

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) เพื่อพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่ได้รับผ่าตัดนิ้วในไตแบบเปิด และประเมินผลของรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ้วในไตแบบเปิดในหอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาท โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดทฤษฎีและทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งได้ศึกษาวิเคราะห์บริบทของหน่วยงาน ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีหัวข้อตามลำดับ ดังนี้

1. แนวคิดการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย
 - 1.1 ความหมายของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย
 - 1.2 ความสำคัญของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย
 - 1.3 วัตถุประสงค์ของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย
 - 1.4 รูปแบบการวางแผนจำหน่าย
 - 1.5 กระบวนการวางแผนจำหน่าย
2. แนวคิดพฤติกรรมการดูแลตนเอง
 - 2.1 ความหมายพฤติกรรมการดูแลตนเอง
 - 2.2 พฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคนี้ไต
 - 2.3 การประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง
3. แนวคิดความพึงพอใจของผู้รับบริการ
 - 3.1 ความหมายของความพึงพอใจของผู้รับบริการ
 - 3.2 การประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย
4. แนวคิดจำนวนการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล
 - 4.1 ความหมายการกลับมารักษาซ้ำ
 - 4.2 การประเมินจำนวนการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล
5. แนวคิดเกี่ยวกับเรื่องโรคนี้ในไต
 - 5.1 องค์ประกอบของนิ้ว
 - 5.2 สาเหตุของการเกิดนิ้วไต
 - 5.3 อาการและอาการแสดงของนิ้ว

5.4 การรักษาในไต

5.5 หลักการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดไต

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

1.1 ความหมายของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

การวางแผนจำหน่าย (Discharge Planning) เป็นกิจกรรมสำคัญของพยาบาลที่ควร มีการบริหารจัดการที่ดี เพื่อให้การพยาบาลมีคุณภาพ ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบและ ต่อเนื่อง ได้มีผู้ให้ความหมายของการวางแผนจำหน่ายไว้หลายท่านดังนี้

การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย หมายถึง กระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างเป็นระบบและ ต่อเนื่อง โดยการมีส่วนร่วมของบุคลากรทีมสุขภาพ ผู้ป่วย ผู้ดูแลและครอบครัว ซึ่งพยาบาลจะเป็น ผู้ริเริ่มและประสานแผนจำหน่ายผู้ป่วยของทีมสุขภาพ เนื่องจากพยาบาลเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย สามารถสังเกตอาการและประเมินความต้องการของผู้ป่วยได้ตลอดเวลา (กฤษดา แสงดีและคณะ, 2539)

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย หมายถึง กระบวนการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล รักษาที่ถูกต้องเหมาะสมและต่อเนื่องจากโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการสุขภาพและสิ่งแวดล้อมใหม่ ของผู้ป่วยภายหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่งมีการร่วมมือประสานงานกันระหว่างบุคลากร ในทีมสุขภาพ ผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีขั้นตอนการประเมินปัญหาความต้องการ การวินิจฉัย ปัญหา การลงมือปฏิบัติ และติดตามผลอย่างต่อเนื่อง (วันเพ็ญ พิชิตพรชัย, 2546)

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย หมายถึง กระบวนการในการกำหนดกิจกรรมการ ปฏิบัติด้านสุขภาพให้กับผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว ด้วยการร่วมมือกันปรึกษาหารือกับบุคลากร พยาบาล โดยมีจุดมุ่งหมายให้ผู้ป่วยหายป่วยโดยเร็ว และสมาชิกในครอบครัวให้ความช่วยเหลือได้ ถูกต้อง ทั้งขณะที่อยู่ในโรงพยาบาลและที่บ้าน โดยมีมุ่งให้มีการดูแลรักษาต่อเนื่องและมีการฟื้นฟู สภาพอย่างเหมาะสม ด้วยการใช้ปฏิบัติอย่างมีขั้นตอน (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2537 อ้างใน วิจิตรรา กุศุมภ์และคณะ, 2554)

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย หมายถึง การปรึกษาหารือระหว่างบุคลากรในทีม สุขภาพ ผู้ป่วย และญาติเพื่อเตรียมความพร้อมที่จะช่วยกันหาแนวทางช่วยเหลือผู้ป่วยให้มากที่สุด โดยมีมุ่งให้มีการดูแลรักษาต่อเนื่อง มีการฟื้นฟูสภาพอย่างเหมาะสม สามารถดูแลตนเองได้ ให้มี ภาวะสุขภาพดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ประสิทธิภาพในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจะเกิดขึ้น เมื่อมี

การเริ่มที่ผู้ป่วยได้มารับการรักษาพยาบาล ระยะที่ให้การพยาบาล จนถึงการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน (วิจิตร กุศลภักและคณะ, 2554)

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย หมายถึง กระบวนการที่เกิดจากการประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและมีการประเมินความต้องการการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อวางแผนการปฏิบัติตัวภายหลังเมื่อออกจากโรงพยาบาล (McKeehan, 1981 อ้างใน สมจิตต์ อุทยานสุทธิ, 2558)

การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย หมายถึง กระบวนการในการประสานงานระหว่างทีมบุคลากรหลายๆ ด้านเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการประเมินความต้องการการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ตลอดจนการทำงานร่วมกับผู้ป่วยและญาติเพื่อวางแผนในการปฏิบัติตัวภายหลังออกจากโรงพยาบาล (McKeehan, 1981)

การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย หมายถึง กระบวนการส่งเสริมการดูแลที่ต่อเนื่องให้แก่ผู้ป่วย จากสถานที่หรือสถานบริการแห่งหนึ่งไปอีกแห่งหนึ่ง รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยจากสถานะหนึ่งไปสู่อีกสถานะหนึ่งในทางที่ดีขึ้น (Armitage, 1981)

การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย หมายถึง กระบวนการให้บริการเพื่อการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและการช่วยเหลือผู้ป่วยในการเตรียมความพร้อมออกจากโรงพยาบาลไปสู่บ้าน ยังรวมถึงการจัดหาแหล่งบริการใกล้บ้าน (McKeehan & Conlton, 1985)

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย หมายถึง กระบวนการที่เกิดขึ้นเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย การดูแลต่อเนื่องเป็นเป้าหมายและผลลัพธ์ที่เกิดจากกระบวนการนี้ โดยเป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากการดูแลในระยะต่างๆ ของการเจ็บป่วย (Roden and Taft, 1990)

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย หมายถึง กระบวนการที่ต้องใช้การมีส่วนร่วมของบุคลากรหลายฝ่าย ในการหาวิธีเพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วย (Erb, 1997)

ดังนั้นสรุปได้ว่าการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย หมายถึง กระบวนการในการช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐานที่ ถูกต้อง และมีคุณภาพ ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล โดยอาศัยความร่วมมือระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพ ผู้ป่วยและญาติ โดยมีขั้นตอน การประเมินปัญหาและความต้องการความช่วยเหลือของผู้ป่วยและญาติ การวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล การกำหนดแผนจำหน่าย การปฏิบัติการพยาบาลตามแผน และการติดตามประเมินผลการพยาบาล

1.2 ความสำคัญของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

ในปัจจุบันสถานการณ์ด้านเศรษฐกิจ สังคมและภาวะสุขภาพของประชาชน เป็นแรงผลักดันที่สำคัญ ในการปรับปรุงบริการด้านสุขภาพให้มีคุณภาพสูงสุด โดยเสียค่าใช้จ่ายน้อยที่สุด ซึ่งจะเห็นได้ว่าการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมีความสำคัญทั้งต่อผู้ให้และผู้รับบริการ ด้วยเหตุนี้บุคลากรทุกวิชาชีพจึงควรตระหนักถึงความสำคัญเหล่านี้ โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพคือผู้รับผิดชอบ ในการเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพที่บ้านได้ การวางแผนจำหน่ายจะต้องบริหารจัดการให้เป็นระบบและต่อเนื่อง โดยการมีส่วนร่วมของทีมสุขภาพผู้ป่วย ญาติ ดังนั้นจึงเป็นหน้าที่ของทีมสุขภาพที่ต้องตระหนักถึงความสำคัญของการเตรียมผู้ป่วย ก่อนกลับบ้าน เพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีความพร้อมมากที่สุด ก่อนที่จะจำหน่ายกลับบ้าน (McKeehan, 1981; วันเพ็ญ พิชิตพรชัย, 2546)

ดังนั้นพอสรุปความสำคัญของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยได้ดังนี้

1. เพิ่มความรู้ ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังจำหน่าย
2. ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพชีวิตที่ดี
3. ลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ
4. ลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำโดยไม่จำเป็น
5. เพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ
6. ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ส่งเสริมการใช้ทรัพยากรแหล่งประโยชน์

ในชุมชน

7. บุคลากรมีโอกาสดำเนินการปฏิบัติงาน การประสานงาน และการทำงานเป็นทีม

1.3 วัตถุประสงค์ของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย เป็นกระบวนการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับไปอยู่บ้านและชุมชน ดังนั้นการวางแผนจำหน่ายจึงมีวัตถุประสงค์ดังนี้ (วันเพ็ญ พิชิตพรชัย, 2546)

1. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง
2. พัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเอง
3. ลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ
4. ส่งเสริมให้มีการใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชน
5. ควบคุมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของสถานพยาบาล

1.4 รูปแบบการวางแผนจำหน่าย

ในปัจจุบันได้มีผู้คิดค้นรูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่จะทำให้เกิดประสิทธิผลตามความต้องการ ซึ่งรูปแบบเหล่านี้มีทั้งความคล้ายคลึงและแตกต่างกันดังนี้ (อุษาวดี อัครวิเศษ, 2545)

1.4.1 รูปแบบ (A Professional-patient partnership model of discharge planning) เป็นรูปแบบที่เน้นความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพ ในการพัฒนากระบวนการวางแผนจำหน่ายและผลที่เกิดจากความร่วมมือของทุกฝ่าย ซึ่งเป็นรูปแบบที่จะได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องลดการกลับมารักษาซ้ำ

1.4.2 รูปแบบ (The partners-in-care model of collaborative practice) เป็นรูปแบบที่มุ่งเน้นการใช้ผู้จัดการทางพยาบาล (Nurse case manager) เป็นผู้ประสานงานในการดูแลระหว่างแพทย์เฉพาะสาขา แพทย์ทั่วไปและทีมในการดูแล มีการเยี่ยมผู้ป่วยทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้าน มีการโทรศัพท์ติดตาม เป้าหมายเพื่อลดค่าใช้จ่ายและเพิ่มคุณภาพชีวิต

1.4.3 รูปแบบ (Structured discharge procedure) เป็นรูปแบบที่มีการกำหนดกระบวนการจำหน่ายอย่างชัดเจน ในผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มโรค เช่น ผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด ซึ่งจะมีแบบประเมินเพื่อการวางแผนจำหน่าย มีการให้ความรู้ อบรม มีสมุดคู่มือสำหรับผู้ป่วย

1.4.4 รูปแบบ (The A- B-C of discharge planning) เป็นรูปแบบที่พัฒนาขึ้นโดย รอด์เดินและทราฟ (Roden & Taft, 1990) ซึ่งเป็นรูปแบบการวางแผนจำหน่ายอย่างต่อเนื่อง มีลำดับขั้นตอนดังนี้

- 1) Step A: Assessment เป็นการรวบรวมข้อมูลก่อนเพื่อการวางแผนจำหน่าย
- 2) Step B: Building a plan เป็นการสร้างแผนการจำหน่ายผู้ป่วยจากข้อมูลที่รวบรวมมาได้
- 3) Step C: Confirming the plan เป็นการยืนยันถึงแผนการจำหน่าย ซึ่งจะกระทำเมื่อผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมการดูแลอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติตามแผนมีการสอนและการประเมินผล

1.4.5 รูปแบบ (Comprehensive discharge planning) เป็นรูปแบบที่มุ่งความสมดุลระหว่างการให้การพยาบาลโดยพยาบาลที่มีความชำนาญเฉพาะสาขาเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายที่ใช้ไป รูปแบบนี้เป็นประสานงานของทีมสุขภาพ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ ใช้รูปแบบนี้ในผู้ป่วยที่มีปัญหาาระบบต่างๆที่เสียค่าใช้จ่ายสูง

1.4.6 รูปแบบ (METHOD) เป็นแผนการจำหน่ายที่นำมาใช้ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย (กองการพยาบาล, 2539) ประกอบด้วย

M=Medication คือ ผู้ป่วยต้องได้รับความรู้เกี่ยวกับยาที่ตนเองได้รับอย่างละเอียดชื่อยา การออกฤทธิ์ของยา จุดประสงค์การใช้ยา วิธีการใช้ยา ข้อควรระวังของการใช้ และอาการข้างเคียงจากการใช้ยา

E=Environment & Economic คือ ผู้ป่วยและครอบครัวต้องได้รับการประเมินสิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ รวมทั้งคำแนะนำในการจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมภายหลังการจำหน่าย การใช้แหล่งประโยชน์จากทรัพยากรในชุมชน การช่วยเหลือจัดการปัญหาด้านเศรษฐกิจ

T=Treatment คือ ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเข้าใจเป้าหมายของการรักษาและการปฏิบัติตัว สามารถสังเกตอาการผิดปกติ และมีความรู้เพียงพอในการจัดการภาวะฉุกเฉินเหล่านั้นได้อย่างเหมาะสม

H=Health คือ ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเข้าใจภาวะสุขภาพของตนเอง ข้อจำกัดและผลกระทบจากการเจ็บป่วย รวมทั้งการปรับตัวส่งเสริมต่อการฟื้นฟูสภาพและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆได้

