกัน ส่วนการมีส่วนร่วมด้านการประเมินผลนั้น พบว่า ร้อยละ 35.3 ไม่มีส่วนร่วมและมีส่วนร่วมน้อยถึงน้อยที่สุดในการติดตามความก้าวหน้าทั้งร่างกาย จิตใจรวมทั้งการทำงานของไต

ตาราง 13 แสดงระดับการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง (n=300)

การมีส่วนร่วมของชุมชน	ระดับ					
	มาก		ปานกลาง		น้อย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ส่วนร่วมการตัดสินใจ	57	19	89	29.7	154	51.3
ส่วนร่วมปฏิบัติการ	75	25	82	27.3	143	47.7
ส่วนร่วมรับผลประโยชน์	53	17.7	100	33.3	147	49
ส่วนร่วมประเมินผล	44	14.7	89	29.7	167	55.7
<b>รวม</b>	50	16.7	97	32.3	153	51

ตาราง 13 แสดงร้อยละการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตรายด้านและภาพรวม พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนในทุกด้านอยู่ในระดับน้อย โดยส่วนร่วมการตัดสินใจ ร้อยละ 51.3 ส่วนร่วมปฏิบัติการ ร้อยละ 47.7 ส่วนร่วมรับผลประโยชน์ ร้อยละ 49 และส่วนร่วมประเมินผล ร้อยละ 55.7 ภาพรวมการมีส่วนร่วมของชุมชนอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 51 ปานกลาง ร้อยละ 32.3 และระดับมาก ร้อยละ 16.7



#### ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชน (ตาราง 14-15)

ตาราง 14 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ใช้วิเคราะห์ (n=300)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. การมีส่วนร่วมของชุมชน										
2. แรงสนับสนุนทางสังคม	0.000**									
3. การดูแลของชุมชน	0.000**	0.000**								
4. อายุ	0.012*	0.000**	0.002*							
5. แต่งงาน/คู่หม้าย (กลุ่มอ้างอิง=โสด)	0.011*	0.005*	0.197	0.162						
6. ประสบการณ์	0.000**	0.000**	0.000**	0.324	0.035*					
7. การได้รับข้อมูล	0.000**	0.000**	0.000**	0.316	0.035*	0.000**				
8. รายได้สูง (กลุ่มอ้างอิง=รายได้ต่ำ)	0.000**	0.397	0.133	0.465	0.214	0.269	0.059			
9. บทบาททางสังคมที่เป็นเจ้าหน้าที่รัฐ/รพ.สต (กลุ่มอ้างอิง=ครอบครัว/ผู้ดูแล)	0.000**	0.000**	0.000**	0.033*	0.030*	0.003*	0.000**	0.000**		
10. การเข้าร่วมกิจกรรมสม่ำเสมอ (กลุ่มอ้างอิง=ไม่เข้าร่วมกิจกรรม)	0.019*	0.299	0.429	0.245	0.020*	0.194	0.002*	0.001**	0.331	

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (two-tailed).

\* Correlation is significant at the 0.05 level (two-tailed).

ตาราง 14 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ใช้วิเคราะห์ พบว่า ตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของชุมชนประกอบด้วย 9 ตัวแปร ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม การดูแลของชุมชน อายุ สถานภาพสมรส ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไต การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการปลูกถ่ายไต รายได้สูง บทบาททางสังคมที่เป็นเจ้าหน้าที่รัฐ การเข้าร่วมกิจกรรมชุมชนสม่ำเสมอ โดยมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (linear) ยอมรับ H1 P-Value < 0.05

ตาราง 15 แสดงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนด้วยการวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุคูณ (n=300)

ตัวแปรที่ศึกษา	b	Beta	P-Value
แรงสนับสนุนทางสังคม	0.616	0.441	0.000**
การดูแลผู้ป่วยของชุมชน	0.361	0.332	0.000**
รายได้สูง (รายได้ต่ำเป็นกลุ่มอ้างอิง)	-0.551	-0.169	0.000**
บทบาททางสังคมที่เป็นเจ้าหน้าที่รัฐ (ครอบครัวเป็นกลุ่มอ้างอิง)	0.333	0.83	0.026*
การเข้าร่วมกิจกรรมชุมชนสม่ำเสมอ (ไม่เข้าร่วมกิจกรรมเป็นกลุ่มอ้างอิง)	0.249	0.076	0.036*

\*\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 \*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

Constant=361 R<sup>2</sup>=0.63 Adjust R<sup>2</sup>=0.62

ตาราง 15 แสดงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชน นำตัวแปรทดสอบการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณเพื่อศึกษาอำนาจพยากรณ์ของตัวแปรอิสระ (ตัวแปรพยากรณ์) ที่มีต่อตัวแปรตามคือการมีส่วนร่วมของชุมชนด้วยวิธีการ Stepwise โดยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นผ่าน ทั้ง 5 ข้อ ผลการวิเคราะห์พบตัวแปร 5 ตัวแปร ร่วมทำนายการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต โดยแรงสนับสนุนทางสังคมมีอำนาจในการทำนายสูงที่สุด (Beta=0.441) รองลงมา ได้แก่ การดูแลของชุมชน รายได้สูง บทบาททางสังคมที่เป็นเจ้าหน้าที่รัฐ และการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชนสม่ำเสมอ (Beta=0.332, -0.169, 0.83, 0.076) โดยตัวแปรทั้ง 5 ตัวร่วมทำนายการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตได้ ร้อยละ 62 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากการวิเคราะห์นำมาเขียนสมการ ได้ดังนี้

$$Y' = b_0 + b_1x_1 + b_2x_2 + \dots + b_nx_n$$

การมีส่วนร่วมของชุมชน = 361 + 0.441 (แรงสนับสนุนทางสังคม) + 0.332 (การดูแลของชุมชน) - 0.169 (รายได้สูง) + 0.83 (เจ้าหน้าที่รัฐ) + 0.076 (การเข้าร่วมกิจกรรมชุมชนสม่ำเสมอ)

### การแปลความจากสัมประสิทธิ์ความถดถอย

แรงสนับสนุนทางสังคม (Beta=0.441) หมายความว่าเมื่อแรงสนับสนุนทางสังคมเปลี่ยนแปลงไป 1 หน่วยการมีส่วนร่วมของชุมชนจะเพิ่มขึ้น 0.441 หน่วย

การดูแลของชุมชน (Beta=0.332) หมายความว่าเมื่อการดูแลของชุมชนเปลี่ยนแปลงไป 1 หน่วยการมีส่วนร่วมของชุมชนจะเพิ่มขึ้น 0.332 หน่วย

รายได้สูง (รายได้ต่ำเป็นกลุ่มอ้างอิง) (Beta= -0.169) หมายความว่ารายได้อาจเพิ่มสูงขึ้นการมีส่วนร่วมยิ่งลดลงหรือผู้ดูแลที่มีรายได้สูงมีส่วนร่วมน้อยเมื่อเทียบกับผู้มีรายได้ต่ำ

บทบาททางสังคมที่เป็นเจ้าหน้าที่รัฐ (ครอบครัวเป็นกลุ่มอ้างอิง) (Beta= 0.83) หมายความว่าเจ้าหน้าที่รัฐมีส่วนร่วมมากกว่าเมื่อเทียบกับครอบครัว

การเข้าร่วมกิจกรรมชุมชนสม่ำเสมอ(ไม่เข้าร่วมกิจกรรมเป็นกลุ่มอ้างอิง) (Beta= 0.076) หมายความว่าคนที่การเข้าร่วมกิจกรรมชุมชนสม่ำเสมอมีส่วนร่วมมากกว่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรม

ผลที่ได้ในระยะที่ 2 พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตมี 5 ปัจจัย ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม การดูแลของชุมชน รายได้สูง บทบาททางสังคมที่เป็นเจ้าหน้าที่รัฐ และการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชนสม่ำเสมอ ผู้วิจัยนำปัจจัยดังกล่าวเข้าสู่การศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมในระยะที่ 3 ต่อไป

### ผลการวิจัยระยะที่ 3

การศึกษาในระยะนี้ ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต โดยวิธีการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) แบ่งการสนทนาเป็น 2 รอบ ได้แก่ รอบที่ 1 ร่างรูปแบบการมีส่วนร่วมและรอบที่ 2 ยืนยันรูปแบบการมีส่วนร่วม โดยผลการวิจัยมีรายละเอียดดังนี้

### รอบที่ 1 ยกร่างรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต

ผู้วิจัยนำข้อค้นพบในระยาะที่ 2 มาเป็นข้อมูลนำเข้าในการอภิปรายกลุ่ม (Focus group discussion) กับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 3 กลุ่มๆ ละ 6 คน รวมทั้งสิ้น 18 คน ได้แก่ กลุ่มที่ 1 ครอบครัว/ผู้ดูแลใกล้ชิด กลุ่มที่ 2 ผู้นำชุมชน/อสม. และกลุ่มที่ 3 เจ้าหน้าที่รัฐ/รพ.สต. ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่ 1 เป็นครอบครัวหรือผู้ดูแลใกล้ชิดผู้ป่วยปลูกถ่ายไต อายุระหว่าง 28 – 68 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมและมัธยมศึกษา มีอาชีพเกษตรกรและรับจ้างทั่วไป กลุ่มที่ 2 เป็นผู้นำชุมชนและอสม. มีอายุระหว่าง 52 – 62 ปี ปฏิบัติหน้าที่ตำแหน่งผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านและอสม. สำหรับกลุ่มที่ 3 เป็นเจ้าหน้าที่รัฐและรพ.สต. อายุระหว่าง 32 – 54 ปี รับผิดชอบงานอนามัยชุมชนและกองสาธารณสุขประจำ อบต.

จากการสนทนากลุ่มผู้วิจัยได้วิเคราะห์เนื้อหา (Thematic Analysis) เพื่อนำมาใช้ในการแยกแยะข้อมูล สร้างรหัสข้อมูล จัดกลุ่มข้อมูล (ภาคผนวก) และได้สรุปประเด็นจากข้อเสนอแนะของแต่ละกลุ่มแล้วนำมากำหนดกิจกรรมและบทบาทหน้าที่ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต จำแนกตามตัวแปรที่มีอิทธิพลที่เป็นผลการวิจัยระยะที่ 2 ดังรายละเอียดในตาราง 16

ตาราง 16 แสดงสรุปความคิดเห็น กิจกรรม และภาคเครือข่ายผู้รับผิดชอบรูปแบบฯ จำแนกตัวแปรตามผลการวิจัย  
ระยะที่ 2

ตัวแปร	ข้อมูลสนับสนุนจาก การสนทนากลุ่ม	ข้อสรุปจาก การสนทนากลุ่ม	กิจกรรม	ภาคีเครือข่าย ผู้รับผิดชอบ
แรงสนับสนุนทาง สังคม	- ถ้าบางคนที่ได้ไม่เงินหรือลำบาก จริงๆ เช่น การเดินทางไปตรวจตามนัด หรือการดูแลตนเอง หากมีการช่วยเหลือ ด้านการเงินจากชุมชน หรืออบต. มีรถไป ส่งก็น่าจะดี - หลังผ่าตัดไม่ยกของหนักเลย แพทย์ช่วย ทำให้เพราะภักดีจะรู้กันจะไม่ให้ยกของ - เพื่อนที่ทำงานก็จะรู้กันจะไม่ให้ยกของ หนักพวกเอกสารเยอะๆ - ของใช้ก็ทำเองทั้งหมด เครื่องวัดความ ดัน เครื่องเจาะน้ำตาลก็ซื้อเอง	เน้นย้ำการสนับสนุน ทางสังคมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ เงิน แรงกาย และอารมณ์ 2. กิจกรรม ถ้าไม่ไหวช่วยไปช่วย” โดยดูแลด้านแรงกายที่ อยู่ใกล้บ้านคอยช่วยเหลือเวลาผู้ป่วยต้องการ 3. กิจกรรม เยี่ยมกัน บ้านของ ลงอกคุย” โดยเยี่ยมบ้านผู้ป่วย และนำของใช้ที่จำเป็นไปให้ เช่น mask เจลล้างมือ กล้อง ไฝยา พร้อมทั้งพูดคุยให้กำลังใจ เดือนละ 1 ครั้ง x 3 เดือน นานครั้งละ 15 -30 นาที	1. กิจกรรม “กองทุนดูแลผู้ป่วยถูกภัยไต” โดยจัดสรรเงิน สนับสนุนเพื่อไว้สำหรับกรณีผู้ป่วยต้องการการสนับสนุน ด้านการเงินหรือทีมผู้ดูแลนำไปซื้อสิ่งของสำหรับดูแลผู้ป่วย 2. กิจกรรม “ถ้าไม่ไหวช่วยไปช่วย” โดยดูแลด้านแรงกายที่ อยู่ใกล้บ้านคอยช่วยเหลือเวลาผู้ป่วยต้องการ 3. กิจกรรม เยี่ยมกัน บ้านของ ลงอกคุย” โดยเยี่ยมบ้านผู้ป่วย และนำของใช้ที่จำเป็นไปให้ เช่น mask เจลล้างมือ กล้อง ไฝยา พร้อมทั้งพูดคุยให้กำลังใจ เดือนละ 1 ครั้ง x 3 เดือน นานครั้งละ 15 -30 นาที	- หน่วยงานปกครอง ส่วนท้องถิ่น - หน่วยงาน สาธารณสุข - ผู้นำชุมชน - อสม - ครอบครัว - อาสาสมัครพัฒนา สังคมและมนุษย์ (อพม.)



ตาราง 16 (ต่อ)

ตัวแปร	ข้อมูลสนับสนุนจาก	ข้อสรุปจาก	กิจกรรม	ภาคีเครือข่าย ผู้รับผิดชอบ
การดูแลของชุมชน	<p>ข้อมูลสนับสนุนจาก</p> <p>การสนทนากลุ่ม</p> <p>- ในชุมชนไม่มีใครเคยมาสอนเรื่องปลูก เสริมความรู้เกี่ยวกับ</p> <p>ถ่ายได้รู้แต่ว่ามีคนที่ปลูกถ่ายได้ในชุมชน การดูแลผู้ช่วยอย่างรู้</p> <p>แต่ไม่ได้ช่วยดูแล เพราะไม่รู้จะดูแล แจ็ง และเข้าใจ</p> <p>อย่างไร</p> <p>-เจ้าหน้าที่พร.สต.เองก็ไม่เคยได้รับข้อมูล</p> <p>และไม่มีความรู้ในด้านนี้เลย</p> <p>-เวลาผู้ช่วยมีอากาศผิดปกติ เคนนอน</p> <p>กลางคืนแล้วเหงอกมากเหมือนน้ำตาล</p> <p>ต่ำก็ต้องมีผลไม่ไวเลย ต้องดูแลตนเอง</p> <p>เพราะไม่รู้จะปรึกษาใคร ต้องรอจนไป</p> <p>ตรวจตามนัด</p> <p>- ถ้ามีที่ปรึกษาที่ดีเหมือนกับบ่อสม.เองก็มี</p> <p>line กลุ่มกันในคนที่ใช้โทรศัพท์เป็น ภาย</p> <p>ไม่เยอะมาก</p>	<p>ข้อสรุปจาก</p> <p>การสนทนากลุ่ม</p>	<p>กิจกรรม</p> <p>1. จัดประชุมเสริมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกาปลูกและ</p> <p>ผู้ช่วยปลูกถ่ายไปโดยยังรู้แจ้ง 1 ครั้ง ใช้เวลา 60 นาที</p> <p>2. กิจกรรม “ดูแลครบทั้ง 5 ด้าน” โดยออกเยี่ยมบ้าน</p> <p>และจัดทำสมุดคู่มือการดูแลของชุมชนประกอบไปด้วย</p> <p>2.1 การตรวจสบจำนวน เวลาและปริมาณยกค</p> <p>ภูมิคุ้มกันเพื่อที่เหลือ</p> <p>2.2 บันทึกกิจกรรมประจำวัน</p> <p>2.3 บันทึกอาการผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อน</p> <p>2.4 ตรวจสบก้นหาปรสิตตามนัด</p> <p>2.5 ประเมินความก้าวหน้าของไต</p> <p>3. กิจกรรม “สายด่วนปรึกษาปัญหาไตใหม่” โดยตั้ง line</p> <p>group และเบอร์โทรเวลาเกิดปัญหาในการดูแล</p>	<p>ภาคีเครือข่าย</p> <p>ผู้รับผิดชอบ</p> <p>-หน่วยงานปกครอง</p> <p>ส่วนท้องถิ่น</p> <p>-หน่วยงาน</p> <p>สาธารณสุข</p> <p>-ผู้นำชุมชน</p> <p>-อสม</p> <p>-ครอบครัว</p> <p>-อาสาสมัคร</p> <p>พัฒนาลังคัมและ</p> <p>มณุษย์ (อพม.)</p>

ตาราง 16 (ต่อ)

ตัวแปร	ข้อมูลสนับสนุนจาก	ข้อสรุปจาก	กิจกรรม	ภาคีเครือข่าย ผู้รับผิดชอบ
รายได้สูง	ข้อมูลสนับสนุนจาก การสนทนากลุ่ม	การสนทนากลุ่ม		
รายได้สูง	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ในชุมชนมีงบประมาณเวลาเยี่ยมบ้านครั้งละรายได้เป็นแรงจูงใจ 3,500 บาท เพียงอาหารกลางวันโดยต้องทำส่วนหนึ่งในการทำโครงการขอที่อบต.</li> <li>- อดสม. มีเงินเดือนๆละ 1,000 บาท</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>กำหนดค่าตอบแทนให้อดสม. ครั้งละ 100 บาท เพื่อเป็นแรงจูงใจและเพิ่มส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์</li> <li>กิจกรรมในชุมชน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- หน่วยงานปกครองส่วนท้องถิ่น</li> <li>- ผู้นำชุมชน</li> <li>- อดสม.</li> <li>- เลขาของทงหมู่บ้าน</li> </ul>	
บทบาททางสังคมที่เป็นเจ้าหน้าที่รัฐ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- หน่วยงานอบต. มีกองสาธารณสุขที่ดูแลให้มีทีมการดูแลผู้ป่วยจิตประทุษแต่ตั้งทีมการดูแลผู้ป่วยโดยถ่ายไตในประเด็นสุขภาพในชุมชนโดยชุมชนสามารถถ่ายไตร่วมกัน</li> <li>- อดสม. เองมีเครือข่ายในชุมชนที่เข้มแข็ง เช่นรพ.สต. จนถึงชุมชนให้ CG ที่คอยประสานงานให้</li> <li>- เรื่องปลูกถ่ายไตเป็นเรื่องใหม่ซึ่งทีมของรพ. การดูแลผู้ป่วยร่วมกับ พืชญะโลก พุทธชินราชขอความร่วมมือกับทีมด้วย</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>และเน้นบทบาทของ อดสม. และทีมที่ติดตามตั้งแต่ hospital based กับ community based ดังนี้</li> <li>1. ทีมระยะแรก 6 สัปดาห์ เป็นทีมรพ. พุทธชินราช</li> <li>2. ทีมระยะกลาง 6 เดือน เป็นทีมรพ.สต.</li> <li>3. ทีมระยะยาวหลัง 6 เดือน เป็นทีม อดสม. และอดพม.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- หน่วยงานสาธารณสุข</li> <li>- ผู้นำชุมชน</li> <li>- อดสม.</li> <li>- ครอบครัว</li> <li>- อาสาสมัครพัฒนาสังคมและมนุษย์ (อพม.)</li> <li>- หน่วยงานดูแลผู้ป่วยโลก</li> <li>- ถ่ายไต รพ. พุทธชินราช</li> </ul>	

ตาราง 16 (ต่อ)

ตัวแปร	ข้อมูลสนับสนุนจาก การสนทนากลุ่ม	ข้อสรุปจาก การสนทนากลุ่ม	กิจกรรม	ภาคีเครือข่าย ผู้รับผิดชอบ
<p>จากการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชนสมาชิก</p>	<p>- อสม. ออกเยี่ยมบ้านและทำกิจกรรมต่างๆในชุมชนแต่บางครั้งก็ไม่ได้เข้าบ้านที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังบ้าง เมื่อไร เวลาถ่ายไต</p> <p>- บ้านผู้ป่วยปลูกถ่ายไตไม่ค่อยเข้าร่วมกิจกรรมอาจเพราะทำงานประจำด้วยเลยไม่ค่อยได้มาทำกิจกรรมกับคนอื่นในชุมชน</p> <p>- ถ้ามีการบอกหรือกำหนดวันล่วงหน้าก็จะดีจะได้รู้เวลาเข้าร่วมกิจกรรมที่แน่นอน</p> <p>- ปกติผู้ป่วยก็จะไปตรวจที่โรงพยาบาลศูนย์เลย ขนาดที่ห้องฉุกเฉินเองยังไม่กล้าดูแลเลยต้องรายงานแพทย์ปลูกถ่ายไตก่อน</p>	<p>- วางแผนกิจกรรมร่วมกันว่า เป็นตารางที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตประจำวันและภาระงาน</p> <p>- สร้างความมั่นใจในระบบบริการระดับปฐมภูมิในชุมชน</p> <p>- เสริมแรงจูงใจให้เข้าร่วมกิจกรรม</p>	<p>1. กิจกรรม “ เสริมแรงจูงใจไปร่วมกิจกรรม ” โดยหากเข้าร่วมกิจกรรมครบ -ผู้เฒ่าผู้แก่ -คนชรา -คนพิการ</p> <p>ส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์และกำหนดแผนกิจกรรมให้ชัดเจนล่วงหน้า</p> <p>ทั้งวัน เวลา สถานที่ โดยให้ชุมชนกำหนดเอง</p>	<p>--หน่วยงานสาธารณสุข</p> <p>-ผู้เฒ่าผู้แก่</p> <p>-คนชรา</p> <p>-คนพิการ</p> <p>-อาสาสมัครพัฒนาสังคมและมนุษย (อพม.)</p>
<p>จากผู้ป่วย</p>	<p>- ปกติผู้ป่วยก็จะไปตรวจที่โรงพยาบาลศูนย์เลย ขนาดที่ห้องฉุกเฉินเองยังไม่กล้าดูแลเลยต้องรายงานแพทย์ปลูกถ่ายไตก่อน</p>	<p>2. กิจกรรม “ เชื่อมกันและกัน ” โดยเวลาออกเยี่ยมบ้านโดยให้รพ.สต. เป็นผู้นำทีมเยี่ยมร่วมกับทีมรพ. พกขินราชนา</p> <p>บันทึกการตรวจวัดความดันโลหิต ซึ่งนำหน้า คูกรบันทึกสารน้ำ เพื่อสร้างความเชื่อมั่นว่ารพ.สต.ดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตได้</p>	<p>2. กิจกรรม “ เชื่อมกันและกัน ” โดยเวลาออกเยี่ยมบ้านโดยให้รพ.สต. เป็นผู้นำทีมเยี่ยมร่วมกับทีมรพ. พกขินราชนา</p> <p>บันทึกการตรวจวัดความดันโลหิต ซึ่งนำหน้า คูกรบันทึกสารน้ำ เพื่อสร้างความเชื่อมั่นว่ารพ.สต.ดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตได้</p>	<p>ภาคีเครือข่าย</p> <p>ผู้รับผิดชอบ</p>

จากผลสรุปประเด็นการสนทนากลุ่มในรอบที่ 1 ผู้วิจัยได้ยกร่างรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ จาก 5 ตัวแปรที่มีอิทธิพล และกำหนดกิจกรรมทั้งหมด 10 กิจกรรม จากนั้นนำรูปแบบการมีส่วนร่วมที่ร่างขึ้นเข้าสู่การสนทนากลุ่มในรอบที่ 2 เพื่อยืนยันรูปแบบต่อไป

### รอบที่ 2 ยืนยันรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต

ผลการสนทนากลุ่มแบบรวมตัวแทนของทุกกลุ่ม (Heterogeneous group) ได้แก่ กลุ่มครอบครัวและผู้ดูแล จำนวน 3 คน กลุ่มผู้นำชุมชนและอสม. จำนวน 3 คน และกลุ่มเจ้าหน้าที่รัฐและรพ.สต จำนวน จำนวน 4 คน รวมทั้งสิ้น 10 คน ผู้วิจัยนำเสนอร่างรูปแบบการมีส่วนร่วมการทั้ง 5 องค์ประกอบ 10 กิจกรรม อาสาสมัครที่เป็นรพ.สต.ได้เสนอให้เพิ่มองค์ประกอบ การผสมผสานการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและการเชื่อมต่อข้อมูล (Integrate community participation and information linkage) เนื่องจากปัจจุบันการส่งต่อข้อมูลจากรพ.ตติยภูมิที่ปลูกถ่ายไตยังไม่เชื่อมต่อข้อมูลทำให้ รพ.สต.ไม่ได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตในพื้นที่รับผิดชอบ และมติกกลุ่มเห็นด้วย ดังนั้นจึงเพิ่มองค์ประกอบในร่างรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต และสรุปรูปแบบประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ 11 กิจกรรม ดังแสดงในตาราง 17

ตาราง 17 แสดงสรุปองค์ประกอบ จุดเน้นย้ำ และกิจกรรมของรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต: NEWTAI model

องค์ประกอบ	จุดเน้นย้ำ	กิจกรรม
Nourishing social support	การส่งเสริมให้มีแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ	1. กิจกรรม “กองทุนดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไต” 2. กิจกรรม “ถ้าไม่ไหวเดี๋ยวไปช่วย” 3. กิจกรรม “เยี่ยมกัน บ้านของ ลองคุย”

ตาราง 17 (ต่อ)

องค์ประกอบ	จุดเน้นย้ำ	กิจกรรม
Enlightened about kidney transplantation care	การเสริมความรู้การดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตอย่างรู้แจ้ง	1. จัดประชุมเสริมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไต 2. กิจกรรม “ดูแลครบทั้ง 5 ด้าน” 3. กิจกรรม “สายด่วนปรึกษาปัญหาไตใหม่”
Warming remuneration for participation	การสนับสนุนด้านการเงิน	7. กำหนดค่าตอบแทนอดสม
Team community kidney transplantation care	การจัดตั้งทีมการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตในชุมชน	8. กิจกรรมแต่งตั้งทีมการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตในชุมชน
Activities and trustful adjustment in primary service system	การจัดกิจกรรมสม่ำเสมอและสร้างความเชื่อมั่นในระบบบริการของชุมชน	9. กิจกรรมเสริมแรงจูงใจไปร่วมกิจกรรมโดยมอบประกาศนียบัตร 10. สร้างความเชื่อมั่นในบริการปฐมภูมิ
Integrate community participation and information linkage	ผสานการดูแลแบบมีส่วนร่วมและการเชื่อมโยงข้อมูลการดูแลผู้ป่วยเป็นหนึ่งเดียว	11. เชื่อมต่อข้อมูลและการมีส่วนร่วม

จากตาราง 17 รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ 11 กิจกรรม ดังนี้ 1) การส่งเสริมให้มีแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ (Nourishing social support) ประกอบด้วย 3 กิจกรรม 2) การดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตอย่างรู้แจ้ง (Enlightened about kidney transplantation care) ประกอบด้วย 3 กิจกรรม 3) การสนับสนุนด้านการเงิน (Warming remuneration for participation) ประกอบด้วย 1 กิจกรรม 4) การจัดตั้งทีมการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตในชุมชน (Team community kidney transplantation care) ประกอบด้วย 1 กิจกรรม 5) การจัดกิจกรรมสม่ำเสมอและสร้างความเชื่อมั่นในระบบบริการปฐมภูมิ (Activities and trustful adjustment in primary service system) ประกอบด้วย 2 กิจกรรม 6) การผสานการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย



และการเชื่อมต่อข้อมูล (Integrate community participation and information linkage) ประกอบด้วย 1 กิจกรรม โดยรูปแบบการมีส่วนร่วมที่พัฒนาขึ้น เรียกว่า NEWTAI Model ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดทฤษฎี ดังนี้ ทฤษฎีการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community participation) ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) และทฤษฎีแรงจูงใจ (Motivation theory)

เมื่อได้รูปแบบการมีส่วนร่วมครบองค์ประกอบและกิจกรรมแล้ว ผู้วิจัยให้อาสาสมัครร่วมกันกำหนดแนวทางการดำเนินงานของรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต โดยเน้นให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนการดำเนินงาน ทั้งส่วนร่วมการตัดสินใจ ส่วนร่วมปฏิบัติการ ส่วนร่วมรับผลประโยชน์ และส่วนร่วมประเมินผล ดังแสดงในตาราง 18

ตาราง 18 แสดงสรุปแนวทางการดำเนินการของรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต ภายใต้ NEWTAI model

ระยะดำเนินการ	องค์ประกอบของรูปแบบ	การดำเนินการกิจกรรม	การมีส่วนร่วม
เตรียมการ	Team community kidney transplantation care	<ol style="list-style-type: none"> <li>ประชุมภาคีเครือข่ายเพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต</li> <li>จัดประชุมแต่งตั้งทีมการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตในชุมชน (Team community care) และกำหนดบทบาทความรับผิดชอบ</li> <li>กำหนดวางแผนตารางกิจกรรมในแต่ละองค์ประกอบร่วมกันเพื่อให้ภาคีเครือข่ายสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้สม่ำเสมอสอดคล้องกับวิถีชีวิตและการทำงาน</li> </ol>	การมีส่วนร่วมในกระบวนการวางแผนและตัดสินใจ

## ตาราง 18 (ต่อ)

ระยะ ดำเนินการ	องค์ประกอบของ รูปแบบ	การดำเนินการกิจกรรม	การมีส่วนร่วม
เตรียมการ	Activities and trustful adjustment in service system	4. จัดทำสมุดคู่มือการดูแลผู้ป่วยเพื่อใช้ในกิจกรรม “ดูแลครบจบทั้ง 5 ด้าน” 5. จัดทำแฟ้มข้อมูลผู้ป่วยที่เชื่อมต่อกัน 6. เตรียมสถานที่ในการสอนให้ความรู้และสถานที่นัดพบก่อนเยี่ยมบ้านแต่ละครั้ง 7. เตรียมใบประกาศสำหรับผู้เข้าร่วมกิจกรรมครบทุกครั้ง	
ดำเนินการ	Enlightened about kidney transplantation care	1. จัดประชุมเสริมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตอย่างรู้แจ้ง 1 ครั้ง ใช้เวลา 60 นาที สถานที่ รพ.สต. ปลักแรด 2. กิจกรรม “ดูแลครบจบทั้ง 5 ด้าน” โดยดำเนินกิจกรรมควบคู่กับกิจกรรม “เยี่ยมกัน บ้านของลุงคุณ” ออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยและนำของใช้ที่จำเป็นไปให้ เช่น mask เจลล้างมือ กล่องใส่ยา พร้อมทั้งพูดคุยให้กำลังใจ เดือนละ 1 ครั้ง x 3 เดือน ประกอบด้วยทีมรพ.สต. อสม. อพม. ผู้นำชุมชน 4. กิจกรรม “สายด่วนปรึกษาปัญหาไตใหม่” โดยตั้ง line group และเบอร์โทรเวลาเกิดปัญหาในการดูแลผู้ป่วย	การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ
	Nourishing social support	5. กิจกรรม “ถ้าไม่ไหวเดี๋ยวไปช่วย” โดยให้ครอบครัวและทีมดูแลที่อยู่ใกล้บ้านคอยช่วยเหลือเวลาผู้ป่วยต้องการด้านร่างกาย	
	Activities and trustful adjustment in primary service system	6. กิจกรรม “เชื่อมั่นกันและกัน” โดยให้หัวหน้าทีมในการเยี่ยมบ้านเป็นเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ภายใต้การดูแลของทีม รพ.พุทธชินราชในการเยี่ยมครั้งแรก และมีการตรวจวัดความดันโลหิตซึ่งน้ำหนัก ดูการบันทึกสารน้ำเพื่อสร้างความเชื่อมั่นว่า รพ.สต. ดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตได้	

## ตาราง18 (ต่อ)

ระยะ ดำเนินการ	องค์ประกอบของ รูปแบบ	การดำเนินการกิจกรรม	การมีส่วนร่วม ร่วม
	Integrate community participation and information linkage	7. หลังจากเยี่ยมบ้านจะมีการสรุปข้อมูลร่วมกัน และบันทึกลงในแฟ้มข้อมูลผู้ป่วยทั้งในส่วนของ hospital based และ community based	การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ
	Nourishing social support	8. ขณะดำเนินการกิจกรรมใช้เงินจาก “กองทุนดูแลผู้ป่วยปลุกถ่ายไต”	
	Warming remuneration for participation	9. หลังจากจบกิจกรรมแต่ละครั้งมอบเงินค่าตอบแทนอสม.	การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์
	Activities and trustful adjustment in service system	10. หากเข้าร่วมกิจกรรมครบทุกครั้งจะได้รับใบประกาศเพื่อเสริมแรงจูงใจในด้านเกิดศรัทธาภาคภูมิใจและสร้างความเชื่อมั่นในระบบบริการปฐมภูมิ	
ประเมินผล	Integrate community participation and information linkage	ประเมินประสิทธิผลรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลุกถ่ายไตดังนี้ 1. การประเมินผลระยะสั้น โดยประเมินจาก การมีส่วนร่วมและการดูแลผู้ป่วยหลังสิ้นสุดโครงการ (output) 2. การประเมินผลระยะยาว โดยประเมินจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในเวลา 1 ปีหลังสิ้นสุดโครงการ (outcome)	การมีส่วนร่วมในการประเมินผล

จากตาราง 18 สรุปแนวทางการดำเนินการรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต โดยดำเนินการแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่

- 1) ระยะเตรียมการ ตั้งแต่การเตรียมสถานที่ เตรียมข้อมูล เอกสาร และกำหนดการนัดหมาย กิจกรรมต่างๆ ไว้ล่วงหน้า โดยในตอนนี้นำให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจ
- 2) ระยะดำเนินการ ได้แก่ การเยี่ยมบ้าน การใช้ line group ปรึกษา การดำเนินงานกองทุนดูแลผู้ป่วย การบันทึกการดูแลทั้ง 5 ด้าน ซึ่งในขั้นตอนนี้ทำให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ
- 3) ระยะประเมินผล ซึ่งในขั้นตอนนี้เป็นการประเมินผลการดูแลผู้ป่วยร่วมกันของชุมชน (output) ทำให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการประเมินผลเพิ่มขึ้น ส่วนประเมินผลระยะยาว (outcome) ยังไม่ได้ดำเนินการในการศึกษาครั้งนี้

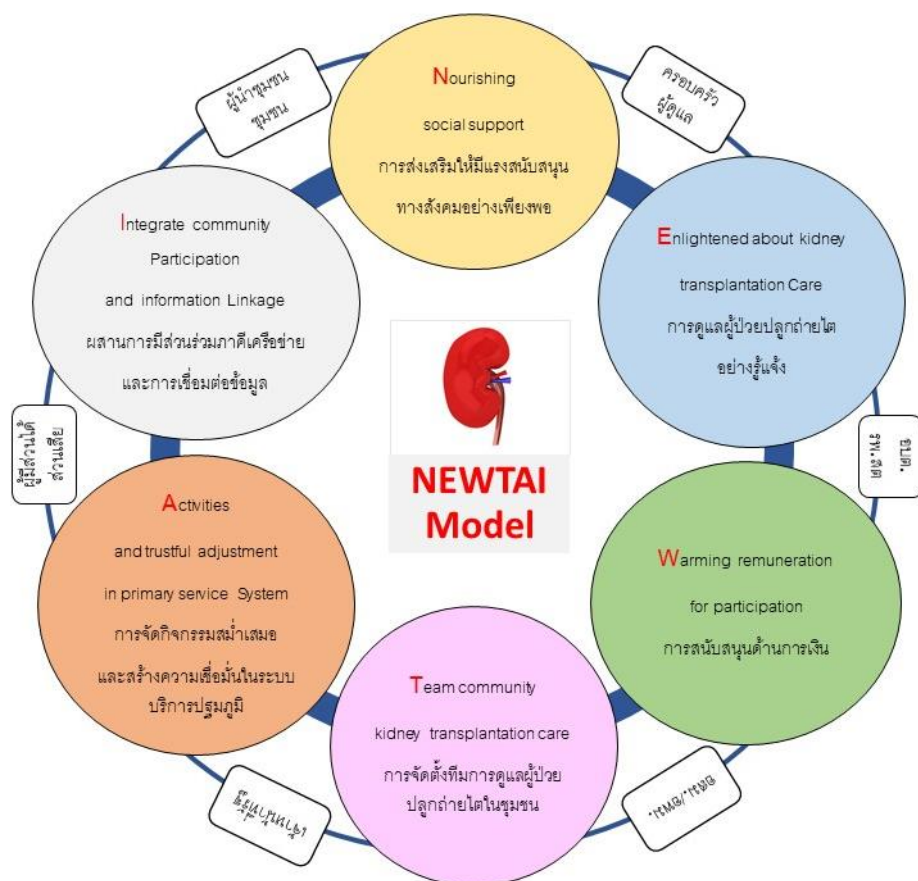
เมื่อได้แนวทางการดำเนินการของรูปแบบแล้วผู้วิจัยให้ผู้ร่วมสนทนากลุ่มประเมินความเหมาะสมของกิจกรรมและความเป็นไปได้ของการดำเนินงานรูปแบบเพื่อยืนยันรูปแบบโดยการประเมินนี้เป็นการแสดงความคิดเห็นของภาคีเครือข่ายที่เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต ดังตาราง 19

**ตาราง 19 แสดงจำนวนและร้อยละความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต ในเขตภาคเหนือตอนล่าง (n = 10)**

รายละเอียด	ความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (n=10)			
	ความเหมาะสม (จำนวน/ร้อยละ)		การนำไปปฏิบัติ (จำนวน/ร้อยละ)	
	เหมาะสม	ไม่เหมาะสม	ปฏิบัติได้	ปฏิบัติไม่ได้
1. ความเป็นมาของการพัฒนารูปแบบ	10(100)	0	10(100)	0
2. วัตถุประสงค์การพัฒนารูปแบบ	10(100)	0	10(100)	0
3. การดำเนินการพัฒนารูปแบบ	10(100)	0	10(100)	0
3.1 องค์ประกอบของรูปแบบ	10(100)	0	10(100)	0
3.2 กิจกรรมของรูปแบบ	10(100)	0	10(100)	0
3.3 ขั้นตอนการดำเนินการ	10(100)	0	10(100)	0
4. การนำรูปแบบไปใช้ในพื้นที่	10(100)	0	10(100)	0
5. ประโยชน์ของการพัฒนารูปแบบ	10(100)	0	10(100)	0

**ข้อเสนอแนะ** การดำเนินกิจกรรมของรูปแบบควรมีทีมโรงพยาบาลพุทธชินราชช่วยดูแลในช่วงแรกด้วยเพราะชุมชนยังไม่มีความรู้ เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่ไม่เคยมีมาก่อนในชุมชนและกิจกรรมกองทุนควรมีการจัดการที่ดีและให้เกิดความยั่งยืนเพราะในการปฏิบัติจริงนั้นอาจเกิดปัญหาในการใช้เงินและความโปร่งใสได้

จากตาราง 19 พบว่า ความคิดเห็นของภาคีเครือข่ายที่เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต ร้อยละ 100 มีความคิดเห็นว่ารูปแบบมีความเหมาะสมและสามารถนำไปปฏิบัติจริงทั้งในเรื่องความเป็นมาของการพัฒนารูปแบบวัตถุประสงค์การพัฒนารูปแบบ การดำเนินการพัฒนารูปแบบ การนำรูปแบบไปใช้ในพื้นที่ และประโยชน์ของการพัฒนารูปแบบและภาคีเครือข่ายยืนยันรูปแบบการมีส่วนร่วม ดังแสดงในภาพ 27



ภาพ 27 รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตในเขตภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย (NEWTAI model)



คำอธิบายของรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตในเขตภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย (NEWTAI model)

คำอธิบายตัวย่อ: องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.), อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.), โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพ.สต.), อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (อพม.)