O=Outpatient referral คือ ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเห็นความสำคัญของการมาตรวจตามนัด ทราบถึงแหล่งประโยชน์ช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉิน รวมทั้งการส่งต่อเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง

D=Diet คือ ผู้ป่วยต้องเข้าใจและสามารถเลือกรับประทานอาหารได้อย่างถูกต้องเหมาะสม รู้จักงดหรือหลีกเลี่ยงอาหารที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ

1.5 กระบวนการวางแผนจำหน่าย

กระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตามแนวคิดของแมคคีฮาน (McKeehan, 1981) ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนรายละเอียดดังนี้

1. การประเมินปัญหาและความต้องการ (Assessment) ของผู้ป่วยภายหลังการจำหน่าย เป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญในการรวบรวมข้อมูลควรเริ่มประเมินตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยและประเมินอย่างต่อเนื่องเป็นระยะจนกระทั่งถึงวันที่ได้จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งเป็นการประเมินแบบองค์รวมครอบคลุมทั้งสภาพร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณและความพร้อมของผู้ดูแล รวมถึงแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยเหลือหรือความต้องการดูแลอย่างต่อเนื่องภายหลังจำหน่าย

2. การวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis) การระบุปัญหาและสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วย จากข้อมูลที่รวบรวมได้จากการประเมินปัญหาและความต้องการ บุคลากรในทีมสุขภาพวินิจฉัยในลักษณะของปัญหาเฉพาะหน้า แล้วนำข้อมูลเหล่านั้นมารวบรวมกัน วิเคราะห์และการให้การวินิจฉัยเกี่ยวกับความต้องการดูแลทั้งในปัจจุบันและต่อเนื่อง ซึ่งจะต้อง

กำหนดไว้เป็นแผนการพยาบาลสำหรับผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรในทีมสุขภาพ เพื่อให้บรรลุถึงความต้องการของผู้ป่วย

3. การวางแผนจำหน่าย (Planning) ซึ่งจะเริ่มตั้งแต่แรกรับไว้ในโรงพยาบาล จนกระทั่งเมื่อจำหน่ายกลับบ้านไปอยู่ในชุมชนเพื่อลงมือปฏิบัติโดยผู้ป่วยและญาติ ซึ่งแผนการจำหน่ายผู้ป่วยที่ดีควรเป็นการร่วมกันกำหนดแผนการจำหน่ายระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพกับผู้ป่วย และครอบครัว ซึ่งสามารถสื่อความหมายในทางปฏิบัติ โดยการสอนผู้ป่วยต้องทำเป็นเอกสารที่มีการบันทึกถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยและครอบครัวไว้ด้วย รวมทั้งมีการวางแผนเพื่อให้เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน โดยมีระบบส่งต่อไปหน่วยงานที่ให้การดูแลต่อไป

4. การปฏิบัติ (Implementation). โดยเริ่มตั้งแต่ระยะแรกได้รับ ระยะต่อเนื่อง ระยะจำหน่ายกลับบ้านซึ่งเป็นการปฏิบัติร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว ญาติ และทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยทั่วไปพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้มีบทบาทสำคัญต่อการปฏิบัติตามแผนจำหน่าย โดยมีหน้าที่วางแผนและปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ให้สำเร็จด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การสาธิต การสอน การให้คำปรึกษารวมถึงเป็นผู้ที่มอบหมายให้บุคลากรพยาบาลต่างๆ มีส่วนร่วมในการปฏิบัติตามแผนจำหน่ายผู้ป่วย ติดตามประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพและดูแลให้เกิดการปฏิบัติที่เป็นลายลักษณ์อักษรอย่างต่อเนื่อง

5. การประเมินผล (Evaluation) ซึ่งเป็นการประเมินผลลัพท์ทุกระยะในการดูแลตลอดจนที่บ้านเพื่อติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เมื่อนำแผนไปสู่การปฏิบัติแล้ว เป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการวางแผนจำหน่าย เป็นการประเมินผลระยะสั้นและระยะยาวที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ครอบครัว โดยใช้ทักษะต่างๆ เช่น การสังเกต การสอบถาม ทดลอง ปฏิบัติ เป็นต้น

ปัจจัยที่มีส่วนช่วยให้การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ มีดังนี้

1. การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัว ในการกำหนดเป้าหมายวางแผน และปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ร่วมกับทีมพยาบาลหรือทีมสุขภาพอื่นๆ ภายใต้อำนาจหน้าที่

2. การนำขั้นตอนต่างๆของกระบวนการพยาบาล ได้แก่ การประเมินปัญหาความต้องการ การวินิจฉัยปัญหา การวางแผน การปฏิบัติตามแผน และการประเมินผล มาใช้ในการวางแผนจำหน่าย

3. การเลือกใช้บริการจากแหล่งประโยชน์ที่เหมาะสม เพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลไปสู่ที่บ้าน

4. การสนับสนุนจากหน่วยงานในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อให้เชื่อมโยงการบริการจากโรงพยาบาลไปสู่ที่บ้านหรือสถานบริการอีกแห่งหนึ่ง

5. การมีส่วนร่วมของบุคลากรทีมสุขภาพ องค์กร หรือหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง ในการดูแลผู้ป่วย ทั้งในและนอกสถานบริการ เพื่อปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในแผนการจำหน่ายผู้ป่วย

บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการจำหน่ายผู้ป่วย

การวางแผนจำหน่ายเป็นหน้าที่หลักของพยาบาล ซึ่งการปฏิบัติการพยาบาลมีพื้นฐานมาจากความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วยในการปฏิบัติตามกิจกรรมต่างๆ ตามขั้นตอนพยาบาลและต้องการความร่วมมือจากบุคลากรทีมสุขภาพ พร้อมทั้งประโยชน์จากชุมชน โดยมีเป้าหมายที่จะส่งเสริมและสนับสนุนกลไกของการประสานงานต่างๆ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยและครอบครัว (กฤษดา แสงดี, 2539)

1. ประเมินความต้องการการดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม คัดสนใจเปรียบเทียบกับกระบวนการการดำเนินการของโรคหรือความเจ็บป่วยเพื่อจะได้คาดการณ์ล่วงหน้าถึงปัญหาสุขภาพ หรือความต้องการในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการจำหน่าย

2. ประเมินความรู้ ความเข้าใจ แรงจูงใจหรือทักษะของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ เพื่อจะได้เป็นข้อมูลในการวางแผนกำหนดกิจกรรมให้เหมาะสม

3. เป็นสื่อกลางในการประชุมปรึกษาหารือ วางแผนร่วมกันระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพ ผู้ป่วยและญาติ

4. ผสมผสานกิจกรรมการช่วยเหลือ การสอน การให้คำแนะนำ ฝึกฝนทักษะการดูแลตนเองตามแผนการรักษาที่จำเป็น รวมทั้งการจัดหาอุปกรณ์ เครื่องใช้ หรือยากลับบ้าน โดยการดัดแปลงกิจกรรมการดูแลให้เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย

5. บริหารจัดการ การใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสม ใช้เวลาในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนจำหน่ายตามแผนการจำหน่าย

6. การส่งต่อแผนการจำหน่ายอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายตามแผนอย่างมีระบบและต่อเนื่อง

7. ประเมินผลตามการปฏิบัติตามแผนการจำหน่ายเป็นระยะๆ และให้มีความเหมาะสมตลอดเวลาก่อนจำหน่าย

8. ประเมินและสรุปผลการพยาบาลก่อนจำหน่าย

9. ส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยงานหรือแหล่งประโยชน์ที่เกี่ยวข้องตามความเหมาะสม

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายโดยการบูรณาการตามแนวคิดของแมคคีฮาน (McKeehan, 1981) และกิจกรรมตามรูปแบบ M-E-T-H-O-D และเพิ่ม

ตัว D (Disease) มาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางให้ความรู้ คำแนะนำ ที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน โดยมีรายละเอียดดังนี้

D=Disease คือการให้ความรู้เรื่องโรคที่เป็นอยู่ พยาธิสภาพของโรค สาเหตุ อาการ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

M=Medication ให้ความรู้เกี่ยวกับยาที่ต้องรับประทานอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ชื่อ ยา ฤทธิ์ของยา วิธีการใช้ ขนาด จำนวนครั้ง ระยะเวลาที่ใช้ ข้อควรระวังในการใช้ยา ผลข้างเคียง ข้อห้ามสำหรับการใช้ยา การเก็บรักษา

E=Environment & Economic กระตุ้นให้ผู้ป่วย/ญาติ เห็นความสำคัญของการใช้สถานบริการสุขภาพในชุมชน ปัญหาด้านเศรษฐกิจ สังคม รวมทั้งให้คำแนะนำเกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวดล้อม ที่บ้านให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพภายหลังการจำหน่าย

T=Treatment แนะนำผู้ป่วย/ญาติ ให้เข้าใจเป้าหมายการรักษา และแนะนำทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติตามการรักษา เช่น การดูแลแผลผ่าตัด ความสามารถในการเฝ้าระวังสังเกตอาการผิดปกติตนเองและสามารถดูแลตนเองได้

H=Health ให้ความรู้เกี่ยวกับข้อจำกัดในการทำกิจกรรมให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพกระตุ้นให้ผู้ป่วย/ญาติ มีส่วนร่วมในการเลือกกิจกรรมที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ ผู้ป่วยต้องสามารถปรับวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันให้เหมาะสมกับภาวะด้านสุขภาพ รวมทั้งปรับตัวเพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆด้วย

O=Outpatient referral ชี้แจงให้ผู้ป่วย/ญาติตระหนัก/เข้าใจถึงความสำคัญของการมาตรวจตามนัดและอาการผิดปกติที่ต้องมาก่อนนัด การติดต่อขอความช่วยเหลือจากสถานบริการใกล้บ้านประสานงานกับศูนย์ HHC เพื่อติดตามการดูแลต่อเนื่อง

D=Diet ให้ความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรคสามารถเลือกรับประทานอาหารได้ถูกต้อง หลีกเลี่ยงหรืองดอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพแนะนำแหล่ง/สถานที่ให้คำปรึกษาเมื่อมีปัญหาเรื่องอาหาร

การวางแผนจำหน่ายของผู้ป่วยแต่ละหน่วยอาจแตกต่างกัน ซึ่งแล้วแต่บริบทความเหมาะสม การนำไปใช้เพื่อให้ได้ประโยชน์สูงสุด ในการช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความสามารถในการดูแลตนเอง ช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

2. แนวคิดพฤติกรรมการดูแลตนเอง

2.1 ความหมายพฤติกรรมการดูแลตนเอง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผู้ให้ความหมายของพฤติกรรมการดูแลตนเองที่มีความหมายใกล้เคียงกันดังนี้

พฤติกรรมการดูแลตนเอง หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลริเริ่มกระทำอย่างจงใจและมีเป้าหมาย เพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุกในชีวิต โดยการปฏิบัติการดูแลตนเองต้องสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ซึ่งครอบคลุมทั้งการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองที่จำเป็นตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Orem, 2001)

พฤติกรรมการดูแลตนเอง หมายถึง กระบวนการหรือกิจกรรมต่างๆ ที่บุคคลแสดงออกอย่างต่อเนื่องแตกต่างกันออกไปตามการรับรู้ สภาพสังคม วัฒนธรรม โดยมักได้รับอิทธิพลจากสถานการณ์ขณะนั้นหรือประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในอดีต ที่ส่งผลให้บุคคลนั้นๆ สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมเพื่อคงไว้ซึ่งชีวิตที่เป็นปกติ (เรวดี ศรีสุข, 2558)

พฤติกรรมการดูแลตนเอง หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยครอบคลุมถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป พฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ และพฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (เสาวนีย์ โสบุญ, 2554)

สรุปได้ว่าพฤติกรรมการดูแลตนเอง หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคนี้ในไตภายหลังได้รับการผ่าตัดนี้ไตแบบเปิด เพื่อให้สามารถป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเกิดนี้ซ้ำได้ และจากการศึกษาข้อมูลพบว่า พฤติกรรมเป็นสาเหตุที่สำคัญที่สุดของการเกิดนี้ไต การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองและแบบแผนในการดำรงชีวิต จะช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดหรือการเกิดนี้ในไตซ้ำได้

2.2 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคนี้ไต

ผู้ป่วยผ่าตัดนี้ในไตสามารถป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเกิดนี้ไตซ้ำได้ ด้วยการมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม (เสาวนีย์ โสบุญ, 2554) มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวัน เช่นการดื่มน้ำ การกินอาหาร การออกกำลังกาย การมาตรวจตามแพทย์นัด (มณฑิรา คณานุช, 2553) โดยจากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารทางวิชาการต่างๆ ประยุกต์ใช้ร่วมกับรูปแบบ D-M-E-T-H-O-D ให้ครอบคลุมในพฤติกรรม 7 ด้าน คือ 1) ความรู้เกี่ยวกับนี้ในไต 2) การรับประทานยา 3) การจัดการสิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ 4) การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด 5) การดูแลภาวะสุขภาพ 6) การมาตรวจตามนัด 7) การ

รับประทานอาหารและน้ำ ซึ่งจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆและสิ่งที่กล่าวมาทั้งหมดเหล่านี้สามารถอธิบายได้ดังนี้

2.2.1 การได้รับความรู้ในใจ การรักษา การเฝ้าระวังอาการผิดปกติ พฤติกรรม การดูแลตนเองด้านการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ ภายหลังการผ่าตัดนี้แบบเปิดผู้ป่วยควรมีการสนใจศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับโรคที่ตนเองเป็นอยู่ วิธีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม การเฝ้าระวังอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น จากการสอบถามแพทย์ พยาบาล รวมถึงการพูดคุยกับผู้ป่วยด้วยกันเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันหรืออาจจะแสวงหาตามสื่อต่างๆ เช่น อานวนสาร คู่มือทฤษฏี เพื่อให้สามารถค้นหาปัญหาและอันตรายต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นกับตนเองได้อย่างรวดเร็ว เช่น ปวดท้องหรือปวดหลัง ปัสสาวะบ่อย แสบ ขัด ปัสสาวะมีเลือดปน มีไข้สูง (ัชवाल วงศ์สารี, 2559)

2.2.2 การรับประทานยา โดยผู้ป่วยจำเป็นต้องดูแลรับประทานยาให้ครบทุกมื้อ ตามแผนการรักษา ไม่ลดยา เพิ่มยาหรือหยุดยาเอง อธิบายให้ผู้ป่วยเห็นความจำเป็นที่ต้องรับประทานยา ปฏิชีวนะ ตามแผนการรักษา (ัชवाल วงศ์สารี, 2559) พร้อมทั้งสนใจอาการข้างเคียงของยาที่อาจจะเกิดขึ้นจากการใช้ยา และเข้ารับการตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอตามเวลาที่กำหนด เพื่อแพทย์จะได้ประเมินอาการ และติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง

2.2.3 การจัดการสิ่งแวดล้อมควรจัดพื้นที่บ้านเรือนให้สะอาด มีความเป็นระเบียบเรียบร้อย เพื่อให้ถูกสุขอนามัย ป้องกันการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ระวังอย่าให้แผลถูกน้ำและห้ามแกะเกาแผล

2.2.4 การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด พฤติกรรม การดูแลตนเองในด้านการขับถ่าย ภายหลังผ่าตัดผู้ป่วยอาจพบอาการท้องอืดและท้องผูกได้ เนื่องจากผลของการผ่าตัดที่ไปกระทบกระเทือนลำไส้ทำให้ลำไส้ไม่ค่อยเคลื่อนไหว ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องรับประทานอาหารที่มีกากอย่างเพียงพอฝึการขับถ่ายเป็นเวลา ดื่มน้ำในปริมาณมาก และมีการเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อจะเป็นการกระตุ้นให้ลำไส้มีการเคลื่อนไหว ซึ่งจะสามารถลดหรือแก้ไขปัญหาท้องอืดและท้องผูกให้แก่ผู้ป่วยได้ และเมื่อปวดปัสสาวะควรปัสสาวะทันทีไม่ควรกลั้นปัสสาวะ เนื่องจากการคั่งค้างของน้ำปัสสาวะจะเป็นแหล่งสะสมของเชื้อโรคซึ่งสามารถก่อให้เกิดนิ่วชนิดเขากวางได้ และควรมีการบันทึกปริมาณปัสสาวะในแต่ละวันเพื่อเป็นการประเมินว่าร่างกายได้รับน้ำเพียงพอหรือไม่สังเกตปัสสาวะว่ามีเม็ดกวาดทรายปนอยู่หรือไม่ ซึ่งเป็นก้อนนิ่วเล็กๆ ที่อาจเหลือค้างจากการผ่าตัด การป้องกันภาวะติดเชื้อและแผลแยกของแผลผ่าตัด การติดเชื้อที่แผลผ่าตัดมักเกิดขึ้นหลังวันผ่าตัดไปแล้ว 3-5 วัน และภาวะที่แผลแยกมักเกิดระหว่างวันที่ 4-10 ดังนั้น ผู้ป่วยจึงควรระมัดระวังดูแลแผลผ่าตัดไม่ให้เปื่อยขึ้น หลังตัดไหมครบ 7 วันและแผลผ่าตัดแห้งสนิทแล้วจึงสามารถอาบน้ำได้ตามปกติ

รักษาความสะอาดของแผล ไม่แกะหรือเกาแผลเพราะจะทำให้เกิดรอยถลอกเป็นทางเข้าของเชื้อโรค เกิดการอักเสบได้ รวมทั้งการสังเกตอาการผิดปกติของแผลอย่างสม่ำเสมอ เช่น แผลบวมแดง กดเจ็บ มีสิ่งคัดหลั่งออกมาจากบริเวณแผล หากพบอาการผิดปกติเหล่านี้ควรพบแพทย์ การป้องกันอันตรายจากภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะภายหลังการผ่าตัดนี้วแบบเปิดผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดการติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะ ต้องสนใจสังเกตและประเมิน สี ลักษณะและปริมาณ ปัสสาวะที่ออกในแต่ละวัน รวมทั้งอาการปัสสาวะแสบขัด ปัสสาวะกระปริดกระปรอยและมีสีขุ่น มีหนอง หรือเลือด ร่วมกับอาการมีไข้ หนาวสั่น ซึ่งเป็นอาการของการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ การป้องกันอันตรายจากภาวะตกเลือด ภายหลังผ่าตัดนี้วในไ้ดแบบเปิดผู้ป่วยอาจพบภาวะตกเลือดได้ โดยเฉพาะสัปดาห์แรกหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เนื่องจากไ้ดเป็นอวัยวะที่มีเลือดมาเลี้ยงมากที่สุด เมื่อมีการติดเชื้อ การอักเสบบริเวณผ่าตัดจะทำให้เกิดภาวะตกเลือดได้ ดังนั้นผู้ป่วยจึงควรที่จะดูแลตนเองเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการติดเชื้อบริเวณผ่าตัด และหลีกเลี่ยงการทำงานหนัก หรือยกของหนักอย่างน้อย 6 สัปดาห์แรกหลังผ่าตัด รวมทั้งหมั่นสังเกตอาการผิดปกติของภาวะตกเลือด คือ กระวนกระวาย สับสน ตัวเย็นขึ้น ผิวหนังซีดเย็น หายใจเร็วลึก เป็นต้น หากพบอาการผิดปกติเหล่านี้ควรพบแพทย์โดยด่วน (ช่อลดา พันธุ์เสนา, 2544)

2.2.5 การดูแลสุขภาพ การออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายให้เข้าสู่ภาวะปกตินั้น ผู้ป่วยต้องมีกิจกรรมที่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย เพื่อให้ร่างกายมีการฟื้นฟูสภาพได้เร็ว ใน 6 สัปดาห์แรกหลังผ่าตัด ผู้ป่วยควรงดการเล่นกีฬา เช่น ฟุตบอล การปั่นจักรยาน แต่สามารถทำกิจกรรมหรือทำงานบ้านเบาๆได้ เช่น กวาดบ้าน ล้างจาน หรือออกกำลังกายโดยการเดินได้และเมื่อสภาพร่างกายฟื้นตัวได้ปกติควรออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการตกตะกอนจับตัวเป็นก้อนนี้ว และเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของร่างกาย กิจกรรมของการออกกำลังกายที่นิยมในการออกกำลังกาย เช่น การเดิน การวิ่ง การเล่นโยคะ การปั่นจักรยาน เป็นต้น การผ่อนคลายความเครียด ความเครียดทำให้ความเข้มข้นของแคลเซียมออกซาเลตและกรดยูริกซึ่งเป็นสารก่อนี้วในปัสสาวะเพิ่มขึ้นอย่างมาก แต่กลับทำให้ความเข้มข้นของแมกนีเซียมซึ่งเป็นสารยับยั้งการเกิดนี้วในปัสสาวะลดลงเล็กน้อย ดังนั้นผู้ป่วยจึงควรที่จะมีการผ่อนคลายความเครียดประมาณวันละ 30 นาที ด้วยวิธีต่างๆ ได้แก่ นั่งสมาธิ สวดมนต์ ฟังเพลง ฝึกหายใจลึกๆ ทางช่องท้อง ซึ่งพบว่าจะช่วยลดความเครียด ควบคุมความดันโลหิต และส่งผลให้สารก่อนี้วในปัสสาวะ และการเสื่อมของไตลดลง (ชาญชัย บุญหล้า และคณะ, 2550)

2.2.6 การมาตรวจตามนัด ผู้ป่วยต้องมาพบแพทย์ เพื่อรับการตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ (ชัชวาล วงศ์สารี, 2559) เพื่อติดตามผลการรักษา เพื่อที่จะได้ทราบความก้าวหน้าของผลการรักษาและปรับแผนการรักษาให้เหมาะสม

2.2.7 การรับประทานอาหารและน้ำ หลังผ่าตัดผู้ป่วยควรรับประทานอาหารให้เพียงพอเพื่อช่วยในการส่งเสริมการหายของแผลและสร้างเสริมการทำหน้าที่ของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย การรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคนี้ในไต ควรรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ และมีสัดส่วนที่เหมาะสม อาหารเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่มีผลต่อการเกิดนี้ว โดยมีสารยับยั้งหรือส่งเสริมกระบวนการเกิดนี้ว เนื่องจากอาหารเป็นปัจจัยเสี่ยงที่พบในการเกิดโรคนี้วในไตสูงซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 42 (American Society of Nephrology, 2013) ดังนั้นผู้ป่วยหลังผ่าตัดนี้วในไต ควรบริโภคโภชนาการดังนี้

1) **รับประทานอาหารในแต่ละวันให้เพียงพอ** รักษาน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ เนื่องจากผู้ป่วยที่มีดัชนีมวลกายสูงเกินค่ามาตรฐานจะทำให้มีความเสี่ยงในการเกิดนี้วสูง ดังนั้นการกินอาหารเพื่อควบคุมน้ำหนักจึงมีความจำเป็นสำหรับผู้ป่วยนี้วในไต อาหารควบคุมน้ำหนักมีลักษณะ คือ มีเส้นใยอาหารมาก มีไขมันอิ่มตัว มีคาร์โบไฮเดรตและน้ำตาลในปริมาณน้อย

2) **หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีออกซาเลตสูง** เนื่องจากเป็นสารก่อนี้วที่สำคัญ เช่น ใบชะพลู หน่อไม้ ผักแพว ผักเสมีด ผักกะโดน ผักโขม งา ถั่วต่างๆ ในผู้ป่วยโรคนี้วชนิดแคลเซียมออกซาเลตถ้าจำเป็นต้องบริโภคควรรับประทานควบคู่ไปกับแคลเซียมหรือดื่มนมซึ่งจะช่วยลดออกซาเลตในปัสสาวะได้

3) **หลีกเลี่ยงอาหารรสเค็ม** เนื่องจากการรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูง เช่นเกลือแกง ซึ่งอาหารที่ใส่เกลือจะมีผลต่อการขับแคลเซียมออกมาในปัสสาวะ (Taylor, Fung, & Curhan, 2009) จะทำให้มีปริมาณแคลเซียมในปัสสาวะสูง

4) **ลดการรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ ไขมันสัตว์ และอาหารที่มีกรดยูริกสูง** เช่น เครื่องในสัตว์ ตับอ่อน ไต เนื้อสัตว์ปีก เนื่องจากการบริโภคอาหารที่มีโปรตีนสูงจะทำให้มีกรดยูริกในปัสสาวะมาก เป็นการเพิ่มสารก่อนี้วและเพิ่มโอกาสการเป็นนี้วสูง

5) **ลดอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต** ควรเลือกรับประทานอาหารบางชนิดให้น้อยลง เช่น ข้าวเหนียวหนึ่ง ขนมหิน เป็นต้น พบว่าการรับประทานข้าวเหนียวเป็นประจำ มีโอกาสเกิดนี้วไตได้ถึง 5.45 เท่า อีกทั้งการแช่ข้าวไว้นานๆ จะทำให้สูญเสียปริมาณโพแทสเซียมและซิเตรตซึ่งเป็นสารยับยั้งการก่อนี้ว จึงแนะนำให้และเปลี่ยนวิธีการเตรียมอาหารที่ทำให้สูญเสียปริมาณโพแทสเซียม และซิเตรตที่มีอยู่ในอาหารให้น้อยที่สุด เช่น หลีกเลี่ยงการแช่น้ำหรือการทิ้งน้ำจากการประกอบอาหาร (สมชาย เอี่ยมอ่อง และคณะ, 2554; Meschi et al., 2012)

6) **บริโภคโปรตีนให้เพียงพอ** โดยควรกินโปรตีนที่ได้จากพืชเป็นหลัก

7) **รับประทานไขมันจากพืชและไขมันจากปลา** ซึ่งไขมันเหล่านี้สามารถลดปริมาณแคลเซียมในปัสสาวะได้ดีกว่าไขมันที่ได้จากเนื้อสัตว์ ลดโอกาสการเกิดนี้ว

8) รับประทานผักผลไม้ เช่น มะนาว ส้ม มะขามสุก มะเขือเทศ ซึ่งมีสารยับยั้งนิ่วและสารต้านอนุมูลอิสระหลายชนิด ช่วยให้ปริมาณซิเตรต โพแทสเซียม และPH ของน้ำปัสสาวะเพิ่มขึ้น และลดการทำลายของเซลล์เยื่อหุ้มไต จึงสามารถยับยั้งการเกิดนิ่วได้อย่างมีประสิทธิภาพและช่วยลดการเกิดนิ่วในไตหรือการเกิดนิ่วซ้ำได้ร้อยละ 10 (Yilmaz, Batislam, Kacmaz, & Erguder, 2010)