รายละเอียดกิจกรรมในแต่ละองค์ประกอบมีดังนี้

1. การส่งเสริมให้มีแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ (Nourishing social support) ประกอบด้วย 3 กิจกรรม

1.1 กิจกรรม “กองทุนดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไต” โดยผู้วิจัยมอบเงินจำนวน 5,000 บาท จัดตั้งเป็นกองทุนดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตในชุมชน การบริหารจัดการเงินใช้รูปแบบเดียวกับกองทุนหมู่บ้าน ให้เหรียญกษาปณ์หมู่บ้านเป็นผู้เบิก-จ่ายเงิน มีผู้อนุมัติ 3 คน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน กรรมการกองทุนหมู่บ้าน และเหรียญ กำหนดเกณฑ์การเบิก-จ่ายเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตในชุมชนทั้งจากความประสงค์ของผู้ป่วยและครอบครัวและความประสงค์ของทีมชุมชนเอง เพื่อนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย การพิจารณาใช้ความเห็นชอบของชุมชนเอง กิจกรรมนี้ช่วยให้ชุมชนสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการเพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการเงิน

1.2 กิจกรรม “ถ้าไม่ไหวเดี๋ยวไปช่วย” กำหนดทีมที่อยู่ในพื้นที่ใกล้เคียงกับบ้านผู้ป่วยปลูกถ่ายไตซึ่งส่วนใหญ่เป็นญาติพี่น้องให้ช่วยเหลือกิจกรรมด้านร่างกาย เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถออกแรงทำงานหรือยกของหนักได้เพราะจะเพิ่มแรงดันในช่องท้องและกระทบกระเทือนไตใหม่ซึ่งอยู่บริเวณหน้าท้องด้านขวาได้ กิจกรรมนี้ช่วยให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการปฏิบัติการในการดูแลด้านปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามวิถีชีวิตและการทำงาน และเป็นการเพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคมด้านร่างกาย

1.3 กิจกรรม “เยี่ยมกัน ปันของ ลองคุย” กำหนดการเยี่ยมบ้าน เดือนละ 1 ครั้ง รวม 3 ครั้ง โดยวางแผนวันและเวลาไว้ล่วงหน้า คือวันพุธที่ 3 ของเดือน เวลา 14.00 น. เพื่อให้สอดคล้องการกำหนดการเยี่ยมบ้านของเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ทีมที่ไปเยี่ยมแต่ละครั้งประกอบด้วย ทีมผู้วิจัยจากโรงพยาบาลพุทธชินราช เจ้าหน้าที่รพ.สต. ปลัดแอด ผู้นำชุมชน อสม. อบต. อพม. ครั้งละ 10 คน โดยในแต่ละครั้งนำสิ่งของที่จำเป็นในการดูแลไปมอบให้ผู้ป่วยและครอบครัว ได้แก่ เจลแอลกอฮอล์ล้างมือ หน้ากากอนามัย กล่องใส่ยา ปรอทวดไข่ สมุดคู่มือการรับประทายากด ภูมิคุ้มกันเพื่อเพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคมด้านสิ่งของ ในระหว่างเยี่ยมมีการพูดคุยถามไถ่ ให้

กำลังใจผู้ป่วย ใช้เวลาประมาณ 30 นาที เป็นการเพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ซึ่งกิจกรรมนี้ทำให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมการปฏิบัติการเพิ่มมากขึ้น

2. การดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตอย่างรู้แจ้ง (Enlightened about kidney transplantation care) ประกอบด้วย 3 กิจกรรม

2.1 กิจกรรมเสริมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไต โดยจัดประชุมเสริมความรู้ให้กับชุมชนประกอบด้วยความรู้การผ่าตัดปลูกถ่ายไตและสถานการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนเพื่อให้ชุมชนเห็นความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเมื่อกลับไปในชุมชนและความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยทั้ง 5 ด้าน เพื่อให้ชุมชนมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจาก การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นเรื่องใหม่สำหรับชุมชนและชุมชนไม่มีประสบการณ์ในการดูแลมาก่อน หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยได้เล่าประสบการณ์การดูแลตนเองที่ผ่านมาเพื่อให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนวางแผนการดูแลร่วมกันเพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคมและการดูแลด้านอารมณ์

2.2 กิจกรรม “ดูแลครบทั้ง 5 ด้าน” โดยจัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานยากดภูมิคุ้มกัน ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้านอารมณ์ ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และด้านการมาตรวจตามนัด ซึ่งคู่มือนี้นำไปใช้ควบคู่ไปกับกิจกรรมการเยี่ยมบ้าน เพื่อให้รพ.สต. และทีมที่เยี่ยมใช้เป็นแนวทางในการติดตามและประเมินผู้ป่วยให้ครบถ้วนทุกด้าน ประกอบด้วย การตรวจร่างกาย วัดสัญญาณชีพ ชักถามอาการทั่วไป/อาการผิดปกติ การรับประทานยา น้ำและอาหาร ตรวจสอบจำนวนยาและการบันทึกการรับประทานยากดภูมิคุ้มกันของผู้ป่วย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติ (laboratory) เช่น ค่าการทำงานของไต กำหนดการตรวจตามนัด กิจกรรมนี้ทำให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจ ส่วนร่วมการปฏิบัติการและส่วนร่วมการประเมินผล เช่น หากพบว่า ผู้ป่วยมีอาการบวมมากขึ้น หรือประเมินพบค่าการทำงานของไตลดลง ทีมที่ไปเยี่ยมจะร่วมวางแผนกับผู้ป่วยและครอบครัวว่าต้องทำอะไรบ้างเพื่อลดความเครียดของผู้ป่วยเพิ่มแรงสนับสนุนด้านอารมณ์และทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีขึ้นจากการมีส่วนร่วมของชุมชน

2.3 กิจกรรม “สายด่วนปรึกษาปัญหาไตใหม่” จัดตั้ง line group เพื่อให้ผู้ป่วยและชุมชนสามารถปรึกษาได้ตลอด 24 ชั่วโมง เนื่องจากเดิมการดูแลเน้นการรักษา(therapy)และการแจ้งข้อมูล (informing) ซึ่งเป็นการมีส่วนร่วมแบบทางเดียวแต่ผู้ป่วยไม่สามารถปรึกษาได้เมื่อต้องการ เนื่องจากเวลาผู้ป่วยมีปัญหาจะติดต่อเจ้าหน้าที่รพ.พุทธชินราชในเวลาราชการเท่านั้นทำให้เกิดความเครียดและอาจส่งเสริมให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ดังนั้นกิจกรรมนี้ช่วยทำให้เกิด

การสื่อสารแบบ 2 ทาง ชุมชนสามารถสะท้อนความต้องการรวมทั้งปัญหาขึ้นมาได้ตลอดเวลา นอกจากนี้ยังสามารถใช้ line group ในการติดตามอาการผู้ป่วยประจำวันหากยังไม่ถึงกำหนดเยี่ยมบ้านและให้กำลังใจพูดคุยเป็นเพิ่มแรงสนับสนุนด้านอารมณ์และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล

3. การสนับสนุนด้านการเงิน (Warming remuneration for participation) ประกอบด้วย 1 กิจกรรม โดยกำหนดค่าตอบแทนให้ชุมชนที่เข้าร่วมกิจกรรมครั้งละ 100 บาท/คน พร้อมแจกของตอบแทนเล็กน้อย ได้แก่ เจลแอลกอฮอล์ล้างมือ หน้ากากอนามัย Face Shield สมุดจด ปากกา กระเป๋าล้างมือ เพื่อเพิ่มแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรมและทำให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์เชิงปริมาณจากการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากเดิมชุมชนมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์เชิงคุณภาพ เช่น ครอบครัวภูมิใจที่ได้ดูแลผู้ป่วยแต่ยังขาดผลประโยชน์ที่เป็นค่าตอบแทน

4. การจัดตั้งทีมการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตในชุมชน (Team community kidney transplantation care ) ประกอบด้วย 1 กิจกรรม โดยจัดตั้งทีมการดูแลผู้ป่วยไตในชุมชนเชื่อมต่อการดูแลตั้งแต่ hospital based จนถึง community based ให้สอดคล้องกับระยะเวลาและการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งทีมประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ รพ.พุทธชินราช รพ.สต.ปลักแรด อสมและชุมชน ทำงานประสานกันตั้งแต่ก่อนผ่าตัดโดยทีมรพ.พุทธชินราช จะประสานไปยังรพ.สต.และชุมชนก่อนที่จะผ่าตัดเพื่อเพิ่มการมีส่วนร่วมของชุมชนในการวางแผนและตัดสินใจ เช่น การหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมในชุมชน โดยกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในแต่ละระยะดังนี้

4.1 ระยะ 6 สัปดาห์แรกหลังผ่าตัด ผู้มีบทบาทหลักเป็นรพ.พุทธชินราช เนื่องจากหลังผ่าตัดผู้ป่วยต้องมาตรวจติดตามอาการอย่างใกล้ชิดและต้องเจาะเลือดเพื่อดูการทำงานของไตใหม่และตรวจวัดระดับยาเคมีคุ้มกัน เมื่อผู้ป่วยมาตรวจที่รพ.พุทธชินราชจะส่งข้อมูลกลับไปรพ.สต.และชุมชนเพื่อให้มีส่วนร่วมในการประเมินผลไปด้วยกัน

4.2 ระยะหลัง 6 สัปดาห์ - 6 เดือน ผู้มีบทบาทหลักหลักเป็นรพ.สต. เนื่องจากระยะนี้ผู้ป่วยจะเริ่มปรับตัวในการดูแลตนเองทั้ง 5 ด้านและเริ่มมีความรู้มากขึ้น มาตรวจตามนัดห่างขึ้นเดือนละ 1 ครั้ง จึงสามารถไปตรวจรับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิได้ เช่น การวัดความดันโลหิต การตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด เป็นต้น ทำให้ชุมชนมีความเชื่อมั่นในบริการปฐมภูมิเพิ่มขึ้นว่าดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตได้

4.3 ระยะหลังจาก 6 เดือน ผู้มีบทบาทหลักหลักเป็นอสม.และชุมชน เนื่องจากเป็นระยะที่ผู้ป่วยมีความคงที่ของอาการและเริ่มมีการปรับวิถีการดำเนินชีวิตตามปัจจัยกำหนดสุขภาพ

ในชุมชน ระยะเวลาจึงเป็นระยะเวลาสำคัญที่ชุมชนสามารถเข้ามามีส่วนร่วมได้อย่างเต็มที่ประกอบกับผู้ป่วยบางรายเริ่มรู้สึกว่าตัวเองปกติจึงอาจจะละเลยการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง ซึ่งชุมชนสามารถมีส่วนร่วมในการประเมินผลได้ เช่น การสังเกตอาการรวม น้ำหนักตัวเพิ่มรวมทั้งชุมชนสามารถมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ เช่น การป้องกันการติดเชื้อหรือการปรับสภาพแวดล้อมอื่นๆในชุมชนให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อ เป็นต้น

5. การจัดกิจกรรมสม่ำเสมอและสร้างความเชื่อมั่นในระบบบริการปฐมภูมิ (Activities and trustful adjustment in primary service system) ประกอบด้วย 2 กิจกรรม

5.1 กิจกรรมเสริมแรงจิตใจในการเข้าร่วมกิจกรรมโดยมอบประกาศนียบัตรเนื่องจากการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตเป็นเรื่องใหม่ของชุมชนซึ่งชุมชนมีการดำเนินกิจกรรมอื่นๆในชุมชนอยู่แล้ว จึงเสริมสร้างแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรมด้วยการมอบใบประกาศนียบัตรเมื่อเข้าร่วมกิจกรรมครบการเข้าร่วมกิจกรรมสม่ำเสมอนอกจากทำให้มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันทำให้เพิ่มการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการและยังเพิ่มการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์เชิงคุณภาพด้วยคือชุมชนเกิดความภาคภูมิใจในการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไต

5.2 กิจกรรมสร้างความเชื่อมั่นในระบบบริการปฐมภูมิ เป็นกิจกรรมที่ดำเนินการควบคู่ไปกับกิจกรรม “เยี่ยมกัน บ้านของ ลองคุย” และกิจกรรม “ดูแลครบจบทั้ง 5 ด้าน” โดยให้รพ.สต.เป็นผู้นำทีมในการเยี่ยมบ้านและดูแลผู้ป่วยในชุมชนเพื่อให้ผู้ป่วยและชุมชนมั่นใจได้ว่าหน่วยบริการปฐมภูมิก็สามารถให้บริการผู้ป่วยปลูกถ่ายไตเชื่อมต่อจาก รพ.พุทธชินราช ได้ก็จะทำให้รพ.สต.เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นจากเดิมที่ไม่มีส่วนร่วมเลย

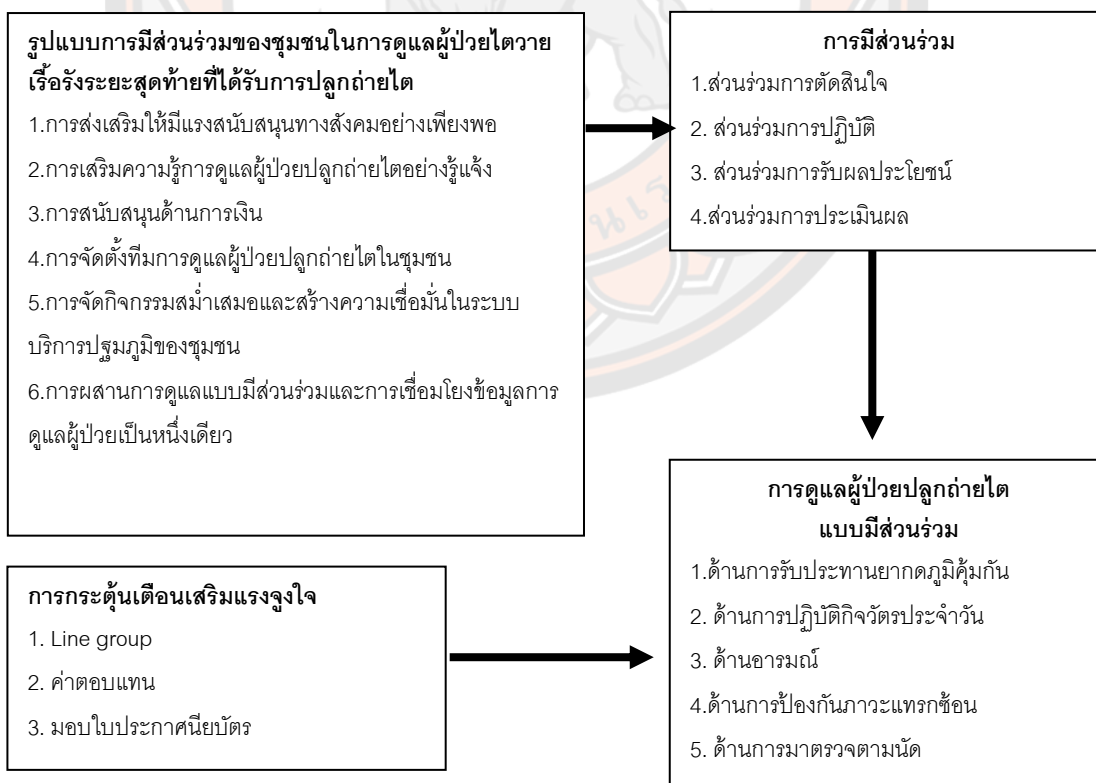
6. การผสมผสานการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและการเชื่อมต่อข้อมูล (Integrate community participation and information linkage) ประกอบด้วย 1 กิจกรรม โดยมีการจัดทำแฟ้มข้อมูลผู้ป่วยเชื่อมต่อข้อมูลจาก รพ.พุทธชินราช เพื่อให้ รพ.สต. และชุมชนรับรู้ข้อมูลความก้าวหน้าของผู้ป่วยไปพร้อมกันซึ่งกิจกรรมทั้งหมดของรูปแบบดำเนินการภายใต้การผสมผสานการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

จากรายละเอียดกิจกรรมของรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตแสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นช่วยเพิ่มการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตร่วมกันจากเดิมที่การดูแลผู้ป่วยเน้นการรักษา (therapy) และการแจ้งข้อมูล (informing) เฉพาะในโรงพยาบาลตติยภูมิ หากมีการใช้รูปแบบจะเพิ่มการมีส่วนร่วมให้ชุมชนสามารถปรึกษาได้ตลอดเวลา (consultation) เกิดความพอใจ (placation) ชุมชนเข้ามาเป็นหุ้นส่วน (partnership) ในทีมการดูแล จนถึงมีการกระจายอำนาจ

(delegated power) ให้ชุมชนเข้ามาดูแลผู้ป่วยร่วมกันในทุกกระยะดำเนินการส่งผลให้การมีส่วนร่วมของชุมชนเพิ่มมากขึ้นภายใต้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตที่เรียกว่า NEWTAI model จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการประเมินสิทธิผลของรูปแบบโดยนำไปทดลองใช้ในการศึกษาระยะที่ 4 ต่อไป

#### ผลการวิจัยระยะที่ 4

ในระยะนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตที่พัฒนาขึ้นในระยะที่ 3 โดยผู้วิจัยนำรูปแบบการมีส่วนร่วมที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้กับชุมชนโดยใช้วิธีการศึกษาแบบวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) ชนิด 2 กลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two group pre-post test design) เพื่อเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมและการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตของชุมชนก่อนและหลังการทดลองและเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำนวนกลุ่มละ 30 คน โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัยดังภาพ 28 และผลการวิจัยดังตาราง 20-25



ภาพ 28 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัยในระยะที่ 4



ตาราง 20 แสดงการมีส่วนร่วมของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังทดลอง (n=30)

การมีส่วนร่วมของชุมชน	$\bar{x}$	SD	Mean Difference (post-pre)	t	df	p-value
<b>ส่วนร่วมตัดสินใจ</b>						
ก่อนทดลอง	2.05	0.82	2.46	13.63	29	0.000*
หลังทดลอง	4.51	0.71				
<b>ส่วนร่วมปฏิบัติการ</b>						
ก่อนทดลอง	1.66	0.99	3.50	15.22	29	0.000*
หลังทดลอง	5.16	0.78				
<b>ส่วนร่วมรับผลประโยชน์</b>						
ก่อนทดลอง	1.68	0.99	3.66	15.04	29	0.000*
หลังทดลอง	5.35	0.74				
<b>ส่วนร่วมประเมินผล</b>						
ก่อนทดลอง	1.68	1.06	3.36	15.90	29	0.000*
หลังทดลอง	5.02	0.63				
<b>ภาพรวมการมีส่วนร่วม</b>						
ก่อนทดลอง	1.77	0.87	3.24	16.69	29	0.000*
หลังทดลอง	5.02	0.63				

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

จากตาราง 20 เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีส่วนร่วมแตกต่างจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยมีคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นจาก 1.77 เป็น 5.02

ตาราง 21 แสดงการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังทดลอง (n=30)

การดูแลของชุมชน	$\bar{x}$	SD	Mean difference (post-pre)	t	df	p-value
<b>การรับประทานยาควบคุมความดัน</b>						
ก่อนทดลอง	1.68	0.92	3.31	12.89	29	0.000*
หลังทดลอง	5.00	0.95				
<b>การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน</b>						
ก่อนทดลอง	1.65	1.05	3.47	14.21	29	0.000*
หลังทดลอง	5.13	0.77				
<b>อารมณ์</b>						
ก่อนทดลอง	1.99	1.04	3.30	15.96	29	0.000*
หลังทดลอง	5.29	0.56				
<b>การป้องกันภาวะแทรกซ้อน</b>						
ก่อนทดลอง	5.44	1.12	3.45	15.12	29	0.000*
หลังทดลอง	1.99	0.46				
<b>การมาตรวจตามนัด</b>						
ก่อนทดลอง	1.57	0.71	3.41	14.21	29	0.000*
หลังทดลอง	4.98	0.77				
<b>ภาพรวมการดูแล</b>						
ก่อนทดลอง	1.86	0.99	3.36	15.43	29	0.000*
หลังทดลอง	5.23	0.60				

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

จากตาราง 21 เปรียบเทียบการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตแตกต่างจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยมีคะแนนเฉลี่ยการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตเพิ่มขึ้นจาก 1.86 เป็น 5.23

ตาราง 22 แสดงการเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง (n=30)

การมีส่วนร่วมของชุมชน	$\bar{x}$	SD	Mean difference	t	df	p-value
<b>ส่วนร่วมตัดสินใจ</b>						
กลุ่มทดลอง	2.05	0.82	0.51	2.48	58	0.016**
กลุ่มควบคุม	2.56	0.78				
<b>ส่วนร่วมปฏิบัติการ</b>						
กลุ่มทดลอง	1.66	0.99	1.11	4.03	58	0.000*
กลุ่มควบคุม	2.78	1.14				
<b>ส่วนร่วมรับผลประโยชน์</b>						
กลุ่มทดลอง	1.68	0.99	1.00	4.19	58	0.000*
กลุ่มควบคุม	2.68	0.84				
<b>ส่วนร่วมประเมินผล</b>						
กลุ่มทดลอง	1.68	1.06	0.73	2.85	58	0.000*
กลุ่มควบคุม	2.41	0.91				
<b>ภาพรวมการมีส่วนร่วม</b>						
กลุ่มทดลอง	1.77	0.87	0.84	4.09	58	0.000*
กลุ่มควบคุม	2.61	0.71				

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 \*\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 22 เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีส่วนร่วมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และ 0.05 โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วม 1.77 และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 2.61

ตาราง 23 แสดงการเปรียบเทียบการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง (n=30)

การดูแลของชุมชน	$\bar{x}$	SD	Mean difference	t	df	p-value
<b>การรับประทานยาทงูมิคุ้มกัน</b>						
กลุ่มทดลอง	1.68	0.92	0.88	3.52	57	0.001*
กลุ่มควบคุม	2.57	1.02				
<b>การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน</b>						
กลุ่มทดลอง	1.65	1.05	1.15	4.03	57	0.000*
กลุ่มควบคุม	2.81	1.15				
<b>อารมณ์</b>						
กลุ่มทดลอง	1.99	1.04	0.76	2.79	57	0.007**
กลุ่มควบคุม	2.76	1.07				
<b>การป้องกันภาวะแทรกซ้อน</b>						
กลุ่มทดลอง	1.99	1.12	0.80	2.80	57	0.007**
กลุ่มควบคุม	2.80	1.09				
<b>การมาตรวจตามนัด</b>						
กลุ่มทดลอง	1.57	0.71	1.00	3.86	46	0.000*
กลุ่มควบคุม	2.57	1.22				
<b>ภาพรวมการดูแล</b>						
กลุ่มทดลอง	1.86	0.99	0.83	3.31	57	0.002**
กลุ่มควบคุม	2.70	0.95				

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 \*\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 23 เปรียบเทียบการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และ 0.05 โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไต 1.86 และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วม 2.70

จากผลการเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมและการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนทดลอง พบว่า แตกต่างกันจึงต้องหาค่าส่วนต่างของการเปลี่ยนแปลงการมีส่วนร่วมและการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตของกลุ่มทดลอง ( $O_2 - O_1 = D_1$ ) และกลุ่มควบคุม ( $O_4 - O_3 = D_2$ ) แล้วนำค่าส่วนต่างของการเปลี่ยนแปลงที่ได้ ( $D_1$  และ  $D_2$ ) นำมาเปรียบเทียบความแตกต่างการมีส่วนร่วมและการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง ดังแสดงในตาราง 24

ตาราง 24 แสดงการเปรียบเทียบส่วนต่างของการเปลี่ยนแปลงการมีส่วนร่วมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง (n=30)

การมีส่วนร่วมของชุมชน	$\bar{x}$	SD	Mean difference ( $D_1 - D_2$ )	t	df	p-value
<b>ส่วนร่วมตัดสินใจ</b>						
กลุ่มทดลอง	2.46	0.99	2.41	8.93	58	0.000*
กลุ่มควบคุม	0.05	1.10				
<b>ส่วนร่วมปฏิบัติการ</b>						
กลุ่มทดลอง	3.50	1.25	3.48	8.95	58	0.000*
กลุ่มควบคุม	0.01	1.71				
<b>ส่วนร่วมรับผลประโยชน์</b>						
กลุ่มทดลอง	3.66	1.33	3.65	11.19	58	0.000*
กลุ่มควบคุม	0.16	1.18				
<b>ส่วนร่วมประเมินผล</b>						
กลุ่มทดลอง	3.36	1.15	3.35	10.52	58	0.000*
กลุ่มควบคุม	0.01	1.30				
<b>ภาพรวมการมีส่วนร่วม</b>						
กลุ่มทดลอง	3.25	1.06	3.22	11.80	58	0.000*
กลุ่มควบคุม	0.02	1.04				

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001



จากตาราง 24 เปรียบเทียบส่วนต่างการเปลี่ยนแปลงการมีส่วนร่วมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีส่วนต่างการเปลี่ยนแปลงการมีส่วนร่วมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยคะแนนเฉลี่ยส่วนต่างการเปลี่ยนแปลงของกลุ่มทดลองเท่ากับ 3.25 และกลุ่มควบคุมเท่ากับ 0.02

ตาราง 25 แสดงการเปรียบเทียบส่วนต่างของการเปลี่ยนแปลงการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง (n=30)

การดูแลของชุมชน	$\bar{x}$	SD	Mean difference	t	df	p-value
<b>การรับประทานยากดภูมิคุ้มกัน</b>						
กลุ่มทดลอง	3.31	1.40	3.23	8.30	58	0.000*
กลุ่มควบคุม	0.07	1.60				
<b>การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน</b>						
กลุ่มทดลอง	3.47	1.34	3.43	8.77	58	0.000*
กลุ่มควบคุม	0.03	1.67				
<b>อารมณ์</b>						
กลุ่มทดลอง	3.30	1.13	3.21	8.90	51.87	0.000*
กลุ่มควบคุม	0.08	1.62				
<b>การป้องกันภาวะแทรกซ้อน</b>						
กลุ่มทดลอง	3.45	1.24	3.41	8.51	51.60	0.000*
กลุ่มควบคุม	0.03	1.80				
<b>การมาตรวจตามนัด</b>						
กลุ่มทดลอง	3.41	1.31	3.33	8.64	58	0.000*
กลุ่มควบคุม	0.08	1.65				
<b>ภาพรวมการดูแล</b>						
กลุ่มทดลอง	3.38	1.19	3.31	9.59	58	0.000
กลุ่มควบคุม	0.05	1.46				

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

จากตาราง 25 เปรียบเทียบส่วนต่างการเปลี่ยนแปลงการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีส่วนต่างการเปลี่ยนแปลงดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยคะแนนเฉลี่ยส่วนต่างการเปลี่ยนแปลงของกลุ่มทดลองเท่ากับ 3.38 และกลุ่มควบคุมเท่ากับ 0.05

หลังจากประเมินประสิทธิผลรูปแบบแล้วผู้วิจัยดำเนินการถอดบทเรียนจากตัวแทนชุมชนทั้ง 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มครอบครัวและผู้ดูแล จำนวน 3 คน กลุ่มผู้นำชุมชนและอสม. จำนวน 3 คน และกลุ่มเจ้าหน้าที่รัฐและรพ.สต จำนวน จำนวน 4 คน รวมทั้งสิ้น 10 คน ได้ประเด็นที่ได้จากการถอดบทเรียน ดังนี้

1. การดำเนินการกิจกรรมทั้ง 6 องค์ประกอบ 11 กิจกรรมมีความเหมาะสมและทุกภาคส่วนต้องช่วยขับเคลื่อนและควรมีการดำเนินการต่อเนื่องในผู้ป่วยหลังปลูกถ่ายไตทุกรายแต่ควรนำรูปแบบไปใช้กับผู้ป่วยในระยะหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลระยะแรกจะทำให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับการดูแลของชุมชนมากยิ่งขึ้น

2. กิจกรรมกองทุนดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตควรมีการปรับวิธีการจัดการเงินเพิ่มเติมเนื่องจากในระหว่างดำเนินกิจกรรมผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีจึงไม่เกิดปัญหาทางสุขภาพและไม่ได้ใช้เงินกองทุนเลย ผู้ใหญ่บ้านจึงเสนอว่าให้นำเงินมาให้ผู้ป่วยทุกครั้งที่เวลาผู้ป่วยไปตรวจตามนัดที่โรงพยาบาลพุทธชินราชเป็นค่าเดินทาง ครั้งละ 500 บาท เช่นเดียวกับการจ่ายเงินออมหมู่บ้านโดยผู้ป่วยนำหลักฐานการมาตรวจแสดงกับเหรียญกษาปณ์เพื่อเก็บบันทึกหลักฐานการเบิกจ่ายซึ่งชุมชนมีมติเห็นด้วยกับข้อเสนอนี้

3. สมาชิกสภาเทศบาลเสนอว่าหากผู้ป่วยมีความจำเป็นในการปรับสภาพแวดล้อมบ้านผู้ป่วยหรือในละแวกชุมชน เช่น การจัดการขยะ เพื่อป้องกันการติดเชื้อจากชุมชนสู่ผู้ป่วย เนื่องจากมีภูมิทัศน์ด้านต่ำจากการได้รับยากดภูมิคุ้มกัน สามารถแจ้งให้อาสาสมัครพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ (อพม.) และอบต. ได้เพื่อปรับสิ่งแวดล้อมในชุมชนให้เอื้อต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยปลูกถ่ายไต

ผลการประเมินประสิทธิผลรูปแบบการมีส่วนร่วม พบว่า หลังใช้รูปแบบกลุ่มทดลองมีส่วนร่วมและการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตของชุมชนเพิ่มมากขึ้นและสูงกว่ากลุ่มควบคุมจึงสรุปได้ว่ารูปแบบมีประสิทธิผล นอกจากนี้ข้อเสนอแนะในการถอดบทเรียนควรนำไปปรับใช้ต่อไป ซึ่งจากผลการวิจัยทั้ง 4 ระยะในการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยได้นำไปสรุปและอภิปรายผลในบทที่ 5 ต่อไป

## บทที่ 5

### สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้วิธีการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed Methods) แบบแผนเชิงสำรวจบุกเบิก (Exploratory Sequential Design) ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Method) โดยการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) และการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Method) ด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) โดยแบ่งขั้นตอนการดำเนินการวิจัยเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตโดยการศึกษาเชิงคุณภาพด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) แบบ Multiple case study ใช้วิธีการเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบ Intensity sampling ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต ในการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยสัมภาษณ์และสังเกตด้วยตนเองทุกราย ทันทีที่สัมภาษณ์เสร็จผู้วิจัยได้ฟังเทปซ้ำและบันทึกสิ่งที่สังเกตได้ จากนั้นจึงทำการถอดเทปและทบทวนคำพูดจากการถอดเทปอย่างละเอียดดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นรายๆ จนข้อมูลอิ่มตัวจากผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 10 คน จากนั้นนำข้อมูลทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงประเด็น (Thematic analysis)

ระยะที่ 2 ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต โดยการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณด้วยวิธีการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) ได้มีการเชื่อมโยงข้อมูลจากข้อค้นพบในระยะที่ 1 ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมนำเข้าสู่การดำเนินการวิจัยในระยะที่ 2 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตใช้แบบสอบถามเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 300 คน นำข้อมูลที่ได้มาหาความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต

ระยะที่ 3 พัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มครอบครัวและผู้ดูแล

กลุ่มผู้นำชุมชน/อสม. และกลุ่มเจ้าหน้าที่รัฐ/รพ.สต จำนวนรวม 18 คน เพื่อรวบรวมความคิดเห็นนำไปพัฒนาเป็นรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต

ระยะที่ 4 ประเมินประสิทธิผลรูปแบบโดยนำรูปแบบการมีส่วนร่วมที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ด้วยวิธีการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อเปรียบเทียบการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตของชุมชนก่อนและหลังการทดลอง และนำผลที่ได้ไปสรุปเป็นรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต ในเขตภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย

## สรุปผลการวิจัย

### สรุปผลการวิจัยแต่ละระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ผลการวิจัย พบว่า สถานการณ์การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตว่ามีทั้งชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลและไม่มีส่วนร่วมโดยส่วนใหญ่ ผู้มีส่วนร่วมในการดูแลจะเป็นคนใกล้ชิดหรือคนในครอบครัวมากกว่าคนในชุมชนหรือเจ้าหน้าที่รัฐ นอกจากนี้ ยังพบว่า ผู้ป่วยบางรายที่มีบทบาททางสังคมสูงและดูแลตัวเองได้ดีหรือญาติเป็นเจ้าของที่สาธารณสุข ชุมชนจะเข้ามามีส่วนร่วมน้อยหรือไม่มีเลยรวมทั้งผู้ป่วยเองยังมีความเชื่อมั่นในบริการโรงพยาบาลตติยภูมิมากกว่าบริการปฐมภูมิอีกด้วย สำหรับชนิดของการมีส่วนร่วมส่วนใหญ่เป็นการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและส่วนร่วมในการปฏิบัติ มากกว่าส่วนร่วมการรับผลประโยชน์และส่วนร่วมการประเมินผล สำหรับข้อค้นพบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายนั้น ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการดูแลผู้ป่วยของชุมชน ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งผู้วิจัยได้นำประเด็นปัจจัยต่างๆ ที่ได้ไปจัดหมวดหมู่แล้วจึงนำไปสร้างแบบสอบถามเพื่อนำไปศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตในระยะที่ 2

ระยะที่ 2 ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม การดูแลของชุมชนรายได้สูง บทบาททางสังคมที่เป็นเจ้าหน้าที่รัฐ และการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชนสม่ำเสมอ จากผลการวิจัยในระยะที่ 2 ดังกล่าว ได้นำไปเป็นข้อมูลนำเข้าในการดำเนินการวิจัยในระยะที่ 3 เพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต

ระยะที่ 3 ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต เรียกว่า NEWTAI model ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การส่งเสริมให้มีแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ (Nourishing social support) 2) การดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตอย่างรู้แจ้ง (Enlightened about kidney transplantation care) 3) การสนับสนุนด้านการเงิน (Warming remuneration for participation) 4) การจัดตั้งทีมการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตในชุมชน (Team community kidney transplantation care) 5) การจัดกิจกรรมสม่ำเสมอและการสร้างความเชื่อมั่นในระบบบริการปฐมภูมิ (Activities and trustful adjustment in primary service system) 6) การผสานการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและเชื่อมโยงข้อมูล (Integrate community participation and information linkage) จากผลการวิจัยในระยะที่ 3 ดังกล่าวได้นำไปเป็นข้อมูลนำเข้าในการดำเนินการวิจัยในระยะที่ 4 เพื่อประเมินผลรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต

ระยะที่ 4 ผลการวิจัย พบว่า หลังทดลอง กลุ่มทดลองมีส่วนร่วมและการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตเพิ่มขึ้นและมีค่าส่วนต่างการเปลี่ยนแปลงสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

จากการนำเสนอผลการวิจัยระยะที่ 1 ระยะที่ 2 ระยะที่ 3 และระยะที่ 4 ดังกล่าวนั้น ผู้วิจัยได้นำมาอภิปรายผลการวิจัย ดังนี้

### อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการอภิปรายผล 4 ประเด็น สอดคล้องตามวัตถุประสงค์โดยเรียงลำดับดังนี้

#### 1. สถานการณ์การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต

จากการศึกษาในระยะที่ 1 พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตน้อยและไม่มีส่วนร่วมเลย ผู้ที่มีส่วนร่วมส่วนใหญ่เป็นดูแลที่มีความใกล้ชิด เช่น บุตร ภรรยา หรือ ครอบครัว มากกว่าผู้นำชุมชน อสม อปต และเจ้าหน้าที่รพ.สต. ส่วนการไม่มีส่วนร่วมเลยเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยมีบทบาททางสังคมสูงทำให้ชุมชนไม่กล้าเข้าไปมีส่วนร่วมและการขาดความเชื่อมั่นในบริการปฐมภูมิรวมทั้งการส่งต่อข้อมูลยังไม่เชื่อมโยงถึงรพ.สต. และชุมชน สอดคล้องกับผลการวิจัยในระยะที่ 2 ที่พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนน้อยทั้ง 4 ด้านเช่นกัน จากข้อค้นพบในระยะที่ 1 และระยะที่ 2 อภิปรายผลการวิจัย ดังนี้



1.1 ส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมด้านนี้เป็นส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยทั้งการวางแผนและการตัดสินใจโดยผู้ดูแลใกล้ชิดหรือคนในครอบครัวจะมีส่วนร่วมตั้งแต่การวางแผนก่อนผ่าตัดจนถึงหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไต เนื่องจากการผ่าตัดจะกระทบกับวิถีชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว เช่น การทำงาน การเรียน ดังนั้นแพทย์จึงต้องมีการวางแผนร่วมกันกับผู้ป่วยและครอบครัวอย่างชัดเจน ส่วนหลังผ่าตัดและกลับไปใช้ชีวิตในชุมชนนั้นครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพแต่ถ้าลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยวที่มีการแยกกันอยู่ของญาติพี่น้องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจจะเป็นเฉพาะผู้ดูแลหลักเท่านั้น เช่น ภรรยา โดยที่ญาติพี่น้องอาจจะไม่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจทำให้การมีส่วนร่วมด้านนี้น้อยผู้ป่วยจึงดูแลตนเองโดยขาดการวางแผนและตัดสินใจร่วมกับครอบครัวและชุมชนจนส่งผลต่อการศึกษาปัญหาสุขภาพหลังปลูกถ่ายไตได้สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ของปัญช์ชนิด จินดาธนสาร และคณะ (2556) ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่ได้รับการปลูกถ่ายไต พบว่า เกิดปัญหาสุขภาพหลังปลูกถ่ายทั้งความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง โดยพบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากผู้ศึกษาเห็นว่าตนเองมีสุขภาพแข็งแรงดีจึงละเลยพฤติกรรมดูแลตนเองด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนซึ่งสาเหตุหนึ่ง คือ การสังเกตอาการตนเองแล้วไม่พบภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นหากชุมชนเข้ามีส่วนร่วมตั้งแต่เริ่มการวางแผนการดูแลและมีส่วนร่วมในการสังเกตอาการและร่วมตัดสินใจก็จะส่งผลให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยดีขึ้นเช่นเดียวกับการศึกษาเชิงคุณภาพด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกในประเทศกานาโดยใช้โปรแกรม Community-based Health Planning and Service (CHPS) ที่พบว่า การให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่เริ่มการวางแผนและร่วมตัดสินใจรวมทั้งวางแผนแนวทางบริการตามความต้องการของชุมชนจะทำให้เกิดความยั่งยืนและชุมชนมีความตระหนักรู้มากขึ้น (Baatiema et al., 2013)

1.2 ส่วนร่วมการปฏิบัติการ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการของผู้ดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตนั้น ผู้ดูแลหลักยังคงเป็นผู้ที่ใกล้ชิดหรือครอบครัวที่คอยช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งการปฏิบัติกิจวัตร การรับประทานยาตามคู่มือ การมาตรวจตามนัด และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน สำหรับการมีส่วนร่วมการปฏิบัติของคนในชุมชนจะเป็นการมีส่วนร่วมด้านอารมณ์เป็นลักษณะการให้กำลังใจเยี่ยมเยียนถามไถ่หรือมาเยี่ยมที่โรงพยาบาลเวลาผู้ป่วยเกิดปัญหาสุขภาพ ประกอบกับผู้ป่วยหลังปลูกถ่ายไตบางรายสามารถดูแลตนเองได้ดีเหมือนคนปกติจึงทำให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการปฏิบัติการน้อยสอดคล้องกับการศึกษาของอิสรียาภรณ์ แสงสวญ, และรุ่งระวี นาวีเจริญ (2561) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังปลูกถ่ายไตในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมบรรเทาความเครียด

โดยการพูดคุยปรึกษาปัญหาเกี่ยวกับสมาชิกในครอบครัวหรือคนที่ไว้วางใจ คิดเป็นร้อยละ 80.8 และผลจากการปลูกถ่ายไตทำให้ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตได้ตามปกติเหมือนคนทั่วไปสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเองเช่นกัน นอกจากนี้ ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 39.3 และมีรายได้ 5,001 – 15,000 บาท/เดือน ซึ่งอาจจะส่งผลให้มีส่วนร่วมในการปฏิบัติการน้อย อาจเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ต้องทำงานหากผู้ป่วยมีคนช่วยดูแลจะทำให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ดีขึ้นโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยหรือภาระงานมาก สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศ ที่พบว่า หากผู้ป่วยงานยุ่ง (Busy work schedule) จะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถกินยาตรงเวลาได้ เนื่องจากไม่สามารถละทิ้งการทำงานมาได้และเพิ่งกลับไปทำงานหลังปลูกถ่ายไตเกรงว่าจะไม่ได้รับการยอมรับจากที่ทำงาน และผู้ป่วยบางรายที่มีสถานะทางสังคมเศรษฐกิจต่ำ (Low socio-economic status) เช่น ไม่มีงาน ไม่มีรายได้ทำให้ไม่สามารถดูแลตนเองให้ดีได้ เช่น การกินอาหารที่ดี การทำงานหนักอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ หรือการต้องเข้าห้องอยู่ร่วมกับคนอื่น (Ndemera, & Bhengu, 2017) ดังนั้น หากชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการปฏิบัติทั้งจากครอบครัว เพื่อน หรือคนในชุมชน จะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีขึ้นในทางตรงข้ามหากผู้ป่วยไม่ได้รับการสนับสนุนหรือการมีส่วนร่วมน้อยก็เป็นอุปสรรคในการดูแลตนเองเช่นกัน เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา ที่พบว่า อุปสรรคหนึ่งของการมีส่วนร่วมคือการได้รับการสนับสนุนไม่เพียงพอทั้งจากพ่อแม่ เจ้าหน้าที่และเครือข่ายทางสังคม รวมทั้งการสนับสนุนด้านอารมณ์ เช่น ผู้ดูแลสามารถโทรติดต่อเจ้าหน้าที่ได้เมื่อเกิดปัญหาด้านอารมณ์ การเดินทางไปตรวจกับเพื่อนที่มีรถ เป็นต้น (Fawley-King et al., 2013)

1.3 ส่วนร่วมการรับผลประโยชน์ การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ส่วนใหญ่เป็นการรับผลประโยชน์เชิงคุณภาพคือความรู้สึกรักภูมิใจที่ได้ดูแลผู้ป่วย ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 87.7 สำหรับการรับผลประโยชน์เชิงปริมาณนั้น พบว่า ไม่มีผลประโยชน์ที่เป็นเงินอย่างชัดเจนแต่เป็นลักษณะของผลประโยชน์ทางอ้อมที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน เนื่องจากถ้าครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยให้มีสุขภาพที่ดี ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลก็สามารถทำงานหาเงินมาใช้จ่ายในครอบครัวได้มากขึ้นเป็นผลประโยชน์ร่วมกัน ในส่วนของอสม.นั้นส่วนร่วมการรับผลประโยชน์ทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณจะเน้นการดูแลผู้ป่วยในชุมชนที่เป็นกลุ่มคนใช้ติดเตียงหรือทำหน้าที่ Care Giver (CG) แต่สำหรับผู้ป่วยปลูกถ่ายไตไม่มีค่าตอบแทนและไม่มีโครงการสนับสนุนจึงไม่มีการรับผลประโยชน์จากการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตในชุมชน แต่ถ้าผู้นำชุมชนหรือองค์การบริหารท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทและพัฒนาการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับ

การปลูกถ่ายไตในชุมชนในด้านการรับผลประโยชน์ เช่น ค่าตอบแทนของ อสม. อาจจะทำให้เกิดการมีส่วนร่วมมากขึ้น เนื่องจากการรับใช้สังคมของผู้นำชุมชนและการสนับสนุนจะทำให้เกิดการมีส่วนร่วมมากขึ้น (ประทีป มากมิต, และอริย์ สุขสวัสดิ์, 2560) สอดคล้องกับการศึกษาของธนศร ยืนยง (2561) ที่พบว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนมีความสัมพันธ์กับการพัฒนาท้องถิ่นในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยการมีส่วนร่วมของประชาชนในการรับผลประโยชน์ส่งผลต่อการพัฒนาท้องถิ่นเป็นอันดับแรก คิดเป็นร้อยละ 84.40 ดังนั้นการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยหลังปลูกถ่ายไตจึงเป็นแรงจูงใจที่จะช่วยให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยให้มีสุขภาพดียิ่งขึ้นเช่นเดียวกับการศึกษาของสุภาทิพย์ จันทร์รักษ์ (2560) ที่พบว่า ระดับแรงจูงใจมีความสัมพันธ์กับการขับเคลื่อนพัฒนาการจัดการสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2556) ที่กล่าวว่าปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนนั้นจะต้องเสริมสร้างแรงจูงใจและกระบวนการมีส่วนร่วมในกิจกรรมรวมทั้งกระตุ้นให้เกิดการรับรู้สภาพปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกัน

1.4 ส่วนร่วมการประเมินผล การมีส่วนร่วมการประเมินผลในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตนั้น ส่วนใหญ่เป็นการประเมินอาการผิดปกติและความก้าวหน้าของการรักษาจากการมาตรวจตามนัดและเจาะเลือดเพื่อประเมินค่าการทำงานของไต ซึ่งผู้ป่วยจะแจ้งให้ญาติหรือผู้ดูแลใกล้ชิดทราบความก้าวหน้าเป็นระยะแต่ผู้นำชุมชน อสม. คนในชุมชนหรือผู้ให้บริการรพ.สต.มีส่วนร่วมในด้านนี้น้อยหรือไม่มีส่วนร่วมเลยทั้งนี้อาจเนื่องจากการประเมินผลหลังปลูกถ่ายไตนั้นจำเป็นต้องอาศัยความรู้ ประสบการณ์ และการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยหลังปลูกถ่ายไตแต่จากข้อมูลตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่ มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระดับปานกลาง ร้อยละ 55 และเกือบทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต (ร้อยละ 91.3) มีเพียงร้อยละ 8.7 เท่านั้นที่มีประสบการณ์ นอกจากนี้ ร้อยละ 62.7 ไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารความรู้ในการดูแลไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต สอดคล้องกับการศึกษาของปัญฑ์ชนิต จินดาธนสาร และคณะ (2556) ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่ได้รับการปลูกถ่ายไต พบว่า แหล่งข้อมูลการดูแลผู้ป่วยมาจากพยาบาล ร้อยละ 100 แพทย์ ร้อยละ 92.6 ผู้ป่วยด้วยกันร้อยละ 44.4 คนในครอบครัว ร้อยละ 31.7 และจากแหล่งอื่นเพียงร้อยละ 4.7 เท่านั้น ซึ่งหากชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการประเมินผลร่วมกันจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดี เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศบราซิลที่ศึกษาการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยใช้ Brazil Family Health Strategy (BFHS) ที่มี

ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล ทีมสหวิชาชีพ และตัวแทนชุมชนทำหน้าที่เยี่ยมบ้าน ประเมินความต้องการและประเมินผลร่วมกันทำให้เกิดความเข้มแข็งในการดูแลผู้ป่วยระยะยาว (Macinko, & Harris, 2015) เนื่องจากการมีส่วนร่วมการประเมินผลเป็นกระบวนการหนึ่งที่สำคัญของการมีส่วนร่วมโดยต้องมีการประเมินกิจกรรมและแผนโดยบทบาทการมีส่วนร่วมนั้นควรเป็นไปในลักษณะของการโต้ตอบกัน (interactive) ระหว่างผู้ให้บริการและผู้ป่วยโดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ผู้ให้บริการต้องมีทักษะในการประสานความร่วมมือกับผู้ป่วยและชุมชนและเปลี่ยนจากการแก้ปัญหาให้ผู้ป่วยเป็นการแก้ปัญหาร่วมกับผู้ป่วยต้องพึงพาการมีส่วนร่วมของชุมชนมาใช้ให้เหมาะสมทั้งกับชุมชน (Marston et al., 2016) และหากผู้นำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการประเมินผลรับรู้อาการความก้าวหน้าของผู้ป่วยจะยิ่งเพิ่มการมีส่วนร่วมของชุมชน เนื่องจากภาวะผู้นำการรับรู้ข่าวสารเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชน (นิคม แก้ววันดี และคณะ, 2558)

สำหรับสถานการณ์การไม่มีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตนั้นสามารถอภิปรายได้ดังนี้

1. บทบาททางสังคม ผู้ป่วยบางรายมีบทบาททางสังคมสูง เช่น รับราชการครู เป็นสมาชิกสภาจังหวัดอาจเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ชุมชนไม่กล้าเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลโดยเฉพาะผู้นำชุมชนและอสม. ซึ่งรู้สึกว่าคุณเองมีสถานะทางสังคมที่น้อยกว่า ซึ่งแตกต่างการดูแลผู้ป่วยอื่นในชุมชน เช่น ผู้ป่วยติดเตียงหรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ผู้นำชุมชนและอสม. มีสถานะทางสังคมสูงกว่า เนื่องจากได้รับมอบหมายบทบาทหน้าที่ในการรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของคนในชุมชนที่ชัดเจนจึงมีส่วนร่วมในการดูแลมากกว่าผู้ป่วยปลูกถ่ายไต สอดคล้องกับการศึกษาของสุธาทิพย์ จันทรักษ์ (2560) ที่พบว่า การมีบทบาทหน้าที่ในชุมชน มีความสัมพันธ์กับการขับเคลื่อนพัฒนางานตำบลจัดการสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยเฉพาะผู้นำชุมชนที่มีบทบาททางสังคมน้อยกว่าผู้ป่วยก็อาจทำให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลน้อย เช่นเดียวกับการศึกษาของ ชาญชัย ชัยรุ่งเรือง (2559) ที่พบว่า บทบาททางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม ทั้งนี้อาจเป็นเพราะประชาชนที่มีบทบาททางสังคมสูงจะมีความเป็นผู้นำสูงด้วย แต่ในทางกลับกันหากผู้ป่วยปลูกถ่ายไตมีบทบาททางสังคมสูงเองก็จะทำให้ชุมชนมีส่วนร่วมน้อยลง รวมทั้ง ผู้ป่วยปลูกถ่ายไตหรือผู้ดูแลที่เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เช่น พยาบาล ชุมชนก็อาจจะไม่เข้ามามีส่วนร่วมหรือมีส่วนร่วมน้อยเช่นกัน เนื่องจากบทบาทหน้าที่การดูแลสุขภาพเป็นความรับผิดชอบโดยตรงของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ชุมชนให้การยอมรับทำให้ชุมชนไม่มั่นใจที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเหมือนผู้ป่วยที่เป็นประชาชนทั่วไป นอกจากนี้ ยังพบว่า



ชุมชนไม่มีส่วนร่วมในการดูแล เนื่องจากยังไม่รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของทีมสุขภาพของหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยปลุกถ่ายไตเพราะเป็นเรื่องใหม่ที่อาจจะยังไม่เข้าใจจึงควรมีการสนับสนุนให้ชุมชนเต็มใจในการเข้ามามีส่วนร่วม รู้สึกว่าตนเองเป็นเจ้าของบริการสุขภาพของสมาชิกในชุมชน เป็นส่วนหนึ่งของการนำในพื้นที่ ประสานงานกับทีมสุขภาพของหมู่บ้านและเข้าร่วมประชุมร่วมกิจกรรมสม่ำเสมอเป็นประจำ (Namatovu et al., 2014)

2. ความเชื่อมั่นศรัทธา เนื่องจากการปลุกถ่ายไตเป็นการบริการทางสุขภาพในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิหรือศูนย์ความเชี่ยวชาญทางการแพทย์ (excellent center) ซึ่งผู้ป่วยได้รับบริการทางการแพทย์ที่ซับซ้อน เช่น การตรวจความเข้ากันได้ของเนื้อเยื่อระหว่างผู้บริจาคไตกับผู้รับไต และการตรวจพิเศษอื่นๆในการเตรียมความพร้อมเป็นเวลานานหลายเดือนหรือหลายปีก่อนได้รับการผ่าตัดปลุกถ่ายไตทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นศรัทธาในโรงพยาบาลที่ผ่าตัด ถึงแม้ว่าหลังจำหน่ายกลับบ้านก็ต้องมารับบริการที่โรงพยาบาลที่ผ่าตัดเท่านั้นจึงไม่ไปรับบริการที่รพ.สต. กระบวนการมีส่วนร่วมในชุมชนจึงน้อยสอดคล้องกับการศึกษาของชาญชัย ชัยรุ่งเรือง (2559) ที่พบว่า ความเชื่อถือศรัทธา กระบวนการเรียนรู้การมีส่วนร่วมเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในการสร้างชุมชนเข้มแข็ง ประกอบกับระบบบริการระดับตติยภูมิอาจจะขาดการสนับสนุนและไม่ให้ความสำคัญกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยในชุมชน เช่น การสนับสนุนด้านอุปกรณ์เครื่องมือต่างๆในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่า สาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยหลังปลุกถ่ายไตมีพฤติกรรมปกป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระดับปานกลางคือการขาดแคลนเครื่องมือ เช่น เครื่องวัดความดันและเครื่องชั่งน้ำหนัก (ปัญช์ชนิต จินดาธนสาร และคณะ, 2556) เช่นเดียวกับการศึกษาในต่างประเทศ ที่พบว่า อุปสรรคหนึ่งของการดูแลผู้ป่วยปลุกถ่ายไตคือการที่โรงพยาบาลไม่ให้ความสำคัญกับการดูแลตนเองของผู้ป่วย ขาดเครื่องมือในการเฝ้าระวังตนเองให้ ความรู้กับผู้ป่วยไม่เพียงพอ (Ndemera, & Bhengu, 2017) และระบบบริการยังไม่กระจายอำนาจให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ระบบบริการยังควบคุมทั้งเรื่องการเงินและงบประมาณต่างๆ ทรัพยากรไม่ได้ใช้ประโยชน์ในการส่งเสริมการมีส่วนร่วม (George et al., 2015) ซึ่งระบบบริการดังกล่าวส่งผลให้ระบบปฐมภูมิอาจจะไม่มีความพร้อมทั้งด้านสื่อสาร ความรู้ และเครื่องมือในการดูแลผู้ป่วยปลุกถ่ายไตในชุมชน จึงอาจจะยิ่งทำให้ผู้ป่วยขาดความเชื่อมั่นศรัทธา ขาดความไว้วางใจในการไปรับบริการ ดังนั้นโรงพยาบาลตติยภูมิที่ผ่าตัดปลุกถ่ายไตจึงควรมีการสื่อสารและสร้างความเชื่อมั่นให้ผู้ป่วยสามารถไปรับบริการที่หน่วยงานปฐมภูมิเพื่อให้เจ้าหน้าที่รพ.สต.มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากหน่วยบริการปฐมภูมิถือเป็นผู้ที่มีส่วนสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะยาวในชุมชน (National Health System England, 2017)



3. การส่งต่อข้อมูล ระบบการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตในปัจจุบันอาจจะยังขาดการเชื่อมต่อข้อมูลระหว่าง Hospital based กับ Community based เพื่อให้ติดตามการดูแลต่อเนื่องในชุมชนจึงทำให้ชุมชนไม่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยรู้เพียงว่ามีผู้ป่วยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบเท่านั้น ซึ่งการขาดการส่งต่อข้อมูลอาจจะเกิดจากระบบบริการ Hospital based ยังไม่ให้ความสำคัญกับ Community based สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศอุกันดาที่ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในระบบสุขภาพของ Namayumba and Bobi Health Centres โดยศึกษาแบบ case study พบว่า ผู้ให้บริการสุขภาพยังมองข้ามความสำคัญของการมีส่วนร่วมของชุมชนและมีการสื่อสารให้เกิดการมีส่วนร่วมน้อยในระบบบริการ ขาดการเชื่อมต่อกับผู้นำชุมชนและทีมในชุมชน (Namatovu et al., 2014) เมื่อผู้ป่วยกลับไปในชุมชนจำเป็นดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในระยะยาวซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบมีส่วนร่วมในชุมชนที่มีความสอดคล้องกับปัจจัยกำหนดสุขภาพของแต่ละชุมชน ซึ่งผู้ให้บริการในโรงพยาบาลนั้นอาจจะไม่สามารถกำหนดกิจกรรมการมีส่วนร่วมที่มีความเหมาะสมกับบริบทพื้นที่ของชุมชนได้รวมทั้งในระยะยาวผู้ป่วยอาจจะมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตซึ่งต้องปรับกิจกรรมการมีส่วนร่วมให้เหมาะสมด้วย จากการศึกษา พบว่า กิจกรรมการมีส่วนร่วมในชุมชนมีความหลากหลายแต่มีส่วนน้อยที่ตรงกับชุมชนจริง (George et al., 2015) การมีส่วนร่วมของชุมชนจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากปัญหาสุขภาพมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัยทั้งจากตัวบุคคลเองครอบครัว ชุมชนและสังคม ดังนั้น การจัดการกับปัญหาสุขภาพเหล่านั้นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมจากหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้องการทำงานในรูปแบบเครือข่าย เนื่องจากการทำงานแบบเครือข่ายเป็นการทำงานแบบ “ประสานพลัง” และเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดของการส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืน ทั้งนี้เพราะสมาชิกเครือข่ายต่างมีบทบาทสำคัญต่อการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมาย โดยใช้กลไกของการสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลและประสบการณ์ร่วมกัน (กองสุขศึกษากรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

## 2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต

จากผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมมี 5 ปัจจัย ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม การดูแลของชุมชน รายได้สูง บทบาททางสังคมที่เป็นเจ้าหน้าที่รัฐ และการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชนสม่ำเสมอ ซึ่งสามารถอภิปรายตามขนาดอิทธิพลของตัวแปรตามลำดับดังนี้

2.1 แรงสนับสนุนทางสังคม แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่สำคัญที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมมากที่สุดอาจเป็นเพราะการดูแลผู้ป่วย ทั้ง 5 ด้าน นั้นผู้ป่วยไม่สามารถดูแลได้ด้วยตนเองคนเดียวและหากไม่ได้รับแรงสนับสนุนจากคนอื่นหรือชุมชนช่วยอาจจะส่งผลให้

การปฏิบัติตนไม่ถูกต้องจนเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้ซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคม ทั้ง 4 ด้าน อภิปรายได้ดังนี้

2.1.1 ด้านเงิน จากผลการวิจัย พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมด้านเงินอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 44.7 ซึ่งการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนด้านการเงินสำหรับเป็นค่าใช้จ่ายหลังจากปลูกถ่ายไต ได้แก่ ค่ายากดภูมิคุ้มกัน ค่าเดินทางในการมาตรวจตามนัด ค่าที่พักกรณีอยู่ต่างจังหวัด และค่าใช้จ่ายในครอบครัว เนื่องจากก่อนผ่าตัดผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงานจากการต้องมาฟอกเลือดและหลังผ่าตัดต้องหยุดงาน ประมาณ 1 เดือนทำให้มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นซึ่งขึ้นอยู่กับสิทธิการคุ้มครองด้านการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยเองด้วย จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยปลูกถ่ายไตส่วนใหญ่เป็นหัวหน้าครอบครัว ร้อยละ 46 (ปัญฑ์ชานิต จินดาธนสาร และคณะ, 2556) เป็นเพศชายร้อยละ 60.8 และส่วนใหญ่ มีรายได้ไม่น้อยกว่า 10,000 บาท (อิสริยาภรณ์ แสงสวย, และรุ่งระวี นาวิเจริญ, 2561) แสดงว่าผู้ป่วยจำเป็นที่จะได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านเงินจากชุมชนแต่จากข้อมูลตัวอย่างในการศึกษานี้ พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร/รับจ้างทั่วไป/ค้าขาย ร้อยละ 67 และมีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน ร้อยละ 24.7 อาจเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ไม่สามารถสนับสนุนด้านเงินในการดูแลผู้ป่วยได้จึงส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนน้อยสอดคล้องกับหลายการศึกษา ที่พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตนั้น ได้แก่ ด้านการเงิน เศรษฐกิจ รายได้ (Gordon et al., 2009; Ndemera, & Bhengu, 2017) และรายได้ก็มีผลต่อแรงสนับสนุนทางสังคมด้วย (Zhao et al., 2018) แรงสนับสนุนด้านเงิน(Financial support ) เป็นปัจจัยจูงใจหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบในการดูแลตนเองให้ดี โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่มีงานทำหรือได้รับการสนับสนุนเงินจากรัฐบาลไม่เพียงพอที่จะกินอาหารสุขภาพหรือการมาตรวจตามนัด (Ndemera, & Bhengu, 2017) ดังนั้น หากมีแรงสนับสนุนด้านเงินก็จะทำให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นโดยเฉพาะส่วนร่วมด้านการรับผลประโยชน์ เช่น การให้ค่าตอบแทนผสม. ในการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยหลังกลับไปใช้ชีวิตในชุมชน

2.1.2 ด้านร่างกาย แรงสนับสนุนทางสังคมในด้านนี้ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต เนื่องจากหลังผ่าตัดผู้ป่วย ต้องดทำงานหนักในช่วงแรกและระมัดระวังการกระทบบริเวณหน้าท้องบริเวณตำแหน่งที่ใส่ไตใหม่ไว้ นอกจากนี้หากผู้ป่วยต้องมาตรวจตามนัดหากมีคนช่วยเหลือทำงานแทนก็จะช่วยให้การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะการได้รับสนับสนุนจากครอบครัว (Family support) และชุมชน (Community support) ถือเป็นอีกปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการดูแลตนเอง

ของผู้ป่วยเช่นกัน ทำให้มีการช่วยเหลือ ช่วยเตือนเรื่องการปฏิบัติตัว การให้กำลังใจ เกิดเครือข่ายทางสังคมที่ส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยให้ดีขึ้น (Ndemera, & Bhengu, 2017) เช่น การช่วยเหลืองานบ้านหรือกิจกรรมในชีวิตประจำวัน การเลี้ยงดูบุตร การพามาตรวจตามนัด อาจเนื่องมาจากหากผู้ป่วยมีกิจกรรมที่ต้องทำตลอดเวลาหรือยุ่งมากจะส่งผลต่อการดูแลตนเองไม่ดี สอดคล้องกับการศึกษา ที่พบว่า ระบบการสนับสนุน (Support systems) เป็นปัจจัยจูงใจที่ทำให้ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบในการดูแลตนเองให้ดี ได้แก่ การสนับสนุนจากผู้ป่วยปลูกถ่ายไตเหมือนกัน จากครอบครัว ชุมชน และหากผู้ป่วยงานยุ่ง (Busy work schedule) ทำให้มีการจัดการตนเองลำบากและการกินยาไม่สม่ำเสมอ (Ndemera, & Bhengu, 2017) เช่นเดียวกับผลการศึกษาความกลัวการเคลื่อนไหวมีความสัมพันธ์ ทำให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมทางกายในผู้ป่วยปลูกถ่ายไต เนื่องจากผู้ป่วย ร้อยละ 73 มีสมรรถนะแห่งตนต่ำจึงกลัวในการเคลื่อนไหวออกแรงทางกาย (Zelle et al., 2016) ดังนั้น หากมีแรงสนับสนุนทางสังคมด้านทางกายจะช่วยให้ครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลมากขึ้นและทำให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ดีเกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีด้วย

2.1.3 ด้านสิ่งของ แรงสนับสนุนทางสังคมด้านสิ่งของสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต ประกอบด้วยสิ่งของที่ใช้ในชีวิตประจำวันและสิ่งของที่เป็นต้องใช้ในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปในชุมชน ผลการวิจัย พบว่า ชุมชนมีส่วนร่วมในการสนับสนุนด้านสิ่งของระดับปานกลาง ร้อยละ 42.3 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการสนับสนุนให้ความช่วยเหลือแบ่งปันสิ่งของให้กับผู้ป่วย เช่น อาหาร ของใช้จำเป็น แต่สิ่งของที่เป็นในการดูแลและเฝ้าระวังอาการ ได้แก่ ปรอทวดใช้ เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องชั่งน้ำหนักหรือเครื่องเจาะน้ำตาลในเลือดจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากผู้นำชุมชนหรือเจ้าหน้าที่รัฐรวมทั้งผู้ให้บริการรพ.สต สอดคล้องกับแนวทางการมีส่วนร่วมของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2556) ที่กำหนดว่าปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วม ได้แก่ ปัจจัยด้านกลไกของรัฐการสนับสนุนและส่งเสริมทั้งจากกลไกรัฐและแกนนำเครือข่ายขององค์กรชุมชนและภาคีเครือข่ายพันธมิตรทั้งหน่วยงานภาครัฐจากกระทรวงมหาดไทย องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น อบต. อบจ. หรือสาธารณสุขที่ให้การสนับสนุนทั้งวิชาการและทรัพยากร งบประมาณ อุปกรณ์ รวมทั้งการร่วมกิจกรรมดำเนินการเช่นเดียวกับกับการศึกษาของนิคม แก้ววันดี และคณะ (2558) ) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชน พบว่า ปัจจัยเอื้อได้แก่ความพอเพียงของทรัพยากรมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วม ดังนั้น หากชุมชนหรือภาครัฐเข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุนด้านสิ่งของสำหรับการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไต จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดี

ปฏิบัติตนอย่างถูกต้องแต่ถ้าขาดการสนับสนุนด้านสิ่งของอาจจะเป็นอุปสรรคที่ส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษา ที่พบว่า อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับ การปลูกถ่ายไต ได้แก่ อุปสรรคด้านระบบสุขภาพ (Healthcare system relates barriers) การขาดเครื่องมือในการเฝ้าระวังตนเอง (Lack of self-care monitoring equipment) ได้แก่ เครื่องวัด ความดันโลหิต เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องเจาะน้ำตาลในเลือด ปรอทวดใช้ ซึ่งผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้เฝ้า ระวังตนเองที่บ้าน (Ndemera, & Bhengu, 2017)

2.1.4 ด้านอารมณ์ แรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์นับว่าเป็นปัจจัยสำคัญ ที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยด้านจิตใจเช่นเดียวกับด้านร่างกาย เนื่องจากหลัง ปลูกถ่ายไตผู้ป่วยต้องการกำลังใจในการดูแลตนเองและลดความกลัวไตเสียหายที่ (Fear of graft loss) แล้วต้องกลับไปพอกเลือดใหม่ และไม่อยากทำให้คนให้ไตซึ่งเป็นคนในครอบครัวผิดหวังจึง ปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมบริการอย่างเคร่งครัดจนเกิดความกลัวและเครียดได้ (Ndemera, & Bhengu, 2017) ดังนั้น หลังจากผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาลและต้องดูแลตนเองผู้ป่วยจึง จำเป็นต้องมีแรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์โดยเฉพาะคนใกล้ชิด ครอบครัวและเพื่อนที่ผู้ป่วย สามารถเล่าความรู้สึกหรือพูดคุยได้เมื่อเกิดความสบายใจหรือเกิดปัญหาสุขภาพ ผู้ป่วยที่ได้รับ การมีส่วนร่วมของชุมชนช่วยเหลือระดับประคองอารมณ์จะมีความเครียดน้อยกว่าและดูแล ตนเองได้ดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีแรงสนับสนุน สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีคนดูแลพูดคุยมี แรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ มีความเครียดและความวิตกกังวลน้อยกว่า (Pisanti et al., 2014) และถ้าผู้ป่วยที่มีภาวะเครียดหรือซึมเศร้าก็จะส่งผลต่อการดูแลตนเองที่ไม่ดีเช่นกัน (Bayliss et al., 2007) ถ้าขาดการสนับสนุนจากชุมชน (Community support) โดยการไม่สนใจ จากคนในครอบครัว ซึ่งพยายามให้ผู้ป่วยดูแลตนเองทำให้ผู้ป่วยบางคนรู้สึกซึมเศร้าและต้องการ พบจิตแพทย์บางครั้งเกิดความเครียดจึงรับประทานอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ (Ndemera, & Bhengu, 2017) เช่นเดียวกับการศึกษาความสัมพันธ์ของแรงสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิต ผู้ป่วยปลูกถ่ายไตในประเทศจีน พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมทั้งจากครอบครัว เพื่อน และจาก แหล่งอื่น มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยปลูกถ่ายไต กล่าวคือถ้าผู้ป่วยปลูกถ่ายไตมีการ รับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมสูงก็จะมีคุณภาพชีวิตที่สูงมากกว่าผู้ป่วยที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ (Lin et al., 2015) นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาผลของการให้ความรู้ต่อการรับมือกับปัญหา (coping) ของผู้ป่วยปลูกถ่ายไตในประเทศอียิปต์ เป็นวิจัยกึ่งทดลอง พบว่า ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิต และความสามารถแห่งตนดีขึ้นหลังได้รับความรู้ต่อการรับมือกับปัญหา (Mersal, & Aly, 2014)



ดังนั้น หากชุมชนมีแรงสนับสนุนด้านอารมณ์อาจจะส่งผลให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ลดการเกิดความเครียดได้

## 2.2 การดูแลของชุมชน

การดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตนั้น ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานยา ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้านอารมณ์ ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และด้านการมาตรวจตามนัด ซึ่งการดูแลผู้ป่วยของชุมชนในแต่ละด้านอภิปรายได้ดังนี้

2.2.1 การรับประทานยากดภูมิคุ้มกัน จากผลการวิจัย พบว่า การดูแลผู้ป่วยของชุมชนในด้านนี้อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 47.7 ซึ่งผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตจำเป็นต้องได้รับยากดภูมิคุ้มกันตลอดชีวิตเพื่อป้องกันภาวะสลัดไตในระยะยาว (chronic rejection) ทำให้ไตเสียหายที่ซึ่งผู้ป่วยต้องรับประทานยาอย่างครบถ้วน ถูกต้องและตรงเวลาเพื่อให้ระดับยาในเลือดเป็นไปตามแผนการรักษาของแพทย์ (National Kidney Foundation, 2015) ดังนั้น การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยากดภูมิคุ้มกันจึงเป็นสิ่งสำคัญหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลแม้ว่าผู้ป่วยจะรู้สึกว่าจะตนเองกลับมาใช้ชีวิตตามปกติได้อีกครั้ง ไม่ต้องพอกเลือด สามารถทำกิจวัตร ทำงานได้เหมือนคนทั่วไป แต่ก็ต้องดูแลตนเองให้ดีและรับประทานยาอย่างถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศออสเตรเลียที่ศึกษาการรับรู้ของผู้ป่วยหลังได้รับการปลูกถ่ายไตเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่า ผู้ป่วยบอกว่ารู้สึกมีความสุขกับชีวิตเหมือนได้กลับมามีศักยภาพและความสามารถอีกครั้ง แต่บางส่วนก็รู้สึกถูกจำกัดที่ต้องดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและฤทธิ์ข้างเคียงของยา (Pinter et al., 2017) โดยเฉพาะในผู้ป่วยบางรายที่มีฤทธิ์ข้างเคียงของยามากจะทำให้ผู้ป่วยกินยาไม่สม่ำเสมอและไม่ต่อเนื่อง (Ndemera, & Bhengu, 2017) ดังนั้น การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยด้านการรับประทานยาอาจจะช่วยให้ผู้ป่วยรับประทานยาสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากยิ่งขึ้น สอดคล้องหลายการศึกษา ที่พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมีการกินยากดภูมิคุ้มกันสม่ำเสมอดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีปัจจัยสนับสนุนทางสังคม (Ladin et al., 2017; Lim, 2015; Prihodova et al., 2014) ผู้ป่วยที่แยกตัวจากสังคมหรืออยู่คนเดียวจึงมีความสม่ำเสมอในการกินยากดภูมิคุ้มกันลดลง (Coelho Gonçalves et al., 2016; Zhao et al., 2018) เช่นเดียวกับในแอฟริกาใต้มีการศึกษา พบว่า ผู้ป่วย ส่วนใหญ่ ต้องการการสนับสนุนครอบครัวและระบบสุขภาพ เนื่องจากมีอุปสรรค เช่น งานยุ่งทำให้การจัดการตนเองลำบากและการกินยาไม่สม่ำเสมอ (Ndemera, & Bhengu, 2017) นอกจากนี้ การดูแลด้านการรับประทานยายังเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านเศรษฐกิจด้วย เนื่องจากผู้ป่วยบางรายมีรายได้น้อยต้อง



ทำงานที่มีเวลาไม่แน่นอนสอดคล้องกับการศึกษา ที่พบว่า ความสม่ำเสมอของการกินยาทดแทนมีความสัมพันธ์กับความเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางสังคมเศรษฐกิจ (Goncalves et al., 2016)

2.2.2 ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผลการวิจัย พบว่า การดูแลในด้านนี้อยู่ในระดับน้อยเช่นกัน ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลในระยะแรกจะมีการปรับตัวในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การออกกำลังกาย การคาดเข็มขัดนิรภัยขณะขับรถ การเล่นกีฬาฟุตบอลในผู้ป่วยวัยรุ่น ซึ่งต้องระมัดระวังการกระทบกระเทือนไตใหม่ที่บริเวณหน้าท้องซึ่งหากถูกกระแทกแรงๆจะเกิดอันตรายเสียหายต่อไตได้ รวมทั้งการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำที่ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนด้วย โดยเฉพาะคนในครอบครัวสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศญี่ปุ่น ที่พบว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัว เพื่อน หรือชุมชน มีความสัมพันธ์กับการมีกิจกรรมประจำวัน (Tomioke et al., 2017) โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีความกลัวหรือมีสมรรถนะแห่งตนต่ำก็จะไม่กล้าเคลื่อนไหวและปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศเนเธอร์แลนด์กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยหลังปลูกถ่ายไต 1 ปี จำนวน 487 คนผลการศึกษา พบว่า ความกลัวการเคลื่อนไหวมีความสัมพันธ์ทำให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมทางกาย การทำงาน การเล่นกีฬา ต่ำ (Zelle et al., 2016) ดังนั้น การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยด้านการปฏิบัติตนจะช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดีขึ้น เช่น การออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ Sokunbi (2017) ที่ศึกษาการออกกำลังกายและฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังปลูกถ่ายไต 1 ปี พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายมีการออกกำลังกายร้อยละ 67 มากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม ร้อยละ 36 เนื่องจากกลัวการบาดเจ็บที่แผลผ่าตัด ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลจากชุมชนให้มีการปฏิบัติกิจวัตรได้ตามปกติก็จะช่วยให้ผู้ป่วยมีวิถีชีวิตสุขภาพดี (Health Lifestyle) ซึ่งจะช่วยให้รู้สึกผาสุก (Wellness) โดยกลับไปใช้ชีวิตประจำวันตามปกติ ไปทำงาน ไปโรงเรียน เพิ่มกิจกรรมทางกาย (Physical activity) ได้เหมือนคนปกติทั่วไป (National Kidney Foundation, 2015) นอกจากนี้การดูแลเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและน้ำดื่มหลังปลูกถ่ายไตก็เป็นสิ่งสำคัญในชีวิตประจำวันที่ต้องดูแล ซึ่งหากผู้ป่วยได้รับการดูแลด้านอาหารโดยครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลเรื่องการรับประทานอาหาร ผู้ป่วยก็จะได้รับประทานอาหารที่ถูกต้อง Gans (2018) เนื่องจากตัวผู้ป่วยเองบางรายอาจจะสุขภาพไม่ดี (Poor health) เมื่อเจ็บป่วยเป็นอุปสรรคที่ทำให้การดูแลตนเองลดลง เช่น ไม่อยากอาบน้ำ แปรงฟัน การกินอาหาร เป็นต้น (Ndemera, & Bhengu, 2017) การดูแลผู้ป่วยด้านการรับประทานอาหารและการดื่มน้ำ 3 ลิตรต่อวันจึงมีความสำคัญที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตเช่นกัน (National Kidney Foundation, 2015)

2.2.3 ด้านอารมณ์ การดูแลด้านอารมณ์สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ได้รับการปลูกถ่ายไตนั้นว่ามีความสำคัญอย่างยิ่งเช่นเดียวกับการดูแลทางกาย เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีความเครียดหลังปลูกถ่ายไตจากหลายปัจจัย เช่น กลัวเกิดภาวะสลัดไตทำให้ไตเสียหายที่และต้องกลับไปฟอกเลือดเหมือนเดิมและการที่ต้องปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด หรือปัญหาด้านการเงิน สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาในประเทศอิหร่านที่ได้ศึกษาสาเหตุของความเครียดในผู้ป่วยปลูกถ่ายไต พบว่า สาเหตุความเครียดมากที่สุด คือ กลัวสลัดไต รองลงมา คือ ปัญหาการเงินและความมั่นใจในอนาคต ความเครียดมีความสัมพันธ์กับอายุ โดยผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 33 ปี มีคะแนนความเครียดสูงที่สุดและอายุมากกว่า 50 ปี มีความเครียดน้อยสุด (Valizadeh et al., 2016) ดังนั้น การมีส่วนร่วมของชุมชนจะช่วยให้การเผชิญความเครียดมีคณคอยดูแลและให้ความช่วยเหลืออาจเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ความสามารถในการแก้ปัญหาเพิ่มขึ้น ลดผลกระทบด้านจิตใจได้ (Gans, 2018) รวมทั้ง ความกลัวการบาดเจ็บบริเวณแผลผ่าตัดก็ทำไม่กล้ามีกิจกรรมทางกายหรือความสามารถในการดูแลตนเองไม่ได้หมดก็ทำให้การดูแลตนเองไม่ถูกต้อง (Gordon et al., 2009) สอดคล้องกับการศึกษาผลของรูปแบบ Continuous Care Model ต่อภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และ ความเครียด ของผู้ป่วยปลูกถ่ายไตแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลลดลง (Salehi, aghadosi, & Rezaafazel, 2015)เช่นเดียวกับการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้เสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยปลูกถ่ายไต พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีความไม่มั่นใจลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Kim, & Yoo, 2017) ดังนั้น การดูแลด้านอารมณ์จึงเป็นสิ่งสำคัญที่อาจจะส่งผลให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน

2.2.4 ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภาวะแทรกซ้อนที่พบหลังปลูกถ่ายไต นอกจากปัญหา allograft rejection ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่มีผลกระทบต่อ graft survival แล้วผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไตอาจมีปัญหายุ่แทรกซ้อนอื่นอีก เช่น โรคของไตเดิมที่อาจเกิดซ้ำในไตใหม่ (recurrent renal disease) โรคไตที่เกิดขึ้นใหม่ (De novo glomerulopathy) และที่สำคัญคือ ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการใช้ยากดภูมิคุ้มกันเพื่อป้องกันการเกิด rejection ซึ่งเป็นผลทำให้เกิดปัญหาโรคติดเชื้อ และก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อระบบอวัยวะต่างๆในร่างกายตามมา ปัญหาต่างๆ เหล่านี้จะมีผลกระทบต่อ graft และ patient survival rate ได้ จากการศึกษา พบว่าสาเหตุใหญ่ของการเสียชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไตเกิน 1 ปี ไปแล้วคือปัญหาเกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคติดเชื้อ และมะเร็งของอวัยวะต่างๆ ซึ่งจะมีอุบัติการณ์สูงกว่าในประชากรทั่วไปมากทั้งนี้เป็นผลจากการใช้ยากดภูมิคุ้มกันนั่นเอง (Bia et al., 2010; Inker et

al., 2014; National Kidney Foundation, 2015) ดังนั้น ผู้ป่วยปลูกถ่ายไตจึงต้องปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด แต่หากผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบมีส่วนร่วมจากชุมชนก็อาจจะทำให้ปฏิบัติตามได้ดีและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาในจีนพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับความรู้เสริมสร้างพลังอำนาจมีการปฏิบัติตามถูกต้องเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Kim and Yoo , 2017) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Ladin et al. (2017) ที่พบว่าครอบครัวและเพื่อนที่จะมีส่วนร่วมช่วยให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาที่แพทย์เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัดและแพทย์ใช้ในการตัดสินใจปลูกถ่ายไตกับผู้ป่วยในการแน่ใจว่าการปลูกถ่ายไตจะไม่เสียเปล่า

แม้ว่าผลการศึกษานี้ พบว่า การดูแลด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับมากร้อยละ 48 แต่ในระยะยาวผู้ป่วยก็อาจจะมีการดูแลตนเองที่ไม่ดีได้ เนื่องจากผู้ป่วยทั้งหมดได้รับไตจากผู้มีชีวิตซึ่งต่างจากผู้ป่วยที่ได้รับไตจากผู้บริจาคที่มีภาวะสมองตายที่จะปฏิบัติตามได้ดีกว่าในระยะยาวสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศญี่ปุ่นที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองที่ดี (Good Self-Management) เป็นวิจัยเชิงสำรวจ กลุ่มตัวอย่าง 200 คน เปรียบเทียบ 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ปฏิบัติตามสม่ำเสมอ (adherence) กับกลุ่มที่ปฏิบัติตัวไม่สม่ำเสมอ (non-adherence) ผลการศึกษา พบว่า ในระยะสั้น 2-5 ปีหลังปลูกถ่ายไต ผู้ป่วยที่รับไตจากผู้บริจาคสมองตายมีการจัดการตนเองที่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากการรอคอยกว่าจะได้ไตนานทำให้ต้องดูแลรักษาไตเป็นอย่างมากจึงปฏิบัติตามในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ดีกว่า

2.2.5 ด้านการมาตรวจตามนัด จากผลการวิจัย พบว่า การดูแลด้านการมาตรวจตามนัด พบว่า อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 37 และระดับน้อยร้อยละ 36 ไกล่เคียงกันทั้งนี้อาจเกิดจากความแตกต่างของพื้นที่และระยะทางในการเดินทางมาตรวจตามนัดที่โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ซึ่งกระบวนการมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยปลูกถ่ายไตควรได้รับการดูแลจากชุมชน อาจจะเนื่องมาจากระยะเวลาเดินทางและระยะในการพบแพทย์ใช้เวลาทั้งวันหรือบางรายที่อยู่ต่างจังหวัด ต้องเดินทางมาตรวจก่อนนัด 1 วัน เพื่อเจาะเลือดตรวจวัดระดับยาคุมกั้นก่อนรับประทานยามื้อเช้า คือ 8.00 น แล้วรอผลเลือดและพบแพทย์ตอนบ่าย กลุ่มตัวอย่างทั้ง 8 จังหวัดในภาคเหนือตอนล่างในการศึกษานี้อาจดูแลผู้ป่วยในด้านนี้แตกต่างกัน ถ้าอยู่ในพื้นที่ใกล้โรงพยาบาลหรือผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ดี ญาติหรือครอบครัวก็ไม่ต้องดูแลโดยการพามาตรวจตามนัดส่งผลให้การมีส่วนร่วมด้านการมาตรวจตามนัดน้อย แต่ผู้ป่วยบางรายอยู่ไกลต่างจังหวัดหรือไม่สามารถเดินทางมาคนเดียวได้ชุมชนก็จะต้องเข้ามาดูแลช่วยเหลือในการพามาตรวจตามนัดการมีส่วนร่วมในการพามาตรวจตามนัด อยู่ในระดับมาก นอกจากนี้จากข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง

พบว่า ส่วนใหญ่ มีอาชีพเกษตรกรรม/รับจ้างทั่วไป/ค้าขาย ร้อยละ 67 ซึ่งอาจจะไม่สะดวกในการพามาตรวจตามนัดได้ หากชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลด้านนี้สำหรับผู้ป่วยที่จำเป็นจะช่วยให้เกิดการพัฒนาโดยให้ภาครัฐหรืออบต.เข้ามามีส่วนร่วมหรืออาจพัฒนาเป็นลักษณะเครือข่ายระบบบริการทั้งระดับโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชนและในระดับเครือข่ายชุมชนผู้ป่วยก็จะได้รับดูแลที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาในสหรัฐอเมริกา ที่พบว่า อุปสรรคหนึ่งของการมีส่วนร่วม คือการได้รับการสนับสนุนไม่เพียงพอทั้งจากเจ้าหน้าที่และเครือข่ายทางสังคม เช่น การเดินทางไปตรวจกับเพื่อนที่มีรถ ดังนั้นผู้ให้บริการควรช่วยผู้ดูแลให้มีเครือข่ายทางสังคมที่เข้มแข็ง ซึ่งจะทำการมีส่วนร่วม ในการรักษาเพิ่มมากขึ้น (Fawley-King et al., 2013) เช่นเดียวกับการศึกษาของประจักษ์ ทรัพย์มณี (2558) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงพบว่าปัจจัยการให้บริการทางการแพทย์นั้นจะส่งผลได้พอสมควรทั้งประสิทธิผลความพอใจที่จะมีส่วนร่วมและประสิทธิภาพการจัดการ