9) น้ำดื่มเป็นปัจจัยสำคัญต่อการเกิดนิ่วในไตเพิ่มขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยที่ดื่มน้ำน้อยกว่า 2 ลิตร ต่อวัน การดื่มน้ำมากมีผลทำให้ปัสสาวะเจือจาง ปริมาณน้ำดื่มที่เพียงพอจะต้องทำให้เกิดการผลิตน้ำปัสสาวะอย่างน้อยวันละ 2 ลิตร ในภาวะปกติต้องดื่มน้ำให้ได้อย่างน้อยวันละ 2.5 ลิตร โดยกระจายทั้งวันจนถึงก่อนเข้านอน (มณฑิรา มฤคทัต, 2553) ในรายที่ไม่มีข้อห้ามเพื่อช่วยลดการตกตะกอนของนิ่วและสามารถทำให้นิ่วก้อนเล็กๆ เคลื่อนต่ำลงมาและหลุดเองได้ และต้องคำนึงถึงปัจจัยที่มีผลต่อความต้องการน้ำของร่างกายที่เพิ่มขึ้นด้วย เช่น อุณหภูมิของอากาศและการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย เช่น ถ้าอากาศร้อน หรือออกกำลังกายอย่างหนักหรือทำงานกลางแจ้ง ซึ่งจะทำให้ร่างกายมีการเสียเหงื่อมากกว่าปกติ ร่างกายจะขาดน้ำและทำให้น้ำปัสสาวะเข้มข้น

2.3 การประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า การประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี มีผู้สร้างแบบประเมินไว้หลายรูปแบบดังนี้

พฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดนิ่วไต หมายถึง การมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในเรื่องการรับประทานอาหาร การดื่มน้ำ การรับประทานยา การติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การออกกำลังกาย การคลายความเครียด โดยสร้างตามกรอบแนวคิดของโอริเริ่มเพื่อประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งได้สร้างคำถามเป็น 3 ระยะดังนี้ พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยทั่วไป พฤติกรรมการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ พฤติกรรมการดูแลตนเองในภาวะเบี่ยงเบนสุขภาพ (เสาวณี โสบุญ, 2554)

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง หมายถึง กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอริเริ่มสามารถวัดได้ 7 ด้าน ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านการหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ด้านการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ ด้านการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และด้านการมาตรวจตามนัด (วิริยา สุขวงศ์และคณะ, 2554)

พฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติตัวเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวได้อย่างเหมาะสมซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารทางวิชาการต่างๆ ประยุกต์ใช้ร่วมกับรูปแบบ D-M-E-T-H-O-D สามารถวัด

ได้ 7 ด้าน ได้แก่ ด้านการควบคุมอาหารและน้ำ ด้านการควบคุมน้ำหนัก ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานยาและตรวจตามนัด ด้านการสังเกตอาการผิดปกติของภาวะหัวใจล้มเหลว ด้านการเลือกใช้สถานบริการสุขภาพที่เหมาะสม และด้านการจัดการตนเองเมื่อมีอาการกำเริบ (เรวดี ศรีสุข, 2558)

การประเมินพฤติกรรมและการดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับเกิดนิ่วในไต หมายถึง การกระทำ วิธีการดำเนินชีวิตหรือการปฏิบัติของผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่เกี่ยวข้องกับสัมพันธ์ ส่งเสริมหรือกระตุ้นให้เกิดนิ่วในไต ประกอบด้วย 4 ด้าน ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการดื่มน้ำ ด้านการออกกำลังกายและกิจกรรมทางกาย และด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา (ลักษณะพรหมกสิกร, 2558)

เครื่องมือประเมินพฤติกรรมและการดูแลตนเองส่วนใหญ่ผู้วิจัยจะสร้างขึ้นเองเพื่อให้เกิดความเหมาะสมกับบริบทของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้สร้างแบบประเมินพฤติกรรมและการดูแลตนเองโดยใช้กรอบแนวคิดของ D-M-E-T-H-O-D เพื่อให้สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการเกิดนิ่วซ้ำได้

สรุปได้ว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในไตแบบเปิด สามารถป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเกิดนิ่วซ้ำได้ ด้วยการมีพฤติกรรมและการดูแลตนเองที่เหมาะสมโดยใช้กรอบแนวคิดของ D-M-E-T-H-O-D ในเรื่องการได้รับความรู้หรือข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคนี้ในไต การรับประทานยา การจัดการสิ่งแวดล้อมควรจัดพื้นที่บ้านเรือนให้สะอาด การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด การดูแลภาวะสุขภาพ การมาตรวจตามนัด การรับประทานยาและน้ำ สิ่งเหล่านี้จะช่วยป้องกันอันตรายที่อาจเกิดกับผู้ป่วย และสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดี ทำให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข

3. แนวคิดความพึงพอใจของผู้รับบริการ

ความพึงพอใจของผู้รับบริการ ถือได้ว่าเป็นผลลัพธ์สำคัญของการบริการที่สะท้อนให้เห็นถึงความสำเร็จของการทำงานในการให้บริการ ซึ่งมีผู้ให้แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับเรื่องนี้ไว้หลายท่าน ดังนี้

3.1 ความหมายของความพึงพอใจของผู้รับบริการ

ความพึงพอใจ หมายถึง พอใจ ชอบใจ รัก (พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน, 2542)

ความพึงพอใจ หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลในทางที่ดีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เมื่อสิ่งเหล่านี้ตอบสนองความต้องการพื้นฐานทั้งทางร่างกายและจิตใจ (สมเจตน์ นาคเสวี, 2550)

ความพึงพอใจ หมายถึง ความรู้สึกหรือทัศนคติของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือต่อบุคคลใดบุคคลหนึ่งซึ่งอาจจะเป็นผู้รับหรือผู้ให้ (วีรยา อินทร์คง, 2558)

ความพึงพอใจของผู้รับบริการ หมายถึง ความรู้สึกยินดี พอใจ ชื่นชมของผู้ใช้บริการ ซึ่งเป็นภาวะสมดุลที่เกิดขึ้นระหว่างสิ่งที่ผู้รับบริการคาดหวังกับบริการที่ได้รับ ซึ่งระดับความพึงพอใจสามารถวัดเพื่อนำมาปรับปรุงการให้บริการได้ (จันทร์หา จินดา, 2546)

สรุปได้ว่า ความพึงพอใจของผู้รับบริการ เป็นความรู้สึกในทางบวกต่อการได้รับการบริการและผลลัพธ์ที่เป็นไปตามความคาดหวังสามารถตอบสนองความต้องการในการได้รับการบริการได้ครอบคลุมเพียงพอ ถูกต้อง และเหมาะสม

3.2 การประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย จากการศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการการรักษาพยาบาลในสหรัฐอเมริกา เมื่อปี 1970 โดย อเดย์และแอนเดอร์สัน (Aday & Anderson) ซึ่งสรุปถึงความพึงพอใจของผู้ป่วยสามารถประเมินได้จากความพึงพอใจในด้านต่างๆ ดังนี้

1. ความพึงพอใจต่อความสะดวกสบายที่ได้รับจากการบริการ (Convenience) ได้แก่ การใช้เวลารอคอยในสถานบริการ การได้รับการดูแลเมื่อมีความต้องการ
 2. ความพึงพอใจต่อการประสานงานของบริการ (Coordination) ได้แก่ การได้รับบริการทุกประเภทในสถานที่หนึ่ง การได้มีการติดตามผลการรักษา
 3. ความพึงพอใจต่ออหยาวัยและความสนใจของผู้รับบริการ (Courtesy) ได้แก่ การแสดงอหยาวัย ท่าทางที่ดี เป็นกันเองของผู้ให้บริการแสดงความสนใจห่วงใยต่อผู้ป่วย
 4. ความพึงพอใจต่อการได้รับข้อมูลคำแนะนำ (information) ได้แก่ การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับ โรค การเจ็บป่วย การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเอง
 5. ความพึงพอใจต่อคุณภาพการบริการ (Quality) ได้แก่ คุณภาพของการดูแลทั้งหมดที่ผู้รับบริการได้รับ และการพยาบาลทั้งหมด
 6. ความพึงพอใจต่อค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ (Costs) ได้แก่ ค่าใช้จ่ายสิทธิการรักษาพยาบาลและผลประโยชน์ตามสิทธิของผู้ป่วยที่พึงได้รับการเข้ารับบริการรักษาพยาบาล
- อีริกสัน (Eriksen, 1988) กล่าวถึงความพึงพอใจในคุณภาพการบริการพยาบาลสามารถประเมินถึงองค์ประกอบ 6 ด้านได้แก่

1. ศิลปะการดูแล หมายถึง กระบวนการหรือการปฏิบัติการของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยด้วยความอ่อนโยน สนใจเอาใจใส่ เข้าใจและรับรู้ความรู้สึกของผู้ป่วย

2. คุณภาพการดูแลทางการปฏิบัติ หมายถึง ความรู้ ทักษะความสามารถของพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีมาตรฐาน

3. ความพร้อมในการบริการ หมายถึง การตรวจสอบและการประเมินสภาพร่างกายของผู้ป่วยเพื่อที่จะสามารถให้การพยาบาลและสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ตามสภาพ

4. สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ หมายถึง การจัดเตรียมอุปกรณ์สิ่งของตามความจำเป็นได้อย่างเป็นระเบียบเรียบร้อย และมีการควบคุมแสงสว่าง อุณหภูมิ และเสียงให้ผู้ป่วยได้รับความสะดวกสบาย

5. การดูแลอย่างต่อเนื่อง หมายถึง การดูแลและการปฏิบัติการที่มีการประสานงานที่ดีเพื่อให้การพยาบาลได้อย่างต่อเนื่องตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย

6. ประสิทธิภาพหรือผลลัพธ์ของการดูแล หมายถึง กิจกรรมต่างๆที่เกิดขึ้นระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยในการให้ข้อมูล การให้คำแนะนำ การสอน เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและสามารถดูแลตนเองได้

จากแนวคิดทฤษฎีข้างต้น จะเห็นว่าการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย มีหลายแนวคิดขึ้นอยู่กับบริบทของการบริการ ผู้ให้บริการและผู้รับบริการในสถานการณ์ที่ต้องการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกใช้แนวคิดของอเดย์และแอนเดอร์สัน (Aday & Anderson) เพราะแนวคิดนี้มีองค์ประกอบที่สามารถประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมตามบริบทของหน่วยงาน ซึ่งมีองค์ประกอบ 6 ด้าน คือ ด้านความสะดวกสบาย ด้านการประสานงานของบริการ ด้านอรรถาธิบายและความสนใจต่อผู้รับบริการ ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำ ด้านคุณภาพของการบริการ และด้านค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ การให้บริการผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ให้การพยาบาลตามมาตรฐาน ต่อเนื่อง ปลอดภัย ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความสามารถในการดูแลตนเอง มีคุณภาพชีวิตที่ดี ก่อให้เกิดความพึงพอใจในการบริการพยาบาล

4. แนวคิดจำนวนการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

4.1 ความหมายการกลับมารักษาซ้ำ

หลังผ่าตัดในไตมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ เช่น ปัสสาวะเป็นเลือด แผลผ่าตัดติดเชื้อ ภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น การกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล (Re-admitted) มีความหมายดังนี้

การกลับเข้ามารักษาซ้ำ (Re-admitted) หมายถึง การกลับมาเจ็บป่วยด้วยโรคที่เคยป่วย (Scott, 1986:1227 อ้างในอ่อนน้อม ฐปะวิโรจน์, 2550)

การกลับเข้ามารักษาซ้ำ หมายถึง ผู้ป่วยที่กลับเข้ามารับการรักษาซ้ำด้วยโรคเดิม/อาการเดิมภายใน 28 วันหลังจำหน่าย (สำนักการพยาบาล, 2551)

การกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจึงถือว่าเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญในการให้บริการสุขภาพ บ่งบอกถึงประสิทธิภาพในการให้บริการ การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความสามารถในการดูแลสุขภาพได้ดีและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนอย่าง

4.2 การประเมินจำนวนการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินจำนวนการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล โดยคิดเป็นร้อยละเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง

สรุปได้ว่าการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล หมายถึง การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยโรคหรืออาการเดิมภายใน 28 วันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จากปัญหาการปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง ในเรื่องภาวะปัสสาวะเป็นเลือด แผลผ่าตัดติดเชื้อ ภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

5. แนวคิดเกี่ยวกับเรื่องโรคนิ่วในไต

โรคนิ่วไต (kidney stone disease, nephrolithiasis) เป็นปัญหาสำคัญของนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะที่พบได้ทั่วโลก โรคนี้มีผลต่อการทำงานของไต โดยภาวะอุดกั้นจากนิ่ว อาจทำให้ไตเสียหายทำงานได้ นิ่วไตพบได้ทุกช่วงอายุของคนทั่วไป ประมาณร้อยละ 1 ถึง 15 โดยขึ้นอยู่กับอายุ เพศ เชื้อชาติและภูมิประเทศ โดยโอกาสเกิดนิ่วมากที่สุดในช่วงอายุ 40 ถึง 60 ปี (บรรณกิจ โลจนากวีวัฒน์, 2558) ในประเทศตะวันตกพบอุบัติการณ์ประมาณร้อยละ 5-10 ขณะที่ในประเทศไทย พบอุบัติการณ์โรคนิ่วไตสูงมากในแถบภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบประมาณร้อยละ 10-16 โรคนิ่วยังเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ทั้งในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุและวัยแรงงาน (ชาญชัย บุญหล้า, ปิยะรัตน์ โตสุโขวงศ์, เกรียง ตั้งสง่า, 2550)

นิ่วในไต เกิดจากการตกผลึกของของเสียที่มีในน้ำปัสสาวะเกิดการตกตะกอน ซึ่งถ้าตะกอนเม็ดเล็กจะถูกขับออกทางไตได้ แต่ถ้าตะกอนเม็ดใหญ่จะอุดกั้นทางเดินปัสสาวะเกิดเป็นนิ่วได้ โดยมีสารก่อนิ่ว เช่น แคลเซียม ออกซาเลต ฟอสเฟตและกรดยูริกมาก และมีสารยับยั้งการก่อนิ่ว เช่น ซิเตรต แมกนีเซียม โปรตีนซีเทม คาร์บอกซี ซึ่งมีกระบวนการที่ทำให้เกิดนิ่ว ได้แก่ การตกผลึก การเพิ่มขนาดของผลึก และการรวมกลุ่มของผลึก (มณฑิรา คันทนุช, 2553)