2.3 รายได้ จากผลการศึกษา พบว่า รายได้มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตเป็นลำดับที่ 3 แต่มีอิทธิพลทางลบ (Beta=-0.169) ซึ่งแปลความหมายว่ารายได้อาจเพิ่มขึ้นการมีส่วนร่วมยิ่งลดลง โดยกลุ่มผู้มีรายได้สูงมากกว่า 15,000 บาทมีส่วนร่วมน้อยเมื่อเทียบกับกลุ่มผู้มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทซึ่งเป็นกลุ่มอ้างอิง ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาเป็นการศึกษารายได้ของผู้ป่วยว่าส่งผลต่อการดูแลตนเอง กล่าวคือถ้าผู้ป่วยมีรายต่ำจะดูแลตนเองไม่ดี (Lim, 2015) สอดคล้องกับการศึกษาความสม่ำเสมอของการกินยาตามภูมิคุ้มกันของผู้ป่วยปลูกถ่ายไต พบว่า ความสม่ำเสมอของการกินยาตามภูมิคุ้มกันมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางสังคมเศรษฐกิจ (Goncalves et al., 2016) จากการศึกษาดังกล่าวแม้ว่าไม่ได้ศึกษารายได้ของผู้ดูแลโดยตรงแต่ก็แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยปลูกถ่ายไตที่มีรายได้ต่ำยังต้องการการดูแลหรือสนับสนุนด้านรายได้เพื่อใช้ในการดูแลตนเอง แต่ในส่วนรายได้ที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนนั้นจากการศึกษา พบว่า กิจกรรมที่เกี่ยวกับการเพิ่มรายได้ทำให้การมีส่วนร่วมเพิ่มมากขึ้น อาทิการศึกษาของฤทธิชัย แกมมณาค, และสุภัสชา พันเลิศพาณิชย์ (2559) ที่ได้ศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุประกอบด้วย 6 กิจกรรม หนึ่งในกิจกรรมนั้นคือคือกิจกรรมอาชีพเสริมและเสริมรายได้ผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับการศึกษาของธนิศร ยืนยง (2561) ที่ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนที่ส่งผลต่อการพัฒนาท้องถิ่น พบว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนในการรับผลประโยชน์ส่งผลต่อการพัฒนาท้องถิ่นเป็นอันดับแรก คิดเป็นร้อยละ 84.40 สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่ศึกษากิจกรรมที่ทำให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพดีขึ้นของผู้ป่วยโรคร่วมเรื้อรังในบริการปฐมภูมิและชุมชนเป็นการศึกษาแบบ



ทบทวนวรรณกรรม พบว่า ควรให้ความสำคัญกับกิจกรรมด้านการเงิน (Financial interventions) เช่นกัน (Smith et al., 2012)

แต่ผลการศึกษานี้ รายได้มีอิทธิพลทางลบต่อการมีส่วนร่วมซึ่งแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาที่มีอิทธิพลทางบวก โดยพบว่า ผู้ที่มีรายได้มากมีส่วนร่วมมากกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย เนื่องจากไม่ต้องภาระหน้าที่การงานมากทำให้มีเวลามากพอในการมีส่วนร่วม (สมจินตนา คุ่มภัย, 2559) ซึ่งความแตกต่างของผลการศึกษานี้ อาจเนื่องมาจากผู้ที่มีรายได้มากจำเป็นต้องใช้เวลาในการทำงานหรือมีความสนใจในเรื่องการงานมากกว่าการมีส่วนร่วมกับชุมชนประกอบกับกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 33 มีอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ซึ่งเป็นงานประจำหรือสถานที่ทำงานไม่ได้อยู่ในชุมชนทำให้ไม่ค่อยมีเวลาในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยต่างจากผู้ที่มีรายได้น้อยซึ่งส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมหรือรับจ้างทั่วไปอยู่ในชุมชนทำให้มีเวลาในการมีส่วนร่วมมากกว่าผู้ที่มีรายได้มาก

2.4 บทบาททางสังคม จากผลการศึกษา พบว่า บทบาททางสังคมมีอิทธิพลทางบวกต่อการมีส่วนร่วมกล่าวคือผู้ที่มีบทบาททางสังคมเป็นเจ้าหน้าที่รัฐ/รพ.สต มีส่วนร่วมสูงเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มครอบครัว/ผู้ดูแล/เพื่อน(กลุ่มอ้างอิง) ทั้งนี้ เนื่องจากเจ้าหน้าที่รัฐ/รพ.สตมีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของคนในชุมชนและได้รับการยอมรับจากคนในชุมชนจึงทำให้การมีส่วนร่วมสูง ตามแนวทางการพัฒนาการมีส่วนร่วมของกองสุขภาพศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2556) ที่ให้ความสำคัญต่อการมีส่วนร่วมและให้การยอมรับต่อบทบาทของหน่วยงานภาคีเครือข่ายภาครัฐและเอกชน องค์กรชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของชาญชัย ชัยรุ่งเรือง (2559) ที่พบว่า บทบาทในสังคมและความเชื่อถือศรัทธาเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของชุมชนเช่นกัน เนื่องจากบทบาทในสังคมเป็นสิ่งที่ทำให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมต่างกัน เนื่องจากประชาชนที่มีบทบาทในสังคมสูงจะมีลักษณะความเป็นผู้นำสูงด้วยจะได้รับการยอมรับและได้รับความเชื่อถือจากประชาชนในชุมชน และเป็นผู้ริเริ่มการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ของชุมชน ทำให้กลุ่มนี้ เข้ามามีบทบาทในการสร้างความเข้มแข็งให้แก่ชุมชน และส่วนใหญ่ มีความพร้อมในเรื่องฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมอยู่แล้ว เช่นเดียวกับการศึกษาการมีส่วนร่วมของแกนนำภาคีเครือข่ายสุขภาพในการขับเคลื่อนงานพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพเป็นวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการขับเคลื่อนพัฒนางานตำบลจัดการสุขภาพคือบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในชุมชนโดยการมีบทบาทหน้าที่ในชุมชนมีความสัมพันธ์กับการขับเคลื่อนพัฒนางานตำบลจัดการสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (สุธาทิพย์ จันทร์ภักดิ์, 2560) ในทางตรงกันข้ามจากผลการวิจัยในระยะที่ 1



พบว่า หากผู้ป่วยปลุกถ่ายไต มีบทบาททางสังคมสูงเอง เช่น เป็นสจ. หรือญาติเป็นเจ้าของที่  
 สาธารณสุข จะทำให้ชุมชนไม่กล้าเข้าไปมีส่วนร่วมในการดูแลหรือมีส่วนร่วมน้อย เนื่องจากมี  
 บทบาททางสังคมน้อยกว่าผู้ป่วย ดังนั้น หากเจ้าหน้าที่รัฐ/รพ. สตร่วมกับผู้นำชุมชนพัฒนาการมี  
 ส่วนร่วมและสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยปลุกถ่ายไตก็จะเพิ่มการมีส่วนร่วมได้ เนื่องจากการรับใช้  
 สังคมของผู้นำชุมชนและการสนับสนุนของผู้นำเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาชุมชนอย่างมี  
 นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ประทีป มากมิต, และอารีย์ สุขสวัสดิ์, 2560)

2.5. การเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนสม่ำเสมอ จากผลการวิจัย พบว่า กลุ่มที่เข้าร่วม  
 กิจกรรมของชุมชนอย่างสม่ำเสมอมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยปลุกถ่ายไตมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับ  
 กับกลุ่มที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรม (กลุ่มอ้างอิง) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการเข้าร่วมกิจกรรมจะทำให้รับรู้  
 ข้อมูลข่าวสารและทำให้เกิดความสามัคคีความผูกพันในชุมชนจึงมีการถามไถ่หรือช่วยเหลือใน  
 การดูแลผู้ป่วยหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่งการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่าย  
 สุขภาพในชุมชนนั้นควรให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมดำเนินกิจกรรมต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นประชุม ชมรม  
 สมาคมต่างๆ ที่เข้มแข็งกลุ่มต่างๆ ได้แก่ กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มสตรี ชมรมอสม. ชมรมผู้สูงอายุ ชมรม  
 แม่บ้าน ชมรมสร้างสุขภาพ และชมรมอื่นที่ชุมชนจัดตั้งขึ้นเพื่อดำเนินกิจกรรมในชุมชน (กองสุข  
 ศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2556) สอดคล้องกับการศึกษาของ  
 สมจินตนา คุ่มภักย์ (2559) ที่พบว่า การสื่อสารให้ข้อมูลแก่ชาวชุมชนอย่างชัดเจน อบรม. ยิ่งจัด  
 กิจกรรมหรือโครงการมากและให้ข้อมูลข่าวสารเพิ่มขึ้นแก่ชาวชุมชนมีผลให้ชาวชุมชนมีส่วนร่วม  
 มากขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของสมคิด ศรีสิงห์ (2558) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วม  
 ในการพัฒนากิจกรรมของประชาชนในเขตเทศบาลนครพิษณุโลก พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการมี  
 ส่วนร่วมของประชาชนอันดับแรกคือ ความสามัคคี การรับรู้ข่าวสาร การเป็นสมาชิกกลุ่มทางสังคม  
 และความรู้สึกเป็นเจ้าของ สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศของ Chambers et al. (2018) ที่  
 ได้กำหนดให้การพูดคุยและการตัดสินใจร่วมกันในงานและกิจกรรมต่างๆ ของชุมชนเป็น  
 องค์ประกอบที่สำคัญต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้นจากผลการวิจัยนี้  
 ความสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาโดยหากมีการพัฒนาให้สมาชิกในชุมชนการเข้าร่วม  
 กิจกรรมของชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยปลุกถ่ายไตอย่างสม่ำเสมออาจจะส่งผลให้ชุมชนมี  
 ส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น

### 3. รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต

จากผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตต้องมีการดำเนินการภายใต้ NEWTAI model ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

1. การส่งเสริมให้มีแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ (Nourishing social support) ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ได้แก่ 1) กิจกรรมกองทุนดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไต 2) กิจกรรมถ้าไม่ไหวเดี๋ยวไปช่วย และ 3) กิจกรรมเยี่ยมกัน บ้านของ ลอญุ่ย จากผลการศึกษาค้นคว้า พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุดต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนดังนั้นการส่งเสริมให้มีแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอจึงเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากเครือข่ายชุมชน ทั้งผู้นำชุมชน เพื่อนบ้าน ตลอดจนเจ้าหน้าที่รพ.สต. ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับแรงสนับสนุนที่เพียงพอทั้ง 4 ด้าน เนื่องจากแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นเครือข่ายทางสังคมของแต่ละบุคคลที่จะคอยให้การช่วยเหลือ แรงสนับสนุนทางสังคมที่เข้มแข็งมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพ การปฏิบัติตามคำแนะนำการรักษาระยะยาวและลดอัตราการตาย (Cukor, 2017) ทำให้เกิดคุณภาพชีวิตและช่วยเหลือเมื่อเกิดสิ่งที่ไม่คาดคิดในชีวิต (Towey, 2017) สอดคล้องกับการศึกษาผลกระทบของแรงสนับสนุนทางสังคมต่อผลลัพธ์การปลูกถ่ายไต ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมที่อยู่ในระดับสูงจะทำให้ผลลัพธ์การปลูกถ่ายไตสูงขึ้นด้วย (Lim, 2015) เช่นเดียวกับการศึกษาการปฏิบัติตามคำแนะนำในปีแรกของผู้ป่วยปลูกถ่ายไตและผลกระทบต่อการสูญเสียไตและอัตราการตาย โดยศึกษาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) และศึกษาไปข้างหน้า (prospective study) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวในปีแรกมีผลต่อความสม่ำเสมอในการกินยากดภูมิคุ้มกัน (Prihodova et al., 2014) นอกจากนี้ ยังมีอีกหลายการศึกษาที่พบว่า แรงสนับสนุนที่เพียงพอทำให้ผู้ป่วยปลูกถ่ายไตได้รับการดูแลที่ดี ได้แก่ การศึกษาความสัมพันธ์ของแรงสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยปลูกถ่ายไต พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมทั้งจากครอบครัว เพื่อน และจากแหล่งอื่นมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยปลูกถ่ายไต กล่าวคือ ถ้าผู้ป่วยปลูกถ่ายไตมีการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมสูงก็จะมีคุณภาพชีวิตที่สูงมากกว่าผู้ป่วยที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ (Lin et al., 2015) การศึกษาคุณภาพชีวิตพฤติกรรม การปฏิบัติตามคำแนะนำและแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยปลูกถ่ายไตในประเทศไทย พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยแรงสนับสนุนทางสังคม

เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุดต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำและคุณภาพชีวิต (Zhao et al., 2018)

นอกจากนี้ องค์ประกอบการส่งเสริมให้มีแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอยังมีความสอดคล้องกับรูปแบบการมีส่วนร่วมจากหลายการศึกษาที่ผ่านมาที่กำหนดให้แรงสนับสนุนทางสังคมจากภาคีเครือข่ายต่างๆเป็นองค์ประกอบของรูปแบบเช่นกันโดยรูปแบบ Kaizen archetypes of community participation ได้กำหนดให้การช่วยเหลือ (helping) และการสนับสนุน (supportive) เป็น 2 ใน 7 องค์ประกอบของรูปแบบการมีส่วนร่วม (Bangthetab, 2016) สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศแคนาดาที่ได้ออกแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนและกำหนดกลยุทธ์ให้โรงพยาบาลต่างๆที่เป็นสมาชิกพัฒนาการมีส่วนร่วมการรับผิดชอบสาธารณะสุขเพิ่มขึ้นโดยองค์ประกอบของรูปแบบได้แก่การผสมผสาน (Engaging) การมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นของชุมชนที่เข้ามาเกี่ยวข้อง และการเป็นหุ้นส่วน (Partnering) (Born, & Laupacis, 2012) เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศเนปาลที่ได้มีการศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในระบบสุขภาพของ The Duwakot Community Hospital (DHC) และ Kathmandu Medical College (KMC) โดยกำหนดให้ผู้นำชุมชนและอาสาสมัครมีส่วนร่วมกับโปรแกรมต่างๆและประสานความร่วมมือเพื่อให้มีแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอเช่นกัน (Vaidya, & Pradhan, 2008)

2. การเสริมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตอย่างรู้แจ้ง (Enlightened about kidney transplantation care) ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ได้แก่ 1) กิจกรรมสอนเสริมความรู้ 2) กิจกรรมดูแลครบทั้ง 5 ด้าน และ 3) กิจกรรมสายด่วนปรึกษาปัญหาไตใหม่ สำหรับองค์ประกอบนี้เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตเช่นกันแม้ว่าปัจจัยความรู้จะไม่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมแต่การดูแลผู้ป่วยหลังจากปลูกถ่ายไตนั้นเป็นเรื่องใหม่สำหรับชุมชนรวมทั้งเจ้าหน้าที่รพ.สต.เองก็ขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้และจากผลการวิจัยในระยะที่ 2 พบว่าความรู้ของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตอยู่ในระดับปานกลาง ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 91.3 ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไต และร้อยละ 62.7 ไม่เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการปลูกถ่ายไต ดังนั้นแม้ว่าปัจจัยความรู้ไม่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมจากการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณในระยะที่ 2 แต่การเสริมความรู้จะทำให้ชุมชนสามารถดูแลผู้ป่วยทั้ง 5 ด้าน ได้มากขึ้น เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยของชุมชนเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมดังนั้นรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตจึงได้กำหนดกำหนดกิจกรรมทั้งเสริมความรู้ให้ชุมชนเข้าใจการดูแลผู้ป่วยทั้ง 5 ด้านอย่างรู้แจ้ง และกิจกรรม

การดูแลผู้ป่วยที่บ้านโดยการออกเยี่ยมบ้าน รวมทั้งกิจกรรมการให้คำปรึกษาเมื่อเกิดปัญหาในการดูแลซึ่งกิจกรรมในรูปแบบนี้มีความสอดคล้องกับรูปแบบการมีส่วนร่วมในหลายการศึกษาที่ผ่านมา โดยสุจินดา สุขรุ่ง และคณะ (2561) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า กิจกรรมการให้ความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มสูงขึ้นจากปานกลางเป็นระดับมาก ( $p < 0.05$ ) เช่นเดียวกับการศึกษาของวิไล ตาปะสี และคณะ (2561) ได้ศึกษารูปแบบการจัดบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่ารูปแบบการจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้ 1) การสร้างการเข้าถึงบริการโดยการจัดทำสติ๊กเกอร์เบอร์โทรศัพท์สำคัญแจกให้กับผู้สูงอายุ 2) การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมขององค์กรในชุมชน 3) ให้ความรู้กับผู้สูงอายุเช่นกัน

นอกจากนี้ ยังการศึกษาของกิตติ วงศ์ปทุมทิพย์ (2560) ที่ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกา พบว่าการได้รับการอบรมที่ต่างกันมีระดับการมีส่วนร่วมที่แตกต่างกัน การเคยเข้ารับการอบรมมีผลต่อการมีส่วนร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < .001$ ) ที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับกับการศึกษาของนิคม แก้ววันดี และคณะ (2558) ที่พบว่า ความรู้เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนเช่นกัน ในทางตรงกันข้ามก็มีการศึกษาที่มีความขัดแย้งโดยการศึกษาการมีส่วนร่วมของแกนนำภาคีเครือข่ายสุขภาพในการขับเคลื่อนงานพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ พบว่าความรู้ ไม่มีความสัมพันธ์กับการขับเคลื่อนพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ (สุธาทิพย์ จันทร์รักษ์, 2560) จากการศึกษาดังกล่าว จะเห็นได้ว่า มีทั้งการศึกษาที่สอดคล้องและขัดแย้ง ซึ่งในการศึกษานี้กำหนดองค์ประกอบเสริมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยปลุกถ่ายไตอย่างรู้แจ้งเป็นองค์ประกอบของรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต เนื่องจากการศึกษา ส่วนใหญ่ มีความสอดคล้องมากกว่าขัดแย้งและจากผลการวิจัยเชิงคุณภาพในระยะที่ 1 และ 3 ชุมชนเสนอแนะให้มีการพัฒนาความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจะได้ดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้นจึงได้กำหนดองค์ประกอบนี้ในรูปแบบเพื่อให้สอดคล้องกับพื้นที่วิจัย

สำหรับกิจกรรมการให้คำปรึกษาปัญหาไตใหม่ผ่าน line group นั้นอาศัยเครือข่ายในชุมชนเป็นผู้คอยประสานงานกับผู้ให้บริการสอดคล้องกับรูปแบบ Pedro Martín – Changing Views on Participation Model ที่กำหนดให้การปรึกษา (consult) เป็นองค์ประกอบของรูปแบบ เช่นเดียวกับหลายการศึกษาในต่างประเทศที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน (Born, & Laupacis, 2012; Group Health Research Institute, 2016; Marijani, 2017; World Health Organization, 2002)



นอกจากนี้ กิจกรรมการให้คำปรึกษายังสอดคล้องกับแนวทางการบริการปฐมภูมิในประเทศไทยที่เน้นการดูแลให้คำปรึกษาทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี เป็นการดูแลเพื่อให้เกิดการสื่อสารกันได้ทุกเวลา โดยใช้เทคโนโลยี เช่น LINE group, Facebook, Mobile phone เป็นต้น ทำให้เกิดความรู้สึกเสมือนผู้ป่วยมีญาติเป็นหมอบ สามารถปรึกษาหารือในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพกับบุคลากร เป็นการสร้างช่องทางให้เข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้นโดยอาศัยเครือข่าย (Network) อาจเป็นเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุข, ชมรม/จิตอาสาต่างๆ เข้าร่วมดูแลประชาชนร่วมกัน โดยมีการส่งข้อมูลหรือคำปรึกษาในกลุ่มประชากรอาจติดต่อถึงอาสาสมัครดูแลของครอบครัวตนเอง หรือติดต่อกับบุคลากรทางการแพทย์โดยตรง ก็ได้ขึ้นกับการจัดการภายในของแต่ละทีมและความสัมพันธ์ของแต่ละบุคคล (กระทรวงสาธารณสุข, 2559b)

3. การสนับสนุนด้านการเงิน ค่าตอบแทน (Warming remuneration for participation) แม้ว่าผลการวิจัยในระยะที่ 2 พบว่า รายได้มีอิทธิพลทางลบต่อการมีส่วนร่วมโดยผู้ที่มีรายได้มากมีส่วนร่วมน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่มีรายได้น้อยแต่จากข้อมูลกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้น้อยถึงปานกลางร้อยละ 63.7 มีเพียงร้อยละ 36.3 ที่มีรายได้สูงและผลการวิจัยในระยะ 3 การพัฒนารูปแบบมีข้อเสนอแนะเรื่องค่าตอบแทนอสม. จึงได้กำหนดองค์ประกอบนี้ ในรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต เนื่องจาก การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ในชุมชนมีค่าตอบแทนในการดูแลอยู่แล้ว เช่น ผู้ป่วยติดเตียง ดังนั้น จึงกำหนดให้ค่าตอบแทนอสม. ที่สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อเป็นแรงจูงใจในการดำเนินงานการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตในครั้งนี้ แม้ว่ารายได้สูงมีอิทธิพลทางลบก็ตามแต่จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า รูปแบบการมีส่วนร่วมจากการศึกษาที่ผ่านมาได้กำหนดกิจกรรมเกี่ยวกับเงิน รายได้ หรือค่าตอบแทนเป็นองค์ประกอบหนึ่งของรูปแบบเช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษากิจกรรมที่ทำให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพดีขึ้น พบว่า กิจกรรม Financial interventions เช่น การให้เงินเป็นแรงจูงใจให้กับเจ้าหน้าที่ที่ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังทำให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพดีขึ้นเช่นกัน (Smith et al., 2012)

ในทางตรงกันข้ามบางรูปแบบการมีส่วนร่วมไม่ได้กำหนดองค์ประกอบที่เกี่ยวกับการเงิน เนื่องจากไม่ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดูแลเพิ่มขึ้น เช่น รูปแบบ Pedro Martín – Changing Views on Participation Model ที่ระบุประเด็นเรื่องการใช้เงินจำนวนมากที่ใช้ในการมีส่วนร่วมโดยไม่เกิดผลการเปลี่ยนแปลงเลยแต่ให้ความสำคัญกับการยอมรับและการวางแผนในการถ่ายโอนอำนาจและการควบคุมมากกว่าใช้เงินควบคุม (A Chase Through The Maze, 2012) แต่ในการศึกษาคั้งนี้ ได้กำหนดค่าตอบแทนอสม. เป็นหนึ่งในองค์ประกอบของรูปแบบการ



มีส่วนร่วมของชุมชน เนื่องจากมีการศึกษาการมีส่วนร่วมในพื้นที่จังหวัดพิษณุโลก พบว่า การมีส่วนร่วมที่ชุมชนมีส่วนร่วมมากที่สุด เป็นอันดับแรกคือการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์จากการดำเนินการ (สมคิด ศรีสิงห์, 2558) ดังนั้น องค์ประกอบการสนับสนุนด้านการเงินค่าตอบแทนจึงจำเป็นสำหรับรูปแบบในการศึกษานี้ และสอดคล้องกับบริบทพื้นที่วิจัย รวมทั้ง ยังสอดคล้องกับแนวคิดการมีส่วนร่วมเพื่อสิ่งของจูงใจ (Participation for Material Incentive) (Cornwall, 2008) และการที่ส่วนร่วมโดยการใช้แรงงานแลกกับสิ่งของจูงใจการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (Benefit) (Cohen, & Uphoff, 1986)

4. จัดตั้งทีมการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตในชุมชน (Team community kidney transplantation care) จากผลการศึกษา พบว่า บทบาททางสังคมที่เป็นเจ้าหน้าที่รัฐมีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมโดยเจ้าหน้าที่รัฐมีส่วนร่วมมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับครอบครัว (กลุ่มอ้างอิง) ดังนั้นจึงได้กำหนดการจัดตั้งทีมการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตในชุมชนโดยทีมประกอบด้วยทีมโรงพยาบาลตติภูมิที่ผ่าตัดปลูกถ่ายไต ทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขรพ.สต.ที่รับผิดชอบพื้นที่ที่ผู้ป่วยกลับไปชุมชนร่วมกับทีมอสม.และชุมชน ซึ่งรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตจำเป็นต้องจัดตั้งทีมการดูแลผู้ป่วยในชุมชน เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยไม่ใช่เฉพาะในโรงพยาบาลเท่านั้นแต่จำเป็นต้องมีทีมในการติดตามและดูแลผู้ป่วยในระยะยาวเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากชุมชนที่จะช่วยให้สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้อย่างถูกต้องส่งผลให้ไตทำหน้าที่ได้ดี ทั้ง 5 และ 10 ปี ซึ่งการดูแลดังกล่าวทำเป็นเครือข่ายร่วมกันตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุขที่เน้นให้มีการส่งเสริมเครือข่ายให้เป็นแกนเชื่อมประสานกับภาคีเครือข่ายหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่เพื่อให้เกิดกระบวนการพัฒนาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2556) และการที่ผู้ให้บริการควรช่วยผู้ดูแลให้มีเครือข่ายทางสังคมที่เข้มแข็งซึ่งจะทำการมีส่วนร่วมในการรักษาเพิ่มมากขึ้น (Fawley-King et al., 2013) นอกจากนี้ การจัดตั้งทีมการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตในชุมชนจะช่วยทำให้ชุมชนมีบทบาททางสังคมที่มากขึ้นและชัดเจนในบทบาทหน้าที่ เนื่องจากผลการวิจัยในระยะที่ 1 พบว่า ถ้าผู้ป่วยมีบทบาทสังคมสูงชุมชนจะไม่กล้าเข้าไปดูแลแต่เมื่อชุมชนเข้ามาเป็นส่วนร่วมของทีมโดยมีเจ้าหน้าที่รัฐ/รพ.สต./อบต ร่วมด้วยไม่เพียงแต่ให้ครอบครัวดูแลเท่านั้นสอดคล้องกับผลวิจัยในระยะที่ 2 พบว่า บทบาททางสังคมที่เป็นเจ้าหน้าที่รัฐมีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

กิจกรรมในองค์ประกอบนี้ อาจจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องและทีมการดูแลผู้ป่วยในชุมชน ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมกับสภาพความเป็นอยู่จริงในชุมชน เนื่องจากบางครั้งคำแนะนำที่ได้รับจากทีมในโรงพยาบาลอาจจะไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วยในชุมชนก็เป็นได้และชุมชนมีส่วนร่วมในการระบุปัญหาน้อยประกอบด้วยแต่ละชุมชนมีปัจจัยกำหนดกำหนดสุขภาพ (health determinant) ที่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล (Caregiver) ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ร้อยละ 46 ไม่ได้ปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ เนื่องจากคำแนะนำไม่เฉพาะเจาะจงกับการดูแลที่บ้าน นอกจากนี้การจัดตั้งทีมการดูแลในชุมชนจะทำให้มีความชัดเจนว่าทีมประกอบด้วยใครบ้างและทำให้สามารถระบุปัญหาการดูแลโดยชุมชนเองเช่นเดียวกับการศึกษาแบบทบทวนวรรณกรรมเรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชนในระบบสุขภาพ ส่วนใหญ่ พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนช่วยสนับสนุนการนำกิจกรรมหรือโปรแกรมไปใช้ในชุมชนแต่ยังมีส่วนร่วมในการระบุปัญหาน้อยและไม่ค่อยระบุว่าใครมีส่วนร่วมบ้าง (George et al., 2015) นอกจากการมีส่วนร่วมในการดูแลทางกายแล้วทีมการดูแลในชุมชนยังเป็นส่วนสำคัญในการดูแลด้านจิตใจอีกด้วย เนื่องจากมีความใกล้ชิด ติดต่อกับเข้าถึงง่ายกว่าทีมในโรงพยาบาลจึงช่วยลดความเครียดของผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลด้านจิตใจและอารมณ์ได้ดี เนื่องจากผู้ป่วยปลุกถ่ายไตมีความเครียดมากที่สุด คือ กลัวสลดไต (Valizadeh et al., 2016) ดังนั้นการจัดตั้งทีมการดูแลในชุมชนจึงเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต สอดคล้องกับการศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมที่ผ่านมาของ Duwakot Community Hospital (DHC) และ Kathmandu Medical College (KMC) ที่พัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมโดยมีทีมประกอบด้วย 7 ส่วน ได้แก่ โรงพยาบาล โรงเรียน ประชาชนในพื้นที่สะท้อนข้อมูลในโปรแกรมต่างๆ ผู้นำชุมชนและอาสาสมัครมีส่วนร่วมกับโปรแกรมต่างๆและประสานความร่วมมือให้ (Vaidya, & Pradhan, 2008) เช่นเดียวกับกระบวนการบริการคลินิกหมอครอบครัวในประเทศไทยที่ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ 1) บริการผสมผสานในสถานบริการ 2) บริการต่อเนื่อง ได้แก่ บริการตรวจเยี่ยมที่บ้าน (home visit and home care), การติดตามผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน, การส่งต่อไปหน่วยบริการอื่นๆ, การดูแลระยะยาว (long term care) 3) บริการเชิงรุกในชุมชน 4) การสร้างเครือข่ายและสร้างการมีส่วนร่วม 5) การให้ข้อมูล คำปรึกษาแก่ประชาชน (กระทรวงสาธารณสุข, 2559a)

5. การจัดกิจกรรมสม่ำเสมอและสร้างความเชื่อมั่นในระบบบริการปฐมภูมิ (Activities and trustful adjustment in primary service system) จากผลการวิจัยในระยะที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติระดับมาก ร้อยละ 87.7 โดยเกือบทั้งหมดโดยร้อยละ 88.3 คิดว่า

การปลูกถ่ายไตช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และร้อยละ 90.7 รู้สึกว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนช่วยให้ผู้ป่วยปลูกถ่ายไตได้รับการดูแลที่ดีขึ้น แสดงว่าชุมชนมีการรับรู้ในเชิงบวกต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไต แต่ในขณะเดียวกัน พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 34.4 ไม่เข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน และร้อยละ 44.7 เข้าร่วมบางครั้ง มีเพียงร้อยละ 20.7 ที่เข้าร่วมสม่ำเสมอ และจากการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ พบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมชุมชนสม่ำเสมอที่อิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชน สอดคล้องกับผลการวิจัยในระยะที่ 1 ที่พบว่า ปัจจัยที่ทำให้การมีส่วนร่วมของชุมชนน้อยหรือไม่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตเนื่องจากผู้ป่วยและครอบครัวยังขาดความเชื่อมั่นในระบบบริการปฐมภูมิจึงไม่ไปรับบริการประกอบกับช่วงก่อนผ่าตัดผู้ป่วยและครอบครัวต้องมีการเตรียมตัวนานหลายเดือนที่โรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลกจึงเชื่อมั่นศรัทธาในระบบบริการที่โรงพยาบาลศูนย์มากกว่า ดังนั้นรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตจึงกำหนดการจัดกิจกรรมสม่ำเสมอและสร้างความเชื่อมั่นในระบบบริการของชุมชนเป็นองค์ประกอบของรูปแบบ

องค์ประกอบนี้ ดำเนินการโดยให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นร่วมกับผู้ให้บริการทั้งโรงพยาบาลและรพ.สต. โดยเฉพาะผู้นำชุมชนหรือแกนนำเครือข่ายต่างๆ เนื่องจากผู้นำเหล่านี้ มีประวัติการทำงานเพื่อส่วนรวมจนได้รับการยอมรับนับถือจากคนในชุมชน สมาชิกแกนนำและภาคีเครือข่าย (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2556) ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะช่วยให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพในชุมชนและเสริมแรงจูงใจไปร่วมกิจกรรมสม่ำเสมอโดยการมอบใบประกาศนียบัตรหากเข้าร่วมกิจกรรมครบเป็นการเพิ่มการมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์และทุกครั้งที่ในการทำกิจกรรมจะมีเจ้าหน้าที่รพ.สต. ร่วมด้วยเพื่อทำให้ชุมชนเกิดความเชื่อมั่นในระบบบริการปฐมภูมิในการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตมากขึ้นด้วย สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้รูปแบบ Youth and Relationship Networks (YARN Model) โดยมีองค์ประกอบที่เพิ่มเติมเพื่อเป็นพื้นฐานให้การประสานงานการมีส่วนร่วมให้เกิดขึ้นคือองค์ประกอบ การไว้วางใจ (Trust) เช่นกัน (Chambers et al., 2018)

ในส่วนของผู้ให้บริการในโรงพยาบาลตติยภูมิก็ควรให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของชุมชนและสร้างความเชื่อมั่นให้ผู้ป่วยและครอบครัวตั้งแต่ออกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อให้มั่นใจว่าระบบบริการปฐมภูมิจะสามารถดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตได้ในระยะยาวเพื่อเชื่อมต่อบริการ (Bayliss et al., 2007) เนื่องจากผู้ให้บริการเองก็มีการสื่อสารที่มองข้ามการให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม (Namatovu et al., 2014) สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่าย

ไต้นั้น ดังนั้น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ระบบบริการต้องส่งเสริมให้มีการรับรู้สุขภาพที่ถูกต้อง รวมทั้งเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจเกี่ยวกับประเด็นสุขภาพของผู้ป่วย (Center for Health Human Rights and Development [CEHURD], 2014) โดยผ่านการจัดกิจกรรมและให้ชุมชนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอทำให้เกิดการมีส่วนร่วมเพิ่มมากขึ้น

6. การผสมผสานการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและการเชื่อมต่อข้อมูล (Integrate community participation and information linkage) เนื่องจากการมีส่วนร่วมของชุมชนนั้น จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนทำให้จำเป็นต้องสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายทางสังคม (Kenny et al., 2014) องค์ประกอบนี้เน้นการผสมผสานการมีส่วนร่วมแบบ active participation ตั้งแต่การวางแผนกิจกรรม การปฏิบัติ การรับผลประโยชน์และการประเมินผล

สำหรับการเชื่อมต่อข้อมูลนั้นเป็นองค์ประกอบที่สำคัญเช่นกัน เนื่องจากผลการวิจัยในระยะที่ 1 พบว่า ปัจจัยหนึ่งที่ทำให้การมีส่วนร่วมชุมชนน้อยคือการที่โรงพยาบาลตติยภูมิไม่มีการส่งต่อข้อมูลไปยังรพ.สต. ทำให้ขาดความเชื่อมโยงของข้อมูลในการดูแลต่อเนื่องในชุมชน นอกจากนี้ ยังพบว่า ชุมชนก็ไม่มีช่องทางในการให้ข้อมูลเมื่อเกิดปัญหาในการดูแลหรือเมื่อต้องการคำปรึกษาแนะนำในการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตสอดคล้องกับผลการวิจัยในระยะ 2 ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 62.7 ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ซึ่งหากมีกิจกรรมการเชื่อมโยงข้อมูลการดูแลผู้ป่วยก็จะทำให้การมีส่วนร่วมของชุมชนเพิ่มมากขึ้นและผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้ง่ายที่ปฐมภูมิใกล้บ้านและมีกลุ่มเพื่อนบ้านหรือกลุ่มกิจกรรมต่างๆ ในชุมชนเป็นเพื่อนคุยเพื่อนคิดแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมด เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีในระยะยาว สอดคล้องกับการศึกษาผลของการมีส่วนร่วมของชุมชนในบริการปฐมภูมิ ประเทศออสเตรเลีย พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์สุขภาพในระยะ intermediate เช่น การเข้าถึงบริการ ประสิทธิภาพ คุณภาพ เป็นต้น หากไม่มีการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างกันก็จะทำให้การสื่อสารลดลงการมีส่วนร่วมก็ลดลงด้วยเช่นเดียวกับการศึกษาในพื้นที่จังหวัดพิษณุโลกที่ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการพัฒนากิจกรรมของประชาชนในเขตเทศบาลนครพิษณุโลก พบว่า การรับรู้ข่าวสารเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนทางด้านชุมชน (สมคิด ศรีสิงห์, 2558) ดังนั้น องค์ประกอบเรื่องข้อมูลจึงถูกกำหนดในรูปแบบการมีส่วนร่วมในการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมในต่างประเทศที่ใช้ระบบข้อมูล online มาเป็นองค์ประกอบของรูปแบบ Bernoff and Li – Ladder of Online Participation Model (A Chase Through The Maze, 2012) และรูปแบบ Bryer model of social media



participation in urban infrastructure project ที่มีองค์ประกอบการเปลี่ยนแปลงข้อมูล (information exchange) เช่นกัน (Bangthetab, 2016) ดังนั้น องค์ประกอบการผสมผสานการมีส่วนร่วมและการเชื่อมต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วยจึงจำเป็นสำหรับรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต

#### 4. ประสิทธิภาพของรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต

จากผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไต (ตัวแปรตาม) เพิ่มขึ้นหลังการทดลองและการมีส่วนร่วม (ตัวแปรส่งผ่าน) เพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน จึงพอสรุปได้ว่า รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต ในการศึกษาครั้งนี้มีประสิทธิภาพทำให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตเพิ่มขึ้น ทั้งนี้ อาจ เนื่องจากมาจากรูปแบบการมีส่วนร่วมที่พัฒนาขึ้นมาจากข้อคิดเห็นของชุมชนเองและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่ระยะเตรียมการ ระยะดำเนินงาน จนถึงระยะประเมินผลซึ่งในทุกกิจกรรมของรูปแบบชุมชนได้เข้ามาช่วยกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้ อาจเป็นเพราะชุมชนมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตเพิ่มมากขึ้นจึงสามารถร่วมกันดูแลแบบมีส่วนร่วมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สำหรับการประเมินผลการทดลองในการศึกษานี้เป็นการประเมินผลระยะสั้น (output) เท่านั้นด้วยข้อจำกัดด้านระยะเวลาในการศึกษา สำหรับการประเมินผลระยะยาวนั้นควรประเมินจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในเวลา 1 ปีหลังสิ้นสุดโครงการ (outcome) และประเมินผลกระทบ (impact) โดยติดตามคุณภาพชีวิตและอัตราการรอดของไต (graft survival) ที่ 10 ปี ผลการศึกษานี้มีความสอดคล้องกับหลายการศึกษาทั้งในและต่างประเทศที่ได้มีการศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมที่มีองค์ประกอบและตัวแปรตามที่แตกต่างกันแต่ผลการประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบคล้ายกัน โดยพบว่า หลังใช้รูปแบบทำให้การมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นและตัวแปรตามเพิ่มขึ้นด้วย เช่น การศึกษาของกิตติ วงศ์ปทุมทิพย์ (2560) ที่ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกา อำเภอดอนตูม จังหวัดนครปฐม ผลการศึกษา พบว่า การอบรมให้ความรู้มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < .001$ ) ที่ระดับ .05 และการศึกษาร่วมกันของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดพัทลุง กลุ่มตัวอย่างเป็นแกนนำชุมชนและกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มสูงขึ้นจากปานกลางเป็นระดับมาก ( $p < 0.05$ ) (สุจินดา สุขรุ่ง และคณะ, 2561) เช่นเดียวกับการศึกษาในต่างประเทศที่ประเมินการมีส่วนร่วมในโปรแกรมการวางแผนและบริการสุขภาพในชุมชน (Community-based Health



Planning and Service: CHPS) ศึกษาเชิงคุณภาพด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกประเมินการมีส่วนร่วมโดยใช้เครื่องมือ Spider-gram ผลการศึกษา พบว่า การมีส่วนร่วมมีความยั่งยืนทำให้ชุมชนมีความตระหนักและใช้ทรัพยากรชุมชนในการมีส่วนร่วม ผลผสมผสานโครงสร้างชุมชนตั้งแต่เริ่มและวางแผนทางบริการตามความต้องการของชุมชนได้ (Baatiema et al., 2013) ดังนั้น ประสิทธิภาพของรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตจึงมีสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาแต่แตกต่างกันในองค์ประกอบของรูปแบบและตัวแปรตามเท่านั้น

จากการอภิปรายผลการวิจัยทั้งหมด พอสรุปได้ว่า รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนที่พัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องเป็นไปตามทฤษฎีระบบซึ่งเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้โดยองค์ประกอบของรูปแบบได้มาจากการศึกษาปัจจัยนำเข้า (Input) ได้แก่ สถานการณ์และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนซึ่งศึกษาทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณทำให้ได้ปัจจัยนำเข้าที่ครอบคลุมทรัพยากรทุกด้าน ได้แก่ บุคลากร (Man) งบประมาณ (Money) วัสดุอุปกรณ์ (Materials) การบริหารจัดการ (Management) และแรงจูงใจ (Motivations) เพื่อนำเข้าสู่กระบวนการ (Process) คือการนำเอาปัจจัยมาใช้ในการพัฒนารูปแบบโดยกระบวนการที่ใช้ได้แก่ การสนทนากลุ่มและการทดลองใช้รูปแบบจนได้ผลผลิต (Output) คือรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตที่มีประสิทธิภาพและมีการถอดบทเรียน (feedback) เป็นข้อมูลย้อนกลับเพื่อปรับปรุงรูปแบบให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

องค์ประกอบของรูปแบบมีจุดเด่นและความสอดคล้องกับทฤษฎี ดังนี้ 1) การส่งเสริมให้มีแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอทั้ง 4 ด้าน คือ เงิน สิ่งของ อาหารและร่างกายเป็นปัจจัยนำเข้าที่ครอบคลุมทั้งบุคลากร (Man) งบประมาณ (Money) วัสดุอุปกรณ์ (Materials) โดยกระบวนการ คือ การเยี่ยมบ้าน การตั้งกองทุนและช่วยเหลือร่างกายทำให้เกิดผลผลิตคือชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในด้านตัดสินใจและการปฏิบัติการเพิ่มขึ้น 2) การดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตอย่างรู้แจ้งเป็นปัจจัยนำเข้าที่เกี่ยวกับองค์ความรู้ของบุคลากรและการบริหารจัดการใช้กระบวนการประชุมเสริมความรู้การดูแลผู้ป่วยครบทั้ง 5 ด้านได้ผลผลิตคือชุมชนมีความรู้และสามารถเข้ามามีส่วนร่วมการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยได้ 3) การสนับสนุนด้านการเงินเป็นปัจจัยนำเข้าที่เป็นเงินโดยใช้กระบวนการสร้างแรงจูงใจจ่ายค่าตอบแทนให้เกิดผลผลิตคือชุมชนเข้าร่วมกิจกรรมสม่ำเสมอและมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์เพิ่มขึ้น 4) การจัดตั้งทีมการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตในชุมชนเป็นปัจจัยนำเข้าด้านบุคลากรและใช้กระบวนการทำงานร่วมกันเป็นทีมในชุมชนทำให้เกิดผลผลิตคือชุมชนเข้ามาเป็นหุ้นส่วน (partnership) มีส่วนร่วมในการปฏิบัติการและ

ประเมินผลร่วมกัน 5) การจัดกิจกรรมสม่ำเสมอและสร้างความเชื่อมั่นในบริการปฐมภูมิเป็นปัจจัยนำเข้าด้านการบริหารจัดการ (Management) ให้รพ.สต.เป็นผู้นำทีมและใช้กระบวนการเสริมแรงจูงใจมอบใบประกาศนียบัตรผลผลิตคือชุมชนเข้าร่วมกิจกรรมครบและชุมชนเชื่อมั่นในบริการปฐมภูมิมากขึ้น 6) การผสมผสานการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและเชื่อมต่อกับข้อมูลเป็นปัจจัยนำเข้าด้านการบริหารจัดการโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมเกิดผลผลิตคือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้ามาดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตร่วมกัน ดังนั้นรูปแบบการมีส่วนร่วมที่พัฒนาขึ้นจึงมีองค์ประกอบที่สอดคล้องกับทฤษฎีระบบที่เป็นกรอบแนวคิดการวิจัยในครั้งนี้

### จุดแข็ง และข้อจำกัดงานวิจัย

#### จุดแข็ง

รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนที่พัฒนาขึ้นได้มาจากการศึกษาปัจจัยที่เกิดขึ้นจริงในพื้นที่ที่เป็นปัจจุบันแล้วนำผลวิจัยนั้นมาพัฒนาเป็นรูปแบบการมีส่วนร่วมสำหรับพื้นที่ ดังนั้นจึงได้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนจากสภาพปัญหาภายใต้สถานการณ์ที่เป็นปัจจุบัน

#### ข้อจำกัดงานวิจัย

การศึกษานี้ไม่ได้แยกกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ ฐานะ และมียุทธศาสตร์ทางสังคมสูง เช่น แพทย์ พยาบาล ทำให้อาจส่งผลกระทบต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนได้ นอกจากนี้ ยังมีข้อจำกัดเรื่ององค์ประกอบและกิจกรรมของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นอาจจะยังไม่ลึกซึ้ง เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตเป็นเรื่องใหม่ของชุมชนและยังไม่สามารถให้ชุมชนควบคุม (Citizen control) ได้ทั้งหมด

### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาวิจัยผลลัพธ์ทางสุขภาพในระยะยาว (outcome) และผลกระทบ (impact) จากการใช้รูปแบบการดูแลแบบมีส่วนร่วมของชุมชน ได้แก่ คุณภาพชีวิต อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน อัตรารอดของไต (graft survival rate) อัตรารอดของผู้ป่วย (patient survival rate)
2. ศึกษาวิจัยการพัฒนาระบบการส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตโดยใช้แอปพลิเคชันเพื่อให้ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยมีความรวดเร็วและสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น
3. ศึกษาวิจัยการเสริมสร้างพลังอำนาจของชุมชน (community empowerment) ที่ส่งผลกระทบต่อกรดูแลผู้ป่วยแบบมีส่วนร่วมของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต

4. ศึกษาวิจัยการพัฒนาโปรแกรม/กิจกรรมที่ส่งเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต

5. ศึกษาวิจัยความแตกฉานด้านสุขภาพ (Health Literacy) ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต

### ข้อเสนอแนะและการนำผลวิจัยไปใช้

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนำรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนที่ได้ไปเป็นแนวทางในการพัฒนาการปฏิบัติงานบริการสุขภาพ (service plan) สาขาปลูกถ่ายอวัยวะให้มีการเชื่อมโยงเครือข่ายตั้งแต่โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชน จนถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพสต.) ทำให้เกิดการปฏิบัติงานที่เน้นการมีส่วนร่วมของหน่วยบริการกับชุมชนตามหลักการส่งเสริมสุขภาพ

2. โรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีบริการปลูกถ่ายไตนำผลการวิจัยที่ได้ไปใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจเกี่ยวกับการสนับสนุนทรัพยากรในระดับนโยบายทั้งในด้านบุคลากร ด้านเงิน และด้านเครื่องมืออุปกรณ์ ให้เพียงพอและกระจายทรัพยากรอย่างเหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตของชุมชน รวมทั้งนำรูปแบบที่ได้ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตเพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

3. หน่วยงานปฐมภูมินำผลการวิจัยไปเป็นข้อมูลในการปรับนโยบายและระบบบริการเชิงรุกในชุมชน การสร้างเครือข่ายและการมีส่วนร่วม และการให้ข้อมูลคำปรึกษาในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตในพื้นที่รับผิดชอบและประสานการดูแลเชื่อมต่อการดูแลในโรงพยาบาล (hospital base) และการบริการในชุมชน (community base) ตามหลักการจัดรูปแบบบริการพยาบาลในคลินิกหมอครอบครัว (Primary care cluster) ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

4. ผู้นำชุมชน อสม. ได้มีรูปแบบการมีส่วนร่วมสำหรับใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตในชุมชนให้ที่มีความสอดคล้องและเหมาะสมกับชุมชน ประสานความร่วมมือจากผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหมดเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบมีส่วนร่วมส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีเพิ่มขึ้น องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นได้เข้ามามีส่วนร่วมในการค้นหาและเชื่อมโยงแหล่งสนับสนุนทางสังคมในชุมชนให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในระดับปฏิบัติการที่มีประสิทธิภาพ

5. สถาบันการศึกษาด้านสาธารณสุขได้นำผลการวิจัยใช้เป็นเอกสารอ้างอิงทางวิชาการเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนในในระบบบริการสาธารณสุขรวมและใช้เป็นข้อมูลในการนำไปพัฒนาความรู้และผลงานทางวิชาการต่อไป

6. ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเกี่ยวกับดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตในชุมชนสามารถนำรูปแบบการมีส่วนร่วมที่พัฒนาขึ้นจากการศึกษานี้ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตในพื้นที่อื่นที่มีความแตกต่างกันในบริบทและวิถีชีวิตชุมชนต่อไป

7. การนำรูปแบบการมีส่วนร่วมไปใช้ควรมีการปรับองค์ประกอบการสนับสนุนด้านการเงินให้มีความสอดคล้องเหมาะสมกับปัจจัยรายได้และเศรษฐกิจของชุมชน รวมทั้งกำหนดวิธีการสรรหางบประมาณและการบริหารจัดการให้เกิดความโปร่งใสและยั่งยืนเพื่อให้ชุมชนสามารถนำเงินไปใช้ประโยชน์สูงสุดในการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไต



## บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข. (2559ก). *แนวทางการจัดบริการพยาบาลในคลินิกหออัครบคร้ว*. กรุงเทพฯ: สือตตะวันออก.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2559ข). *แนวทางการดำเนินงานคลินิกหออัครบคร้วสำหรับหน่วยบริการ*. สือบคั่นเมื่อ 2 กุมภาพันธ์ 2562, จาก [http://www.ato.moph.go.th/sites/default/files/download/primary%20care%20cluster\\_guide%20%28pcc%29.pdf](http://www.ato.moph.go.th/sites/default/files/download/primary%20care%20cluster_guide%20%28pcc%29.pdf)
- กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (health data center: Hdc)*. สือบคั่นเมื่อ 2 กุมภาพันธ์ 2562, จาก [https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index\\_pk.php](https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php)
- กฤษฎากัสสรุ ขาวปทุมทิพย์. (2556). *การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม (วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต)*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- กองเวชกรรมป้องกัน กรมแพทยทหารเรือ. (2548). *คู่มือการพยาบาลส่งเสริมและป้องกันโรค*. กรุงเทพฯ: กรมยุทธศึกษาทหารเรือ.
- กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *การสร้างเครือข่ายและการมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน*. นนทบุรี: กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- กัญญา มะลิแก้ว. (2546). *การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนไต (วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต)*. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กิตติ วงศ์ปทุมทิพย์. (2560). *การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อไวรัสซิกา อำเภอออนดุม จังหวัดนครปฐม*. วารสารสำนักงานกรมควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น, 24(2), 59-67.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (2552). *Seamless care เชื่อมโยงประสานบริการไร้รอยต่อ*. สือบคั่นเมื่อ 23 กุมภาพันธ์ 2562, จาก <http://koonnapab.chiangmaihealth.go.th/gallery/seamless%20healthcare%20chiangmai%20Nov%202012.pdf>
- จอมพงศ์ มงคลวนิช. (2556). *การบริหารองค์การและบุคลากรทางการศึกษา (พิมพ์ครั้งที่ 2)*.



กรุงเทพฯ: วี.พรินท์.

จันทรานี สงวนนาม. (2553). *ทฤษฎีและแนวปฏิบัติในการบริหารสถานศึกษา* (พิมพ์ครั้งที่ 3).

นนทบุรี: บั๊คพอยท์.

ชาญชัย ชัยรุ่งเรือง. (2559). การมีส่วนร่วมของประชาชนในการสร้างชุมชนเข้มแข็ง ของเทศบาลนครปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี. *วารสาร มจร สังคมศาสตร์ปริทรรศน์*, 5(2), 115-127.

ดุขฎิ ทองศิริ, และเอื้องฟ้า สิงห์ทิพย์พันธ์. (2555). ผลของการพัฒนานโยบายการรับบริจาคอวัยวะ และการปลูกถ่ายไตของกระทรวงสาธารณสุข. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 29(1), 32-42.

ธนิศร ยืนยง. (2561). การมีส่วนร่วมของประชาชนที่ส่งผลต่อการพัฒนาท้องถิ่นในจังหวัดนครนายก. *วารสารมหาจุฬานาครทรรศน์*, 5(2), 119-135.

นิคม แก้ววันดี, วราภรณ์ ศิริสว่าง, และศิริขวัญ บริหาร. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ตำบลนครเจดีย์ อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน. ใน *รายงานสืบเนื่องจากการประชุมสัมมนาวิชาการนำเสนองานวิจัยระดับชาติและนานาชาติ เครือข่ายบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏภาคเหนือครั้งที่ 15* (น. 73-86). มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์: นครสวรรค์.

นิธิพงศ์ ศรีเบญจมาศ, กิ่งแก้ว สำรวยรีน, และสืบตระกูล ตันตลานุกุล. (2560). การมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันตนเองจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ของเกษตรกรตำบลไทรย้อย อำเภอนีนมะปราง จังหวัดพิษณุโลก. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนุตรดิตถ์*, 9(2), 18-27.

บัญชา สติระพจน์, อำนาจ ชัยประเสริฐ, เนาวนิตย์ นาทา, ประเจษฎ์ เรืองกาญจนเศรษฐ์, อุปลัมภ์ ศุภสินธุ์, และพรรณนุปผา ชูวิเชียร. (2557). *Essential nephrology*. กรุงเทพฯ: นำอักษรการพิมพ์.

บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร. (2553). *ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.

ประจักษ์ ทรัพย์มณี, และมุกิตา มุสิกการกุล. (2558). การมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงศูนย์บริการสาธารณสุข เทศบาลนครนครราชสีมา. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*, 9(2), 71-85.

ประดินันท์ อุปรมัย. (2551). *สร้างพลังที่มงานตามหลักคิดเศรษฐกิจพอเพียง*. นนทบุรี: ศูนย์ฝึกอบรมเทคโนโลยีการพิมพ์แห่งชาติมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

- ประทีป มากมิต, และอารีย์ สุขสวัสดิ์. (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จต่อการพัฒนาชุมชน  
 บำเพ็ญ เขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร. *วารสารมนุษยศาสตร์สังคมปริทัศน์*, 19(2), 95-105.
- ประไพพิมพ์ สุธีวสินนนท์, และประสพชัย พสุนนท์. (2559). กลยุทธ์การเลือกตัวอย่างสำหรับงานวิจัย  
 เชิงคุณภาพ. *วารสารปริชาต มหาวิทยาลัยทักษิณ*, 29(2), 31-48.
- ปัญฑ์ชนิต จินดาธนสาร, กุสุมา คุววัฒนสัมฤทธิ์, และวรรณภา ประไพพานิช. (2556). พฤติกรรมการ  
 ดูแลตนเองของผู้ที่ได้รับการปลูกถ่ายไต. *รามาริบดีพยาบาลสาร*, 19(1), 87-101.
- บุญญณิน เชื้อนเพชร, และลำเนา วงศ์ใจ. (2559). ประสิทธิภาพของกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน  
 ต่อการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมภาวะอ้วนลงพุงในผู้สูงอายุเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอแม่  
 ลาว. *เชียงใหม่เวชสาร*, 7(1), 103-112.
- บุญญพัฒน์ ไชยเมธ. (2556). การกำหนดขนาดตัวอย่างสำหรับการวิจัยเชิงพรรณนาในงาน  
 สาธารณสุข. *วารสารมหาวิทยาลัยทักษิณ*, 16(2), 9-18.
- ภาวดี อนันต์นาวิ. (2555). *หลักการ แนวคิด ทฤษฎีทางการบริหารการศึกษา* (พิมพ์ครั้งที่ 4). ชลบุรี:  
 มนตรี.
- รุจิรวงศ์ วรรณธนาทัศน์. (2560). การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของ  
 เครือข่ายในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยน  
 พฤติกรรม 3 อ. 2 ส. ของผู้สูงอายุ จังหวัดนครปฐม. *วารสารสุขภาพภาคประชาชน*,  
 12(1), 17-29., 12(1), 17-29.
- โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก. (2561). *ข้อมูลผู้ป่วยปลูกถ่ายไต*. พิษณุโลก: หน่วยไตเทียม  
 โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก.
- ฤทธิชัย แกมภาค, และสุภัสชา พันเลิศพาณิชย์. (2559). รูปแบบการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริม  
 สุขภาพผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย ตำบลสันกลาง อำเภอพาน จังหวัด  
 เชียงราย. *วารสารวิชาการและวิจัยสังคมศาสตร์*, 11(ฉบับพิเศษ), 46-61.
- วสันต์ วิเชียร. (2556). หลักการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของชุมชนเทศบาลตำบลหนองหอย  
 อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารพุทธศาสตร์ศึกษา*, 8(2), 81-92.
- วิรัช สงวนวงศ์วาน. (2551). *การจัดการและพฤติกรรมองค์กร*. กรุงเทพฯ: เพียร์สัน เอ็ดดูเคชั่นอินโด  
 ไชนา.
- วิลาสินี ยนต์วิทย์. (2561). แรงจูงใจที่ส่งผลต่อความพึงพอใจในการทำงานของผู้สูงอายุใน  
 กรุงเทพมหานคร. *วารสารวิจัยและพัฒนา วไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์*, 13(2),  
 104-116.

- วิไล ตาปะสี, ประไพวรรณ ด่านประดิษฐ์, และสีนวล รัตนวิจิตร. (2561). รูปแบบการจัดบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลวังตะกุงจังหวัดนครปฐม. *วารสารเกื้อการุณย์*, 4(1), 42-54.
- ศศิธร ศรีโพธิ์ทอง, วิโรจน์ วรรณภีระ, และสิริพรรณ ธีระกาญจน์. (2561). การประเมินผลการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิด้วยคลินิกหมอครอบครัว. *พุทธชินราชเวชสาร*, 35(82-91).
- ศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย. (2561). *รายงานประจำปี 2561*. กรุงเทพฯ: ศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย.
- สมคิด ศรีสิงห์. (2558). ปัจจัยที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการพัฒนากิจกรรมของประชาชนในเขตเทศบาลนครพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก. *วารสารมหาวิทยาลัยปทุมธานี*, 9(2), 57-63.
- สมจินตนา คุ่มภัย. (2559). ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของชาวชุมชนในองค์การบริหารส่วนตำบลต้นแบบที่บูรณาการแผนชุมชนสู่แผนพัฒนาท้องถิ่น จังหวัดนครศรีธรรมราช. *E-journal ฉบับภาษาไทย สาขามนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์และศิลปะ มหาวิทยาลัยศิลปากร*, 9(2), 733-748.
- สมชาย เข็มอ่อง. (2543). *Nephrology*. กรุงเทพฯ: Text and Journal Publication.
- สมยศ นาวิการ. (2544). *การบริหารเชิงกลยุทธ์*. กรุงเทพฯ: บรรณกิจ.
- สมศรี เผ่าสวัสดิ์. (2556). *คู่มือผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและการปลูกถ่ายไต*. กรุงเทพฯ: เฮลดี เวียร์.
- สมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย. (2560). *รายงานข้อมูลการปลูกถ่ายอวัยวะประจำปี 2560*. กรุงเทพฯ: สมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย.
- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2558). *Thailand renal replacement treapy year 2015*. กรุงเทพฯ: สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย.
- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2562). *Thailand renal replacement treapy year 2016-2019*. กรุงเทพฯ: สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย.
- สมุทรา ชำนาญ. (2556). *ภาวะผู้นำทางการศึกษา ทฤษฎีและปฏิบัติ (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. ระวัง: พี.เอส. การพิมพ์.
- สัมมา ธรณิธย์. (2553). *ทฤษฎีและปฏิบัติการบริหารการศึกษา*. กรุงเทพฯ: ข้าวฟ่าง.
- สินศักดิ์ชนม์ อุณหรมมี. (2556). *พัฒนาการสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพรายงานการประชุมระดับโลกเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: ธนาเพชร.
- สุจินดา สุขรุ่ง, อารยา ปราณประวิตร, และอารี พุ่มประไวยุทธ์. (2561). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการ

- สร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยใช้กระบวนการ aic: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล  
บ้านแต อําเภอกวนขนุน จังหวัดพัทลุง. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน*  
*มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 6(2), 159-176.
- สุชาติพิทย์ จันทักษ์. (2560). การมีส่วนร่วมของแกนนำภาคีเครือข่ายสุขภาพในการขับเคลื่อนงาน  
พัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ. *วารสารวิชาการ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ*, 13(2), 67-74.
- สุภัชญา สุนันต์๊ะ. (2560). องค์ประกอบของส่วนท้องถิ่นกับบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน.  
*วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข*, 4(1), 98-107.
- สุภางค์ จันทวานิช. (2553). *วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 17). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่ง  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุภาภรณ์ สุดหนองบัว. (2561ก). *Triangulation การตรวจสอบสามเส้า: เอกสารประกอบการสอน*  
*เรื่อง เทคนิคการ การตรวจสอบสามเส้า*. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- สุภาภรณ์ สุดหนองบัว. (2561ข). *การวิเคราะห์เชิงประเด็น.เอกสารประกอบการสอนเรื่อง เทคนิคการ*  
*วิเคราะห์เชิงประเด็น*. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- สุภาภรณ์ สุดหนองบัว. (2561ค). *คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ:มิติทางสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: โอ เอส พริ้นติ้ง  
เฮาส์.
- สุรศักดิ์ กันตชูเวสศิริ, วรวรรณ ชัยเฉลิมมนตรี, พงศธร คชเสนี พรชัย, กิ่งวัฒน์กุล วิวัฒน์, จันเจริญ  
จูนนะ, ธนินดา ตระการวนิช, และอเนก อยู่สบาย (บก.). (2559). *ตำราไรต์ไต่เรื้อรัง*.  
กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น.
- โสภณ จิรสิริธรรม, เกียรติศักดิ์ จิระแพทย์, วสันต์ สุเมธกุล, และเสาวลักษณ์ ชูศิลป์ (บก.). (2547).  
*การปลูกถ่ายไต*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- โสภณ จิรสิริธรรม, ศิริวรรณ จิรสิริธรรม, สุรศักดิ์ กันตชูเวสศิริ, และวสันต์ สุเมธกุล (บก.). (2554).  
*ศัลยศาสตร์วิวัฒน์ ฉบับเฉลิมพระเกียรติ 84 พรรษา มหาราช*. กรุงเทพฯ: กรุงเทพเวชสาร.
- อดิศักดิ์ ทัศนรงค์, สาธิต คุระทอง, ขจรศักดิ์, และณัฐวุฒิ ไตรนาศัย (บก.). (2562). *ตำราการปลูกถ่าย*  
*อวัยวะ*. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น.
- อรุณ รักธรรม. (2522). *หลักมนุษยสัมพันธ์กับการบริหาร*. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.
- อิสริยาภรณ์ แสงสวຍ, และรุ่งระวี นาวิเจริญ. (2561). การศึกษาพฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้ป่วย  
ภายหลังปลูกถ่ายไตในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19, 336-344.
- อุบลรัตน์ ต้อยมาเมือง. (2552). การปฏิบัติการพยาบาลด้วยจิตอาสาในผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคไตเรื้อรังหลัง  
ปลูกถ่ายไต. *Srinagarind Med Journal*, 24(5), 43-50.

- อุษณา สุวีระ, ไสภณ จิรศิริธรรม, พรรณนุปมา ชูวิเชียร, และลีนา อองอาจยุทธ (บก.). (2538). *การปลูกถ่ายไต*. กรุงเทพฯ: กรุงเทพฯเวชสาร.
- A Chase Through The Maze. (2012). *Participation models a chase through the maze citizens, youth*. <https://www.nonformality.org/wp-content/uploads/2011/07/Participation-Models-20110703.pdf>
- Adashi, E. Y., Geiger, H. J., & Fine, M. D. (2010). Health care reform and primary care the growing importance of the community health center. *New England Journal*, 362(22), 2047-2050.
- Agarwal, B. (2001). Participatory exclusions, community forestry, and gender: An analysis for south asia and a conceptual framework. *World Development*, 29(10), 1623-1648.
- Andreoni, K. A., Forbes, R., Andreoni, R. M., Phillips, G., Stewart, H., & Ferris, M. (2013). Age-related kidney transplant outcomes: Health disparities amplified in adolescence. *JAMA Internal Medicine*, 173(16), 1524-1532.
- Baatiema, L., Skovdal, M., Rifkin, S., & Campbell, C. (2013). Assessing participation in a community-based health planning and services programme in ghana. *BMC Health Services Research*, 13(1), 233.
- Bangthetable. (2016). *International public participation models 1969 – 2016*. Retrieved March 25, 2019, from <https://www.bangthetable.com/blog/international-public-participation-models-1969-2016/>
- Bath, J., & Wakerman, J. (2015). Impact of community participation in primary health care: What is the evidence?. *Australian Journal of Primary Health*, 21(1), 2-8.
- Bayliss, E. A., Ellis, J. L., & Steiner, J. F. (2007). Barriers to self-management and quality-of-life outcomes in seniors with multimorbidities. *The Annals of Family Medicine*, 5(5), 395-402.
- Best, J. W. (1977). *Research in education* (3rd ed.). New Jersey: Prentice hal.
- Bia, M., Adey, D. B., Bloom, R. D., Chan, L., Kulkarni, S., Tomlanovich, S., . . . Tomlanovich, S. (2010). Kdoqi us commentary on the 2009 kdigo clinical practice guideline for the care of kidney transplant recipients. *American Journal of Kidney*



- Diseases*, 56(2), 189-218.
- Born, K., & Laupacis, A. (2012). Public engagement in ontario hospital- opportunities and challenges. *Health Quarterly*, 15(16-20).
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2001). *The practice of nursing research: Conduct, critique & utilization* (4th ed.). Philadelphia: WB Saunders.
- Center for Health Human Rights and Development [CEHURD]. (2014). *Community participation in health planning and decision making*. Retrieved March 2, 2019, from <https://www.cehurd.org/wpcontent/uploads/downloads/2016/02/community-participation-synthesis-of-evidence.pdf>
- Chambers, A. H., Tomnay, J. E., Stephens, K., Crouch, A., Whiteside, M., Love, P., . . . Crowe, P. W. (2018). Facilitators of community participation in an aboriginal sexual health promotion initiative. *Rural and Remote Health.*, 18, 4245.
- Chapman, J. R. (2017). Progress in transplantation: Will it be achieved in big steps or by marginal gains?. *American Journal of Kidney Diseases*, 69(2), 287-295.
- Charden, H. J., & Sherman, A. W. (1986). *Personal management*. Cincinnati, Ohio: South-Western.
- Cherry, K. (2018). *How social support contributes to psychological health*. Retrieved March 14, 2019, from <https://www.verywellmind.com/social-support-for-psychological-health-4119970>
- Coelho Gonçalves, P. R., Ferreira Reveles, A., Fernandes Martins, H. I., Rodrigues, I. L., & Miranda Rodrigues, S. M. (2016). Adherence to immunosuppressive therapy in kidney transplant recipients: Integrative literature review. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(8), 121-130.
- Cohen, J. M., & Uphoff, N. T. (1986). *Rural development participation: Concepts and measures for project design implementation and evaluation*. New York: The Rural Development Committee Center for international studies, Cornell University.
- Cornwall, A. (2008). Unpacking 'participation': Models, meanings and practices.

*Community Development Journal*, 43(3), 269-283.

- Cragg, L., Davies, M., & Mcdowall, W. (2013). *Health promotion theory*. Retrived March 21, 2019, from <https://derby.rl.talis.com/items/CC36A6D2-5363-3354-4C21-31B3867336E7.html>
- Cukor, D. (2017). Psychosocial issue in dialysis patients. Science direct. Denzin, N. K. (Ed.), *Sociological methods: A source book*. Chicago: Aldine.
- Denzin, N. K. (1970). *Sociological methods: A source book*. Chicago: Aldine.
- Devas, N., & Grant, U. (2003). Local government decision making citizen participation and local accountability: Some evidence from kenya and uganda. *Public Administration and Development: The International Journal of Management Research and Practice*, 23(4), 307-316.
- Dong, X., & Simon, M. A. (2010). Gender variations in the levels of social support and risk of elder mistreatment in a chinese community population. *Journal of Applied Gerontology*, 29(6), 720-739.
- Draper, A. K., Hewitt, G., & Rifkin, S. (2010). Chasing the dragon: Developing indicators for the assessment of community participation in health programmes. *Social Science & Medicine*, 71(6), 1102-1109.
- Fawley-King, K., Haine-Schlagel, R., Trask, E. V., Zhang, J., & Garland, A. F. (2013). Caregiver participation in community-based mental health services for children receiving outpatient care. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 40(2), 180-190.
- Fresenius Medical Care. (2018). *Number of dialysis patients worldwide - forecast to 2025*. Retrived March 21, 2019, from <https://www.freseniusmedicalcare.com/en/investors/at-a-glance/outlook/>
- Gans, S. (2018). *How social support contributes to psychological health*. Retrieved March 2, 2019, from <https://www.verywellmind.com/social-support-for-psychological-health-4119970>
- Garcia, G., Harden, P., & Chapman, J. (2012). The global role of kidney transplantation. *Indian Journal of Nephrology*, 22(2), 77-82.

- George, A. S., Mehra, V., Scott, K., & Sriram, V. (2015). Community participation in health systems research: A systematic review assessing the state of research, the nature of interventions involved and the features of engagement with communities. *PLoS One*, *10*(10), e0141091.
- Goncalves, C. R. P., Reveies, F. A., Martins, F. H., Rodrigues, L. I., & Rodrigues, M. M. S. (2016). Adherence to immunosuppressive therapy in kidney transplant recipients: Integrative literature review. *Journal of Nursing Reference*, *4*(8), 121-130.
- Gordon, E. J., Prohaska, T. R., Gallant, M., & Siminoff, L. A. (2009). Self-care strategies and barriers among kidney transplant recipients: A qualitative study. *Chronic Illness*, *5*(2), 75-91.
- Group Health Research Institute. (2016). Community participation in health impact assessments: A national evaluation. [https://humanimpact.org/wp-content/uploads/2018/10/Full-report\\_Community-Participation-in-HIA-Evaluation.pdf](https://humanimpact.org/wp-content/uploads/2018/10/Full-report_Community-Participation-in-HIA-Evaluation.pdf)
- Health Behavior and Health Education. (2017). Social support. <https://www.med.upenn.edu/hbhe4/part3-ch9-key-constructs-social-support.shtml>
- Ibrahim, N., Teo, S. S. L., Che Din, N., Abdul Gafor, A. H., & Ismail, R. (2015). The role of personality and social support in health-related quality of life in chronic kidney disease patients. *PLoS One*, *10*(7), e0129015.
- Inker, L. A., Astor, B. C., Fox, C. H., Isakova, T., Lash, J. P., Peralta, C. A., . . . Feldman, H. I. (2014). Kdoqi us commentary on the 2012 kdigo clinical practice guideline for the evaluation and management of ckd. *American Journal of Kidney Diseases*, *63*(5), 713-735.
- International Society of Nephrology. (2016). Collaborating for safer kidney transplants globally. [https://www.theisn.org/images/ISN\\_News\\_57\\_Site.pdf](https://www.theisn.org/images/ISN_News_57_Site.pdf)
- Jutta, H., & Heinz, H. (2018). *Motivation and action* (3rd ed.). Cham: Springer.
- Kast, F. E., & Rosenzweig, J. E. (1985). *Organization and management* (4th ed.). New York: McGraw-Hill.
- Kenny, A., Farmer, J., Dickson-Swift, V., & Hyett, N. (2014). Community participation for

- rural health: Review of challenges. *Health Expectation*, 18, 1906-1917.
- Kidney Disease Improving Global Outcome (KDIGO). (2009). *Management your adult patients who have kidney transplantation*. N.p.: National Kidney Foundation.
- Kidney Disease Improving Global Outcome (KDIGO). (2013). Clinical practice guide for the evaluation and management of chronic kidney disease. *Kidney Int Suppl*, 3(1), 1-150.
- Kim, S. H., & Yoo, H. S. (2017). The effects of an empowerment education program for kidney transplantation patients. *Korean Society of Nursing Science*, 47(4), 445-455. doi: 10.4040/jkan.2017.47.4.445
- Kosaka, S., Tanaka, M., Sakai, T., Tomikawa, S., Yoshida, K., Chikaraishi, T., & Kazuma, K. (2013). Development of self-management scale for kidney transplant recipients, including management of post-transplantation chronic kidney disease. *ISRN Transplantation*, 2013, 619754. doi: 10.5402/2013/619754
- Ladin, K., Emersos, Z., Butt, E., Gordon, D., & Lavelle, T. (2017). How important is social support in determining patients' suitability for transplantation? Results from a national survey of transplant clinicians. <https://jme.bmj.com/content/early/2018/06/07/medethics-2017-104695.full>
- Lim, C. (2015). *The influence of illness burden and social support on the completion of kidney transplant evaluation* (Doctoral Dissertation). Pittsburgh: University of Pittsburgh. Retrieved from [http://dscholarship.pitt.edu/23945/1/limcrystal\\_etd2014.pdf](http://dscholarship.pitt.edu/23945/1/limcrystal_etd2014.pdf)
- Lin, X., Shang, Y., Teng, S., Liu, H., & Han, L. (2015). Relationship between perceived social support and quality of life among kidney transplant recipients. *GSTF Journal of Nursing and Health Care (JNHC)*, 1(3), 1-6.
- Macinko, J., & Harris, M. J. (2015). Brazil's family health strategy—delivering community-based primary care in a universal health system. *New England Journal*, 372(23), 2177-2181.
- Marijani, R. (2017). Community participation in the decentralized health and water services delivery in tanzania. *Journal of Water Resource and Protection*, 9(6), 637-655.

- Marko, C. (2013). *4 way to promote community participation and engagement*. Retrieved March 21, 2019, from <https://www.comm-dev.org/blog/entry/4-ways-to-promote-community-participation-and-engagement>
- Marston, C., Hinton, R., Kean, S., Baral, S., Ahuja, A., Costello, A., & Portela, A. (2016). Community participation for transformative action on women's, children's and adolescents' health. *Bulletin of the World Health Organization*, 94(5), 376-382.
- Meier, B. M., Pardue, C., & London, L. (2012). Implementing community participation through legislative reform: A study of the policy framework for community participation in the western cape province of south africa. *BMC International Health and Human Rights*, 12(1), 15.
- Mersal, A. F., & Aly, A. R. (2014). Effect of patient education on coping, quality of life, knowledge and self efficacy of kidney recipient patients. *American Journal of Nursing Science*, 3(5), 78-86.
- Namatovu, J. F., Ndoboli, F., Kuule, J., & Besigye, I. (2014). Community involvement in health services at namayumba and bobi health centres: A case study. *African Journal of Primary Health care & Family Medicine*, 6(1), 1-5.
- National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. (2017). National chronic kidney disease fact sheet.  
[https://www.cdc.gov/kidneydisease/pdf/kidney\\_factsheet.pdf](https://www.cdc.gov/kidneydisease/pdf/kidney_factsheet.pdf)
- National Health System England. (2017). *Framework for patient and public participation in public health commissioning*. Retrieved March 21, 2019, from <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2017/01/ph-participation-frmwrk.pdf>
- National Kidney Foundation. (2011). *Managing your adult patients who have a kidney transplant*. Retrieved March 21, 2019, from [https://www.kidney.org/sites/default/files/02-504079\\_ABB\\_ManagingTransRecipBk\\_PC.pdf](https://www.kidney.org/sites/default/files/02-504079_ABB_ManagingTransRecipBk_PC.pdf)
- National Kidney Foundation. (2015). Global fact: About kidney disease.  
<https://www.kidney.org/kidneydisease/global-facts-about-kidney-disease>



- Ndekha, A., Hansen, E. H., Mølgaard, P., Woelk, G., & Furu, P. (2003). Community participation as an interactive learning process: Experiences from a schistosomiasis control project in zimbabwe. *Acta Tropica*, 85(3), 325-338.
- Ndemera, H., & Bhengu, B. (2017). Motivators and barriers to self-management among kidney transplant recipients in selected state hospitals in south africa: A qualitative study. *Health Science Journal*, 11(5), 1-13.
- Norwegian Agency for Development Cooperation. (2013). *A framework for analyzing participation in development*. Norway: Norad.
- Piccoli, G. B., Alrukhaimi, M., Liu, Z.-H., Zakharova, E., Levin, A., & Committee, W. K. D. S. (2018). Women and kidney disease: Reflections on world kidney day 2018. *Clinical Kidney Journal*, 11(1), 7-11.
- Pinter, J., Hanson, C., Chapman, R. J., Wong, G., Craig, C., J., Schell, O., J., & Tong, A. (2017). Perspectives of older kidney transplant recipients on kidney transplantation. *The American Society of Nephrology*, 12, 443-453.
- Pisanti, R., Poli, L., Lombardo, C., Bennardi, L., Giordanengo, L., Berloco, P. B., & Violani, C. (2014). The role of transplant-related stressors and social support in the development of anxiety among renal transplant recipients: The direct and buffering effects. *Psychology, Health & Medicine*, 19(6), 650-655.
- Polit, D. F., & Hungler, P. B. (1995). *Nursing research: Principle and method* (5th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Preston, R., Waugh, H., Larkins, S., & Taylor, J. (2010). Community participation in rural primary health care: Intervention or approach?. *Australian Journal of Primary Health*, 16(1), 4-16.
- Prihodova, L., Nagyova, I., Rosenberger, J., Majernikova, M., Roland, R., Groothoff, J. W., & Van Dijk, J. P. (2014). Adherence in patients in the first year after kidney transplantation and its impact on graft loss and mortality: A cross sectional and prospective study. *Journal of Advanced Nursing*, 70(12), 2871-2883.
- Rifkin, S. B. (2014). Examining the links between community participation and health outcomes: A review of the literature. *Health Policy and Planning*, 29(2), ii98-ii106.

- Salehi, Z., aghadosi, M., & Rezaafazel, M. (2015). An investigation on the effect of continuous care model on depression, anxiety and stress among renal transplant patients. *Biomedical & Pharmacology Journal*, 8, 131-137.
- Shimaya, M., Watanabe, M., Azumi, M., Shichiri, K., Tomiyama, C., Tanabe, M., . . . Akazawa, K. (2015). A questionnaire survey in kidney transplant outpatients: Factors associated with good self-management. *Health*, 7(5), 589-595.
- Smith, S. M., Soubhi, H., Fortin, M., Hudon, C., & O'Dowd, T. (2012). Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, CD006560.
- Smith, S. M., Wallace, E., O'Dowd, T., & Fortin, M. (2016). Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(3). doi: 10.1002/14651858.CD006560.pub3
- Smithies, J., & Webster, G. (1998). *Community involvement in health: From passive recipients to active participations*. Aldershot: Ashgate.
- Sokunbi, G. (2017). Exercise and rehabilitation: Needs for kidney transplantation. *Journal of Physiotherapy Research*, 1(1), 1-2.
- Tantivess, S., Werayingyong, P., Chuengsamarn, P., Teerawattananon, Y. (2013). Universal coverage of renal dialysis in thailand: Promise, progress, and prospects. *British Medical Journal*, 94346(Suppl 4), 153-161. doi: 10.1136/bmj.f462
- Tomioka, K., Kurumatani, N., & Hosoi, H. (2017). Association between social participation and 3 year change in instrumental activities of daily living in community dwelling elderly adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 65(1), 107-113.
- Towey, S. (2017). *Social support*. Retrieved March 13, 2019, from <https://www.takingcharge.csh.umn.edu/social-support>
- Vaidya, A., & Pradhan, B. (2008). Community participation in health: A brief review and the experience of kathmandu medical college with the duwakot community. *Kathmandu University Medical Journal*, 6(4), 526-532.
- Valizadeh, N., Mohammadi, E., Zarei, K., Khorashadizadeh, F., & Oudi Avval, S. (2016).

The sources of stress in renal transplant patients. *Evidence Based Care*, 5(4), 61-64.

World Health Organization. (2002). *Community participation in local health and sustainable development approach and techniques*. Retrieved March 21, 2019, from [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0013/101065/E78652.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0013/101065/E78652.pdf)

World Health Organization. (2004). *Community participation in public health*. Retrieved March 21, 2019, from <https://www.who.int/whr/2004/chapter3/en/index1.html>

Zelle, D. M., Corpeleijn, E., Klaassen, G., Schutte, E., Navis, G., & Bakker, S. J. (2016).

Fear of movement and low self-efficacy are important barriers in physical activity after renal transplantation. *PLoS One*, 11(2), e0147609.

Zhao, S., Dong, F. F., Qiu, H.Li, D. (2018). Quality of life, adherence behavior, and social support among renal transplant recipients in china: A descriptive correlational study. *Transplantation Proceedings*, 50(10), 3329-3337.

Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*, 52, 30-41. doi: doi:10.1207/s15327752jpa5201\_2



ภาคผนวก

## ภาคผนวก ก เอกสารรับรองโครงการวิจัย

COA No. 073/2020

IRB No. 1012/62



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

NARESUAN UNIVERSITY INSTITUTIONAL REVIEW BOARD

99 หมู่ 9 ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก 65000 เบอร์โทรศัพท์ 05596 8642

### เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

**ชื่อโครงการ** : รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต ในเขตภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย (ระยะที่ 1-2)

**Study Title** : A community participation model of caring end stage renal disease patients with kidney transplantation in Lower Northern Thailand (Phase 1-2)

**ผู้วิจัยหลัก** : นางสาวนาดยา คำสว่าง

**สังกัดหน่วยงาน** : คณะสาธารณสุขศาสตร์

**วิธีทบทวน** : แบบเร่งรัด (Expedited Review)

**รายงานความก้าวหน้า** : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

### เอกสารรับรอง

1. AF 01-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 04 ธันวาคม 2562
2. AF 02-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 04 ธันวาคม 2562
3. AF 03-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 04 ธันวาคม 2562
4. AF 04-10 (ระยะที่ 1) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 29 มกราคม 2563
5. AF 04-10 (ระยะที่ 2) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 29 มกราคม 2563
6. AF 05-10 เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 29 มกราคม 2563
7. สรุปโครงการเพื่อการพิจารณาทางจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 29 มกราคม 2563
8. โครงร่างวิทยานิพนธ์ เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 04 ธันวาคม 2562
9. ประวัติผู้วิจัย เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 04 ธันวาคม 2562
10. แนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึกระยะที่ 1 เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 29 มกราคม 2563
11. แบบสอบถามการรับรู้ (ระยะที่ 2) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 29 มกราคม 2563
12. งบประมาณในการดำเนินโครงการ เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 04 ธันวาคม 2562

ลงนาม

(นายแพทย์สมบูรณ์ ตันสุกสวัสดิกุล)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

มหาวิทยาลัยนเรศวร

วันที่รับรอง : 06 กุมภาพันธ์ 2563

Date of Approval : February 06, 2020

วันหมดอายุ : 06 กุมภาพันธ์ 2564

Approval Expire Date : February 06, 2021

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



COA No. 198/2020  
IRB No. P3-0069/2563



AF 12-10/5.0

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์  
99 หมู่ 9 ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก 65000 เบอร์โทรศัพท์ 05596 5296

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ	: รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต ในเขตภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย
ผู้วิจัยหลัก	: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุภาภรณ์ สุตหนองบัว
สังกัดหน่วยงาน	: คณะสาธารณสุขศาสตร์
ผู้ร่วมวิจัย	: นางสาวนาคยา คำสว่าง
สังกัดหน่วยงาน	: คณะสาธารณสุขศาสตร์
วิธีทบทวน	: คณะกรรมการเต็มชุด (Full Board Review)
รายงานความก้าวหน้า	: ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี

เอกสารรับรอง

- AF 01-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 11 มิถุนายน 2563
- AF 02-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 11 มิถุนายน 2563
- AF 03-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 11 มิถุนายน 2563
- สรุปโครงการเพื่อการพิจารณาทางจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 08 กรกฎาคม 2563
- โครงร่างวิทยานิพนธ์ เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 08 กรกฎาคม 2563
- AF 04-10 (สำหรับผู้ป่วยปลูกถ่ายไต) เวอร์ชัน 3.0 วันที่ 24 กรกฎาคม 2563
- AF 04-10 ระยะที่ 3 (กลุ่มที่ 1 สำหรับกลุ่มอาสาสมัครครอบครัวและผู้ดูแล) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 08 กรกฎาคม 2563
- AF 04-10 ระยะที่ 3 (กลุ่มที่ 2 สำหรับกลุ่มอาสาสมัครผู้เกี่ยวข้องในชุมชน) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 08 กรกฎาคม 2563
- AF 04-10 ระยะที่ 3 (กลุ่มที่ 3 สำหรับกลุ่มอาสาสมัครเจ้าหน้าที่รัฐ) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 08 กรกฎาคม 2563
- AF 04-10 ระยะที่ 4 (สำหรับกลุ่มควบคุม) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 08 กรกฎาคม 2563
- AF 04-10 ระยะที่ 4 (สำหรับกลุ่มทดลอง) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 08 กรกฎาคม 2563
- AF 05-10 (สำหรับกลุ่มอาสาสมัครอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี) เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 08 กรกฎาคม 2563
- AF 05-10 (สำหรับผู้ป่วยปลูกถ่ายไต) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 08 กรกฎาคม 2563
- สื่อการสอน เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 08 กรกฎาคม 2563

15. แนวคำถามในการสทนากลุ่มในระยะที่ 3 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 11 มิถุนายน 2563
16. แบบสอบถามการดูแลแบบมีส่วนร่วมผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตในเขตภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย (ระยะที่ 4) เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 11 มิถุนายน 2563
17. งบประมาณในการดำเนินโครงการ เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 11 มิถุนายน 2563

ลงนาม *วิศิษฐ์ อธิสฤทธิพงษ์กุล*  
(นายแพทย์สมบูรณ์ ต้นสุกุลวิสติกุล)  
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
มหาวิทยาลัยนเรศวร

วันที่รับรอง : 25 กรกฎาคม 2563

วันหมดอายุ : 25 กรกฎาคม 2564

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

มหาวิทยาลัยนเรศวร



IRB No. 015/63

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก  
90 ถนนศรีธรรมไตรปิฎก อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก 65000

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH – GCP)

ชื่อโครงการ : รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต ในเขตภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย

ชื่อหัวหน้าโครงการ : นางสาวนิตยา คำสว่าง

เลขที่โครงการวิจัย/รหัส : 079/62

สังกัดหน่วยงาน : หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1

วิธีทบทวน : แบบเต็มรูปแบบ (Full Board Review)

รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารรับรอง : 1. แบบเสนอโครงการวิจัย  
2. แบบสอบถาม  
3. ข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย  
4. เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้แทนโดยชอบธรรม

วันที่รับรอง : 16 มกราคม 2563

วันหมดอายุ : 15 มกราคม 2564

ลงนาม.....