5.1 องค์ประกอบของนิ่ว

องค์ประกอบและลักษณะนิ่วสามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภทคือ

5.1.1 นิ่วที่มีแคลเซียมเป็นองค์ประกอบเป็นนิ่วที่พบได้บ่อยคือร้อยละ 70-80

นิ่วชนิดนี้ทึบแสง ซึ่งสามารถให้การวินิจฉัยได้โดยการเอกซเรย์ KUB ได้แก่

1) แคลเซียมออกซาเลต (*calcium oxalate calculi*) พบได้ร้อยละ 65-70 เป็นนิ่วที่พบบ่อยที่สุด เกิดในภาวะที่ปัสสาวะเป็นกรด ร่างกายได้ oxalate จากพวกผัก ผลไม้ และถั่ว

2) แคลเซียมฟอสเฟต (*calcium phosphate calculi*) พบนิ่วชนิดนี้ไม่บ่อย มักจะเกิดในผู้ที่ปัสสาวะเป็นด่าง

5.1.2 นิ่วที่ไม่มีแคลเซียมเป็นองค์ประกอบ ได้แก่

1) นิ่วที่มี *Uric acid stones* พบได้ร้อยละ 3-15 นิ่วมีกรดยูริกเป็นส่วนประกอบสำคัญ มักจะเกิดในผู้ป่วยมีปัสสาวะเป็นกรดมาก มีปริมาณกรดยูริกมาก จำนวนน้ำปัสสาวะต่อวันมีปริมาตรน้อย นิ่วชนิดนี้ไม่ทึบแสง จึงไม่สามารถให้การวินิจฉัยได้โดยการเอกซเรย์ภาพถ่าย KUB (Kidney, Ureter, Bladder) ต้องอาศัยการตรวจอย่างอื่น อาหารที่มีกรดยูริกสูงได้แก่ เครื่องใน โปรตีนจากสัตว์

2) นิ่วที่มี *Cystine stones* เป็นส่วนประกอบพบได้ร้อยละ 1-2 เกิดจากการถ่ายทอดพันธุกรรมพบไม่บ่อย ผู้ป่วยมักจะเป็นนิ่วในอายุน้อยกว่าปกติ คืออายุช่วง 20-30 ปี

3) นิ่ว *Struvite stones* พบได้ร้อยละ 4-6 เป็นนิ่วที่เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรียในระบบทางเดินปัสสาวะเรื้อรัง เช่น *Proteus mirabilis*, *Klebsiella pneumoniae* มักมีขนาดใหญ่เต็มไต มีกิ่งเล็กๆหลายกิ่ง ทำให้มีลักษณะเหมือนเขากวาง หรือที่เรียกว่านิ่วเขากวาง นิ่วชนิดนี้โตเร็วและทำให้เกิดการทำลายเนื้อไตมาก

5.2 สาเหตุของการเกิดนิ่วไต

นิ่วเป็นสิ่งที่แปลกปลอมที่เกิดขึ้นในระบบทางเดินปัสสาวะ เป็นสาเหตุสำคัญในการอุดตันและการติดเชื้อ สาเหตุของการเกิดนิ่วเป็นหัวใจสำคัญในการป้องกัน แต่ยังไม่ทราบแน่นอน เพียงแต่คาดคะเนกันว่าปัจจัยชักนำ หรือสาเหตุส่งเสริมที่ทำให้เกิดนิ่วได้แก่

5.2.1 ปัจจัยภายในร่างกาย อายุ เพศ และเชื้อชาติ เด็กชายอายุต่ำกว่า 10 ปี เป็นนิ่วในกระเพาะปัสสาวะมากกว่าในไต และผู้ใหญ่เป็นนิ่วในทางเดินปัสสาวะส่วนบนมากกว่าเด็ก อายุมากขึ้นมีโอกาสเกิดนิ่วได้มากขึ้น ภาวะขาดน้ำเรื้อรัง (*chronic dehydration*) จากการที่ขาดน้ำหรือดื่มน้ำน้อยอย่างต่อเนื่องมีผลทำให้เพิ่มความเข้มข้นของปัสสาวะ และค่าความเป็นกรดด่าง (pH) ของปัสสาวะลดลงเป็นสาเหตุชักนำให้เกิดนิ่วขึ้นได้ นอกจากนี้ยังรวมไปถึงการเสียน้ำไปทางอื่น เช่น การเสียเหงื่อ การขังของน้ำปัสสาวะ (*urinary stasis*) เกิดจากการถ่ายเทไม่สะดวกจากภาวะอุดกั้น การ

นอนอยู่กับที่นานๆ ความผิดปกติในระบบเมตาบอลิซึม (metabolism) มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูดซึมในทางเดินอาหารที่มากกว่าปกติพันธุกรรม

5.2.2 ปัจจัยภายนอกร่างกาย ภูมิประเทศ ภูมิอากาศและสิ่งแวดล้อม พบว่าอากาศร้อนเป็นปัจจัยอันหนึ่งเพราะจะทำให้เกิดภาวะขาดน้ำ มีความเข้มข้นของปัสสาวะสูง ดื่มน้ำที่มีส่วนประกอบของแร่ธาตุบางอย่าง หรือน้ำที่มีความกระด้างจะส่งเสริมให้เกิดนิ่ว การรับประทานอาหารบางอย่างมากเกินไป ด้านโภชนาการพบว่า โปรตีนกับวิตามิน น่าจะมีบทบาทสำคัญอย่างมากในการทำให้เกิดนิ่วในกระเพาะปัสสาวะ เพราะการขาดสารอาหารโปรตีนทำให้ขาดสารยับยั้ง (inhibitor) ในปัสสาวะ ในทางตรงกันข้ามการรับประทานอาหารโปรตีนมาก ๆ อาจมีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดนิ่วในไต เพราะทำให้เกิดกรดยูริกสูงและปัสสาวะมีฤทธิ์เป็นกรด นิ่วที่เกิดการอุดตันขึ้นในแต่ละตำแหน่ง ทำให้เกิดการขัดของปัสสาวะเหนือตำแหน่งที่อุดตันทำให้มีแรงดันเพิ่มขึ้นเหนือไตและกรวยไต โดยกล้ามเนื้อไตและกล้ามเนื้อกรวยไตจะมีการบีบตัวแรงขึ้น เพื่อผลักดันน้ำปัสสาวะให้ผ่านลงมายังท่อไตได้ตามปกติ กล้ามเนื้อไตและกล้ามเนื้อกรวยไตจะโตและหนาขึ้น ซึ่งเรียกกระบวนการนี้ว่า ภาวะชดเชย (compensatory) ซึ่งไตยังคงทำงานได้ตามปกติ ถ้าการอุดตันนี้ยังไม่ได้รับการแก้ไข กล้ามเนื้อไตและกล้ามเนื้อกรวยไตจะอ่อนแรงบางลงและพองออก เริ่มจากผนังกรวยไต ยึดขยายบางลง พองออกและมีน้ำขังอยู่ และสิ้นสุดลงด้วยผนังของเนื้อไตถูกบีบจนบางลงและพองออกเต็มไปด้วยน้ำ เรียกกระบวนการนี้ว่าภาวะชดเชยไม่ได้ (decompensatory) การเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ทำให้เนื้อไตถูกบีบทำให้บางลงมีเลือดมาเลี้ยงได้น้อยลง เมื่อมีอาการรุนแรงมากขึ้น ไตเสียหายที่เกิดภาวะไตวาย ภาวะยูรีเมีย (uremia) และเสียชีวิตในที่สุด

จะเห็นได้ว่าปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ มีหลายประการ ที่ทำให้เกิดความผิดปกติในปัสสาวะส่งผลให้สารยับยั้งการตกตะกอนของแคลเซียมและแมกนีเซียมลดลง และสารที่ทำให้เกิดนิ่วถูกขับออกมามากเกินไป เช่น แคลเซียม และออกซาเลต จึงทำให้ความเป็นกรดต่างเปลี่ยนแปลง และมีแนวโน้มที่จะเกิดการตกผลึก สุดท้ายทำให้เกิดนิ่ว นอกจากนั้นการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะอาจเป็นอาการแทรกซ้อนที่เกิดจากก้อนนิ่ว หรือเป็นสาเหตุแรกเริ่มที่ก่อให้เกิดนิ่วได้ โดยเฉพาะการติดเชื้อโปรเตียส (proteus) ที่มีส่วนทำให้เกิดนิ่วชนิดแมกนีเซียมแอมโมเนียมฟอสเฟต (magnesium ammonium phosphate) หรือนิ่วเขาสัตว์

5.3 อาการและการแสดงของนิ่ว

มักพบในผู้ใหญ่ บริเวณไตเป็นตำแหน่งที่มักพบได้มากที่สุด นิ่วที่เกิดขึ้นนั้นหากยังมีขนาดเล็ก ประมาณ 4-5 มม. จะเคลื่อนที่ตามแรงบีบตัวของปัสสาวะจากไตผ่านท่อไต และลงสู่กระเพาะปัสสาวะได้ ถ้านิ่วก้อนใหญ่หรือเป็นแบบชนิดกิ่ง (staghorn calculus) จะไม่มีการเคลื่อนที่มีรูปร่างคล้ายลักษณะของกรวยไต นิ่วชนิดนี้จะไม่เกิดการอุดตันในทันที ดังนั้นอาจไม่มีอาการเลย

ถ้าก้อนนี้โตขึ้นเรื่อย ๆ เต็มกรวยไตและขณะเดียวกันก้อนนี้ครูดกับเส้นเลือดที่ไตและกรวยไตจนขาดเป็นแผลมีเลือดออกมากับน้ำปัสสาวะ ปัสสาวะเป็นเลือด แต่ถ้ามีการอุดกั้นเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ผู้ป่วยจะมีการปวดมากจนคั้น (colicky pain) ปวดที่สีข้างหรือด้านหลังและอาจปวดร้าวลงมาที่อวัยวะสืบพันธุ์หรือหน้าขา การตรวจร่างกายมักจะกดเจ็บบริเวณไตข้างที่มีน้ำ ในรายที่เป็นเรื้อรังมักมีไตบวม (hydronephrosis) อาจคลำพบบ่อนได้เมื่อการอุดกั้นยังไม่ได้รับการแก้ไข เนื้อไตและเนื้อกรวยไตถูกกดจึงขาดเลือดเฉพาะที่ไตและกรวยไตจึงเกิดการอักเสบ มีไข้สูง หนาวสั่น ติดเชื้อได้ง่าย ปัสสาวะออกน้อย ไม่มีน้ำปัสสาวะ ท้องอืดแน่นอึดอัด คลื่นไส้อาเจียนเบื่ออาหาร

5.4 การรักษาในไต

หลักการรักษาในทางเดินปัสสาวะ คือ การหาวิธีการกำจัดน้ำออกด้วยวิธีหนึ่งวิธีใดที่ปลอดภัย ทั้งนี้ขึ้นกับตำแหน่งและขนาดของก้อนน้ำ ซึ่งแบ่งการรักษาออกเป็น 2 วิธี ดังนี้ (จัชวาล วงศ์สารี, 2559)

5.4.1 การรักษาด้วยอายุรศาสตร์ น้ำที่มีขนาดเล็กที่มีเส้นผ่าศูนย์กลางน้อยกว่า 1 เซนติเมตร น้ำสามารถออกเองได้ การรักษาที่ดีที่สุดควรดื่มน้ำให้เพียงพอประมาณ 3,000 มิลลิลิตรต่อวัน การให้ยาละลายนิ่วตามชนิดของนิ่ว เช่น การให้ยาในผู้ป่วยที่มีนิ่วแคลเซียม อาจจะได้รับยาประเภทไทอาไซด์ (Thiazide) เพื่อขับปัสสาวะและลดระดับแคลเซียมในปัสสาวะ ถ้าในกรณีที่นิ่วกรดยูริกสูง ต้องได้รับยาประเภทอัลโลพูรินอล (Allopurinol) เพื่อปรับภาวะปัสสาวะให้เป็นด่างป้องกันการเกิดภาวะนิ่วยูริกได้

5.4.2 การรักษาทางด้านการผ่าตัด

การผ่าตัดมักเป็นวิธีแรกที่ใช้รักษาในรายที่มีนิ่วขนาดใหญ่ที่อุดตันทำให้ไตบวม และมีการอักเสบติดเชื้อร่วมด้วย การผ่าตัดมีหลายวิธี เช่น

1) *Pyelolithotomy* เป็นการผ่าตัดกรวยไตเอาน้ำในไตออก โดยผ่าเปิดบริเวณสีข้างเข้าไปที่กรวยไต (renal pelvis) มีข้อบ่งชี้หลักคือน้ำที่กรวยไตที่ไม่สามารถรักษาโดยใช้วิธีการสลายนิ่วหรือการผ่าตัดโดยใช้กล้องส่องได้ นอกจากนี้ยังมีข้อบ่งชี้เรื่องของนิ่วที่กรวยไตที่มีความผิดปกติของกายวิภาคของไตร่วมด้วย ข้อดีของการผ่าตัดวิธีนี้จะสามารถหลีกเลี่ยงการทำลายเนื้อไตเพราะเนื่องจากสามารถเอาน้ำออกทางกรวยไตได้