(แพทย์หญิงอรวรรณ ไชยมหาพฤกษ์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

ภาคผนวก ข แบบตอบรับการตีพิมพ์บทความ

KKU 660201.1.10.2/2293



Khon Kaen University  
Khon Kaen,  
40002, Thailand  
Tel. 0-4320-3178

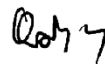
15 December, 2020

**Subject:** Article accepted for publication

**To:** Nataya Kamsawang and Supaporn Sudnongbua

With reference to your submission of a research article entitled, “**Factors affecting the community participation in kidney transplant recipients; an experience from the lower northern region of Thailand**” for publication in the Asia-Pacific Journal of Science and Technology, we are pleased to inform you that your article has passed the criteria and consideration of the experts. The article has been edited by the editorial of the Asia-Pacific Journal of Science and Technology. It has been certified as an appropriate article to be published in the **Asia-Pacific Journal of Science and Technology Volume 26 No 1 (January-March 2021)**.

Sincerely,



(Professor Alissara Reungsang)

Editor of the Asia-Pacific Journal of Science and Technology

Research Administration Division

ภาคผนวก ค การวิเคราะห์ประเด็นในระยาะที่ 1

บันทึกการสัมภาษณ์เชิงลึก (Indept interview) ในระยาะที่ 1

ลำดับ	code	อายุ	เพศ	อาชีพ	ความ เกี่ยวข้อง	จังหวัด	วันที่ สัมภาษณ์	เวลา	ผู้สัมภาษณ์
1	A01	22	หญิง	ไม่ได้ทำงาน	บุตร	สุโขทัย	5/11/2562	9.00-9.25	นาตยา
2	A02	38	หญิง	รับจ้าง	ภรรยา	กำแพงเพชร	5/11/2562	9.30- 10.00	นาตยา
3	A03	68	หญิง	ทำนา	อสม.	พิษณุโลก	9/11/2562	10.10- 10.30	นาตยา
4	A04	48	หญิง	รับราชการ	รพสต.	พิษณุโลก	9/11/2562	10.50- 11.00	นาตยา
5	A05	52	หญิง	รับราชการ	รพสต.	พิษณุโลก	9/11/2562	11.30- 12.00	นาตยา
6	A06	60	ชาย	ทำนา	อบต.	พิษณุโลก	9/11/2562	18.20- 18.50	นาตยา
7	A07	52	ชาย	ทำนา	ผู้ใหญ่บ้าน	พิษณุโลก	9/11/2562	19.00- 19.30	นาตยา
8	A08	48	ชาย	ขับรถ รับจ้าง	สามี	เพชรบูรณ์	12/11/2562	8.30-9.00	นาตยา
9	A09	48	หญิง	ทำนา	ภรรยา	อุดรดิตต์	12/11/2562	9.10-9.30	นาตยา
10	A10	59	หญิง	แม่บ้าน	มารดา	สุโขทัย	12/11/2562	9.40- 10.10	นาตยา



การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

code	Included Terms (สร้างประเด็นย่อย)	รหัสเริ่มต้น (Initial codes)
A01	ถ้าพ่อเป็นใครก็จะรีบช่วยคิดและบอกให้มาหาหมอ อ ย่ารอให้เป็นมาก ช่วยคิดและวางแผนเวลามีอาการ	กลัวเกิดปัญหาภาวะแทรกซ้อนรุนแรง หากล่าช้า
	ผู้ป่วยก็จะคอยปรึกษา คู่กันในบ้าน เกี่ยวกับการดูแลตนเองและอาการผิดปกติ ในบ้านมี ภรรยาบุตร หลาน	ครอบครัวเป็นที่ปรึกษามีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจ
A02	พี่น้องก็แยกครอบครัวกันไม่ได้มีส่วนร่วมในการดูแลและการตัดสินใจอาการผู้ป่วย	ครอบครัวเดี่ยว สัมพันธภาพระหว่างพี่น้องลดลง
	ภรรยาและผู้ป่วยตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยและการสังเกตอาการผิดปกติทั้งหมด	คนใกล้ชิดเป็นผู้ตัดสินใจหลักร่วมกับผู้ป่วย
A03	เค้าน่าเป็นข้าราชการ เค้าน่า อสม.ไม่กล้ารบกวน	ปัจจัยส่วนบุคคล (อาชีพ) การเข้าถึง
A08	ผมก็บอกอยู่ว่าคนไหนไอก็อย่าไปใกล้เขา ให้งั่งห่างๆ อย่างคนสูบบุหรี่เวลาเข้าประชุมหมู่บ้านอะไรแบบนี้ อย่าไปใกล้	คนใกล้ชิดเป็นผู้ตัดสินใจหลักร่วมกับผู้ป่วย
A09	เราคอยเตือนเค้า แบบถ้าไปคุยไหนแล้วเค้าชี้เงิน เค้าจะเงินเวลากินไรเงี้ย	คนใกล้ชิดเป็นผู้ตัดสินใจหลักร่วมกับผู้ป่วย
	ก็เราวางแผนจะเอากันอย่างไรดี จะพอไหมเงินเปลี่ยน จะเสียเงินไหม	คนใกล้ชิดเป็นผู้ตัดสินใจหลักร่วมกับผู้ป่วย

### การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ

code	Included Terms (สร้างประเด็นย่อย)	รหัสเริ่มต้น (Initial codes)
A01	เวลาปวดเมื่อย บวม หายาหม่องมาทา ปวดถึงกับเดินไม่ได้ หรือปวดมากเป็นบ้าง ครั้ง ต้องช่วยพยุง	การช่วยเหลือด้านร่างกาย
	มีญาติขับรถพามาโรงพยาบาล	มีญาติช่วยเหลือในการเดินทาง
	จะดีถ้ามีคนในหมู่บ้าน ผู้ใหญ่บ้าน อบต อสม ก็จะมีประโยชน์ด้านกำลังใจ	ต้องการกำลังใจจากผู้นำชุมชน
A02	จะมาตรวจกับผู้ป่วยทุกครั้ง ผู้ป่วยไม่เคย มาตรวจลำพัง	การเดินทางมาตรวจผู้ป่วยต้องการญาติ มาด้วย
	ภรรยาเป็นกำลังหลักในการดูแลส่วนของ ครอบครัว พ่อแม่ พี่น้องผู้ป่วย ก็ไม่อยาก เบียดเบียนกัน	อาชีพและฐานะทางเศรษฐกิจมีผลต่อการ มีส่วนร่วม
	เพราะก็ทำงานรับจ้างเหมือนกัน	
A03	ก็เขาเป็นอาจารย์ใช้ใหม่ เราจะไปสอนอะไร เขา ข้าราชการจะเป็นส่วนแบบนี้ เขามี ความรู้แล้ว	อาชีพและฐานะทางเศรษฐกิจมีผลต่อการ มีส่วนร่วม
A06	ถ้าไปในที่มันมีฝุ่นมีละออง เขาก็มีแมสก์ ของเขาอยู่แล้ว หรือเขาเวลาเขาเลี้ยงไก่ก็จะ ปิดแมสก์ของเขา	ดูแลตนเอง
	ประสานงานกัน มีประชุมกันทุกเดือน มีพวก หมอ อสม ผู้ใหญ่ อบต ก็มา เดือนละครั้ง	มีทีมการดูแลในชุมชน
	ส่วนมากเขาประชุมกันหลายครั้ง ทั้งกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน มีของอสมโดยเฉพาะก็มี	
	พวกอุปรกรณ์ ก็จะมาขอพวกเขาหยัง ผมก็ ติดต่อหาให้จากอนามัยหรือโรงพยาบาล	แรงสนับสนุนทางสังคม ด้านสิ่งของ
	บางทีของอบตมีที่เขาบริจาคมาก็เอาให้เขา	

การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ (ต่อ)

code	Included Terms (สร้างประเด็นย่อย)	รหัสเริ่มต้น (Initial codes)
A07	บ้านอยู่ใกล้กัน เพราะแกพอดีแกปวดเมื่อยก็ ไปจับเส้นจับอะไร ก็ไปหา ก็ดูแลกัน	เพื่อนบ้านมีส่วนร่วมในการดูแล
	ตอนผมเป็นผู้ใหญ่เมื่อปีที่แล้ว ปีที่แล้วผมก็ ไปเยี่ยมแก	
A08	ถ้าเป็นไข้ก็กินยาไม่ได้เพราะหมอสั่งไว้ ก็ ดูแลธรรมดา กินน้ำอุ่นอะไรแบบนี้	การดูแลเมื่อเกิดปัญหา
	เวลาทำอาหารก็ถามบางอย่างกินได้ไหม ถ้า หมอสั่งห้ามก็คอยเตือนว่าอย่าไปกิน	ดูแลด้านการรับประทานอาหาร
	เวลามาตรวจต้องขับรถพามา	ดูแลด้านการมาตรวจตามนัด
	เวลาเป็นก็หลายอย่าง อ้วกบ้างก็ไปหา กระโถน เวลาฉี่ เดินไม่ไหวก็ฉี่ใส่กระถาง เอา ไปทิ้งให้เขาไปเทให้	ดูแลเมื่อเกิดปัญหาภาวะแทรกซ้อน
	เขาก็จะรู้กับเพื่อนๆ เพราะว่าเขาโทรหากัน ตลอดเรื่องว่ามาอยู่โรงพยาบาล	แรงสนับสนุนทางสังคม ด้านอารมณ์
A09	ก็คอยถึงเวลาให้เค้ากินยา กินยากินไรให้กง เวลา ยากดภูมิไรเงี้ยะ	ดูแลด้านการรับประทานยากด ภูมิคุ้มกัน
	ดูแลเรื่องอาหารเพราะไก่เค้าจะกินไม่ได้เค้า เป็นเกาต์ เราก็ไม่ให้เค้ากิน	ดูแลด้านการรับประทานอาหาร
	เวลามาตรวจก็มาเป็นเพื่อนกัน	ดูแลด้านการมาตรวจตามนัด
A10	มาก็มาตรวจพร้อมกันเพราะแม่เป็นคนให้ไต	ดูแลด้านการมาตรวจตามนัด

## การมีส่วนร่วมการรับผลประโยชน์

code	Included Terms (สร้างประเด็นย่อย)	รหัสเริ่มต้น (Initial codes)
A01	รู้สึกดี ที่ได้ดูแล หยิบจับ ช่วยเหลือพ่อ ภูมิใจที่ได้ดูแล หลังปลูกถ่ายไตมา 5 ปี ได้แบ่งเบาภาระแม่	ผลประโยชน์เชิงคุณภาพ คือ ทางด้านจิตใจของ ผู้ดูแล ภาคภูมิใจ
	การดูแลช่วงหลังก็จะง่ายขึ้น เรียนรู้ได้มากขึ้น	เกิดการเรียนรู้มากขึ้น
A02	หลังผ่าตัดสามารถทำงานได้ก็ซื้อรถจักรยานยนต์	สามารถหารายได้เพื่อซื้อ สิ่งอำนวยความสะดวกในการเดินทาง
	รู้สึกดีที่ได้ดูแลผู้ป่วย ภรรยาไม่ได้รู้สึกลำบากในการดูแล ผู้ป่วยเนื่องดูแลกันเองมานาน	ระยะเวลานาน เกิดการ ปรับตัวของผู้ดูแล
A08	ดีใจ ภูมิใจ ก็คนอยู่ด้วยกันมานาน อยู่ด้วยกันก็ร่วมๆ 30 ปีแล้วครับ ผมดูแลไหวมา 4-5 ปีแล้ว	ผลประโยชน์เชิงคุณภาพ คือ ทางด้านจิตใจของ ผู้ดูแล ภาคภูมิใจ
A09	รู้สึกดีรู้สึกภูมิใจ ที่ได้ดูแลสิบกว่าปีแล้วที่ได้ดูแลแล้วไต่ยัง ดีอยู่	ผลประโยชน์เชิงคุณภาพ คือ ทางด้านจิตใจของ ผู้ดูแล ภาคภูมิใจ
A10	ภูมิใจจะ เค้าดูแลตัวเองดี ดูแลแม่ด้วย	ผลประโยชน์เชิงคุณภาพ คือ ทางด้านจิตใจของ ผู้ดูแล ภาคภูมิใจ

การมีส่วนร่วมในการประเมินผล

code	Included Terms (สร้างประเด็นย่อย)	รหัสเริ่มต้น (Initial codes)
A01	บอกพ่ออย่ารอให้เป็นมากช่วยประเมินอาการผู้ป่วยโดยการซักถาม สังเกต ผิดปกติ	วิธีการประเมินทำได้ทั้งการสังเกตและซักถาม
A02	ภรรยาและผู้ป่วยตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยและการสังเกตอาการผิดปกติทั้งหมด	คนใกล้ชิดช่วยประเมิน
A03	ก็คุยกันก็ทักหาธรรมดาของคนในหมู่บ้านเดียวกัน หมู่เดียวกัน ถามว่าเป็นไง อะไรแบบนี้	ทักทาย ตามอาการ
	ร่างกายและคำพูดเขาก็ดี พูดคุยดี ไม่ค่อยมีอาการ แล้วเขาไม่ดื่มไม่อะไรแล้วนอนหัวค่ำ จะไม่นอนดึก	ประเมินจากการสังเกต
	ก็เลยประเมินว่าอันนี้ อาการแบบนี้แสดงว่าความก้าวหน้าหลังผ่าตัดเขาดีแล้ว	ประเมินจากการสังเกต
A06	อบต. ก็คือมีการประเมินอาการอยู่ ก็ดูจากกิจกรรมที่ทำ เช่น เล่นฟุตบอลแล้วเหนื่อย	ประเมินจากกิจกรรมที่ทำร่วมกันในชุมชน
A07	ก็ไปคุยไปถามไถ่อยู่ครีว่าสบายดีไหมอะไรยังงี้	ทักทาย ตามอาการ
A08	เขาก็เล่าให้ฟังเลยนะ หมอก็บอกว่าค่าของไตดีขึ้นหมอก็บอกว่าทุกอย่างก็ดีขึ้น	การบอกเล่าอาการให้คนใกล้ชิด
A09	เค้าจะเดินผิดปกติ เวลาเกาต์ขึ้นโรเงีย เราก็จะคอยเตือน พ่อมึงเดินผิดปกติจะเป็นเกาต์แล้วม่างกินยาเสียหน้า	ประเมินอาการผิดปกติ
	เค้าก็จะเล่าให้เราฟังเรื่อย ว่าเจาะเลือดผลเป็นอย่างไร ของเสียเท่าไร เค้าจะบอกเราทุกครั้ง	ประเมินความก้าวหน้าของไต
A10	ก็มาหาหมอมหมอก็ว่า ไตเท่านั้นเท่านี้ ทุกสามเดือน หมอก็ว่าจ๊ะ	ประเมินความก้าวหน้าของไต



## การไม่มีส่วนร่วม

code	Included Terms (สร้างประเด็นย่อย)	รหัสเริ่มต้น (Initial codes)
A03	เขาเป็นอาจารย์ที่ใหม่ เราจะไปสอนอะไรเขา ข้าราชการจะเป็นส่วนแบบนี้ เขามีความรู้แล้ว	บทบาททางสังคมสูงจึงไม่กล้าไปมี ส่วนร่วม
A04	ไม่คะ ไม่เคยดูแลเลยคะ แต่รู้ว่ามีคนใช้เปลี่ยน ไตประมาณ 10-14 ปีแล้วคะ แต่ไม่เคยไปดูเลย	รู้ว่าเปลี่ยนไต แต่ไม่มีส่วนร่วม
A05	เค้าไม่ได้บอกอะไร เจ้าหน้าที่ก็เพิ่งมาตัวเอง ก็ เลยไม่ได้มีส่วนร่วมในการดูแล	ผู้ป่วยไม่มารับบริการที่รพสต
A06	ไม่ได้ดูแลนะครับ เพราะเขาสุขภาพแข็งแรงดี ไม่ต้องดูแล	ผู้ป่วยปกติดี
	เขาไม่ได้มีเหตุการณ์หรือไม่มีอาการอะไร ผิดปกติก็ไม่ต้องดูแล	ไม่เกิดปัญหาจึงไม่มีส่วนร่วม
	แฟนเขาก็เป็นพยาบาล ตรงนี้ผมคิดว่ามีอะไร เขาคงปรึกษาแฟนเขา	ปัจจัยส่วนบุคคลทำให้เข้าถึงยาก
A08	ไม่มีครับ ครอบครัวดูแลกันเอง	ชุมชนไม่มีส่วนร่วม ครอบครัวดูแล เป็นหลัก
A09	อบต.ก็ไม่มีจ๊ะ นอกจากคนแยกๆ ที่เค้าติดบ้าน ติดเตียง ก็จะมีมาดูแล แต่คนใช้เปลี่ยนไตไม่มี	ชุมชนไม่มีส่วนร่วม
	คนในหมู่บ้านเค้าจะรู้ แต่ไม่ถามไม่ไร	ชุมชนไม่มีส่วนร่วม
	เจ้าหน้าที่ รพสต ไม่มีจ๊ะ ไม่เคยไม่เคย เพราะ เราก็ไม่ได้ไปรักษาอะไรที่โน้น เงามาที่นี่ตลอด เลย	ผู้ป่วยไม่มารับบริการที่รพสต
	ชุมชนมันไม่ค่อยแน่นกันหรือคุณหมอบ ก็เมื่อตัว ใครตัวมันไป	ลักษณะสัมพันธ์ภาพในชุมชน
A10	ก็ไม่ได้ดูแลเค้า เค้าดูแลตัวเอง กินยาเอง	ถ้าดูแลตัวเองได้ ครอบครัวก็ไม่มี ส่วนร่วม

### ปัญหาอุปสรรคการมีส่วนร่วม

code	Included Terms (สร้างประเด็นย่อย)	รหัสเริ่มต้น (Initial codes)
A01	อสม.มีมาช่วงแรกช่วงหลังไม่ได้มา ถ้าเค้ามียังตรวจเคื่อก็จะมาเยี่ยมคะ แต่ถ้าไม่ได้มีตรวจก็ไม่ค่อยได้มา	ช่วงเวลาที่มาเยี่ยมไม่สม่ำเสมอ
	อบต.ไม่ค่อยได้เคื่ามามีส่วนร่วมในการดูแล	ผู้นำชุมชนไม่ค่อยมีส่วนร่วม
	ไม่รู้จะสามารถบอกคนในชุมชนให้อย่างไรเพราะมีจำนวนมาก ก็ต้องป้องกันตัวเอง ใส่หน้ากาก	ปัญหาการสื่อสารกับคนในชุมชน
A02	ขาดรายได้ในวันที่มาตรวจ	เศรษฐกิจ
	ไม่มีบุคคลอื่นในชุมชน ผู้ใหญ่บ้าน อบต. มามีส่วนร่วมในการดูแล	ขาดการมีส่วนร่วมในชุมชน
	ภรรยาเป็นคนดูแลทั้งหมด อาหาร จัดยา ถ้าไม่อยู่กับผู้ป่วยดูแลตนเอง	คนใกล้ชิดกับผู้ป่วยช่วยกันดูแลเท่านั้น
	เคยมีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดช่วงแรก ก็มาตรวจ แต่ไม่ได้ติดต่อมาก่อนเพราะ โรงพยาบาลโทรติดต่อยาก	ระบบการให้คำปรึกษา
	ก็จะมีเครียดบ้างหากมีพี่น้องผู้ป่วยมาพูดไม่ดีเรื่องอื่นๆ ไม่ใช่เรื่องการดูแลผู้ป่วย	ปัญหาด้านจิตใจ ความเครียด
	ไม่มีญาติพี่น้องรับทราบข้อมูลการดูแลต่างๆ ตั้งแต่ที่ผู้ป่วยปลุกถ่ายไต	ญาติพี่น้องไม่มีส่วนร่วม
	ไม่ต้องการให้เข้ามามีส่วนร่วม เนื่องจากจะทำให้เกิดปัญหาขึ้น เพราะมีปัญหาด้านสัมพันธภาพเดิม	สัมพันธภาพในครอบครัว ทัศนคติ
	ผู้ใหญ่บ้านและอบต. รพสต. ในชุมชน ไม่ได้เคื่ามามีส่วนร่วมในการดูแล จะมีเพียงหมอที่ให้การดูแล	ทัศนคติต่อแพทย์ผู้รักษา
	การเงินก็มีเพียงพอกิน ตอนนอนโรงพยาบาลก็ไม่มีตั้งค้ซื้อข้าวกิน	เศรษฐกิจ
ต้องการให้ผู้นำชุมชนเข้ามาช่วยเหลือมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย แต่ก็ผู้ใหญ่กับอบต.ก็มีปัญหา	สัมพันธภาพของผู้นำในชุมชน	

ปัญหาอุปสรรคการมีส่วนร่วม (ต่อ)

code	Included Terms (สร้างประเด็นย่อย)	รหัสเริ่มต้น (Initial codes)
A03	ไม่ค่อยแน่ใจเกี่ยวกับความรู้เรื่องเปลี่ยนไตเท่าไร ถ้าเป็น ความรู้เรื่องโรคเรื้อรังนี้ดีเลย	ขาดความรู้
	เพราะคนที่เปลี่ยนไตไม่ค่อยเยอะสักเท่าไร คนเปลี่ยนไต มันน้อย ไม่เคยมีใครมาอบรม	จำนวนผู้ป่วยน้อย
	อสม.ไม่ได้ มีเครื่องวัดความดันกันทุกคน มันไม่พอ	แรงสนับสนุนทางสังคมด้าน สิ่งของ
	บางคนเข้าหายาก เพราะเขาคือว่าระดับมันสูงข้าราชการ เนี่ย เข้าไม่ถึง เหมือนเกรงใจ	ปัจจัยส่วนบุคคลทำให้เข้าถึง ยาก
A04	โรงพยาบาลพุทธชินราช ไม่ได้ส่งข้อมูลผู้ป่วยมาให้ทาง รพ.สต.	ขาดการส่งต่อข้อมูลจาก โรงพยาบาล
	ถ้าเป็นผู้ป่วยอื่นก็มีส่งมาค่ะ แต่ผู้ป่วยปลูกถ่ายไตไม่ทราบ เลยค่ะ ไม่มี	ขาดการส่งต่อข้อมูลจาก โรงพยาบาล
	ไม่ทราบว่าต้องดูแลอย่างไรด้วยค่ะ	ขาดความรู้
A05	ตอนนี้เขาไม่ได้มีมาแจ้งอะไรที่เราเลย เราก็ไม่รู้เลย	ผู้ป่วยไม่ได้มารับบริการ
	ตอนนี้เป็นสจ.ด้วยภาระทางสังคมนะ เป็นสจ.ด้วย มัน เหมือนว่าเราเข้าถึงไม่ได้	ปัจจัยส่วนบุคคลทำให้เข้าถึง ยาก
	อย่างพวกข้าราชการอะไรประเภทนี้จะคุยได้ยากกว่า ชาวบ้าน	ปัจจัยส่วนบุคคลทำให้เข้าถึง ยาก
A06	คนใช้กลุ่มนี้เราก็ไม่เคยดูแล ก็เลยไม่รู้ว่าจะต้องดูแล อะไรบ้าง	ขาดความรู้
	ไม่รู้ว่าจะเค้किनยากดภูมิแล้วจะติดเชื้อง่ายอันนี้ไม่รู้ครับ ได้ แต่รู้ว่าเขาไปเปลี่ยนไต เขาของพี่สาวมาใส่	ขาดความรู้
	เขารู้กันทั้งตำบลว่าเปลี่ยนไต แต่ไม่รู้ว่าจะต้องดูแลอย่างไร ป้องกันอย่างไรหมอบเป็นคนแรกที่มา	ขาดความรู้

## ปัญหาอุปสรรคการมีส่วนร่วม (ต่อ)

code	Included Terms (สร้างประเด็นย่อย)	รหัสเริ่มต้น (Initial codes)
A07	ไม่มีงบรับนอกจากมันจะมีงบจากจังหวัดหรือนายกและสมาชิกจะแบ่งเงินส่วนหนึ่งไว้ที่กันไว้ให้ผู้ป่วย	แรงสนับสนุนทางสังคมด้านเงิน
	ไม่รู้คิดว่าต้องดูแลอย่างไร ยังไม่รู้ ก็ยังไม่มีใครมาแนะนำ	ไม่ทราบแนวทางการดูแล ขาดคนแนะนำ
A08	ปัญหาก็คือเขาอารมณ์หงุดหงิด แล้วผมไม่รู้จะทำอย่างไร ไม่รู้จะปรึกษาใคร ไม่ได้บอกหมอ	ขาดคนให้คำปรึกษา
	มีครั้งนึงอสม.ไปเยี่ยมตอนที่ไปกลับไปใหม่ๆ แต่ก็ไม่ได้ทำอะไร แค่ไปถามประวัติ จดบันทึกไว้ แค่นั้นเดียว	ความสม่ำเสมอของการเยี่ยม
	หลังจากนั้นไม่มีอีกเลย เท่าที่ผมจำได้นะ ไม่มีอีกเลย	ความสม่ำเสมอของการเยี่ยม
	ผู้ใหญ่บ้าน อบต. ไม่มีส่วนร่วม ไม่มีครับ	ผู้นำชุมชนไม่ค่อยมีส่วนร่วม
	ผมว่าผมดูแลแล้วไม่มีประโยชน์หรอกครับ คล้ายๆ มา ถ้ามามาก กันวุ่นวายเฉยๆ ไม่เห็นมีอะไรดีขึ้นมาเลย	ทัศนคติที่ไม่ดี
	เขาจะเอาแต่ผลงานนะ ถ่ายรูป ถ่ายรูปส่งอย่างเดียว	ทัศนคติที่ไม่ดี
	เขาก็รู้ว่าเราติดเชื้อง่าย อย่างคนสูบบุหรี่มันก็สูบอยู่อย่าง นั้นแหละครับ มันไม่ได้สนใจอะไรหรอก	คนในชุมชนไม่มีส่วนร่วมใน การดูแล
	แต่เราต้องดูแลตัวเองป้องกันเอง อย่างคนไหนไอ หลายๆก็ไม่เข้าไปใกล้	ดูแลตนเองเป็นหลัก
A09	หมอบอกว่าน้ำท่วมปอดนิดๆ ถึงกะร้องให้ คนไข้จะ ร้องให้ กลัวแบบร่างกายจะไปไม่ไหว	ขาดคนให้คำปรึกษา
	เครียดแบบ ติดเชื้อแล้ว ติดเชื้อแบบน้ำท่วมปอดแล้ว แล้ววิ่งแกกแล้วจะไม่รอดไร้งี้ ทำเค้าเครียดอยู่	แรงสนับสนุนด้านอารมณ์
A10	เค้าก็จะยุ่งยากเค้า ก็ไม่เป็นไรถ้าเค้าไม่มา	ทัศนคติ

## ข้อเสนอแนะรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน

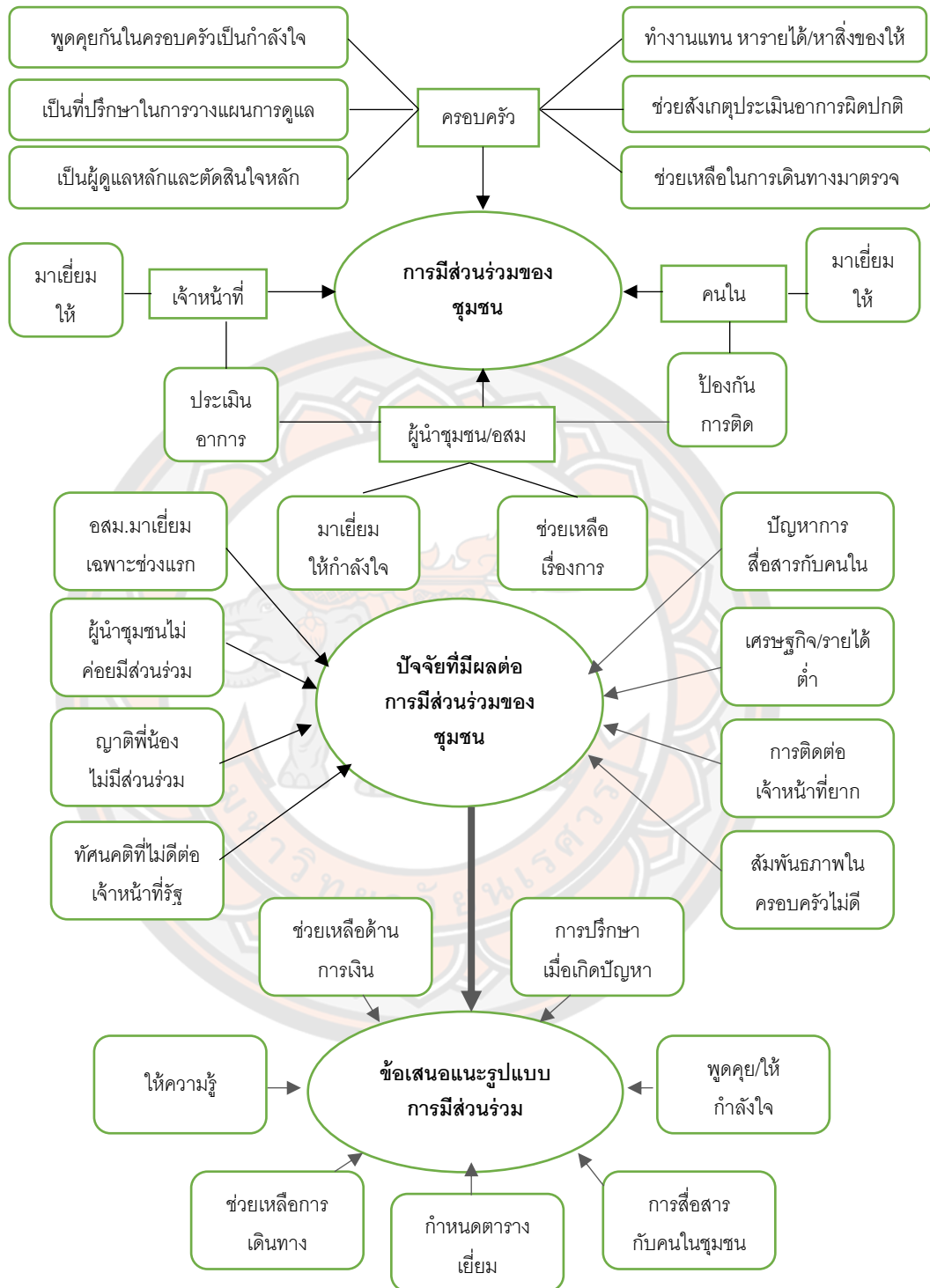
code	Included Terms (สร้างประเด็นย่อย)	รหัสเริ่มต้น (Initial codes)
A01	อยากให้หมออนามัยเข้ามาช่วยดูแล ประเมิน อาการผู้ป่วย ผู้ใหญ่บ้าน อบต มาเยี่ยมให้ กำลังใจให้ผู้ป่วย	เจ้าหน้าที่รัฐควรเข้ามามีส่วนร่วม ในการประเมินอาการและให้ กำลังใจ
	ควรพัฒนาให้มีหมออนามัยไปเยี่ยมบ้านเป็น ประจำ	กำหนดเวลาเยี่ยมชัดเจน สม่ำเสมอ
	ถ้าเพื่อนบ้านมีความรู้ในการดูแล ป้องกันการติด เชื้อก็จะดี	ให้ความรู้กับเพื่อนบ้านในการ ป้องกันการติดเชื้อ
	ถ้ามีเจ้าหน้าที่มากช่วยในการประเมินอาการ ผิดปกติ ก็น่าจะมีวิธีการแนะนำให้อาการทุเลาลง ได้อย่างรวดเร็ว	การให้คำปรึกษาเมื่อเกิดปัญหา สุขภาพ
A02	ถ้ามีอาการปกติก็ไม่ได้อยากให้มีส่วนร่วมในการ ดูแล	การให้คำปรึกษาเมื่อเกิดปัญหา สุขภาพ
	ด้านการเงินถ้ามีเงินช่วยเหลือเพิ่มก็จะดี ก็จะมีเงิน ในการดูแลครอบครัวมากขึ้น การเงินก็มีเพียงแค พอกิน	การช่วยเหลือด้านการเงิน
	จะดีถ้ามี อบต เข้ามาช่วยเหลือในด้านการ เดินทางมตรวจ	การช่วยเหลือด้านการเดินทาง
	หมออนามัย อสม ก็อยากให้คนที่มีความรู้ ความสามารถ พุดจาตี มาเยี่ยมและมีส่วนร่วมใน การดูแลผู้ป่วย	ความรู้และพฤติกรรมบริการที่ดี ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
	ถ้าคนไม่ดีก็ไม่ได้อยากให้มา	สัมพันธภาพที่ดีระหว่างกัน
A03	ควรให้ความรู้มาก่อน ก็ให้หมอมามีความรู้ อสม. เพราะส่วนนี้จะไม่ค่อยรู้ จะได้ว่าต้องไปดูแล อย่างไรต่อ	การให้ความรู้



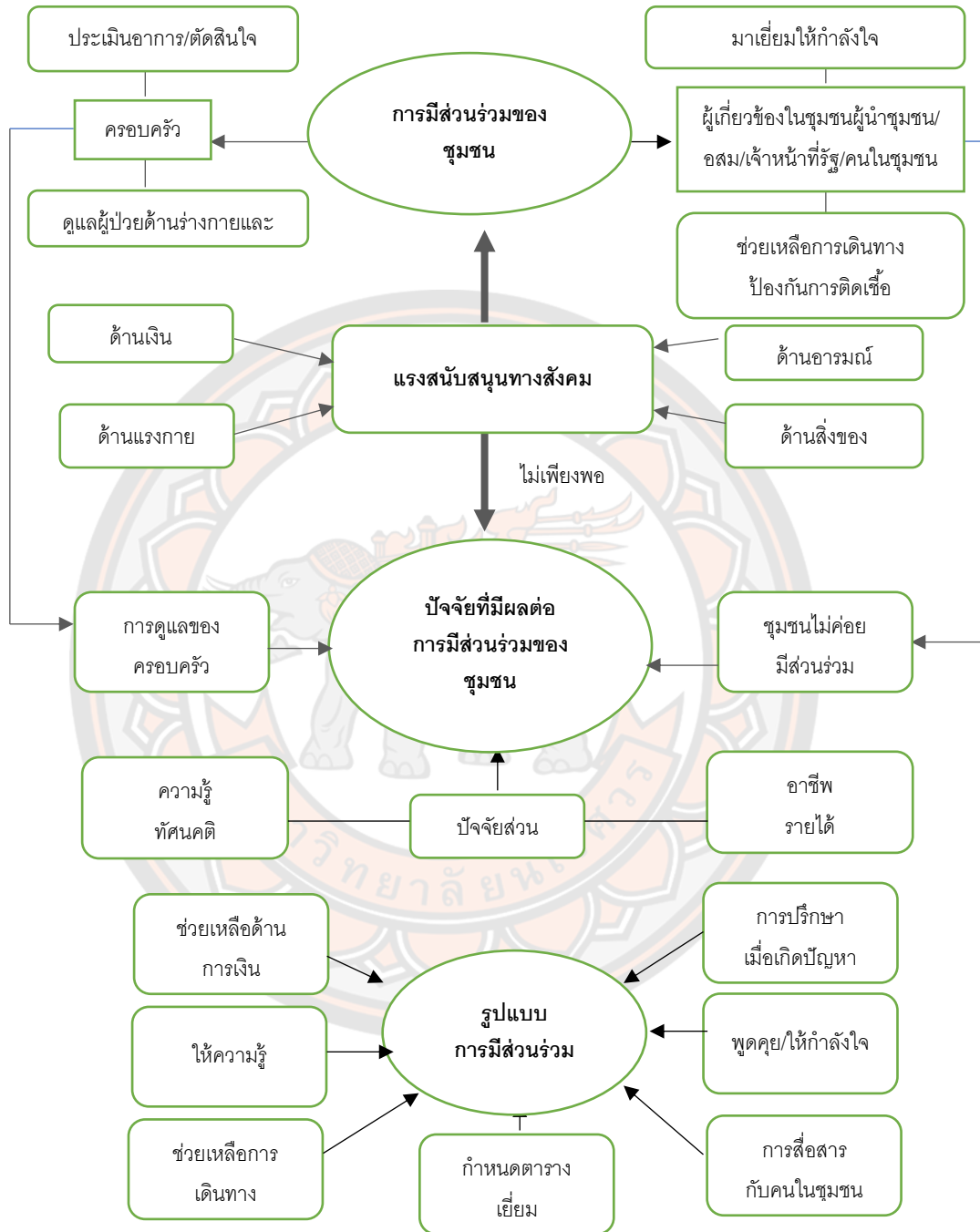
## ข้อเสนอแนะรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน (ต่อ)

code	Included Terms (สร้างประเด็นย่อย)	รหัสเริ่มต้น (Initial codes)
A04	ก็อยากให้มีอบรมพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด ไต เพราะว่างานนี้มันไม่ได้เจอคนไข้เลยคะ ก็ ดูแลไม่ถูก	การให้ความรู้
	ต้องการให้มาให้ความรู้ก่อน ว่าแนวทางการดูแล อย่างไรบ้างอย่างนี้คะ	การให้ความรู้
A05	ต้องส่งข้อมูลกันเป็นรายเคส บางทีเขาลงมาดูแล ไม่ได้ ก็ต้องให้เราไปเข้าเยี่ยม	การส่งต่อข้อมูล
A06	ผมว่าดีนะครับ มาให้ความรู้เรื่องเปลี่ยนไต	การให้ความรู้
A07	ต้องการอยากให้คุณหมอมาให้ความรู้ ว่าต้อง ดูแลยังไงบ้าง เพราะว่าในส่วนของทีมดูแลมันมีอยู่ แล้ว มีอสม.	การให้ความรู้
	มีอะไร แต่ว่าเรายังไม่มีความรู้ ว่าจะต้องทำยังไง ก็ต้องเรียก อสม.เข้ามาประชุม คุณหมอก็มาให้ ความรู้ครับ	การให้คำปรึกษาเมื่อเกิดปัญหา สุขภาพ
A09	ยังว่านี่เจอคุณหมอ เดียวจะขอเบอร์โทรซักหน่อย เพื่อว่าเป็นไงจะได้โทรหาได้	การให้คำปรึกษาเมื่อเกิดปัญหา สุขภาพ

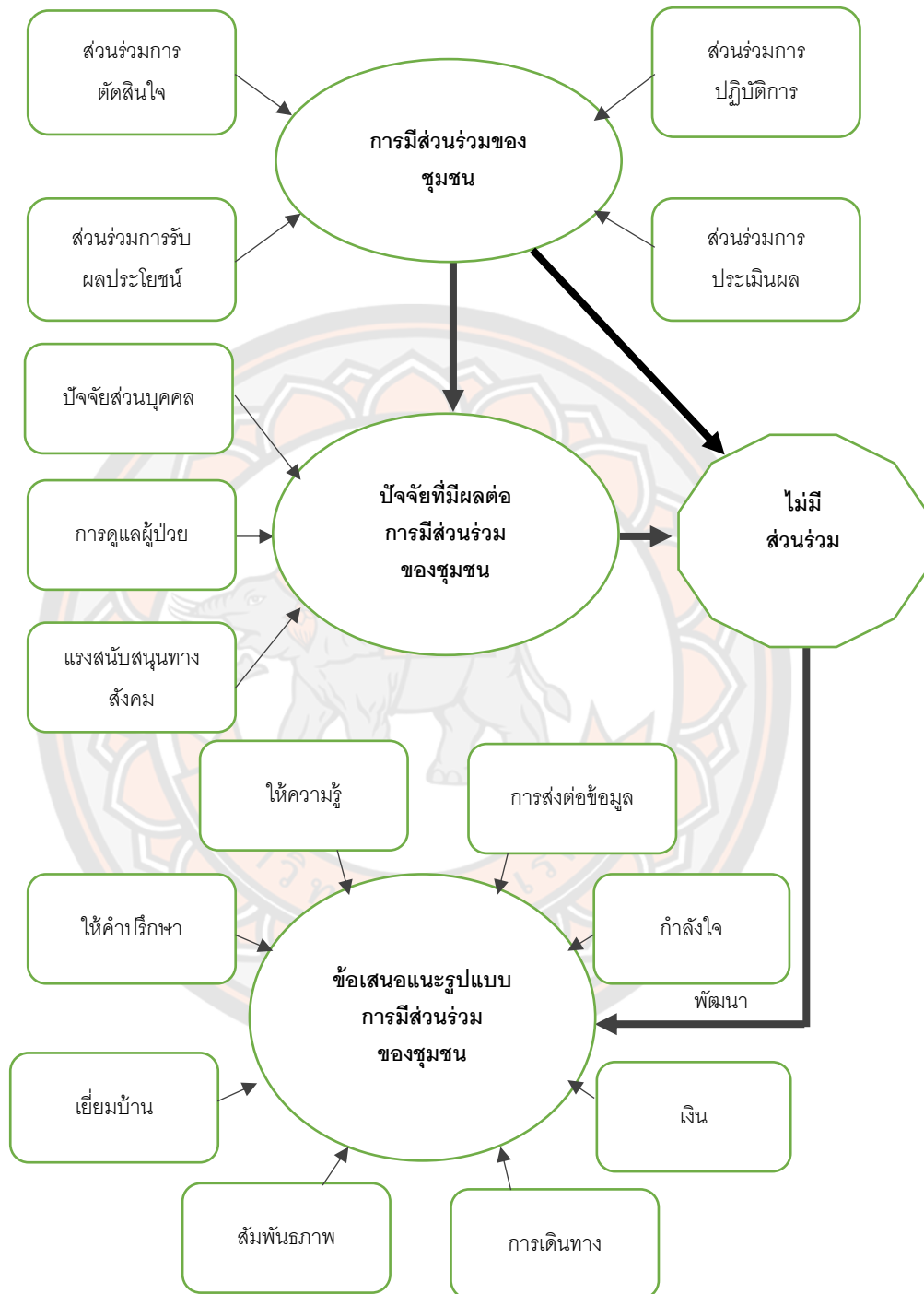
Initial Thematic Map



Developed Thematic Map



Final Thematic Map



## ภาคผนวก ง แบบสอบถามในการศึกษาระยะที่ 2

รหัส

### แบบสอบถามการรับรู้ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต ในเขตภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย (ระยะที่ 2)

#### คำชี้แจง

แบบสอบถามฉบับนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต ในเขตภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย ซึ่งไม่มีผลกระทบต่อผู้ตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยขอรับรองว่าคำตอบของท่านจะไม่มีข้อมูลถูกหรือผิด และไม่มีผลกระทบต่อสถานภาพของท่านแต่อย่างใด เพราะผู้วิจัยจะนำมาวิเคราะห์และทำการนำเสนอเป็นภาพรวมเท่านั้น จึงขอความกรุณาจากท่านได้โปรดตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงทุกข้อ

แบบสอบถามมีทั้งหมด 4 ตอน

- |                                 |              |
|---------------------------------|--------------|
| ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล        | จำนวน 13 ข้อ |
| ตอนที่ 2 การดูแลผู้ป่วยของชุมชน | จำนวน 20 ข้อ |
| ตอนที่ 3 แรงสนับสนุนทางสังคม    | จำนวน 20 ข้อ |
| ตอนที่ 4 การมีส่วนร่วมของชุมชน  | จำนวน 20 ข้อ |

ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบสอบถามแบบประมาณค่า พัฒนามาจากการใช้แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 6 ระดับ ในแต่ละคำถามให้เลือก 6 คำตอบ ซึ่งมีระดับการให้คะแนน ดังนี้

- |                              |         |
|------------------------------|---------|
| มากที่สุด กำหนดคะแนนเป็น     | 6 คะแนน |
| มาก กำหนดคะแนนเป็น           | 5 คะแนน |
| ปานกลาง กำหนดคะแนนเป็น       | 4 คะแนน |
| น้อย กำหนดคะแนนเป็น          | 3 คะแนน |
| น้อยที่สุด กำหนดคะแนนเป็น    | 2 คะแนน |
| ไม่เกี่ยวข้อง กำหนดคะแนนเป็น | 1 คะแนน |

โปรดเขียนเครื่องหมาย  $\surd$  ลงในช่องความคิดเห็นตามสภาพจริง เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต ในเขตภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย ต่อไป

ขอขอบคุณเป็นอย่างสูงผู้วิจัย



### ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่าง หรือเติมข้อความที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด

1. อายุ.....ปี
2. เพศ  
 ชาย     หญิง
3. สถานภาพสมรส  
 โสด     คู่     หม้าย / หย่า / แยกกันอยู่
4. ระดับการศึกษา  
 ไม่ได้เรียน     ประถมศึกษา     มัธยมศึกษา  
 ปวช./ปวส./ปวท    ปริญญาตรี     สูงกว่าปริญญาตรี
5. อาชีพ  
 ไม่ประกอบอาชีพ     เกษตรกรรม  
 ค้าขาย     รับจ้างทั่วไป  
 ข้าราชการ     พนักงานบริษัท/รัฐวิสาหกิจ  
 อื่นๆ ระบุ.....
6. รายได้  
 ≤ 5,000 บาท/เดือน     5,001 – 10,000 บาท/เดือน  
 10,001 – 15,000 บาท/เดือน     15,001 – 20,000 บาท/เดือน  
 > 20,000 บาท/เดือน
7. ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยหลังปลูกถ่ายไต  
 ไม่มีประสบการณ์     < 6 เดือน     6 เดือน – 1ปี     1- 5 ปี     > 5 ปี
8. บทบาททางสังคม/ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยปลูกถ่ายไต  
 บิดา มารดา บุตร    ญาติ/ผู้ดูแลเป็นประจำ  
 เพื่อนบ้าน/เพื่อนร่วมงาน     คนในชุมชน  
 อสม     อบต  
 ผู้นำชุมชน เช่น ผู้ใหญ่บ้าน/ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน     เจ้าหน้าที่สาธารณสุข  
 กรรมการหมู่บ้าน/กองทุน/ชมรม  
 เจ้าหน้าที่รัฐ ระบุ.....  
 อื่นๆ.....

9. ท่านเคยได้รับข้อมูล ข่าวสาร ความรู้ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยหลังจากปลูกถ่ายไต  
 เคย จาก.....  ไม่เคย
10. ท่านคิดว่าชุมชนควรมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยหลังจากปลูกถ่ายไต  
 มากที่สุด  มาก  ปานกลาง  น้อย  น้อยที่สุด  ไม่จำเป็น
11. การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนของท่าน เช่น ประชุมหมู่บ้าน กิจกรรมผู้สูงอายุ เป็น

ต้น

เข้าร่วมทุกครั้ง  เข้าร่วมสม่ำเสมอ  เข้าร่วมบางครั้ง  ไม่เคยเข้าร่วม

12. ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไต
- 12.1 การปลูกถ่ายไตเป็นการตัดไตที่วายออกแล้วใส่ไตใหม่เข้าไปแทน  
 ถูก  ผิด
- 12.2 ผู้ป่วยปลูกถ่ายไตต้องกินยากดภูมิคุ้มกันตลอดชีวิต  
 ถูก  ผิด
- 12.3 ผลข้างเคียงของยากดภูมิคุ้มกันทำให้ผู้ป่วยติดเชื้อง่าย  
 ถูก  ผิด
- 12.4 ผู้ป่วยควรรับประทานผลไม้สดเพื่อเสริมวิตามินให้ร่างกาย  
 ถูก  ผิด
- 12.5 การชั่งน้ำหนัก วัดไข้ ตวงน้ำดื่มและปัสสาวะ เป็นการเฝ้าระวังภาวะผิดปกติ  
 ถูก  ผิด
- 12.6 ผู้ป่วยควรลดอาหารหวานและมันเพื่อป้องกันเบาหวานและไขมันสูง  
 ถูก  ผิด
- 12.7 หลังปลูกถ่ายไตผู้ป่วยควรงดออกกำลังกายเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ  
 ถูก  ผิด
- 12.8 เมื่อผู้ป่วยไปในที่ชุมชนแออัดควรสวมหน้ากากอนามัยทุกครั้ง  
 ถูก  ผิด
- 12.9 ผู้ป่วยปลูกถ่ายไตควรจำกัดน้ำดื่มในในแต่ละวันไม่ให้มากเกินไป  
 ถูก  ผิด
- 12.1 หลังปลูกถ่ายไตผู้ป่วยจะไม่กลับมาเป็นไตวายเรื้อรังอีก  
 ถูก  ผิด

13. ทักษะติดต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไต
- 13.1 การมีส่วนร่วมของชุมชนช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีขึ้น  
 เห็นด้วย  ไม่เห็นด้วย
- 13.2 การดูแลผู้ป่วยหลังปลูกถ่ายไตมีความยุ่งยาก ซับซ้อน  
 เห็นด้วย  ไม่เห็นด้วย
- 13.3 การมีส่วนร่วมของชุมชนช่วยให้การวางแผน/ตัดสินใจในดูแลผู้ป่วยดีขึ้น  
 เห็นด้วย  ไม่เห็นด้วย
- 13.4 ถ้าผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีจากชุมชน ท่านรู้สึกดีและภาคภูมิใจ  
 เห็นด้วย  ไม่เห็นด้วย
- 13.5 หากมีคนช่วยประเมินอาการผู้ป่วยจะช่วยให้ผลลัพธ์การปลูกถ่ายไตดีขึ้น  
 เห็นด้วย  ไม่เห็นด้วย
- 13.6 การดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตเป็นหน้าที่ผู้ป่วยและครอบครัวเท่านั้น  
 เห็นด้วย  ไม่เห็นด้วย
- 13.7 ท่านคิดว่าการพูดคุยถามไถ่อาการจะช่วยลดความเครียดผู้ป่วย  
 เห็นด้วย  ไม่เห็นด้วย
- 13.8 ท่านยินดีช่วยเหลือและสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไต  
 เห็นด้วย  ไม่เห็นด้วย
- 13.9 ผู้นำชุมชนและเจ้าหน้าที่รัฐควรมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไต  
 เห็นด้วย  ไม่เห็นด้วย
- 13.10 ท่านคิดว่าการปลูกถ่ายไตช่วยทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น  
 เห็นด้วย  ไม่เห็นด้วย

## ส่วนที่ 2 การดูแลผู้ป่วยของชุมชน

คำชี้แจง ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อความคำถาม	ระดับความคิดเห็น					
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	ไม่ได้ดูแล
<b>ด้านการรับประทานยา</b>						
1. ท่านดูแลผู้ป่วยให้รับประทานยากด ภูมิคุ้มกันครบตามจำนวนที่แพทย์กำหนด						
2. ท่านดูแลผู้ป่วยให้รับประทานยากด ภูมิคุ้มกันตรงเวลาที่แพทย์กำหนด						
3. ท่านตรวจเช็คปริมาณยาว่ามีครบและ เพียงพอก่อนถึงวันนัด						
4. ท่านให้คำปรึกษาผู้ป่วยเมื่อเกิดอาการ ข้างเคียงจากการได้รับยากดภูมิคุ้มกัน						
<b>ด้านการปฏิบัติกิจวัตร</b>						
5. ท่านดูแลผู้ป่วยให้ควบคุมปริมาณน้ำดื่ม ต่อวันให้สมดุลกับจำนวนปัสสาวะ						
6. ท่านมีส่วนร่วมช่วยในการดูแลผู้ป่วยให้ออก กำลังกายที่เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอ						
7. ท่านดูแลผู้ป่วยให้พักผ่อนนอนหลับ อย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง						
8. ท่านช่วยผู้ป่วยให้ปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันได้ด้วยตนเอง						

ส่วนที่ 2 การดูแลผู้ป่วยของชุมชน (ต่อ)

ข้อความคำถาม	ระดับความคิดเห็น					
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	ไม่ได้ดูแล
<b>ด้านอารมณ์</b>						
9. เมื่อผู้ป่วยรู้สึกโกรธ โมโห หรือไม่สบายใจ ท่านดูแลและให้คำแนะนำให้ทางานอดิเรกที่พอใจทำ (เช่น ฟังวิทยุ อ่านหนังสือ พูดระบายให้ผู้ใกล้ชิดฟัง หรืออื่นๆ)						
10. ท่านพูดคุยให้กำลังใจผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์						
11. ท่านชักชวนผู้ป่วยให้เข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนเพื่อคลายเครียด เช่น การไปทำบุญ สวดมนต์ การออกกำลังกายร่วมกัน โดยระมัดระวังการติดเชื้อ						
12. ท่านยินดีรับฟังปัญหาเมื่อผู้ป่วยปลุกถ่ายไตมาพูดคุยปรึกษาและระบายความรู้สึกให้ฟัง						
<b>ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน</b>						
13. เมื่อท่านเจ็บป่วยท่านจะไม่ไปสัมผัสหรือใกล้ชิดผู้ป่วยปลุกถ่ายไตเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ						



ส่วนที่ 2 การดูแลผู้ป่วยของชุมชน (ต่อ)

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น					
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	ไม่ได้ดูแล
14. ท่านมีส่วนร่วมในการดูแลสิ่งแวดล้อมในบ้าน นอกบ้านและชุมชนให้สะอาดอยู่เสมอ เนื่องจากผู้ป่วยมีภูมิต้านทานต่ำจากการได้รับยากดภูมิคุ้มกัน						
15. ท่านไม่ชักชวนผู้ป่วยให้รับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม หรืออาหารแปรรูป เนื่องจากเป็นผลเสียต่อร่างกายผู้ป่วย						
16. ท่านดูแลผู้ป่วยปลุกถ่ายไตให้หลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมที่มีโอกาสเกิดการกระทบกระเทือนบริเวณท้อง(เช่น ชกมวย ชี จักรยานบนทางขรุขระ เล่นชักเย่อ ฟุตบอล เป็นต้น)						
<b>ด้านการตรวจตามนัด</b>						
17. ท่านช่วยเหลือและให้คำแนะนำ ให้ผู้ป่วยมาตรวจก่อนวันนัดได้หากผู้ป่วยรู้สึกไม่สบาย หรือมีอาการผิดปกติ						
18. ท่านคิดว่าการตรวจตามนัดของผู้ป่วยปลุกถ่ายไตมีความสำคัญในการติดตามผลลัพธ์ทางสุขภาพหลังปลุกถ่ายไต						
19. ท่านคอยตรวจสอบกำหนดวันเวลานัดของแพทย์และคอยเตือนผู้ป่วยทุกครั้ง						

### ส่วนที่ 2 การดูแลผู้ป่วยของชุมชน (ต่อ)

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น					
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	ไม่ได้ดูแล
20. ท่านมีส่วนช่วยในการพาผู้ป่วยมาตรวจตามนัดตรงวันที่แพทย์นัดทุกครั้ง						

### ส่วนที่ 3 แรงสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง ให้ทำเครื่องหมาย  $\checkmark$  ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น					
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	ไม่มีการสนับสนุน
<b>ด้านการเงิน</b>						
1. ท่านมีส่วนร่วมในการสนับสนุนช่วยเหลือหรือสนับสนุนด้านการเงินเพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยปลุกถ่ายไต						
2. สมาชิกในครอบครัว/คนในชุมชน/ผู้นำชุมชนให้ความช่วยเหลือด้านการเงินเพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยปลุกถ่ายไต						
3. ในชุมชนมีกองทุนทางการเงินสำหรับช่วยเหลือหรือสนับสนุนเมื่อจำเป็นในการใช้การดูแลผู้ป่วยปลุกถ่ายไต เช่น กองทุนหมู่บ้าน เป็นต้น						
4. ท่านคิดว่าผู้ป่วยปลุกถ่ายไตได้รับการสนับสนุนด้านการเงินเพื่อใช้ในการดูแลตนเองอย่างเพียงพอ						

## ส่วนที่ 3 แรงสนับสนุนทางสังคม (ต่อ)

ข้อความคำถาม	ระดับความคิดเห็น					
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	ไม่มีการสนับสนุน
5. ท่านคิดว่าการสนับสนุนด้านการเงินอย่างเพียงพอมีผลต่อการดูแลผู้ป่วยหลังปลูกถ่ายไต						
<b>ด้านร่างกาย</b>						
6. ท่านเสียสละร่างกายในการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไต เช่น การทำงานแทน การช่วยงานบ้าน เป็นต้น						
7. ท่านให้การช่วยเหลือผู้ป่วยปลูกถ่ายไตในการมาตรวจตามนัด เช่น การขับรถมาส่ง						
8. ท่านช่วยเหลือผู้ป่วยปลูกถ่ายไตในการทำกิจวัตรประจำวัน						
9. ท่านได้ช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยปลูกถ่ายไตต้องทำกิจกรรมที่ออกต้องแรงมากๆ เช่น ยกของหนัก						
10. ท่านยินดีช่วยเหลือผู้ป่วยปลูกถ่ายไตด้านร่างกายเพื่อสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตในชุมชน						
<b>ด้านสิ่งของ</b>						
11. ท่านเคยให้ความช่วยเหลือ แบ่งปันสิ่งของให้กับผู้ป่วยปลูกถ่ายไต เช่น อาหารของใช้จำเป็น เป็นต้น						

## ส่วนที่ 3 แรงสนับสนุนทางสังคม (ต่อ)

ข้อความคำถาม	ระดับความคิดเห็น					
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	ไม่มีการสนับสนุน
12. ท่านคอยจัดหาสิ่งของสำหรับประเพณี อาการผู้ป่วยปลุกถ่ายไต เช่น พรอทวดไข่ กิโหล้งน้ำหนัก หน้ากากอนามัย เครื่องวัด ความดันโลหิต						
13. สมาชิกในครอบครัว/คนในชุมชน/ผู้นำ ชุมชนอำนวยความสะดวกด้านสิ่งของให้ ผู้ป่วยปลุกถ่ายไต						
14. ท่านคิดว่าผู้ป่วยปลุกถ่ายไตสามารถใช้ สิ่งของร่วมกับคนในชุมชนได้แม้มี ข้อจำกัดเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อ						
15. ท่านคิดว่าผู้ป่วยปลุกถ่ายไตได้รับการ สนับสนุนด้านสิ่งของที่ใช้ในการดูแลตนเอง อย่างเพียงพอ เหมาะสม แล้ว						
<b>ด้านอารมณ์</b>						
16. ท่านคิดว่าตนเองเป็นบุคคลที่ผู้ป่วย ปลุกถ่ายไตไว้วางใจและสามารถพูดคุย ปัญหาที่ท่านไม่สบายใจหรือเครียดได้						
17. ท่านยินดีรับฟังปัญหาและความ ต้องการของผู้ป่วยปลุกถ่ายไตพร้อมทั้งให้ กำลังใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ปลุกถ่ายไต						
18. ท่านให้การยอมรับนับถือผู้ป่วยปลุก ถ่ายไตเหมือนบุคคลทั่วไป ไม่มีข้อจำกัด เรื่องเจ็บป่วย						

### ส่วนที่ 3 แรงสนับสนุนทางสังคม (ต่อ)

ข้อความคำถาม	ระดับความคิดเห็น					
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	ไม่มีการสนับสนุน
19. ท่านคอยสังเกตภาวะเครียดของผู้ป่วย ปลุกถ่ายไตและหาทางช่วยให้คลายเครียด เช่น ชวนไปทำกิจกรรมที่ชอบ ดูหนัง ฟัง เพลง เป็นต้น						
20. ท่านคอยแวะเวียน ถามไถ่ และให้ กำลังใจผู้ป่วยปลุกถ่ายไตเป็นประจำ						

### ส่วนที่ 4 การดูแลแบบมีส่วนร่วมของชุมชน

คำชี้แจง ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

การมีส่วนร่วมของชุมชน	ระดับการมีส่วนร่วม					
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	ไม่มีส่วนร่วม
<b>การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ</b>						
1. ท่านมีส่วนร่วมในการวางแผนการ ดูแลผู้ป่วยปลุกถ่ายไต เช่น วัดความดัน ซึ่งน้ำหนัก วัดไข้ วน้ำดื่มและ ปัสสาวะ						
2. ท่านมีส่วนร่วมในการวางแผนแก้ไข ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยปลุกถ่ายไต เช่น เมื่อเกิดการติดเชื้อ เมื่อปัสสาวะ ผิดปกติ เป็นต้น						



ส่วนที่ 4 การดูแลแบบมีส่วนร่วมของชุมชน (ต่อ)

การมีส่วนร่วมของชุมชน	ระดับการมีส่วนร่วม					
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	ไม่มีส่วนร่วม
3. ท่านมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเรื่องวางแผนการทำงานหรือการเรียนของผู้ป่วยให้สอดคล้องกับชีวิตหลังปลูกถ่ายไต						
4. ท่านมีส่วนร่วมในการนำเสนอปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยปลูกถ่ายไตให้คนในชุมชน/ผู้นำชุมชนทราบ						
5. ท่านมีส่วนร่วมในการวางแผนการจัดกิจกรรมงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตในชุมชน						
<b>การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ</b>						
6. ท่านมีส่วนร่วมในการเสียสละเวลาในการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไต						
7. ท่านมีส่วนร่วมในการเสียสละแรงกายในการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไต						
8. ท่านมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพกับผู้ป่วยปลูกถ่ายไต เช่น การติดเชื้อ มีอาการบวม เป็นต้น						
9. ท่านมีส่วนร่วมในการประสานงานกับกลุ่มผู้นำชุมชน ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน และองค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตร่วมกัน						

## ส่วนที่ 4 การดูแลแบบมีส่วนร่วมของชุมชน (ต่อ)

การมีส่วนร่วมของชุมชน	ระดับการมีส่วนร่วม					
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	ไม่มีส่วนร่วม
10. ท่านมีส่วนร่วมในการให้กำลังใจและคอยเป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ป่วยปลูกถ่ายไต						
<b>การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์</b>						
11. ท่านมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตเพิ่มขึ้น เมื่อมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไต						
12. ท่านรู้สึกว่าคุณสมบัติความสามารถของตนเองเป็นประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตให้มีสุขภาพที่ดี						
13. ท่านได้รับค่าตอบแทนในรูปแบบต่างๆ จากการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไต เช่น เงิน ของใช้ต่างๆ เป็นต้น						
14. ท่านได้รับการพัฒนาทักษะความเป็นผู้นำมากขึ้น เมื่อมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตเพิ่มมากขึ้น						
15. ท่านรู้สึกภาคภูมิใจที่ได้ส่วนหนึ่งของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไต						
<b>การมีส่วนร่วมในการประเมินผล</b>						
16. ท่านมีส่วนร่วมในการนำข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นในระหว่างดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตเข้าในที่ประชุมของชุมชน เช่น การประชุมหมู่บ้าน เป็นต้น						

ส่วนที่ 4 การดูแลแบบมีส่วนร่วมของชุมชน (ต่อ)

การมีส่วนร่วมของชุมชน	ระดับการมีส่วนร่วม					
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	ไม่มีส่วนร่วม
17. ท่านมีส่วนร่วมเข้าไปประเมินผลการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง						
18. ท่านมีส่วนร่วมในการติดตามผลการตรวจสุขภาพ ผลเลือดต่างๆ ของผู้ป่วยปลูกถ่ายไต						
19. ท่านได้มีการติดตามและประเมินปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไต ด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การพูดคุยซักถาม หรือการสังเกต						
20. ท่านมีส่วนร่วมในการติดตามความก้าวหน้าในการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไต ทั้งภาวะสุขภาพกายและใจของผู้ป่วยปลูกถ่ายไต รวมทั้งการทำงานของไต						

ขอขอบคุณในความร่วมมือตอบแบบสอบถาม

ข้อมูลที่ได้เป็นประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับพัฒนาการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

## ภาคผนวก จ การวิเคราะห์ประเด็นในระยะที่ 3

## บันทึกการสนทนากลุ่ม (FGD taking note) ในระยะที่ 3

กลุ่ม	code	อายุ	เพศ	อาชีพ	ความ เกี่ยวข้อง	จังหวัด	วันที่ สัมภาษณ์	เวลา	modurator
กลุ่ม 1	P01	32	หญิง	ทำนา	น้องสาว	พิษณุโลก	24/5/2563	16.00-17.00	นาตยา
ครอบครัว และผู้ดูแล	P02	52	ชาย	ทหาร	สามี	พิษณุโลก	24/5/2563	16.00-17.00	นาตยา
	P03	68	หญิง	ทำนา	ป้า	พิษณุโลก	24/5/2563	16.00-17.00	นาตยา
	P04	28	หญิง	ทำนา	หลาน	พิษณุโลก	24/5/2563	16.00-17.00	นาตยา
	P05	68	ชาย	ข้าราชการ บ้านนาญ	บิดา	พิษณุโลก	24/5/2563	16.00-17.00	นาตยา
	P06	49	หญิง	ทำนา	ทำนา	พิษณุโลก	24/5/2563	16.00-17.00	นาตยา
กลุ่ม 2	P01	56	หญิง	ทำนา	อสม.	พิษณุโลก	24/5/2563	17.00-18.00	นาตยา
ผู้นำ ชุมชน และ อสม.	P02	52	หญิง	ทำนา	ผู้ช่วย ผู้ใหญ่บ้าน	พิษณุโลก	24/5/2563	17.00-18.00	นาตยา
	P03	62	หญิง	ค้าขาย	อาสา พัฒนา มนุษย์	พิษณุโลก	24/5/2563	17.00-18.00	นาตยา
	P04	57	หญิง	ทำนา	อสม.	พิษณุโลก	24/5/2563	17.00-18.00	นาตยา
	P05	52	หญิง	ทำนา	อสม.	พิษณุโลก	24/5/2563	17.00-18.00	นาตยา
	P06	58	หญิง	ทำนา	อสม.	พิษณุโลก	24/5/2563	17.00-18.00	นาตยา
กลุ่ม 3	P01	44	หญิง	ข้าราชการ	รพ.สต	พิษณุโลก	25/5/2563	15.00-16.00	นาตยา
จนท.รัฐ รพ.สต อบต.	P02	54	หญิง	ข้าราชการ	ผู้ช่วย หัวหน้า รพ.สต.	พิษณุโลก	25/5/2563	15.00-16.00	นาตยา
	P03	45	หญิง	ข้าราชการ	รพ.สต	พิษณุโลก	25/5/2563	15.00-16.00	นาตยา
	P04	42	หญิง	ข้าราชการ	รพ.สต	พิษณุโลก	25/5/2563	15.00-16.00	นาตยา
	P05	32	หญิง	ลูกจ้าง ประจำ	อบต	พิษณุโลก	25/5/2563	15.00-16.00	นาตยา
	P06	43	หญิง	ข้าราชการ	รพ.สต	พิษณุโลก	25/5/2563	15.00-16.00	นาตยา

บันทึกการสนทนากลุ่ม (FGD taking note) กลุ่มที่ 1 ครอบครัวและผู้ดูแล

ประเด็น (Topic)	รหัสอาสาสมัคร (Participant No.)	ข้อความสนทนาของอาสาสมัคร (Notes :what participant say)	การสังเกต (Observation)
วันที่สนทนา 27/07/2563			
1. แรงสนับสนุนทางสังคม	P6	อย่างขึ้นรถมาเราไม่รู้ว่าในรถนั้นใครเป็นใคร เค้าเป็นโรคอะไร หรือป่าว ถ้ามีรถ อบต มา ส่งก็น่าจะดีค่ะ	สถานที่สนทนา: บ้านคนไข้ ต.ปลัดแรด
	P5	บางคนเค้าไม่มีเงินหรือลำบากกันจริงๆ เรื่อง เดินทาง มาตรวจรักษา ถ้ามีเงินช่วยจากพวก อบต/ผู้ใหญ่ กำนัน ก็น่าจะดีครับ	อ.บางระกำ เริ่มเวลา 16.00 น. P1 (ญ)
	P2	เรื่องนอนสบายใจได้ครับ อาบน้ำผมยังอาบ ให้อยู่ช่วงแรกๆ ช่วยกักตัวรถเค้า	ใส่เสื้อสีฟ้า นั่งติด กับ Moderator
	P3	พอเค้ามีอาการจะสะกิดเนี่ยค่ะ มีอาการ เหงื่อเริ่มออกมือออกเท้าเนี่ยค่ะ ต้องสะกิดพี เขาไปละปลดออกแอปเปิ้ล	P2 (ช) ใส่เสื้อดำ P3 (ญ)
	P5	ตอนนี่ซื้อเครื่องเจาะน้ำตาลไว้เองแล้ว เก็บ ตั้งซื้อไว้เองละ	เสื้อฟ้า P4 (ญ)
	P6	เครื่องเจาะน้ำตาลก็เพิ่งซื้อมาซื้อเอง	เสื้อขาว
	P5	ที่จริงก็ดูแลพอ พ่อก็ไปให้กำลังใจลูกๆ ไปแม่ กับป้าเค้าตอนนี่แม่เค้ายังอยู่	P5 (ช) เสื้อขาว
	P5	ผมก็ยืนอยู่หน้าห้องผ่าตัดกับแม่ให้กำลังใจ	P6 (ญ)
	P4	ช่วยออกแรงไม่ให้ยกของอะคะ เน้นดูพวกรด น้ำต้นไม้ต้นไม้ที่บ้าน	เสื้อดำ
	P1	ไม่ได้ให้ยกเลยคะพวกขวดน้ำ ของที่มี น้ำหนักไม่เลย	
	P4	อะไรที่เป็นของหนักเค้าก็จะมี เขาก็จะรู้เรา บอกเลยว่าน้ำไม่ต้องยก	
	P1	หลังเราผ่าตัดมา แฟนก็จะรู้กันอยู่แล้ว หลัง ผ่าตัดก็จะไม่ยกของหนักเลย แฟนหนูกับ พี่xxxxจะช่วยให้เพราะกลัวจะแตกไต ที่ ทำงานก็ด้วย	



บันทึกการสนทนากลุ่ม (FGD taking note) กลุ่มที่ 1 ครอบครัวและผู้ดูแล (ต่อ)

ประเด็น (Topic)	รหัสอาสาสมัคร (Participant No.)	ข้อความสนทนาของอาสาสมัคร (Notes :what participant say)	การสังเกต (Observation)
1. แรงสนับสนุนทางสังคม (ต่อ)	P2	ครับ เพื่อนๆที่ทำงานก็จะรู้กันจะไม่ให้ยกของหนักพวกเอกสารเยอะๆ อันนี้เค้าเล่าให้เราฟังคือเราก็ถามเค้าแหละว่าตอนไปทำงานทำอะไร	
	P1	เห็นพ่อถามทุกครั้งทีไปหาหมอ	
	P2	ที่ทำงานก็ช่วยดูแลจะมีน้องคนนึง น้องเขาเรียนสาธารณสุข เขาจะคอยดู เขาจะเรียกป้า เพราะว่าอายุมากกว่าแม่เขาเนอะ เขาจะคอยดู	
2. การดูแลของชุมชน	P2	ถ้าชุมชนช่วยดูแลก็น่าจะดีมากนะครับ แถวชุมชนนี้ไม่มีใครเคยรู้วิธีดูแลเรื่องทีปลุกถ่ายไต เค้ารู้กันนะว่าเรามีคนบ้านที่ไปปลุกถ่ายไตมา แต่ก็ไม่ได้มาช่วยอะไร	
	P3	ถ้าเรามีทีปรึกษาโดยตรงก็จะดีนะ ยังพวก อสมเดี๋ยวนี้เค้าก็มีไลน์กลุ่มกันคนที่ทำเป็นอายุยังไม่มากอ่าจ๊ะ	
	P6	รพสต.เค้ารู้อยู่นะว่าเรามีคนไปปลุกถ่ายไตมา แต่เค้าคงไม่มีข้อมูลการดูแลคนด้านให้เราถ้ามีข้อมูลเค้าน่าจะดูแลได้	
	P2	ทีจริงดูแลยังไง อย่างเรื่องยาเป็นคนซีลิม ผมก็ไม่ไปทำ เรื่องยา ว่าต้องกินยาอะไรยังไง ส่วนใหญ่เป็นเรื่องเกี่ยวกับอาหารการกิน	
	P1	เค้าจะเป็นคนจัดยากินเอง เรายังแค่คอยดูนิดหน่อยว่ากินหรือยัง แค่นั้นบ้าง	
	P3	ใช่ ก็เกี่ยวกันไม่รู้จะเอาอะไรให้กิน	
	P3	มีคนให้ตำบรีชาก็ดีนะ แต่ถ้าเกิดว่าเกิดกลางคืนจะลำบากเขาไหม	
	P4	พอมีคนป่วยก็จะไม่เข้าใกล้น้ำxxxx	
	P6	แต่ส่วนใหญ่บ้านเรามีคนอยู่ตลอด ช้างบ้านก็ญาติๆกัน	

บันทึกการสนทนากลุ่ม (FGD taking note) กลุ่มที่ 1 ครอบครัวและผู้ดูแล (ต่อ)

ประเด็น (Topic)	รหัสอาสาสมัคร (Participant No.)	ข้อความสนทนาของอาสาสมัคร (Notes :what participant say)	การสังเกต (Observation)
2. การดูแลของ ชุมชน (ต่อ)	P2	แล้วก็มีส่วนหนึ่งเขาเรียกว่าอะน้ำตาลต่ำหรือ นอนตอนกลางคืนแล้วเหงื่อแตกเหมือนอาบน้ำ เลย เปียกหมดเลย เหมือนน้ำตาลต่ำ ก็ต้องมี ผลไม้อะไรเลย ต้องดูแลตนเองเพราะไม่รู้จะ ปรึกษาใคร ต้องรอจนไปตรวจตามนัด	
	P4	การเยี่ยมบ้านก็น่าจะดีเหมือนมีคนช่วยดูแลกัน	
3. รายได้สูง	P4	ถ้ามีค่าตอบแทนก็ดีนะ แต่ว่าทางอบต. จะยอมตั้งบให้เราไหม เขาจะหาเงินจาก ไหน	
4. บทบาททาง สังคมที่เป็น เจ้าหน้าที่รัฐ รพ. สต./อบต	P6	ไม่เคยไป รพสต เลยเพราะไม่แน่ใจว่า เค้าจะดูแลได้มัย แต่ถ้าเป็นโรคพ.สต.ก็มา ดูแลเยี่ยมบ้าน	
	P2	มีครั้งไปห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลพุทธชิน ราช บอกว่าเป็นคนไข้หมอxxx พยาบาลไม่ ค่อยกล้าเข้าใกล้ดูแลต้องรับรายงานหมอ	
5. การเข้าร่วม กิจกรรมชุมชน สม่ำเสมอ (ต่อ)	P3	อสม. เขาเป็นผู้นำ ชื่อxxxใหม่ ที่เป็น ผู้นำหมู่บ้าน ถ้าการบอกวันหรือกำหนดวัน ล่วงหน้าจะดีจะได้รู้เวลาเข้าร่วมกิจกรรมที่ แน่นอน	
	P4	ปกติในชุมชนก็จะมีกิจกรรมอยู่เรื่อยๆ แต่ไม่ ค่อยได้เข้าร่วมกับเค้าเพราะทำงานประจำ	
	P6	ถ้ามีกิจกรรมโดยกำหนดวันนัดหมาย ล่วงหน้าก็จะดีจะได้รู้ตัวก่อนจะมาเข้าร่วม กิจกรรมได้มัย	

## บันทึกการสนทนากลุ่ม (FGD taking note) กลุ่มที่ 2 ผู้นำชุมชน/อสม.

ประเด็น (Topic)	รหัสอาสาสมัคร (Participant No.)	ข้อความสนทนาของอาสาสมัคร (Notes :what participant say)	การสังเกต (Observation)
วันที่สนทนา 27/07/2563			
1. แรงแสนับสนุนทางสังคม	P2	โครงการอะไรมาส่วนมากจะเป็น อสม ช่วยทำกันไปมีอะไรให้เราช่วยเราก็ทำ	สถานที่สนทนา กลุ่ม: หมู่ 1
	P2	มีรถพาไปหาหมอรับยาตามนัดก็จะดีนะ บางคนเค้าต้องนอนไป	บ้านปลักแรด
		บ้านก็ไม่มียาน้ำมันไปกันยาก	ตำบลปลักแรด
	P4	มีไอ้เครื่องวัดความดัน เจาะน้ำตาลเพิ่มเติมใหม่ เพื่อให้บ้านไหนเค้ายืมไว้	เริ่มเวลา 17.00 P1 (ญ) ใส่เสื้อชมพู นั่ง
	P3	จริงๆเมื่อก่อนมีจิตอาสาเนี่ยะ เค้าจะให้ค่าอาหารประมาณเดือนละ 2,000ตอนหลัง	ติดกับ Moderator
		แล้ว 70 คนเนี่ยะให้คนละประมาณ 20 บาทอะไรเงี้ยะเราก็จะซื้อนม	P2 (ญ) ใส่เสื้อลายขวาง
		ผลไม้อะไรไป สดง.ตรวจว่าทำอย่างนั้นมันไม่ได้นะให้เป็นแค่ค่าอาหาร	สี่ชมพู P3 (ญ)
	P4	เมื่อก่อนไปเยี่ยมผู้สูงอายุยังมีนม มีผลไม้ไป	เสื้อเหลืองใส่เสื้อ
	P5	คนแก่เค้าถามว่าไม่เห็นมีอะไรมาแจกบ้างเลย ทุกที่เคยมีไป	คลุม P4 (ญ)
P4	ได้ๆจะ เอาไว้ให้เราถาม หรือแจ้งข้อมูลคนที่เราไปเยี่ยมเหมือนพวกติดเตียงอะไรแบบนั้นเนาะ	เสื้อยืดสีเหลือง P5 (ญ)	
P2	แต่ถ้าไม่มีเป็นไรคะ ประชาสัมพันธ์อย่างเก่ง	เสื้อเขียวเข้ม	
2. การดูแลของชุมชน	P2	เป็นโครงการใหม่ ไม่เคยมีใครสอนเรื่องคนไข้โรคไต คนผ่าเปลี่ยนไตพวกเราก็ไม่เคยดูแล	P6 (ญ) เสื้อเหลืองคอ
	P5	แต่เราไม่เคย (สายหน้า) ไม่รู้วิธีการดูแลคนไข้ด้วย ออกเยี่ยมบ้านแต่ละครั้งก็ไม่ได้เข้าบ้านผู้ป่วยปลูกถ่ายไต	ไปโล
		P2	เคยแต่ไปเยี่ยมคนแก่ติดเตียง ไม่รู้จะไปแนะนำเค้าว่ายังไง

## บันทึกการสนทนากลุ่ม (FGD taking note) กลุ่มที่ 2 ผู้นำชุมชน/อสม. (ต่อ)

ประเด็น (Topic)	รหัสอาสาสมัคร (Participant No.)	ข้อความสนทนาของอาสาสมัคร (Notes :what participant say)	การสังเกต (Observation)
2. การดูแลของชุมชน (ต่อ)	P3	ไปอบรม ซีจี แล้วก็คอยไปเยี่ยม คอยดูพวกคนไข้ติดเตียงมีใครก็บอกหมอที่ รพสต เค่าอีกที	
	P3	ของไม่มีให้คะ	
	P5	ชาย ไม่เคยรู้มาก่อน เราไม่รู้ว่าจะต้องดูแลอย่างไร	
	P5	คิดว่าเปลี่ยนเอา ตัดอันนั้นออกแล้วก็เอาอันใหม่มาแทน	
	P3	คือแบบว่าเวลาเราไปถึงเนอะ เราก็จะบอกว่า เข้ากินข้าวหรือยังกินยาหรือยังตรงเวลามั้ย ก็จะคุยกัน ประมาณนี้ กินยาอะไรมั่ง คุยกัน	
	P3	ไปรับยาที่ไหน ตรงเวลามั้ย	
	P3	มีกลุ่ม line อสม.ประมาณ 100 กว่าคน	
	P3	เอาเฉพาะที่มีผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป เราจะไปเยี่ยม	
	P2	อสม.เราจะแบ่งกันเป็น zone	
	P5	แบบจิตอาสา มีหมู่ละ 2 คน เยอะ	
	P3	บางที่มีประชุม เข้ามีประชุม บางที่เราก็บอกหมอให้แบ่งเป็นกลุ่มไปเลยอย่างใครดูแลผู้สูงอายุก็ผู้สูงอายุไป ใครดูแลผู้สูงอายุก็ไป เด็กก็ไป	
3. รายได้สูง	P3	อสม. มีเงินเดือนๆละ 1000 บาท ตอนนี้เค้าบอกจะให้ 1,500 แล้วนะ	
	P3	ไม่มีเขามีตั้ง มีฐานะอยู่นะ เค่าทำงานกันทุกคน	
	P3	ผู้ป่วยรายนี้ฐานะคืออยู่แล้ว	
4. บทบาททางสังคมที่เป็นเจ้าหน้าที่รัฐ	P2	แต่ถ้าทางผู้ใหญ่ถ้าเขามีอะไร เขาจะประกาศให้ลูกบ้านรู้	
	P3	สตรง. นะอะไรก็ได้ ยังงี้ก็ได้	
	P2	ที่จริงที่อนามัยเค้าจะมีหมอมือ มน.มาตรวจ ถ้าโรคนี้โรคนี้เค้าจำยังไง	

## บันทึกการสนทนากลุ่ม (FGD taking note) กลุ่มที่ 2 ผู้นำชุมชน/อสม. (ต่อ)

ประเด็น (Topic)	รหัสอาสาสมัคร (Participant No.)	ข้อความสนทนาของอาสาสมัคร (Notes :what participant say)	การสังเกต (Observation)
5. การเข้า ร่วมกิจกรรม ชุมชน สม่ำเสมอ	P1	แต่บ้านนี้เค้าไม่ค่อยเปิด เวลาออกเยี่ยม หรือทำ กิจกรรมเค้าไม่ค่อยมาร่วมกับพวกเราซักเท่าไร	
	P1	พอดีเค้าอยู่บ้านเดียว ไม่ค่อยเปิด เค้าคงไปทำงานกัน เลยไม่ค่อยได้เค้าร่วมกับพวกเรา	
	P5	บ้านชอบปิดเวลาเราเยี่ยม ตรวจดูน้ำรั้งก็ไม่เคยได้ เข้านะ	
	P1	เขาไม่สนใจสิ่งอะไร	
	P2	ไปเยี่ยมเขาไม่ค่อยอยู่บ้าน เค้าไปทำงานกัน	
	P1	ถ้านัดล่วงหน้าผู้ใหญ่แจ้งก่อน คนก็จะรู้และมาร่วม กิจกรรมนะ	

บันทึกการสนทนากลุ่ม (FGD taking note) กลุ่มที่ 3 เจ้าหน้าที่รัฐ/รพ.สต.