2) *Nephrolithotomy (ANL)* เป็นการผ่าตัดเข้าไปที่ไตโดยเปิดเข้าทางสีข้างเข้าไปที่ไต ผ่าไตตามยาวเป็น 2 ซีก เท่ากันและสับนิ่วออก เป็นการผ่าตัดเปิดครั้งเดียวสามารถนำเอาน้ำออกได้หมดโดยที่ผู้ป่วยจะมีความปลอดภัยมากกว่าการรักษาโดยการสลายนิ่วหรือการผ่าตัดนิ่วโดยใช้กล้องส่องซึ่งจะต้องทำหลายครั้ง นอกจากนี้ข้อบ่งชี้อื่นยังมีเรื่องของไตที่มีความผิดปกติของกายวิภาคและในผู้ป่วยที่มีข้อห้ามการรักษาด้วยการสลายนิ่วหรือเจาะนิ่ว

3) *Nephrectomy* เป็นการผ่าตัดไตในกรณีไตสูญเสียหน้าที่ เมื่อมีการอุดตันอยู่นานจนไตข้างนั้นใช้การไม่ได้แล้วอาจเป็นแบบตัดไตออกบางส่วน หรือตัดไตข้างหนึ่งออกทั้งหมด ซึ่งการรักษาไตไว้นั้นอาจไม่คุ้มค่ากับความยากลำบากและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น การตัดไตออกจึงมีความเหมาะสมมากกว่า

4) *Percutaneous nephrolithotripsy (PCNL)* เป็นการผ่าตัดนิ่วโดยใช้กล้องส่อง การเจาะผ่านผิวหนังเข้าสู่ไตเปิดแผลเล็ก ๆ บริเวณซี่ข้างไล่ท่อเล็ก ๆ ที่ติดกล้องส่องผ่านเข้าไปเพื่อขบนิ่วให้แตก ใช้เมื่อนิ่วมีก้อนใหญ่ไม่สามารถสลายนิ่วได้หรือใช้ในผู้ป่วยที่มีนิ่ว cystine ขอบ่งชี้ในการรักษา คือ นิ่วในไตมีขนาดใหญ่มากกว่า 2 เซนติเมตร นิ่วที่รักษาโดยวิธีสลายนิ่วไม่สำเร็จ นิ่วที่มีภาวะอุดตันร่วมด้วย ซึ่งสามารถแก้ไขภาวะอุดตันโดยวิธีส่องกล้องขณะทำการเอานิ่วออก (บรรณกิจ โลจนาภิวัฒน์, 2558) ภาวะแทรกซ้อนเกิดได้ เช่น มีแผลแต่ไม่ทำลายหน้าที่ไต มีเลือดออกหลังการรักษา มีไข้และการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ อาจเกิดภาวะน้ำเกิน ต้องระวังในผู้ป่วยโรคหัวใจ อาจมีผลภาวะบาดเจ็บต่ออวัยวะข้างเคียง เช่น หน้าอก, ช่องท้อง

5) *Extracorporeal shock wave lithotripsy (ESWL)* เป็นการสลายนิ่ว โดยอาศัยพลังงานคลื่นเสียงความถี่สูงวิ่งผ่านน้ำ เล็งเข้าที่นิ่วคลื่นจะกระทบนิ่วแตกละเอียด และร่อนสลายนิ่วหลุดออกมาทางปัสสาวะ ใช้ในผู้ป่วยที่มีนิ่วในไตหรือท่อไตส่วนบน ขอบ่งชี้ในการรักษาโดยวิธีสลายนิ่วคือนิ่วที่มีขนาดเล็กกว่าหรือเท่ากับ 2 เซนติเมตร อัตราความสำเร็จร้อยละ 70-90 ภาวะข้างเคียงหลังสลายนิ่ว อาจเกิดภาวะ Stoneshock มีผลทำให้เกิดภาวะอุดตันบริเวณท่อไต อาจทำให้ผู้ป่วยมีไข้และอาการปวดร่วมด้วย มีเลือดออกหลังการสลายนิ่ว ซึ่งแพทย์จะงดการให้ยาละลายลิ่มเลือดหรือยาในกลุ่ม NSAID อย่างน้อย 7 วันก่อนสลายนิ่ว อาจมีรอยฟกช้ำบริเวณที่ถูกคลื่นกระแทกบริเวณเอวหรือท้อง ภาวะบาดเจ็บต่อไตและอวัยวะข้างเคียง เช่น เกิดภาวะเลือดออกในไตหรือรอบไต ซึ่งรวมถึงภาวะบาดเจ็บต่อชายปอด ตับอ่อน และลำไส้ เป็นต้น (บรรณกิจ โลจนาภิวัฒน์, 2558) บางครั้งนิ่วแตกไม่หมดต้องกลับมาสลายนิ่ว

การรักษาโรคนิ่วในไต เป้าหมายสำคัญ คือการกำจัดก้อนนิ่วออกให้หมด ด้วยวิธีการต่างๆ และการป้องกันการเกิดนิ่วซ้ำ โรคนิ่วในไตสามารถรักษาได้หลายวิธีซึ่งควรควบคู่กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเอง เพื่อลดการเกิดนิ่วซ้ำและมีสุขภาพที่ดี

5.5 หลักการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วไต

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วไต ควรเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ามารับรักษาจนกระทั่งจำหน่าย โดยมีกิจกรรมการพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัดดังนี้

5.5.1 *การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด* ซึ่งจะเริ่มตั้งแต่วันแรกที่ผู้ป่วยเข้ามานอนในโรงพยาบาล ซึ่งระยะนี้ผู้ป่วยจะไม่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อต้องได้รับการ

ผ่าตัด ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยอาจจะไม่ได้รับการสอนอย่างมีแบบแผน หรือได้รับการสอนบ้างแต่สอนไม่ครบถ้วน ผลของการขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตน ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลและปฏิบัติตนไม่ถูกต้องทั้งก่อนและหลังผ่าตัด และหลังผ่าตัดอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ง่าย ซึ่งการพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัดนี้พยาบาลจะต้องให้การดูแลเพื่อลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับสภาพความเจ็บป่วย ลดความไม่สุขสบายของร่างกาย ลดความเจ็บปวด ป้องกันภาวะเสี่ยงการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ รวมทั้งการให้ความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด

5.5.2 การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด ผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก เลี่ยงต่อการอุดตันระบบทางเดินหายใจหรือการหายใจไม่พอเพียงเกิดภาวะลมปอดแฟบหรือภาวะช็อกจากการเสียเลือดหลังผ่าตัด ผู้ป่วยจะมีอาการไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด และในระยะ 24 ชั่วโมงขึ้นไปผู้ป่วยจะเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดหรือการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ อาจพบภาวะลมแฟบได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยที่กลับบ้านถ้าขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด อาจเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น มีไข้ ปัสสาวะเป็นเลือด แผลผ่าตัดติดเชื้อและมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นนิ่วทางเดินปัสสาวะซ้ำได้ ซึ่งพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนี้ใด จะต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค ตลอดจนคำนึงถึงปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยสามารถให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ตระหนักถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยหายจากโรค และสามารถกลับไปดำรงชีวิตตามปกติได้โดยเร็ว

พยาบาลควรมีหลักการที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ดังนี้ (ชัชวาล วงศ์สารี, 2559)

- 1) การเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้ามารับการรักษาด้วยวิธีต่างๆทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งโดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะได้รับการตรวจและรักษาตามแพทย์นัด
- 2) อธิบายและให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา ขั้นตอนการเตรียมทำผ่าตัด โดยทั่วไปและการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดที่เหมาะสม
- 3) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการระบายปัสสาวะจากทางสายต่างๆที่เหมาะสม โดยยึดหลักปราศจากเชื้อ เช่น การมีสายยางระบายน้ำปัสสาวะจากกรวยไต จากกระเพาะปัสสาวะ เป็นต้น และป้องกันการอุดตันจากการระบายสายยางเหล่านี้ด้วย
- 4) ดูแลและป้องกันภาวะตกเลือดหลังผ่าตัด โดยการสังเกตบาดแผล ท่อระบายสายสวนปัสสาวะที่คาไว้ บันทึกสัญญาณชีพเป็นระยะเพื่อประเมินอาการบ่งชี้ถึงอาการแสดงของภาวะตกเลือด

5) บันทึกจำนวนสารน้ำที่ได้รับและที่ขับออกจากร่างกายในแต่ละวันและแต่ละวันและบันทึกลักษณะของน้ำปัสสาวะที่มองเห็นได้ชัดเจน เช่น ปัสสาวะขุ่นมีหนอง มีตะกอน มีเลือดปน เป็นต้น

6) การดูแลเกี่ยวกับบาดแผลเพื่อป้องกันและลดการติดเชื้อโดยเฉพาะบาดแผลที่มีเลือดและน้ำปัสสาวะซึมออกมาอยู่ตลอดเวลา จะต้องหมั่นทำความสะอาดแผลอยู่เสมอ ทั้งนี้ควรปรึกษาและทำความเข้าใจกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่ร่วมรักษาอย่างต่อเนื่อง

7) การลดความเจ็บปวดหลังผ่าตัด และอาการปวดจากการมีปัสสาวะคั่งค้าง ควรหาสาเหตุและแก้ไข ควรรายงานแพทย์ถ้ามีปัสสาวะออกเป็นเลือดมากและมีลักษณะลิ่มเลือดอุดตันในทางเดินปัสสาวะหรือสายยางระบายปัสสาวะ

8) การกระตุ้นให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพโดยเร็วโดยเฉพาะการฝึกไอและหายใจเข้าออกลึกๆ ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดโดยเฉพาะแผลผ่าตัดบริเวณสีข้างซึ่งจะใกล้เคียงกับตำแหน่งของกระบังลม อาจทำให้ประสิทธิภาพในการหายใจลดลง เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดแฟบ ปอดบวม ได้ง่าย

9) กระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำอย่างน้อย 3,000 ซีซีต่อวัน ถ้าไม่มีข้อจำกัดเพื่อให้พลาสมาในโกลเมอรูลัสที่จะถูกกรองออกเป็นน้ำปัสสาวะเจือจางลง ไตสามารถกรองสารต่างๆ ได้ง่ายขึ้นและเป็นการเพิ่มปริมาณน้ำปัสสาวะเพื่อชะล้างเศษเนื้อที่ตกค้างออกมา

หลักการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดนี้ในไตเพื่อให้ปลอดภัยจากภาวะการกลั่นเป็นนิ่วซ้ำ

โรคนี้ในทางเดินปัสสาวะยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่นอน ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญในการป้องกันโรค คือการเฝ้าระวังและควบคุมโรคนี้แต่หากไม่มีการกระทำให้เห็นเป็นรูปธรรม ผู้ป่วยอาจมีโอกาสเกิดเป็นซ้ำได้อีก พยาบาลจึงควรได้ให้คำแนะนำเพื่อป้องกันการเป็นซ้ำซ้ำดังนี้

1. บอกให้ทราบถึงโอกาสที่เกิดโรคนี้ซ้ำได้อีก ต้องดื่มน้ำให้เพียงพอทุกวัน ดื่มน้ำมากกว่า 8 แก้วต่อวัน ดื่มกระจายตลอดวันจะช่วยลดภาวะอึดตัวของสารก่อนนี้ (สุพจน์ รัชชานนท์; ปิยะรัตน์ โดสุโขวงศ์, 2558) เพื่อให้มีปัสสาวะออกมามากๆ ป้องกันระดับของสารก่อนนี้ในปัสสาวะสูงเกินไปหรือถ้าเป็นก้อนเล็กๆ ก็จะหลุดออกมาได้

2. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับอาการ และอาการแสดงของการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะซึ่งเกิดจากก้อนนี้อุดตันเพื่อรับการรักษา เช่น ปวดท้องหรือปวดหลัง ปัสสาวะบ่อย แสบ ขัด ปัสสาวะมีเลือดปน มีไข้สูง

3. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงความสำคัญของอาหารและแนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารให้ครบทั้ง 5 หมู่ ควรบริโภคอาหารในสัดส่วนที่เหมาะสมจะช่วยลดสารก่อและเพิ่มสาร

ยับยั้งนี้ว คือ คาร์โบไฮเดรต:ไขมัน:โปรตีน ร้อยละ 45-60:15-30:10-20 ตามลำดับ (สุพจน์ รัชชานนท์, ปิยะรัตน์ โดสุโขวงศ์, 2558) การควบคุมอาหารเป็นสิ่งสำคัญ ประกอบด้วย

1. ลดอาหารโปรตีน พบว่าประชากรที่รับประทานอาหารที่มีโปรตีนมาก มีโอกาสเป็นนิ่วมากขึ้น โดยเกิดจากกลไกที่มีการขับ calcium, uric acid และ oxalate ในน้ำปัสสาวะเพิ่มขึ้น
2. ลดอาหารประเภท sodium สูง เนื่องจากอาหารที่มีโซเดียมสูง มีผลทำให้เกิดการตกตะกอนเกลือแคลเซียมในน้ำปัสสาวะเพิ่มขึ้น การลดอาหารที่มีโปรตีนและแคลเซียมสูงมีผลให้การเกิดนิ่วลดลงร้อยละ 50
3. ลดอาหารที่มี oxalate สูง ร้อยละ 10 ถึงร้อยละ 15 ของ oxalate ในน้ำปัสสาวะมาจากอาหารที่รับประทาน การลดอาหารที่มี oxalate สูงอาจมีผลให้ oxalate ในน้ำปัสสาวะลดลง
4. ลดภาวะโรคอ้วนและภาวะ metabolic syndrome ผู้ป่วยโรคอ้วนที่มีค่า BMI สูงจะมีโอกาสเกิดนิ่วในระบบปัสสาวะเพิ่มขึ้น โดยพบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย ผู้ป่วย metabolic syndrome มีผลให้น้ำปัสสาวะมีค่า pH เป็นกรดซึ่งมีผลให้เกิดนิ่ว Uric acid เพิ่มขึ้น (บรรณกิจ โลจนาภิวัฒน์, 2558)
5. แนะนำถึงวิธีการใช้ยาบางประเภท เพื่อขับปัสสาวะและลดระดับสารก่อนิ่วในปัสสาวะ เช่น ผู้ป่วยที่มีนิ่วแคลเซียม อาจจะได้รับยาประเภทไทอาไซด์ (Thiazide) เพื่อขับปัสสาวะและลดระดับแคลเซียมในปัสสาวะถ้ามีกรดยูริกสูง ต้องได้รับยาประเภทอัลโลพิวรินอล (allopurinol) และยาที่ทำให้ปัสสาวะเป็นด่าง ถ้าเคยเป็นนิ่วเขากวางและถ้ามีการอักเสบติดเชื้อทางเดินปัสสาวะอธิบายให้ผู้ป่วยเห็นความจำเป็นที่ต้องรับประทานยาปฏิชีวนะ ตามแผนการรักษา
6. แนะนำผู้ป่วยให้มีการออกกำลังกายตามความเหมาะสม ควรออกกำลังกายอย่างน้อย 20-30 นาทีทุกวัน เช่น การเดิน โยคะ ชีงกง เพื่อป้องกันการตกตะกอนจับตัวเป็นก้อนนิ่ว โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่ต้องนอนกับเตียงนาน ๆ ต้องพยายามเปลี่ยนท่าบ่อย ๆ
7. การผ่อนคลายความเครียด ประมาณวันละ 30 นาที ด้วยวิธีต่างๆ ได้แก่ นั่งสมาธิ สวดมนต์ ฟังเพลง ใจๆทางช่องท้องช่วยควบคุมความดันโลหิต ลดสารก่อนิ่ว และการเสื่อมของไต
8. เมื่อกลับไปอยู่บ้านแนะนำให้ผู้ป่วยไม่ควรทำงานหนักหรือยกของหนัก หลีกเลี่ยงการเดินทางไกล นั่งรถกระแทกหรือขับรถจักรยานยนต์ อย่างน้อย 6 สัปดาห์ ภายหลังทำการผ่าตัด
9. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงความจำเป็นที่ต้องสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ ก่อนวันนัด เช่น อาการอ่อนเพลีย มีไข้สูง ปวดบริเวณแผลผ่าตัด แผลเป็นหนองหรือมีกลิ่นเหม็น ปัสสาวะแสบขัด น้ำปัสสาวะมีสีเหลืองขุ่นหรือเป็นสีแดง และน้ำปัสสาวะออกน้อย เป็นต้น
10. อธิบายให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการมาพบแพทย์ตามนัด เพื่อตรวจสอบสุขภาพและแผลผ่าตัด

11.การจัดการสิ่งแวดล้อมควรจัดพื้นที่บ้านเรือนให้สะอาด มีความเป็นระเบียบเรียบร้อย เพื่อให้ถูกสุขอนามัย ป้องกันการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ระวังอย่าให้แผลถูกน้ำและห้ามแกะเกาแผล

12. ดื่มน้ำผลไม้อย่างน้อย 2 ชนิดต่อวัน เช่น น้ำมะนาวเข้มข้น น้ำส้ม จะช่วยเพิ่มสารยับยั้งการเกิดนิ่ว

13. บริโภคอาหารจำพวกผัก ธัญพืช และผลไม้ อุดมด้วยวิตามินซีอาหารและแร่ธาตุที่ช่วยยับยั้งการเกิดนิ่ว

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีงานวิจัยจำนวนมากศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนา รูปแบบการวางแผนจำหน่าย แต่มีงานวิจัยไม่มากนัก พัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยโรคนี้ในไต ดังนี้

จงจิตร ทองเครือ (2546) ได้ศึกษาการพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยโรคนี้ในไตในโรงพยาบาลขอนแก่น ซึ่งเป็นการศึกษาอิสระมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยโรคนี้ในไตในโรงพยาบาลขอนแก่น ประชากรที่ศึกษาได้แก่ ทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 14 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แผนการดูแล แบบบันทึกการประเมินผลลัพธ์ และคู่มือความรู้สำหรับผู้ป่วยโรคนี้ในไต ขั้นตอนการพัฒนาประกอบด้วย การสร้างทีมสหสาขาวิชาชีพ การเลือกกลุ่มโรคที่จะสร้างแผนการดูแล การประชุมทีม ผลการศึกษาพบว่า ได้แผนการดูแลผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และได้รับการผ่าตัดด้วยวิธี Anatomic Nephrolithotomy ซึ่งประกอบด้วย การประเมินสภาพ การบำบัดรักษา ปฏิบัติการพยาบาล การให้ยา การให้อาหาร กิจกรรมการเคลื่อนไหว การให้สุขศึกษาการวางแผนจำหน่ายและแบบประเมินผลลัพธ์ในแต่ละวัน

วลลัทธิษณ์ คานูจิต (2550) ได้ศึกษาการพัฒนาการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในไตของโรงพยาบาลเลย ซึ่งเป็นการศึกษาอิสระมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในไตในหอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ โรงพยาบาลเลยกลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยนิ่วในไตและญาติจำนวน 10 คน พยาบาลจำนวน 13 คน ทีมสหสาขาวิชาชีพจำนวน 5 คน ขั้นตอนการดำเนินการศึกษามี 4 ขั้นตอนคือ 1. การประเมินและวินิจฉัยปัญหา 2. การวางแผน 3. การลงมือปฏิบัติ 4. การประเมินผล ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยขาดความรู้ในเรื่องโรค การรักษา และการดูแลตนเอง ส่วนพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพพบว่ามีปัญหาและอุปสรรคหลายประการเกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในไต เช่น ไม่มีแนวทางการวางแผนจำหน่าย ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยไม่

เพียงพอ เนื่องจากภาระงานมาก มีการทำงานซ้ำซ้อนและเจ้าหน้าที่ไม่ใส่ใจในการวางแผนจำหน่าย หลังจากได้มีการพัฒนาการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยผ่าตัดนิ้วในไตโดยการมีส่วนร่วมของพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งผลของการดำเนินงานพบว่าได้มีการพัฒนาแนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย แผนผังการทำงานเป็นทีม แบบบันทึกการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยนิ้วในไต เอกสารให้คำแนะนำการจำหน่ายผู้ป่วยผ่าตัดนิ้วในไตและใบส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง จากการประเมินผลการดำเนินงานตามแผนพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้ในเรื่องโรคนี้ การรักษา และการปฏิบัติตัว คิดเป็นร้อยละ 90-100 และมีความพึงพอใจต่อการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 80 ส่วนความคิดเห็นต่อการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยผ่าตัดนิ้วในไตของพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพพบว่าเห็นด้วยในระดับมาก ($X=23.00$, $SD=1.414$) นอกจากนี้ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด สามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลภายใน 10 วันหลังการจำหน่าย รวมทั้งพบว่าการรักษาพยาบาลลดลง ซึ่งผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยนิ้วในไตมีประโยชน์สำหรับผู้ป่วยเพราะว่าช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้มากขึ้นและมีการดูแลตนเองที่เหมาะสม นอกจากนี้ยังทำให้พยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพมีแนวทางในการปฏิบัติซึ่งนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ดีขึ้น

ศุภัญญา พลอาทิตย์ (2553) ได้ศึกษาการพัฒนาการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยผ่าตัดนิ้วในไต ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ซึ่งเป็นการศึกษาอิสระ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยผ่าตัดนิ้วในไตของหอผู้ป่วยศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยผ่าตัดนิ้วในไตรายใหม่ จำนวน 10 คน และพยาบาลจำนวน 10 คน มีขั้นตอนการพัฒนา 3 ขั้นตอนคือ 1. ขั้นเตรียมการ 2. ขั้นดำเนินการ 3. ขั้นประเมินผล ผลการศึกษามี ดังนี้ ได้แนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยผ่าตัดนิ้วในไต โดยกำหนดกิจกรรมการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดนิ้วในไตตามรูปแบบ D-M-E-T-H-O-D จัดทำคู่มือความรู้เรื่องโรคนี้ในไตและการปฏิบัติของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ้วในไต ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามแผนการจำหน่ายผู้ป่วยและมีความรู้หลังการวางแผนจำหน่ายเพิ่มมากขึ้น คิดเป็นร้อยละ 100 และมีความพึงพอใจในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 100 จัดทำแผนการสอนหลังผ่าตัดนิ้วในไต เรื่องความรู้โรคนี้ในไตและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ้วในไต พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่เห็นด้วยกับแนวทางปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยผ่าตัดนิ้วในไต และการนำคู่มือความรู้เรื่องโรคนี้ในไตและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ้วในไตมีความเหมาะสมที่จะนำมาใช้ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยผ่าตัดนิ้วในไต ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยผ่าตัดนิ้วในไตสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้น พร้อมทั้งทำให้เกิดความพึงพอใจที่เข้ารับบริการใน

โรงพยาบาลร้อยเอ็ดและพยาบาลมีแนวทางในการปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายซึ่งนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ดีขึ้น

เสาวนีย์ โสนบุญ (2554) ได้ศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดนิ้วโป้งแบบเปิด ณ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดนิ้วโป้งแบบเปิดกรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาคือ ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคนิ้วโป้งที่เข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดแบบเปิดที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 74 คนแบ่งออกเป็นกลุ่มควบคุม 37 คนและกลุ่มทดลอง 37 คน การเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด กลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดนิ้วโป้งในแบบเปิด ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดนิ้วโป้งแบบเปิดกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองโดยรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และค่าเฉลี่ยพฤติกรรมรายด้าน ซึ่งประกอบด้วย ด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป การดูแลตนเองตามพัฒนาการ และการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ผลการวิจัยสนับสนุนทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มที่ว่าระบบการพยาบาลมีความสำคัญต่อการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล ซึ่งพยาบาลเป็นผู้ให้ข้อมูลความรู้ที่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย ชี้นำและสนับสนุนให้ผู้ป่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีและเหมาะสมต่อไป

Doan (2014) ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของคนเวียดนามกลับการเกิดนิ้วในโตซ้ำในผู้ป่วยหลังผ่าตัดนิ้วในโตโดยการสำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหารและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหารกับการเกิดนิ้วในโตซ้ำในผู้ป่วยหลังผ่าตัดนิ้วในโตพบว่าการได้รับข้อมูลการดูแลตนเองเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร การประกอบอาหารและประโยชน์ของอาหารในพฤติกรรมการบริโภคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารซึ่งเสนอแนะควรมีการวางแผนจำหน่ายสนับสนุนให้ความรู้เรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านเพื่อป้องกันการเกิดนิ้วซ้ำ ให้คำปรึกษาเรื่องอาหาร การประกอบอาหาร ประโยชน์ของอาหารเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

Rokaia F. Mohammed (2015) ได้ศึกษาถึงผลกระทบของโปรแกรมการให้ความรู้ในผู้ป่วยสูงอายุที่ทำสลายนิ้วต่อการหมดไปของนิ้ว โดยแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มควบคุม 56 ราย กลุ่มทดลอง 56 ราย พบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและมีความแตกต่างระหว่าง 2 กลุ่มในการหลุดของนิ้ว ซึ่งได้เสนอแนะควรมีการจัดโปรแกรมการให้ความรู้ในการดูแลตนเองเรื่องการป้องกันการเกิดนิ้วซ้ำให้เป็นระบบที่ชัดเจนมีการวัดความรู้และติดตามการเกิดนิ้วซ้ำ

จากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยพบว่ามีงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่าย ในผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่นๆ ดังนี้

Naylor & McCauley (1999) ได้ทำการศึกษาผลของการวางแผนจำหน่ายและการติดตามเยี่ยมต่อบ้านในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาดูแลในโรงพยาบาลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวโดยรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยจำนวน 202 รายที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปซึ่งเข้ารับการรักษาดูแลในโรงพยาบาลและได้รับการวินิจฉัยโรคในกลุ่มโรคหัวใจวายกล้ามเนื้อหัวใจตายและได้รับการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจหรือเปลี่ยนลิ้นหัวใจแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับการดูแลโดยใช้กระบวนการวางแผนจำหน่ายและติดตามเยี่ยมบ้านโดยพยาบาลเฉพาะทางเป็นเวลา 4 สัปดาห์หลังจำหน่าย ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีอัตราการเข้ารับการรักษาน้อยกว่ากลุ่มควบคุมและมีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลลดลง ประโยชน์ของการวางแผนจำหน่ายโดยเน้นความร่วมมือ การประสานงานและการติดตามเยี่ยมบ้านโดยโทรศัพท์และการเยี่ยมบ้านของพยาบาลเฉพาะทาง

สุวรรณ นาควิธราษฎร์ (2546) ได้ศึกษารูปแบบการวางแผนจำหน่ายมารดาและทารกคลอดปกติในโรงพยาบาลชุมชนซึ่งเป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายมารดาและทารกคลอดปกติในโรงพยาบาลชุมชนการดำเนินการวิจัยมี 4 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นศึกษาค้นคว้า 2) ขั้นพัฒนารูปแบบ 3) ขั้นทดสอบรูปแบบ 4) ขั้นปรับปรุงรูปแบบ กลุ่มตัวอย่างคือมารดาหลังคลอดปกติที่เข้ารับบริการที่แผนกหลังคลอดโรงพยาบาลพนัสนิคมจังหวัดชลบุรีจำนวน 30 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 15 คนและกลุ่มควบคุมจำนวน 15 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 3 ชุด คือ 1)แบบประเมินความรู้ในการดูแลตนเองและการดูแลบุตรของมารดาหลังคลอดปกติ 2)แบบวัดความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลของมารดาหลังคลอดปกติ 3) แบบบันทึกการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของมารดาและทารกหลังคลอดปกติ ผลการวิจัยพบว่า มารดาหลังคลอดปกติที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีค่าเฉลี่ยของความรู้ในการดูแลตนเองและการดูแลบุตรสูงกว่ามารดาที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่.05 มารดาหลังคลอดปกติที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีค่าเฉลี่ย