ประเด็น (Topic)	รหัสอาสาสมัคร (Participant No.)	ข้อความสนทนาของอาสาสมัคร (Notes: what participant say)	การสังเกต (Observation)
วันที่สนทนากลุ่ม 28/07/2563			
1. แรงแสนับสนุนทางสังคม	P3	ถ้ามีรถที่ดีเหมาะ รพ.สต. เราไม่มีรถที่รีเฟอร์ แต่ อบต มีแต่ เคาะไม้ไว้ส่งคนไข้พวกนี้อะ	สถานที่สนทนา กลุ่ม: รพ.สต. ต.ปลัดแรด อ.บางระกำ เริ่ม 15.00 น. P1 (ญ) ใส่เสื้อสีฟ้า นั่งติดกับ Moderator P2 (ญ) ใส่เสื้อม่วง P3 (ญ) เสื้อม่วง P4 (ญ) เสื้อฟ้า P5(ญ) เสื้อเหลือง P6 (ญ) เสื้อเหลือง
	P4	แล้วข้าวของเครื่องใช้ เครื่องวัดความดัน เครื่องเจาะน้ำตาล เรายังพอมีแหละแต่เราไม่ได้มีพอที่จะให้เคาะ ยืมไปตามหมู่บ้านไง ถ้ามีเพิ่มก็คืนนั่นแหละ	
	P6	แล้วถ้าเรื่องถ้าในหมู่บ้าน แล้วใครจะเป็นคนช่วยดูแลกองทุน	
	P2	สมมติว่ากองทุนที่ให้ใช้ในกรณีไหน อย่างเช่น คนไข้จะไป follow up	
	P4	จัดตั้งคณะกรรมการ ต้องเป็นในรูปกองทุนใหม่จะมีกรรมการ มีผู้ดูแล มีผู้ดูแลควรเป็นผู้นำชุมชนให้ใหม่คะ	
	P3	ถ้าเกิดมันยังยืนมันก็น่าจะดีกว่า เพราะว่ากลุ่มที่ไม่มีเงินที่จะเดินทางไปมันก็คงดีกว่าที่เคยเห็นที่มันมีกองทุน อสม. เนอะ ที่จะได้เงินโรมาก็มีกันยี่ดื่น อสม.ก็เป็นคนดูแล	
	P5	ส่วนมากก็ไปให้คำแนะนำ ไปตามอะไรประมาณนี้ถามอาการ ดูแล้ววัด vital sign การทานยา อะไรประมาณนี้ ถ้ามีผลก็ทำแผล ให้กำลังใจกัน	
2. การดูแลของชุมชน	P2	ส่วนหนึ่งอย่างนั้นก็ถูก ส่วนหนึ่งคือเขาไม่เชื่อในศักยภาพของอนามัยที่ดูแลเขา	
	P6	แล้วถ้าเรื่องถ้าในหมู่บ้าน แล้วใครจะเป็นคนช่วยดูแลกองทุน	
	P2	ต้องเขียนโครงการ ผู้ดูแลเงิน ผู้ใหญ่บ้าน มันต้องยืดยาวให้ยืนนานไง เหมือนจะดีอยู่นะ ถ้ามันมีต่อไปอะไรอย่างนี้	



## บันทึกการสนทนากลุ่ม (FGD taking note) กลุ่มที่ 3 เจ้าหน้าที่รัฐ/รพ.สต. (ต่อ)

ประเด็น (Topic)	รหัสอาสาสมัคร (Participant No.)	ข้อความสนทนาของอาสาสมัคร (Notes: what participant say)	การสังเกต (Observation)
2. การดูแลของ ชุมชน (ต่อ)	P3	ต้องมีคนดูแลกองทุน กรรมการ	
	P5	ต้องเป็นคณะกรรมการในหมู่บ้านนั้นแหละ	
	P2	เจ้าหน้าที่ก็ไม่รู้ อย่างพวกเราก็ไม่เคยได้รับข้อมูล และไม่มีความรู้ในการดูแลคนไข้พวกนี้เลยนะ	
	P5	ถ้าเห็นก็คงตกใจ รีบบอกให้เค้าไป โรงพยาบาลเลย แหละ	
	P3	ถ้าในระดับ รพสต. ใหม่มากนะ ถ้าไม่พูดก็จะไม่รู้ว่ มันอยู่ตรงนี้ด้วย	
	P2	ตอนเรียนก็ไม่เคยเจอด้วย เชื่อพี่เถอะว่า เรื่องการ ปลูกถ่ายไตเป็นเรื่องใหม่มากสำหรับ ระดับ รพสต. ไม่เฉพาะที่นี้หรอกนะ พี่ว่า รพสต.อื่น ก็คงไม่รู้ เหมือนกัน เคยได้ยินบ้างในโทรทัศน์ แต่คือสำหรับ คือรู้สึกว่ไกลตัวไงลึ้มคิดเหมือนกันว่ เออ คนไข้ก็มี อยู่ในชุมชนเราด้วย	
	P6	หนูว่าพยาบาลทั่วไปก็ไม่รู้นะ ที่ไม่ได้เจอคนไข้ เหมือนพวกพี่เค้าอะ	
	P1	ส่วนมากจะเยี่ยมตามที่มันมีอันนี้มา อะไรนะ เขาจะ มีใบเตรียมใบเยี่ยม เราจะไปเยี่ยม	
	P5	ประธานหมู่ 3 ก็คือเป็นคนที่นี่เลยเขาจะรู้ความ เคลื่อนไหวว่ใครเข้าใครออก	
	P1	ก่อนที่เราจะไปอันนั้นเพราะว่า รพสต. ไม่รู้จักเรื่อง เปลี่ยนไต ไม่เคยได้รับข้อมูลแล้วก็ไม่มีความรู้ด้วย	
	P2	แต่ก็อะไรนะ หลังผ่าตัดที่บ้าน ส่วนมากที่ผ่านมา ที่ว่าจะเจอ ภาวะแทรกซ้อนอะไรบ้างต้องระวังอะไร ต้องช่วยเหลือหรือดูแลอะไรเข้าบ้างในชุมชนประ มานนี้	
	P3	สอน anatomy สอนการดูแล เวลาเราไปเยี่ยมบ้าน ควรทำอย่างไร	

## บันทึกการสนทนากลุ่ม (FGD taking note) กลุ่มที่ 3 เจ้าหน้าที่รัฐ/รพ.สต. (ต่อ)

ประเด็น (Topic)	รหัสอาสาสมัคร (Participant No.)	ข้อความสนทนาของอาสาสมัคร (Notes: what participant say)	การสังเกต (Observation)
2. การดูแลของชุมชน (ต่อ)	P1	ประมาณนั้นแหละ ไม่มากหรือ สอนไอนั้นคล้ายๆ เรา มาเน้นที่ว่าอะไรจะเกิดขึ้นบ้าง รมัควางเรื่องอะไรบ้าง	
	P5	มันอยู่ที่ว่า อสม.กับคนไข้ พอจะมีอันนี้ได้ไหม	
	P2	ก็มีแต่จะเป็นทีมจิตอาสาที่จะดูแลพวกนี้ ญาติคนไข้ สูงอายุ ส่วนมากก็จะเป็นกลุ่ม อสม. ใส่หมวกหลายใบ คนเดียวดูแลหลายอย่าง	
3. รายได้สูง	P1	เกี่ยวกับเรื่องเงิน เพราะงบประมาณส่วนหนึ่ง เราต้องผ่าน พวก อบต. อย่างเวลาเยี่ยมบ้านเดิม เค้จัดงบในชุมชนจะมีงบประมาณเยี่ยมบ้านครั้งละ 3500 บาทเลี้ยงอาหารกันโดยต้อง ทำโครงการขอที่ อบต.	
4. บทบาททางสังคมที่เป็นเจ้าหน้าที่รัฐ	P2	ที่ดูแลด้านสุขภาพ เราสามารถเสนอโครงการเพื่อของบสนับสนุนได้	
	P3	ก็คือเราก็ไม่เคยเห็นว่ามันเป็นยังไง ถ้าเท่าที่พี่xxx เลาให้ฟังคือมันใหม่มากนะ ถ้าในระดับ รพ.สต. ใหม่มากนะ ถ้าไม่พูดก็จะไม่รู้ว่ามันอยู่ตรงนี้ด้วย	
	P1	บางคนเขามีปัญหาเขาก็ไม่มาเพราะเขาไม่เชื่อมั่นใน รพ.สต.	
	P1	แต่จริงๆก็ตามนั้นเลยนะ แต่ถ้าเราก็ต้องแนะนำเขา สร้างเครือข่ายในชุมชน ยังพวก CG หรือ อสม ช่วยประสานก็ไม่น่าใช้เรื่องยากนะแต่เราไม่มีข้อมูลมาก่อนเลยในเรื่องนี้.	
	P2	ถ้าเป็น อบต. เด็กๆนั้นก็น่าจะได้	
	P1	หมายถึงว่าอยากให้เขามา follow up หรือว่าให้เขา มาตรวจที่นี่หรือว่าเราควรไปเยี่ยมบ้านถ้ามาที่นี่เขาก็จะคุ้นเคยเจ้าหน้าที่ คุ้นเคยสถานที่ สร้างความคุ้นเคยให้เขาได้	
	P1	ก็ อบต. ที่เข้ารับหน้าที่ด้านสาธารณสุขเรา ใหม่ เค้จาดูจะได้อันนี้ เวลาไปงบประมาณโครงการจะได้เข้าใจเรา	

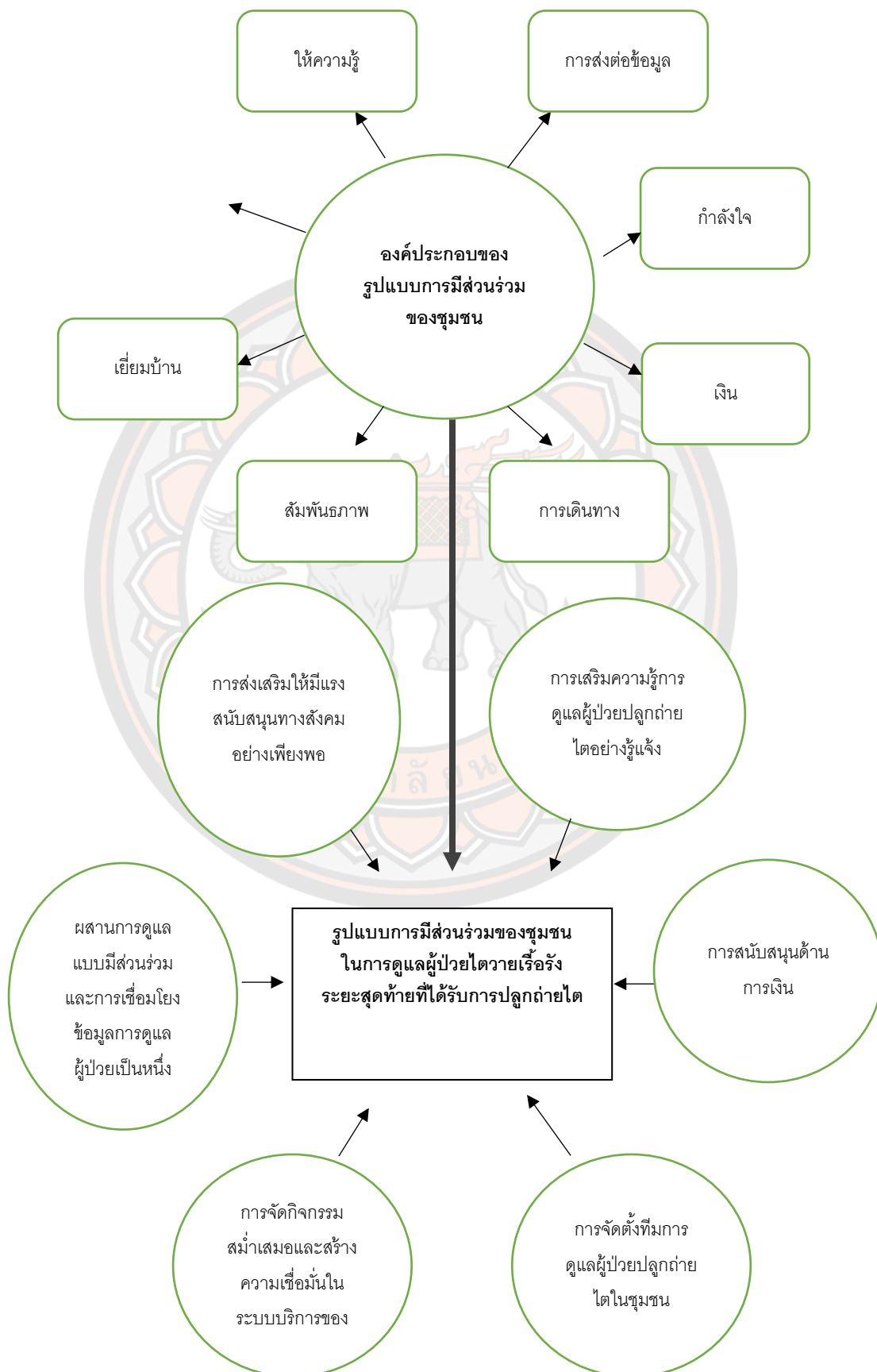
บันทึกการสนทนากลุ่ม (FGD taking note) กลุ่มที่ 3 เจ้าหน้าที่รัฐ/รพ.สต. (ต่อ)

ประเด็น (Topic)	รหัสอาสาสมัคร (Participant No.)	ข้อความสนทนาของอาสาสมัคร (Notes: what participant say)	การสังเกต (Observation)
4. บทบาททางสังคมที่เป็นเจ้าหน้าที่รัฐ (ต่อ)	P1	ค่ะ ถ้าเอาจริงๆ ถ้าถึงเวลาเยี่ยมบ้านจริง อบต.แทบจะไม่ค่อยใช้นี่เลยนะ	
5. การเข้าร่วมกิจกรรมชุมชนสม่ำเสมอ	P1	บางคนเขาไม่ค่อยสูงสิ่งอะไรจริงๆ นะ มันก็มีแหละ ผสมปนเปกันไป พี่ก็เคยไปเยี่ยมคนไข้ท้อง เรื่อกก็แล้วอะไรก็แล้ว ร้อนก็ร้อนเนอะก็ไม่เปิดประตูไม่อะไร แต่ก็แอบดู ตอนนั้นไปก็บอสม. เขาไม่ให้เข้าแล้วก็ไม่ออกมาหาเราด้วย	
	P4	ถ้าแจ้งล่วงหน้าเขาก็จะมาร่วมนะ ที่นี้อสม.เข้มแข็ง	
	P3	ถ้ามีแรงจูงใจค่าตอบแทนหรือใบประกาศเดาก็จะเข้าร่วมสม่ำเสมอมากขึ้น	

Initial Thematic Map



Developed Thematic Map



### Final Thematic Map





## ภาคผนวก จ แบบสอบถามในการศึกษาระยะที่ 4

รหัส แบบสอบถามการดูแลแบบมีส่วนร่วมผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย  
ที่ได้รับการปลูกถ่ายไตในเขตภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย (ระยะที่ 4)

## คำชี้แจง

แบบสอบถามฉบับนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต ในเขตภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย ซึ่งไม่มีผลกระทบเสียหายต่อผู้ตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยขอรับรองว่าคำตอบของท่านจะไม่มีข้อมูลถูกหรือผิดและไม่มีผลกระทบต่อสถานภาพของท่านแต่อย่างใด เพราะผู้วิจัยจะนำมาวิเคราะห์และทำการนำเสนอเป็นภาพรวมเท่านั้น จึงขอความกรุณาจากท่านได้โปรดตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงทุกข้อ

แบบสอบถามมีทั้งหมด 3 ตอน

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 10 ข้อ

ตอนที่ 2 การมีส่วนร่วมของชุมชน จำนวน 8 ข้อ

ตอนที่ 3 การดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตของชุมชน จำนวน 30 ข้อ

ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบประมาณค่า ในแต่ละคำถามให้เลือก 6 คำตอบ ดังนี้

มากที่สุด กำหนดคะแนนเป็น 6 คะแนน

มาก กำหนดคะแนนเป็น 5 คะแนน

ปานกลาง กำหนดคะแนนเป็น 4 คะแนน

น้อย กำหนดคะแนนเป็น 3 คะแนน

น้อยที่สุด กำหนดคะแนนเป็น 2 คะแนน

ไม่มีส่วนร่วม กำหนดคะแนนเป็น 1 คะแนน

โปรดเขียนเครื่องหมาย  $\surd$  ลงในช่องความคิดเห็นตามสภาพจริง เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตในเขตภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย ต่อไป

ขอขอบคุณเป็นอย่างสูง

ผู้วิจัย

### ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่าง หรือเติมข้อความที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด

1. อายุ.....ปี
2. เพศ  ชาย  หญิง
3. สถานภาพสมรส  โสด  คู่  หม้าย / หย่า / แยกกันอยู่
4. ระดับการศึกษา  
 ไม่ได้เรียน  ประถมศึกษา  มัธยมศึกษา  
 ปวช./ปวส./ปวท ปริญญาตรี  สูงกว่าปริญญาตรี
5. อาชีพ  
 ไม่ประกอบอาชีพ  เกษตรกรรม  ค้าขาย  
 รับจ้างทั่วไป  ข้าราชการ  พนักงานบริษัท/รัฐวิสาหกิจ  
 อื่นๆ ระบุ.....
6. รายได้  
 ≤ 5,000 บาท/เดือน  5,001 – 10,000 บาท/เดือน  
 10,001 – 15,000 บาท/เดือน  15,001 – 20,000 บาท/เดือน  
 > 20,000 บาท/เดือน
7. ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยหลังปลูกถ่ายไต  
 ไม่มีประสบการณ์  < 6 เดือน  6 เดือน – 1ปี  1- 5 ปี  > 5 ปี
8. บทบาททางสังคม/ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยปลูกถ่ายไต  
 บิดา มารดา บุตร  ญาติ/ผู้ดูแลเป็นประจำ  
 เพื่อนบ้าน/เพื่อนร่วมงาน  คนในชุมชน  
 อสม  อบต  
 ผู้นำชุมชน เช่น ผู้ใหญ่บ้าน/ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน  เจ้าหน้าที่สาธารณสุข  
 กรรมการหมู่บ้าน/กองทุน/ชมรม  เจ้าหน้าที่รัฐ ระบุ.....  
 อื่นๆ.....
9. ท่านเคยได้รับข้อมูล ข่าวสาร ความรู้ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยหลังจากปลูกถ่ายไต  
 เคย จาก.....  ไม่เคย
10. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมชุมชนของท่าน เช่น ประชุมหมู่บ้าน กิจกรรมผู้สูงอายุ เป็นต้น  
 เข้าร่วมทุกครั้ง  เข้าร่วมสม่ำเสมอ  เข้าร่วมบางครั้ง  ไม่เคยเข้าร่วม

## ส่วนที่ 2 การมีส่วนร่วมของชุมชน

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น					
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	ไม่มีส่วนร่วม
<b>ส่วนร่วมการตัดสินใจ</b>						
1. ท่านมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยปลุกถ่ายไตร่วมกับเครือข่ายต่างๆในชุมชน						
2. ท่านมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการออกแบบกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยปลุกถ่ายไต						
<b>ส่วนร่วมการปฏิบัติ</b>						
3. ท่านมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยปลุกถ่ายไตในชุมชน						
4. ท่านมีส่วนร่วมและช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยปลุกถ่ายไตในชุมชน						
<b>ส่วนร่วมรับผลประโยชน์</b>						
5. ท่านได้รับค่าตอบแทนเช่นเงินหรือสิ่งของจากการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยปลุกถ่ายไตในชุมชน						
6. ท่านรู้สึกภาคภูมิใจในการมีส่วนร่วมกับชุมชนในการดูแลผู้ป่วยปลุกถ่ายไต						
<b>ส่วนร่วมการประเมินผล</b>						
7. ท่านมีส่วนร่วมในการประเมินอาการและผลการตรวจค่าการทำงานของไตของผู้ป่วยปลุกถ่ายไต						

ส่วนที่ 2 การมีส่วนร่วมของชุมชน (ต่อ)

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น					
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	ไม่มีส่วนร่วม
8. ท่านมีส่วนร่วมในการประเมินผลการดำเนินงานกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วย						

ส่วนที่ 3 การดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตของชุมชน  
คำชี้แจง ให้ทำเครื่องหมาย / ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น					
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	ไม่ได้ดูแล
ด้านการรับประกันยากดภูมิคุ้มกัน						
1. ท่านมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยให้รับประกันยากดภูมิคุ้มกันครบตามจำนวนที่แพทย์กำหนด						
2. ท่านมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยให้รับประกันยากดภูมิคุ้มกันตรงเวลาที่แพทย์กำหนด						
3. ท่านมีส่วนร่วมในการตรวจเช็คปริมาณยาว่ามีครบและเพียงพอจนถึงวันนัด						
4. ท่านมีส่วนร่วมในการให้คำปรึกษาผู้ป่วยเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากการได้รับยา						
5. ท่านคอยเตือนผู้ป่วยเมื่อถึงเวลารับประกันยา						
6. ท่านมีส่วนร่วมให้ผู้ป่วยบันทึกในสมุดคู่มือยาทุกครั้ง						

ส่วนที่ 3 การดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตของชุมชน (ต่อ)

ข้อความคำถาม	ระดับความคิดเห็น					
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	ไม่ได้ดูแล
<b>ด้านการปฏิบัติกิจวัตร</b>						
7. ท่านดูแลผู้ป่วยให้ควบคุมปริมาณน้ำดื่มต่อวันให้สอดคล้องกับจำนวนปัสสาวะ						
8. ท่านมีส่วนช่วยดูแลผู้ป่วยให้ในการออกกำลังกายที่เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอ						
9. ท่านมีส่วนช่วยดูแลผู้ป่วยให้พักผ่อนนอนหลับอย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง						
10. ท่านช่วยดูแลผู้ป่วยให้ปฏิบัติกิจวัตรที่ต้องออกแรง เช่น ยกของหนัก						
11. ท่านมีส่วนร่วมในการดูแลให้ผู้ป่วยดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 3 ลิตร						
12. ท่านมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยให้รับประทานอาหารที่สะอาด ไม่ปนเปื้อน						
<b>ด้านอารมณ์</b>						
13. ท่านมีโอกาสได้ให้คำแนะนำและดูแลผู้ป่วยเมื่อรู้สึกโกรธ โมโห หรือไม่สบายใจ ให้งานอดิเรกที่พอใจทำ (เช่น ฟังวิทยุ อ่านหนังสือ พุดระบายให้ผู้ใกล้ชิดฟัง หรืออื่นๆ)						
14. ท่านชักชวนผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนเพื่อคลายเครียด เช่น กิจกรรมหรือชมรมต่างๆในชุมชน โดยระมัดระวังการติดเชื้อ						
15. ท่านพุดคุยให้กำลังใจผู้ป่วยในการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์						

ส่วนที่ 3 การดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตของชุมชน (ต่อ)

ข้อความถาม	ระดับความคิดเห็น					
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	ไม่ได้ดูแล
16. ท่านยินดีรับฟังปัญหาหากผู้ป่วยปลูกถ่ายไตมาพูดคุยปรึกษาและระบายความรู้สึกรู้สึกให้ฟัง						
17. ท่านไปเยี่ยมเยียน ถามไถ่อาการผู้ป่วยเมื่อมีโอกาสพบปะกัน						
18. ท่านคิดว่าผู้ป่วยหลังปลูกถ่ายไตมีอาการดีขึ้นหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไต						
<b>ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน</b>						
19. เมื่อท่านเจ็บป่วยท่านจะไม่ไปสัมผัสหรือใกล้ชิดผู้ป่วยปลูกถ่ายไตเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ						
20. ท่านมีส่วนร่วมในการดูแลสิ่งแวดล้อมในบ้านและชุมชนให้สะอาดอยู่เสมอ เนื่องจากผู้ป่วยมีภูมิคุ้มกันต่ำจากการได้รับยากดภูมิคุ้มกัน						
21. ท่านไม่ชักชวนผู้ป่วยในการรับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม และอาหารแปรรูป เนื่องจากเป็นผลเสียต่อร่างกายผู้ป่วย						
22. ท่านคอยเตือนผู้ป่วยให้หลีกเลี่ยงสถานที่ที่มีคนอยู่ร่วมกันเป็นจำนวนมากและสวมผ้าปิดปากและจมูกเมื่ออยู่ในที่ชุมชน						
23. ท่านมีส่วนร่วมในการซักถามและประเมินอาการผิดปกติ รวมทั้งติดตามการชั่งน้ำหนัก และวัดความดันโลหิตของผู้ป่วยเป็นประจำ						



ส่วนที่ 3 การดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตของชุมชน (ต่อ)

ข้อความคำถาม	ระดับความคิดเห็น					
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	ไม่ได้ดูแล
24. ท่านดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตให้หลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมที่มีโอกาสเกิดการกระทบกระเทือนบริเวณท้อง(เช่น ชกมวย ฝึกโยคะ เล่นกีฬา เล่นชกเย่อ ฟุตบอล เป็นต้น)						
<b>ด้านการมาตรวจตามนัด</b>						
25. ท่านช่วยเหลือและให้คำแนะนำ ให้ผู้ป่วยมาตรวจก่อนวันนัดได้หากผู้ป่วยรู้สึกไม่สบาย หรือมีอาการผิดปกติ						
26. ท่านคอยตรวจสอบกำหนดวันเวลานัดของแพทย์และคอยเตือนผู้ป่วยทุกครั้ง						
27. ท่านมีส่วนร่วมในการพาผู้ป่วยมาตรวจตามนัดตรงวันที่แพทย์นัดทุกครั้ง						
28. ท่านคิดว่าการตรวจตามนัดของผู้ป่วยปลูกถ่ายไตมีความสำคัญในการติดตามผลลัพธ์ทางสุขภาพหลังปลูกถ่ายไต						
29. ท่านสอบถามความก้าวหน้าและผลเลือดของผู้ป่วยหลังจากไปตรวจตามนัดเพื่อประเมินผล						
30. ท่านยินดีจะประสานในการเดินทางไปตรวจตามนัดหากผู้ป่วยร้องขอ						

ขอขอบคุณในความร่วมมือตอบแบบสอบถาม

ข้อมูลที่ได้เป็นประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับพัฒนาการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

ภาคผนวก ช ภาพกิจกรรม



ภาพการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ในระยะที่ 1



ภาพการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ในระยะที่ 1 (ต่อ)





กลุ่มที่ 1 ครอบครัวและผู้ดูแล



กลุ่มที่ 2 ผู้นำชุมชนและอสม.



กลุ่มที่ 3 เจ้าหน้าที่รัฐ/รพ.สต./อบต.

ภาพการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ในระยะที่ 3



ภาพกิจกรรมในระยะที่ 4  
กิจกรรมให้ความรู้การดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตอย่างรู้แจ้ง





กิจกรรมเชื่อมต่อข้อมูลกับรพ.สต.





กิจกรรมเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1

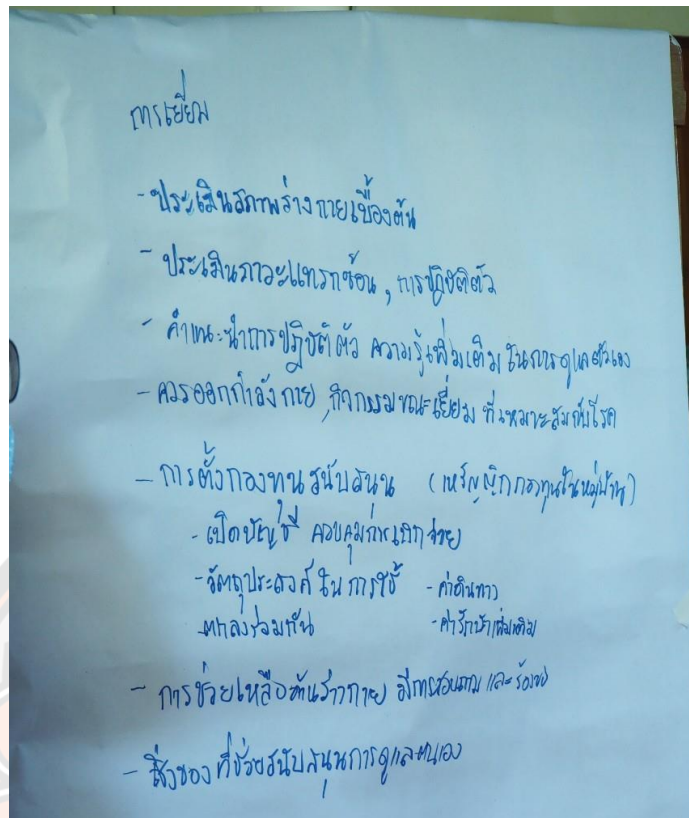


กิจกรรมเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2

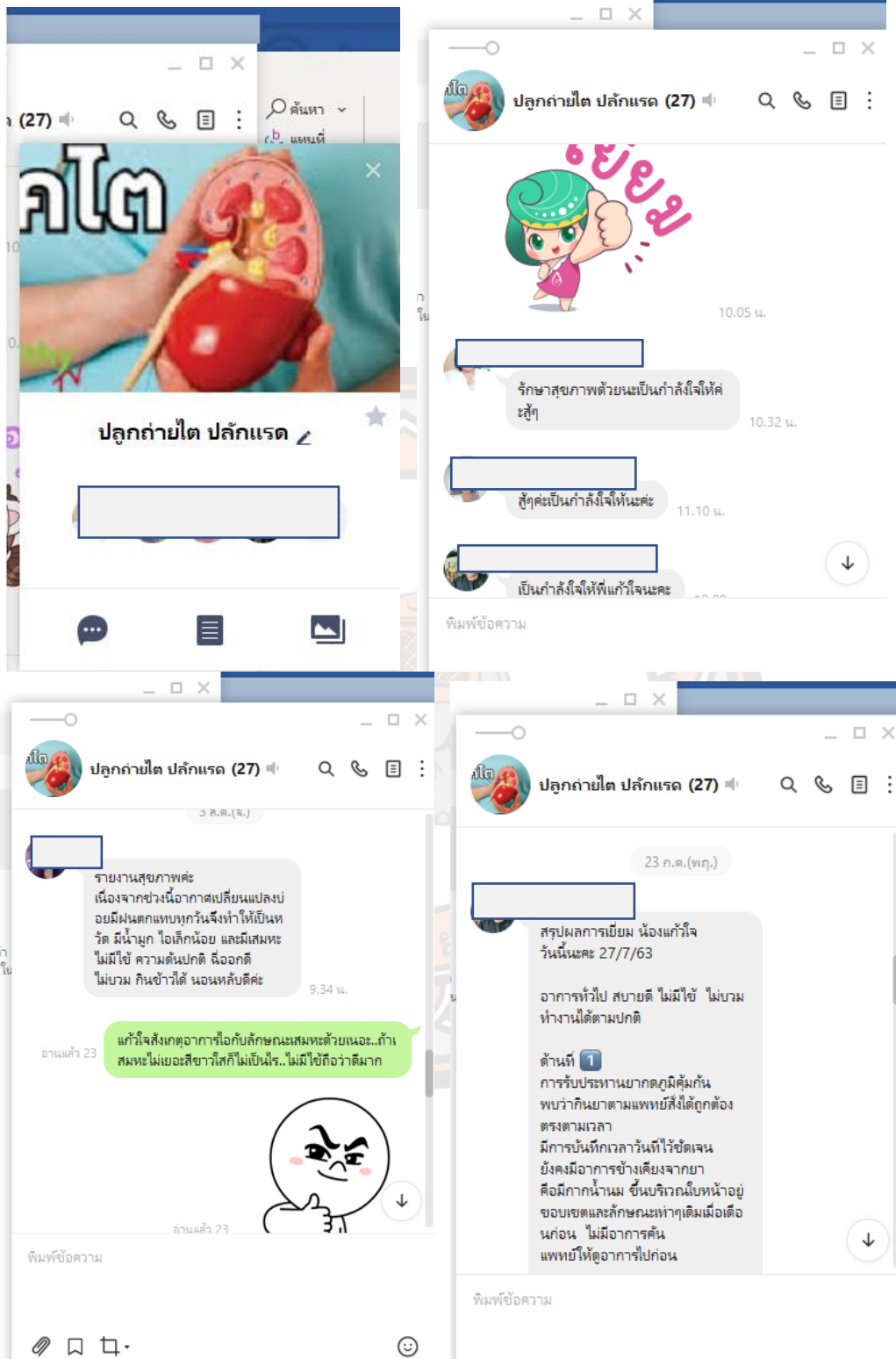




กิจกรรมเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3

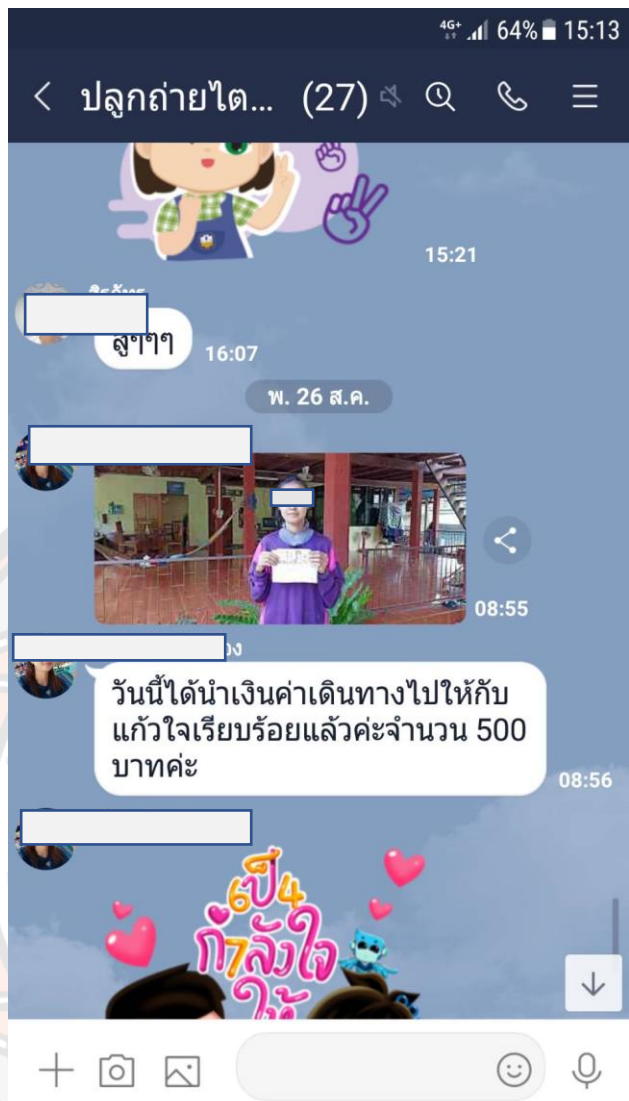


กิจกรรมถอดบทเรียน



กิจกรรม line กลุ่มปรึกษา





กิจกรรมกองทุนดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไต



กิจกรรมมอบใบประกาศนียบัตรการเข้าร่วมกิจกรรมสม่ำเสมอ  
โดยรองนายแพทย์สสจ. พิษณุโลก





แรงสนับสนุนทางสังคมด้านสิ่งของ

# คู่มือการใช้ยากดภูมิคุ้มกัน



สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย  
ที่ได้รับการปลูกถ่ายไต

ชุมชนปลักแรด ตำบลปลักแรด  
อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก

แบบบันทึกการรับประทานยากดภูมิคุ้มกันสำหรับผู้ป่วยปลูกถ่ายไต

ยาที่รับประทาน 1. นีโอวัล 2. myfortic 3. แพรดนิโซลีน

วัน/เดือน/ปี	1 มิ.ย.63	2 มิ.ย.63	3 มิ.ย.63	4 มิ.ย.63	5 มิ.ย.63	6 มิ.ย.63	7 มิ.ย.63
ลงชื่อ	แก้วใจ	แก้วใจ	แก้วใจ	แก้วใจ	แก้วใจ	แก้วใจ	แก้วใจ
วัน/เดือน/ปี	8 มิ.ย.63	9 มิ.ย.63	10 มิ.ย.63	11 มิ.ย.63	12 มิ.ย.63	13 มิ.ย.63	14 มิ.ย.63
ลงชื่อ	แก้วใจ	แก้วใจ	แก้วใจ	แก้วใจ	แก้วใจ	แก้วใจ	แก้วใจ
วัน/เดือน/ปี	15 มิ.ย.63	16 มิ.ย.63	17 มิ.ย.63	18 มิ.ย.63	19 มิ.ย.63	20 มิ.ย.63	21 มิ.ย.63
ลงชื่อ	แก้วใจ	แก้วใจ	แก้วใจ	แก้วใจ	แก้วใจ	แก้วใจ	แก้วใจ
วัน/เดือน/ปี	22 มิ.ย.63	23 มิ.ย.63	24 มิ.ย.63	25 มิ.ย.63	26 มิ.ย.63	27 มิ.ย.63	28 มิ.ย.63
ลงชื่อ	แก้วใจ	แก้วใจ	แก้วใจ	แก้วใจ	แก้วใจ	แก้วใจ	แก้วใจ
วัน/เดือน/ปี	19 มิ.ย.63	30 มิ.ย.63					
ลงชื่อ	แก้วใจ	แก้วใจ					

CS สแกนด้วย CamScanner

คู่มือการรับประทานยากดภูมิคุ้มกัน

แบบบันทึกการตรวจร่างกาย

รายการ	ผลการตรวจ					
	ครั้งที่ 1 วันที่ 24/11/67		ครั้งที่ 2 วันที่ 22/12/2567		ครั้งที่ 3 วันที่ 22/12/67	
ความดันโลหิต(BP)	164/105		180/101		160/92	
อุณหภูมิ(Temp)	36.4		36.7		36.6	
ระดับน้ำตาลในเลือด(DTX)	156		132		121	
ยากคุมกำเนิด	ครบ	ไม่ครบ	ครบ	ไม่ครบ	ครบ	ไม่ครบ
1.Neoral 75/75 3 tab 8.00 น.,20.00 น.	✓		✓		✓	
2.Myfortic (180) 1 * 2 ac	✓		✓		✓	
3.Pred (5) 1*1 pc	✓		✓		✓	

อาการทั่วไป

- ไม่มีไข้ ไม่มีผื่น ไม่มีอาการปวดข้อ - หายใจสะดวก ไม่มีอาการเหนื่อย  
 - ไม่มีอาการท้องผูก/ท้องเสีย ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ไม่มีอาการบวม  
 ไม่มีอาการอื่น ๆ  
 - ความดันโลหิตสูง มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง มีไขมันในเลือดสูง มีไขมันในตับ  
 มีไขมันในตับ มีไขมันในตับ มีไขมันในตับ

อาการผิดปกติ

- มีอาการปวดหัว  
 - ความดันโลหิตสูง BP 180-164/105-101 mmHg ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย  
 ความดันโลหิตสูง มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง มีไขมันในเลือดสูง มีไขมันในตับ

ลงชื่อ *ab* รพ.สต.ปลักแรด  
*นายแพทย์*



## บันทึกการเยี่ยม

ครั้งที่ 1 วันที่ 14 มิ.ย. 63 จำนวนผู้เยี่ยม 13 คน

รายการดูแล	
1. การรับประทานยาควบคุมภูมิคุ้มกัน - รายการยา 1. Neoral 75/75 3 tab 8.00 น., 20.00 น. 2. Myfortic (180) 1 * 2 ac 3. Pred (5) 1*1 pc	<input checked="" type="checkbox"/> ครบ <input checked="" type="checkbox"/> ตรงเวลา ปริมาณที่เหลือ.....เม็ด อาการข้างเคียง <input type="checkbox"/> ไม่มี <input checked="" type="checkbox"/> มี ระบุ..... มีอาการปวดข้อ <input checked="" type="checkbox"/> บันทึกถูกต้อง
2. กิจวัตรประจำวัน	<input checked="" type="checkbox"/> น้ำดื่ม/ปัสสาวะสมดุล <input checked="" type="checkbox"/> ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 3 ลิตร <input checked="" type="checkbox"/> ออกกำลังกายเหมาะสม/สม่ำเสมอ <input checked="" type="checkbox"/> รับประทานอาหารสะอาด ไม่ปนเปื้อน <input checked="" type="checkbox"/> พักผ่อนนอนหลับอย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง
3. อารมณ์	<input type="checkbox"/> ทำงานอดิเรกที่พอใจทำ เมื่อรู้สึกไม่สบายใจ <input checked="" type="checkbox"/> เข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนเพื่อคลายเครียด <input type="checkbox"/> พูดคุยปรึกษากับบุคคลอื่นเพื่อระบายความรู้สึก <input checked="" type="checkbox"/> ผู้ป่วยอารมณ์ดีขึ้นหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไต
4. การป้องกันภาวะแทรกซ้อน	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่มีใช้ <input type="checkbox"/> สิ่งแวดล้อมในบ้านและชุมชนสะอาด <input checked="" type="checkbox"/> ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารหวาน มัน เค็มและอาหารแปรรูป <input checked="" type="checkbox"/> ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงสถานที่ที่คนอยู่ร่วมกันจำนวนมาก <input checked="" type="checkbox"/> ผู้ป่วยสวมหน้ากากปิดปากและจมูกเมื่ออยู่ในที่ชุมชน <input checked="" type="checkbox"/> ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่มีโอกาสเกิดการกระทบกระเทือนบริเวณท้อง เช่น ขี่จักรยานบนทางขรุขระ เล่นฟุตบอล เป็นต้น
5. การมาตรวจตามนัด	วันที่นัดตรวจ ..... 30 มิ.ย. 63 ..... ผลค่าการทำงานของไต วันที่ 30 มิ.ย. ผล 6.6