ความพึงพอใจต่อการพยาบาลสูงกว่ามารดาที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 มารดาหลังคลอดปกติได้รับการวางแผนจำหน่ายตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีจำนวนการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล น้อยกว่าของมารดาและทารกหลังคลอดปกติที่ได้รับการวางแผนการจำหน่ายตามปกติ

ณัฐจิรา แซ่เต้ (2551) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อความสามารถในการจัดการอาการหอบเหนื่อยพลันของผู้ป่วยโรคหืด ที่มารับบริการแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินภายใต้เหตุการณ์ความไม่สงบของพื้นที่ชายแดนภาคใต้ซึ่งเป็นการวิจัยกึ่งทดลองโดยใช้รูปแบบ M-E-T-H-O-D เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการจัดการอาการหอบเหนื่อยพลันของผู้ป่วยโรคหืดระหว่างกลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลเพื่อเตรียมจำหน่ายตามปกติและเปรียบเทียบการกลับมารักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง ผลการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการจัดการอาการหอบเหนื่อยพลันของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลเพื่อเตรียมจำหน่ายตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และร้อยละของการกลับมามาตรวจรักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมงของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลเพื่อเตรียมจำหน่ายตามปกติ การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยอย่างเป็นระบบมีความสำคัญต่อการปฏิบัติการพยาบาล

โสธรา ชุมนุ้ย, อนุญา เข้มวัง, และธนรัตน์ ไชยโสภณ. (2552) ได้ศึกษาผลการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวานใน โรงพยาบาลร่งคำ อำเภอร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานและเพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายด้านความรู้การดูแลตนเอง ความพึงพอใจต่อการพยาบาล ระยะเวลาอนโรงพยาบาล ค่าใช้จ่าย การกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายหลังการจำหน่ายของผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่รับนอนโรงพยาบาล ผลการศึกษพบว่าได้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวาน 4 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 การประเมินปัญหาและความต้องการการดูแลภายหลังการจำหน่าย ขั้นตอนที่ 2 การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ขั้นตอนที่ 3 การปฏิบัติตามแผนการจำหน่ายและประเมินผล ขั้นตอนที่ 4 การดูแลต่อเนื่องที่บ้านและผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการจำหน่ายพบว่าผู้ป่วยหลังใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายมีคะแนนความคิดเห็นต่อการวางแผนการจำหน่ายสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าคะแนนความพึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับหลังใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าเฉลี่ยระยะเวลาอนโรงพยาบาล 3.58 วัน ค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ย 5,783 บาท ไม่พบผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน

วิศรา ศักดาจิระเจริญ (2553) ได้ศึกษาผลของการวางแผนจำหน่ายต่อพฤติกรรมการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดของมารดา ซึ่งเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดของมารดาในกลุ่มที่ได้รับการวางแผนการจำหน่ายกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือมารดาที่มีอายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์และทารกคลอดก่อนกำหนด จำนวน 40 คู่ โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คนและกลุ่มควบคุม 20 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แผนการจำหน่ายทารกคลอดก่อนกำหนดและแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดของมารดา ผลการวิจัยพบว่าพฤติกรรมการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดของมารดาในกลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

กันทิมา ขาวเหลือง (2554) ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายทารกคลอดก่อนกำหนดที่ส่งเสริมการดูแลอย่างต่อเนื่อง มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายทารกคลอดก่อนกำหนดที่ส่งเสริมการดูแลอย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี มีผู้เข้าร่วมวิจัย 25 คนประกอบด้วย ทีมสหสาขาวิชาชีพจำนวน 9 คน มารดาทารกคลอดก่อนกำหนด จำนวน 16 คน ผลการวิจัยพบว่า มารดาทารกคลอดก่อนกำหนดส่วนใหญ่มีความรู้ทักษะในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้น และมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่พัฒนาขึ้นในระดับดีมาก ส่วนความพึงพอใจโดยรวมต่อรูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่พัฒนาขึ้นของทีมสหสาขาวิชาชีพ พบว่ามีความพึงพอใจในระดับดีมาก

วรารักษ์ เขมโชติกร,สุกัญญา ศรีสง่า,และสุนทรีย์ ศิริพรอุดมศิลป์ (2555) ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ห่อผู้ป่วย หู คอ จมูก โรงพยาบาลบุรีรัมย์ เป็นการวิจัยและพัฒนา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ กลุ่มตัวอย่างได้แก่ 1) ผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอและผู้ดูแลจำนวน 33 คู่ 2) ทีมสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัดและโภชนาการ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ แบบประเมินการวางแผนจำหน่ายและความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล สมุดภาพเรื่องการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ การให้อาหารทางสายยาง หุ่นโมเดลเจาะคอ แบบบันทึกการกลับมาได้รับการรักษาซ้ำ ผลการทดลองพบว่าได้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายประกอบด้วย 1)ทีมสุขภาพได้แก่แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัดและโภชนาการ 2) กลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นผู้รับบริการ 3)มีสื่อ คือสมุดภาพ หุ่นโมเดลเจาะคอ 2. กระบวนการวางแผนจำหน่ายประกอบไปด้วย 3 ระยะคือระยะที่1การพัฒนาความสามารถโดยการเตรียมผู้ป่วยและผู้ดูแลด้วยการให้ความรู้ประกอบสมุดภาพ หุ่น โมเดลเจาะคอ ระยะที่ 2 พัฒนาทักษะโดยการสาธิตและร่วมฝึกปฏิบัติทุกวันจนจำหน่าย ระยะที่ 3 มีทักษะในการดูแลผู้ป่วยมีระบบการส่งต่อ 3. ผลลัพธ์ขณะอยู่

โรงพยาบาลผู้ดูแลสามารถปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเจาะคอและหรือให้อาหารทางสายยางได้ถูกต้อง ร้อยละ 100 แต่เมื่อติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์พบว่าผู้ดูแลสามารถปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเจาะคอได้ ถูกต้องร้อยละ 92.9 และให้อาหารทางสายยางได้ถูกต้องร้อยละ 90 อัตราการกลับมาได้รับการรักษาซ้ำ ร้อยละ 3.0 โดยผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่พัฒนาขึ้นมีอัตราการ กลับมาได้รับการรักษาซ้ำน้อยกว่าการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .001

พลสุข จันทโรคร (2556) ได้ศึกษา การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย บาดเจ็บศีรษะ ซึ่งเป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะและศึกษาผลการพัฒนาต่อความรู้ ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ และความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจำนวน 20 คน ผู้ดูแลจำนวน 20 คน และบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 8 คน ขั้นตอนการพัฒนา ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) วิเคราะห์สภาพเดิมของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ 2) พัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขา วิชาชีพ 3) ประยุกต์ใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ 4) ประเมินผล ผลการวิจัย พบว่าหลังการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ดูแลมีค่าคะแนนความรู้เกี่ยวกับการบาดเจ็บศีรษะ สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ในด้านความสามารถในการดูแลผู้ป่วยภายหลังติดตาม 30 วัน พบว่ามีค่าคะแนนความสามารถเพิ่มสูงกว่าก่อนจำหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะและผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยในระดับมาก ที่สุด (ร้อยละ 98.9) และไม่พบการกลับมาอนเข้าภายใน 28 วัน ผลการวิจัยแสดงให้เห็นถึงการ กำหนดรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย โดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ สามารถ พัฒนาความรู้และทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

รัตนภรณ์ แซ่ลิ่ม, นงลักษณ์ ว่องวิญพงศ์, และสุจิต ไตรประคอง. (2556) ได้ศึกษา ประสิทธิภาพของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วย โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อความรู้และ พฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันในโรงพยาบาลสงขลา นครินทร์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันจำนวน 50 คน แบ่งเป็นกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุมเท่าๆ กัน เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินวิจัยได้แก่ โปรแกรมการวางแผน จำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันซึ่งประกอบด้วย คู่มือการดูแลตนเองสำหรับ ผู้ป่วยและคู่มือการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสำหรับพยาบาลตามรูปแบบการวางแผนจำหน่าย D-M-E-

T-H-O-D ผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการทดลองของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

สมจิตต์ อุทยานสุทธิ (2556) ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการวางแผนการจำหน่ายทารกเกิดก่อนกำหนด โรงพยาบาลตำรวจ ซึ่งเป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายทารกเกิดก่อนกำหนด โรงพยาบาลตำรวจและศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการวางแผนจำหน่ายทารกเกิดก่อนกำหนด มีการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจงคือพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด ในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดมีปัญหาและไอซียูกุมารจำนวน 10 คน มารดาที่คลอดทารกก่อนกำหนด 10 คน ทารกเกิดก่อนกำหนด 13 คน ผลการวิจัยสรุปได้ว่า 1) ผลการเปรียบเทียบความรู้พยาบาลก่อนและหลังอบรมเรื่องการวางแผนจำหน่ายทารกเกิดก่อนกำหนด แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 2) ความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับประสิทธิผลของรูปแบบก่อนและหลังทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.5 3) ความคิดเห็นของมารดาเกี่ยวกับประสิทธิผลของรูปแบบอยู่ในระดับมาก สิ่งที่มารดาได้รับการสอนและฝึกทักษะมากที่สุดคือการให้นมมารดาและการดูแลบุตรทั่วไป 4) ข้อมูลเชิงคุณภาพขณะอยู่โรงพยาบาล มารดาสามารถให้นมมารดา นวดสัมผัสทารกและทำแกงการูแร่ได้ทุกคนเมื่อจำหน่ายกลับบ้านมารดาให้นมมารดาต่อเนื่องทุกคน นวดสัมผัสทารกต่อ 3 คน ไม่มีมารดาทำแกงการูแร่ต่อ ด้านทารกไม่มีกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วันทารกมาตรวจตามนัดทุกราย ไม่มีทารกเป็นโรคจอตาคิดปกติในทารกคลอดก่อนกำหนด (ROP) ตรวจการได้ยินไม่ผ่าน 2 คน

เรวดี ศรีสุข (2558) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองและสภาวะสุขภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยใช้รูปแบบ D-M-E-T-H-O-D ต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองและสภาวะสุขภาพแบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 25 คนและกลุ่มควบคุมจำนวน 25 คน ผลการวิจัยสรุปได้ว่า ก่อนให้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายกับกลุ่มทดลองและให้การวางแผนจำหน่ายแบบปกติกับกลุ่มควบคุมมีคะแนนพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง และคะแนนภาวะสุขภาพแตกต่างกันอย่างไม่เป็นนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองหลังให้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายสูงกว่าก่อนการให้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายและมีคะแนนภาวะสุขภาพหลังให้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายดีกว่าก่อนการให้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองหลังให้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายสูงกว่ากลุ่มควบคุมและมีคะแนนภาวะสุขภาพหลังให้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ชนิษฐ์นาฏ จูริมาศ (2558) ได้ศึกษาผลของการวางแผนจำหน่ายต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลเสลภูมิ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เป็นการวิจัยแบบทดลองเบื้องต้น ชนิดศึกษา 1 กลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการวางแผนจำหน่ายและเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานก่อนและหลังได้รับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเสลภูมิจำนวน 30 ราย เครื่องมือที่ใช้ศึกษาเป็นแบบบันทึกการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตามรูปแบบ D-M-E-T-H-O-D และแบบวัดพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานหลังได้รับการวางแผนจำหน่ายไปแล้ว 3 เดือนมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับที่สูงขึ้นกว่าก่อนได้รับการวางแผนจำหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ผู้ป่วยโรคเบาหวานภายหลังได้รับการวางแผนจำหน่ายไปแล้ว 3 เดือนมีระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ที่ต่ำกว่าก่อนได้รับการวางแผนจำหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

โดยสรุปจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย จะเห็นได้ว่ามีงานวิจัยจำนวนมากที่ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่าย โดยมุ่งเน้นในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีการประสานความร่วมมือกันระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพ ผู้ป่วย และครอบครัว เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง การวางแผนจำหน่ายจึงเป็นสิ่งที่สำคัญในการช่วยพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกเริ่มผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยอาศัยความร่วมมือระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรทีมสุขภาพ โดยส่วนใหญ่จะประเมินผลของการวางแผนจำหน่ายในด้านความรู้ พฤติกรรม ความพึงพอใจของผู้ป่วย ระยะเวลาอนในโรงพยาบาล ค่ารักษาพยาบาล อัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล รูปแบบการวางแผนจำหน่ายมีความแตกต่างกันไปตามบริบทของแต่ละโรงพยาบาล ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยในฐานะหัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบปัสสาวะ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จึงสนใจที่จะพัฒนาและประเมินผลของรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในไตโดยผสมผสานแนวคิดการวางแผนจำหน่ายของแมคคีฮาน (McKeehan, 1981) และ กิจกรรมตามรูปแบบการวางแผนจำหน่าย D-M-E-T-H-O-D มาใช้ เพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุมและต่อเนื่องตั้งแต่แรกเริ่มผู้ป่วยจนผู้ป่วยกลับบ้าน ทำให้หอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบปัสสาวะมีรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในไตที่มีคุณภาพ มีกระบวนการวางแผนการจำหน่ายที่เป็นแนวทางเดียวกัน ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความสามารถในการดูแลตนเอง ช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการเกิดนิ่วในไตซ้ำ ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในบริการ