

การพัฒนารูปแบบบริการในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทุกระยะแบบครบวงจร ที่หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ด้วยแนวคิดการพัฒนางานองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ

กรณีศึกษา สอน.พิบูลทอง

ขงยุทธ ธิติณิลนธิ*

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะ 3 ที่รับบริการในคลินิกของ สอน.พิบูลทอง ที่มีค่า eGFR ในระดับที่ต้องส่งต่อไปรับการรักษาในสถานบริการระดับทุติยภูมิตามมาตรฐานการให้บริการสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังจำนวน 29 คน ปฏิเสธการส่งต่อ และยื่นกรณที่จะขอรับการรักษาที่ สอน.พิบูลทอง ที่เป็นเพียงหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิเช่นเดิม สอน.พิบูลทองจึงประยุกต์ใช้นวัตกรรม 13 ขั้นตอนของการพัฒนางานองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการพัฒนารูปแบบบริการในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทุกระยะแบบครบวงจรที่หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิเพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยบูรณาการในคลินิกโรคเรื้อรังด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ระหว่างเดือนมีนาคม ถึงพฤศจิกายน 2565 ผู้ร่วมปฏิบัติการ ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว Care team นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาล ทันตภิบาล แพทย์แผนไทย ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง และสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย รวมทั้งหมด 127 คน

รูปแบบการให้บริการในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทุกระยะแบบครบวงจรที่ สอน.พิบูลทองนั้นเกิดจากการเชื่อมโยงเครือข่ายของโรงพยาบาลแม่ข่ายที่เป็น โรงพยาบาลชุมชนเข้ากับระบบคลินิกหมอครอบครัวโดยใช้แนวคิด 3 หมอ ที่มีสถานที่ให้บริการ ณ สอน.พิบูลทอง โดยมี หมอ 1 คือ อสม. ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพเป็น Care team ที่คอยเฝ้าระวัง ดูแล ติดตาม และ ประเมินผล ที่บ้านและชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ แล้วส่งต่อข้อมูลมายัง หมอ 2 คือ เจ้าหน้าที่ ใน สอน.พิบูลทอง ที่มีองค์ประกอบเป็นทีมสหวิชาชีพ ที่คอยดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (Holistic care) เพื่อการรักษา ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และ ส่งต่อ ไปยัง หมอ 3 คือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ที่มาทำหน้าที่ในคลินิกหมอครอบครัว มีการลงเยี่ยมบ้านเป็นกิจวัตร เพื่อให้เกิดการบริการสุขภาพแบบใกล้บ้าน ใกล้ใจ อย่างแท้จริง ประสิทธิผลของรูปแบบการให้บริการในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทุกระยะแบบครบวงจรที่ สอน.พิบูลทองนั้นช่วยชะลอไตเสื่อมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้ป่วยมีความพึงพอใจในบริการในระดับมากถึงมากที่สุด

คำสำคัญ: โรคไตเรื้อรัง, องค์การรอบรู้ด้านสุขภาพ, วิจัยเชิงปฏิบัติการ

* สถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี ตำบลพิบูลทอง อำเภอท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรี

E-mail: Teelek_17@hotmail.com

**Development of comprehensive care model for every state of CKD in primary health
care unit applying the concept of health literate organization:
a case study at Pikunthong health center**

Yongyut Thitininniti*

Abstract

Twenty-nine patients suffered from level 3 chronic kidney disease (CKD), whose eGFR level required referral service to secondary care, refused to change service provider from Pikunthong Health Center. They insisted to be cared in the same primary care service provider. Then Pikunthong Health Center adopt the “13 step to HLO” process innovation to develop comprehensive care for every state of CKD in primary care unit to postpone kidney failure through NCD clinic integration. This action research was conducted during March to November 2022. There were 127 participants consisting of family doctor, care team, public health officers, nurses, dental nurses, Thai traditional doctors, CKD patients and their family members.

The comprehensive care model for every state of CKD in Pikunthong Health Center originated from the linkage of CKD services in community hospital and primary care cluster system was the community health center. Then they completed the concept of “3 doctors”: 1) the first doctor was community health volunteers, trained to be care team, who monitored, cared, and followed up the patients at their homes in community; 2) the second doctor was multi- professional team of community health center staffs who provided holistic care for health promotion, diseases prevention and treatment for the patients; and 3) the family doctor who provided medical care in primary care cluster clinic located in the community health center. The mechanism drove the three connected parts of this service system was the flow of data. The implementation of comprehensive care model for every state of CKD in primary care unit contributed to the concept of “near home near hearth” service accomplishment. The comprehensive care for every state of CKD in primary care unit could significantly postpone the renal failure among the CKD patients. In addition, all the patients showed high to highest satisfaction levels for the service provided in the comprehensive care for every state of CKD of Pikunthong Health Center.

Keywords: Chronic kidney disease, Health literate organization, Action research

* The 60th Anniversary Commemorating of Princess Mother Health Center, Pikunthong sub-district, Tha Chang district, Sing Buri province.

E-mail: Teelek_17@hotmail.com

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease; CKD) เป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขของโลก รวมถึงประเทศไทย ปัจจุบันมีประชากรไทยเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง ประมาณร้อยละ 17.6 หรือคิดเป็นผู้ป่วยราว 8 ล้านคน ในจำนวนดังกล่าว พบ 80,000 คน เป็นไตวายระยะสุดท้าย และมีแนวโน้มมากขึ้นในทุก ๆ ปี เนื่องจากเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด นอกจากนี้ จากการคัดกรอง พบประชากรไทยทั่วประเทศที่มีอายุมากกว่า 18 ปี ประมาณ 7 ล้านคนเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-4¹ ถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมเพื่อชะลอการเสื่อมของไต จะทำให้ไตค่อย ๆ เสื่อมลงจนเข้าสู่ระยะสุดท้ายที่ต้องรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต (Renal replacement therapy) ได้แก่ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) การล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal dialysis) หรือการผ่าตัดปลูกถ่ายไต (Kidney transplantation) หากมีระบบคัดกรองผู้ที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรังและค้นพบผู้ป่วยในระยะแรกของโรค การให้ความรู้เรื่องอาหารและการปฏิบัติตัว รวมถึงให้ยาที่เหมาะสม จะสามารถป้องกันและชะลอการเสื่อมของไตได้

จังหวัดสิงห์บุรี มีประชากรที่มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบและอาศัยอยู่จริง และประชากรแฝง (Type area 1 + 3) จำนวน 204,526 คน และมีลักษณะโครงสร้างประชากรเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ เนื่องจากมีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 22 ของจำนวนประชากรทั้งหมด และพบว่า ในปี พ.ศ. 2562 ถึง 2564 มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จำนวน 5,175 , 4,951 และ 5,019 คน ตามลำดับ² ซึ่งตำบลพิบูลทอง มีประชากรที่รับผิดชอบ type area 1 + 3 จำนวน 2,024 คน และมีลักษณะโครงสร้างประชากรเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ เนื่องจากมีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 35 ของจำนวนประชากรทั้งหมด และผู้สูงอายุเหล่านี้ส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และพบว่า ในปี พ.ศ. 2562 ถึง 2564 มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จำนวน 30 , 28 และ 29 คน ตามลำดับ²

บริบทเฉพาะของตำบลพิบูลทอง ไม่มีระบบขนส่งสาธารณะ ไม่มีรถโดยสารประจำทาง สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี ตำบลพิบูลทอง (สอน.พิบูลทอง) จึงปรับรูปแบบบริการของคลินิกโรคเรื้อรังของ สอน.พิบูลทอง ให้อยู่ในรูปแบบที่เรียกว่า “delivery”³ เพื่ออำนวยความสะดวกและเพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยกลุ่มเปราะบางเหล่านี้ ซึ่งรูปแบบการบริการของคลินิกโรคเรื้อรังที่เรียกว่า “delivery” ของ สอน.พิบูลทอง คือ การที่ Care team ลงพื้นที่ให้บริการตรวจวัดความดันโลหิต และเจาะน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยที่บ้าน ถ้าผู้ป่วยโรคเรื้อรังสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่เกิน 160 mg/dl และระดับความดันโลหิตไม่เกิน 160/90 mmHg Care team จะนำสมุดประจำตัวผู้ป่วยโรคเรื้อรังมาที่ สอน.พิบูลทอง เพื่อให้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หรือพยาบาลวิชาชีพเวชปฏิบัติต่อยาเดิม และนำไปจ่ายให้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้านในช่วงเย็น

นอกจากนี้ เทศบาลตำบลดอนสมอ อำเภอลำลูกกา จังหวัดสิงห์บุรี ยังเพิ่มประสิทธิภาพระบบบริการแบบ delivery ด้วยการสนับสนุนงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล เพื่อผลิตอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้มีความรู้ความสามารถในการเป็น “Care team” ซึ่งเป็นผู้ที่ผ่าน

การอบรมการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังจากโรงพยาบาลท่าช้าง ในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเหล่านี้จากการจัดระบบบริการแบบ delivery ทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับยาครบ ไม่ขาดยา ไม่ขาดนัด และได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

สอน.พิศกุลทองให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ทั้งแบบที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต หรือไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ด้วยรูปแบบ delivery เช่นกัน ไม่ว่าจะเป็นการให้ความรู้ การรักษา รวมถึงการเยี่ยมบ้าน ซึ่งเป็นการปฏิบัติตามมาตรฐานการให้บริการสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทั้งที่ในความเป็นจริงแล้วต้องจัดรูปแบบการให้บริการเฉพาะสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความรู้และปรับพฤติกรรมได้เหมาะสมกับตามลักษณะพยาธิสภาพของตน นอกจากนี้ผลการติดตามผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD) ระยะ 3 ที่รับบริการในคลินิกของ สอน.พิศกุลทอง ที่มีค่า eGFR ในระดับที่ต้องส่งต่อรักษา ตามมาตรฐาน Service plan⁴ ที่โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) แม่ข่าย หรือโรงพยาบาลประจำจังหวัด จำนวน 29 คน ปฏิเสธการส่งต่อเพื่อไปรักษาในสถานบริการตั้งแต่ระดับทุติยภูมิเป็นต้นไป ตามมาตรฐานการให้บริการสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง และยืนยันกรณที่จะขอรับการรักษาที่ สอน.พิศกุลทองที่เป็นเพียงหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิเช่นเดิม ผู้วิจัยตระหนักถึงปัญหาดังกล่าว จึงเล็งเห็นว่าควรมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการให้บริการคลินิกโรคไตเรื้อรัง โดยบูรณาการในคลินิกโรคเรื้อรัง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลของตนเองที่ถูกต้อง เป็นประโยชน์และเหมาะสมกับแต่ละบุคคล มีการสร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในการติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้มีประสิทธิภาพและเกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีในการพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

สอน.พิศกุลทอง จึงได้ดำเนินการตามนวัตกรรม 13 ขั้นตอนของการพัฒนาองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ (HLO)⁵ ในการพัฒนารูปแบบบริการในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทุกระยะแบบครบวงจรที่หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ตลอดจนติดตามการรักษาและส่งต่อการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ สามารถควบคุมโรค ลดอัตราป่วยและตายได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบบริการในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทุกระยะแบบครบวงจรที่หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ
2. เพื่อประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบการบริการในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทุกระยะแบบครบวงจรที่หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนารูปแบบการบริการในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทุกระยะแบบครบวงจร ผ่านกระบวนการจัดการคุณภาพ (PAOR) 4 ขั้นตอน ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart⁶ เพื่อสะท้อนผลการปฏิบัติงานเป็นวงจรขดลวด 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย ขั้นวางแผน (Plan: P) ขั้นลงมือปฏิบัติ (Action: A) ขั้นสังเกตการณ์ (Observe: O) และ

ขั้นสะท้อนผล (Reflection: R) ทำการศึกษาระหว่างเดือนมีนาคม ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2565 ผู้ร่วมปฏิบัติการ ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน 1 คน Care team จำนวน 5 คน นักวิชาการ สาธารณสุขและพยาบาลจาก สอน. พิกุลทอง จำนวน 4 คน เจ้าหน้าที่สหสาขาวิชาชีพจากสอน. พิกุลทอง จำนวน 2 คน และเจ้าหน้าที่สหสาขาวิชาชีพจากโรงพยาบาลท่าช้าง จำนวน 6 คน รวมทั้งสิ้น 18 คน กลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วย ผู้ป่วย CKD จำนวน 29 คน และ สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย จำนวน 62 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนากระบวนการในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทุกระยะแบบครบวงจร ได้แก่ คู่มือการพัฒนาหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิให้เป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ, คู่มือการพัฒนาพี่เลี้ยง ในการดำเนินงานพัฒนาหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิให้เป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ⁷ และชุดเครื่องมือ 13 – Step to HLO

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผล ได้แก่ แบบประเมินมาตรฐานคลินิกโรคเรื้อรัง NCD Clinic Plus⁸, แบบประเมินระดับความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วย CKD, แบบประเมินความพึงพอใจผู้ป่วย CKD ต่อการใช้บริการคลินิก, แบบบันทึกคัดกรองผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง, คู่มือสังเกตและประเมินผลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง, แบบบันทึกข้อมูลจากการสังเกต, แบบบันทึกข้อมูลการกำกับติดตามประเมินผล แบบเครื่องมือ สนทนากลุ่ม, แบบสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงานที่ถูกตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้อง 3 ท่าน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัย การสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี เลขที่ 2021/T19 ลงวันที่ 8 ธันวาคม 2564

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นวางแผน (Plan: P) ซึ่งดำเนินการด้วย 8 ขั้นตอน ของ 13 – Step to HLO ประกอบด้วย

1. วิเคราะห์สถานการณ์ผู้ป่วย CKD ที่คุมอาการไม่ได้จนต้องส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลแม่ข่าย
2. รวบรวมเครือข่าย สร้างความเข้าใจ สร้างนโยบายร่วมในการจัดการคลินิกโรคเรื้อรังและคลินิกชะลอไตเสื่อม
3. ระบุด้านทุนมนุษย์ ด้านทุนสังคมที่มีอยู่เพื่อการจัดการคลินิกโรคเรื้อรังและคลินิกชะลอไตเสื่อม
4. ค้นหาความรู้ด้านการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม
5. กระตุ้นการมีส่วนร่วม การประชุมพูดคุยเจือจางปัจจัยในการดำเนินการร่วมกันของเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ทั้ง ผู้ป่วย ญาติ ด้านทุนมนุษย์ ด้านทุนสังคม คนรอบรู้ และ สอน.พิกุลทอง
6. ร่วมกันค้นหา ข้อความสำคัญ key message/Tailor key message เพื่อการชะลอไตเสื่อม ทั้ง ผู้ป่วย ญาติ คนรอบรู้ และ สอน.พิกุลทอง

7. ตัดสินใจร่วมกันว่าจะทำอะไรเพื่อออกแบบบริการที่ตอบสนองบริบทเฉพาะของพิกุลทอง ตามความต้องการของผู้ป่วย CKD ที่ไม่ยอมรับการส่งต่อ รวมทั้งส่งเสริมการรอบรู้ด้านชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยในกลุ่มนี้ตามนิยามคนรอบรู้ด้านสุขภาพของกรมอนามัย ระหว่าง ผู้ป่วย ญาติ ต้นทุนมนุษย์ ต้นทุนสังคม คนรอบรู้ และ สอน.พิกุลทอง

8. จัดทำแผนปฏิบัติการและสร้างกลไกในการทำงานร่วมกัน ระหว่าง ผู้ป่วย ญาติ ต้นทุนมนุษย์ ต้นทุนสังคม คนรอบรู้ และ สอน.พิกุลทอง

ขั้นลงมือปฏิบัติ (Action: A) ดำเนินการด้วย 2 ขั้นตอนของ 13 – Step to HLO ประกอบด้วย

9. แลกเปลี่ยนเรียนรู้เครือข่ายวิชาการในการออกแบบบริการเพื่อชะลอไตเสื่อม หรือ หน่วยงานที่พัฒนาตนเองจนกลายเป็นองค์กรรอบรู้สุขภาพปฐมภูมิ (Primary care health literate organization)

10. ดำเนินการร่วมกัน แก้ไขปัญหาร่วมกัน ระหว่าง ผู้ป่วย ญาติ ต้นทุนมนุษย์ ต้นทุนสังคม คนรอบรู้ และ สอน.พิกุลทอง

ขั้นสังเกตการณ์ (Observe: O) ซึ่งดำเนินการด้วย ขั้นตอนที่ 11 ของ 13 – Step to HLO

11. ประเมินผลการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ที่ใช้เครื่องมือประเมินผลในเชิงปริมาณ ประกอบด้วย แบบประเมินมาตรฐานคลินิกโรคเรื้อรัง NCD Clinic Plus, แบบประเมินระดับความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วย CKD, แบบประเมินความพึงพอใจผู้ป่วย CKD ต่อการใช้บริการคลินิก และเครื่องมือประเมินผลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย แบบบันทึกคัดกรองผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง, การสังเกตและประเมินผลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง, การกำกับติดตามประเมินผล การสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงาน ทั้งในกลุ่มผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง

ขั้นสะท้อนผล (Reflection: R) ซึ่งดำเนินการด้วย 2 ขั้นตอน ของ 13 – Step to HLO ประกอบด้วย

12. สรุปการประเมินผลและถอดบทเรียน

13. วางแผนการพัฒนาต่อเนื่อง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การสังเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis) แยกตามองค์ประกอบ ตามหลักการบริหารแบบ 3S (Stuff Staff System)

ผลการวิจัย

1. ขั้ววางแผน (Plan: P)

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์

ในตำบลพิกุลทอง มีผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด 247 คน รักษาในคลินิกผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สอน.พิกุลทอง 98 คน ภาพรวมควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีร้อยละ 19.48 แต่ถ้าวินิจฉัยในคลินิกผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สอน.พิกุลทอง ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ร้อยละ 31.63 ในส่วนผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ตำบลพิกุลทอง มีผู้ป่วยทั้งหมด 612 คน รักษาในคลินิกผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สอน.พิกุลทอง 210 คน ภาพรวมควบคุมระดับความดันโลหิต

ได้ร้อยละ 46.40 แต่การรักษาในคลินิกผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สอน.พิบูลทอง ควบคุมระดับความดันได้ดี ร้อยละ 46.66 ในส่วนผู้ป่วย CKD ระยะ 3 ขึ้นไป ที่รับบริการในคลินิกของ สอน.พิบูลทอง มีจำนวนทั้งหมด 29 คน แบ่งเป็น stage 3 จำนวน 20 คน stage 4 จำนวน 8 คน และ stage 5 จำนวน 1 คน มีค่า eGFR ในระดับที่ต้องส่งต่อรักษา ตามมาตรฐาน Service plan ที่ รพช. แม่ข่าย หรือ รพ.ประจำจังหวัด ผู้ป่วยปฏิเสธการไปรักษา โดยขอรับการรักษาที่เดิม เนื่องจาก 1) ปัญหาอุปสรรคในการเดินทาง 2) การมีค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นจากการที่ต้องเดินทางไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลแม่ข่าย รวมถึง 3) ความไม่เข้าใจ/ไม่ตระหนักในเรื่องระดับความรุนแรงของ CKD เพราะผู้ป่วย CKD ที่ควรถูกส่งต่อเหล่านี้ มีความรู้สึกว่ระยะไตที่แย่งลง ไม่ได้ถูกถามการใช้ชีวิตของเขาแต่อย่างใด เขายังปัสสาวะออกปกติ รับประทานอาหารได้ปกติ นอนได้อย่างปกติ ที่เรียกว่า ยัง “กินอึนอนหลับ” คืออยู่และเข้าใจผิดไปว่า การเป็นโรคไตนั้นคือการที่ปัสสาวะไม่ออกเท่านั้น 4) ผู้ป่วยขาดความเข้าใจในเรื่องอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต 5) ผู้ป่วยซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีขีดจำกัดเรื่องการออกกำลังกาย เนื่องจากข้อเสื่อม มีน้ำหนักตัวมาก 6) ผู้ป่วยซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุขาดฟันคู่สบและฟันปลอมหลวม จึงมีปัญหาในการบดเคี้ยวอาหารประเภทกากใย ทำให้ไม่อยากกินผัก

ขั้นตอนที่ 2 รวบรวมเครือข่าย สร้างความเข้าใจ สร้างนโยบายร่วม ในเครือข่าย ซึ่งประกอบด้วย

- กลุ่มผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย CKD ที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของ สอน.พิบูลทอง
- เครือข่ายโรงพยาบาลท่าช้าง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย
- เครือข่าย NPCU พิบูลทอง ซึ่งมีสอน.พิบูลทอง เป็นแม่ข่าย NPCU และมีเครือข่ายอีก 2 แห่ง

คือ รพ.สต.วิหารขาว และรพ.สต.ดอนสมอ

ขั้นตอนที่ 3 ระบุต้นทุนมนุษย์ ต้นทุนสังคม ประกอบด้วย

- นายแพทย์ธนา พุทธาคร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่าช้าง
- นายแพทย์สุขสันติ พัทธธรรมนิก แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวชุมชน NPCU พิบูลทอง
- นายขยยุทธ ธิติณิลนธิ ผู้อำนวยการ สอน. พิบูลทอง ผู้จัดการ NPCU พิบูลทอง
- นางสาวงามจิต พระเนตร System manager สสอ.ท่าช้าง, mini case manager สอน.พิบูลทอง
- นางสาวสุริรัตน์ คงพันธ์ Mini case manager สอน.พิบูลทอง
- นางสาวนภัทร พวงบุรี เจ้าหน้าที่งานทันตสาธารณสุข
- นางสาวสุพรรณิ มณีวรรณ แพทย์แผนไทย
- นางสาวนัยนา ขวัญเกตุ นักวิชาการสาธารณสุข
- Care team ตำบลพิบูลทอง 5 หมู่บ้าน

ขั้นตอนที่ 4 ค้นหาครอบครัว พบว่ายังไม่มีผู้ป่วยที่สามารถจัดการตนเองจนสามารถชะลอไตเสื่อมได้

ขั้นตอนที่ 5 กระตุ้นการมีส่วนร่วม โดยใช้การประชุมพูดคุยทำความเข้าใจ สร้างการรับรู้ ค้นหาเงื่อนไขปัจจัยในการดำเนินการร่วมกันของเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง โดยรพ.แม่ข่าย อนุญาตให้มีการขยายผลการ

ดำเนินงาน คลินิก CKD ใน สอน.พิบูลทอง โดยขอให้ทีม NPCU พิบูลทอง วางแผนการติดตามการตรวจเจาะเลือด ให้ตรงกับวงจรการเจาะเลือดปกติของ รพ.แม่ข่าย ส่วนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวชุมชน NPCU พิบูลทอง จะดำเนินการยกระดับความรู้เรื่องการดูแลตนเองและสามารถจัดการตนเองได้เรื่องการกินคาร์โบไฮเดรต ซึ่งจะส่งผลต่อการควบคุมระยะของการดำเนินไปของโรคไต โดยแบ่งงานเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนของระบบในคลินิก และ ส่วนของผู้ป่วย โดยเจ้าหน้าที่ของ สอน.พิบูลทองทุกคนควรรู้ระบบการจัดการภายใน (ระบบการจัดการในคลินิกโรคเรื้อรัง) และภายนอก (การค้นหาคนต้นแบบ)

System manager และ Mini case manager ของ สอน. พิบูลทอง พัฒนาศักยภาพ อสม. ให้เป็นสมาชิก Care team ที่สามารถ จำยา อธิบายยา ติดตามความผิดปกติของผู้ป่วย อธิบายผลเลือดในกลุ่มปกติได้ โดยการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลดอนสมอ ทำให้ อสม. ที่เป็นสมาชิก Care team มีรายได้เพิ่ม เดือนละ 2,100 บาท

ด้วยระบบบัญชียา NPCU ยังไม่ตอบสนองต่อการเปิดบริการคลินิก CKD ใหม่ จึงต้องปรับแผนการเบิกยาเพื่อใช้ในคลินิกให้เพียงพอ และต้องเพิ่มระบบการบัญชี ICD10 รวมทั้งเพิ่มบัญชียาในระบบ มีการสร้างระบบเฝ้าระวังยาที่ไม่ควรจ่ายในกลุ่มผู้ป่วย CKD เช่น NSAIDs, ยาสมุนไพรต่าง ๆ โดยอาศัยเทคโนโลยีสารสนเทศ ในระบบ HOSxP ให้สามารถทำการแจ้งเตือน “ห้ามจ่าย NSAIDs, ยาสมุนไพร” โดยจัดให้อยู่ในระบบเดียวกับกลุ่มแจ้งเตือนมะเร็งเต้านม, แจ้งเตือนการแพ้ยา เพื่อให้เจ้าหน้าที่ได้รับรู้และเฝ้าระวัง

นอกจากนี้ เจ้าหน้าที่งานทันตสาธารณสุขยังช่วยการดูแลระบบการพิมพ์สติ๊กเกอร์เพื่อการจดยาให้ผู้ป่วย คอยตรวจสอบความเพียงพอของยา และที่สำคัญ คือ เป็นจุดคัดกรองสุดท้าย คอยคัดกรองไม่ให้เกิดความผิดพลาด นอกจากนี้ยังมีการดำเนินการเรื่องฟันปลอมเพื่อแก้ปัญหาฟันคู่สบ หรือการมีฟันกรามที่ใส่บดเคี้ยวอาหารไม่สมบูรณ์ โดย สอน.พิบูลทอง สามารถทำฟันปลอมได้เนื่องจากมีทันตแพทย์จากโรงพยาบาลท่าช้างมาให้บริการที่สถานีอนามัย และมีการจัดการออกแบบระบบคิวทำฟันปลอมให้เหมาะสมกับปัญหาความเร่งด่วนของผู้ป่วยแต่ละรายด้วย

เจ้าหน้าที่แพทย์แผนไทย มีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังสมุนไพรที่จ่ายในระบบและช่วยติดตามการใช้ยาที่บ้านควบคู่ไปด้วย และค้นหาวิธีการทางเลือก ทั้งทางกายภาพบำบัดและแผนไทย เพื่อช่วยแก้ปัญหาการกินยาแก้ปวดและยาต้านอักเสบ ที่มีผลแรงให้เกิดไตเสื่อม อีกทั้งสมาชิก Care team ตำบลพิบูลทอง 5 หมู่บ้าน ยังช่วยจัดการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารยาแก่ผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อคงไว้ซึ่งประสิทธิภาพในการรักษาโรคและชะลอไตเสื่อม

ขั้นตอนที่ 6 ร่วมกันค้นหา ข้อความสำคัญ key message/Tailor key message ได้ว่า “โรคไตเสื่อม รู้ไว ชะลอได้ ใช้ระบบ ประคบผู้ป่วย”

ขั้นตอนที่ 7 ตัดสินใจร่วมกันว่าจะทำอะไร ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ 1) การจัดการภายใน หมายถึง การวางระบบบริการคลินิกชะลอไตเสื่อมในสถานีอนามัย มีเป้าหมายแล้วเสร็จ ภายในปี 2565 และ

2) การยกระดับความรู้ผู้ป่วยในการดูแลตนเอง การเลือกกินคาร์โบไฮเดรตที่เหมาะสมกับตนเอง มีเป้าหมายแล้วเสร็จ ภายในปี 2566

ขั้นตอนที่ 8 จัดทำแผนปฏิบัติการและสร้างกลไกในการทำงานร่วมกัน ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมหลักดังต่อไปนี้

- สำรวจกลุ่มเป้าหมาย จัดกลุ่ม เพื่อคืนข้อมูลให้ทีมเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง
- เตรียมความพร้อมระบบยาและเวชภัณฑ์ ที่เกี่ยวข้องในการวางระบบภายใน
- คิดตั้งระบบแจ้งเตือนอัตโนมัติในกลุ่มเป้าหมายที่เฝ้าระวังการจ่ายยา และการให้คำแนะนำ

ในการปฏิบัติตัว

- พัฒนาศักยภาพ Care team เพิ่มในส่วนของ รูปแบบบริการจากระบบภายใน การให้คำแนะนำ เรื่องการปฏิบัติตัว และ เรื่องยาที่อาจต้องปรับชนิดและยี่ห้อ

- เริ่มดำเนินการปรับมาตรฐานการจ่ายยาตามระบบที่วางไว้

2. ขั้นลงมือปฏิบัติ (Action: A)

ขั้นตอนที่ 9 แลกเปลี่ยนเรียนรู้เครือข่ายวิชาการ โดยมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประเด็นวิชาการ การเปิดบริการคลินิก CKD ในระบบบริการปฐมภูมิสำหรับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ประเด็นต่อมรับรสเสื่อม ทำให้รับประทานอาหารรสเค็มจัด, พันธุ์สบที่ไม่ครบใช้สำหรับบดเคี้ยวอาหาร สำหรับทันตสาธารณสุข

ในส่วน ของ Care team นั้น มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในหลายประเด็น ประกอบด้วย

- สาระความรู้ง่าย ๆ เรื่องยากกลุ่ม Angiotensin Receptor Blockers (ARBs) ที่มีการเปลี่ยนยี่ห้อเพื่อรับมือสถานการณ์ที่อาจเกิดขึ้นซ้ำ ในกรณีที่ 1) มีผู้ป่วยหลายราย กินยาที่เปลี่ยนแล้วความดันโลหิตเพิ่มขึ้น จึงไปซื้อยาความดันโลหิตตัวเดิมมากินเอง หรือ 2) มีผู้ป่วยเบาหวานที่คุมอาการไม่ได้จำนวน 2 ราย ที่ย้ายตัวเองกลับไป รพ. เพื่อขอยาความดันตัวเดิม หรือ 3) ผู้ป่วยเบาหวานไม่ยอมเปลี่ยนมาฉีดอินซูลิน แม้มีภาวะไตเสื่อมมากแล้วก็ตาม

- สาระความรู้ง่าย ๆ เรื่องยาเสริม Calcium และ Sodamint
- สร้างความเข้าใจในการะงานที่ต้องเพิ่มขึ้นจากการที่ต้องเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อวัดระดับน้ำตาลในเลือดบ่อยขึ้นกว่าเดิม

ขั้นตอนที่ 10 ดำเนินการร่วมกัน และร่วมแก้ไขปัญหา ในกิจกรรมต่อไปนี้

- การจัดบริการคลินิก CKD ที่ต้องมีการวางระบบทรัพยากร คน เงิน ของ เวชภัณฑ์ยา ที่จำเป็นกับ รพ.แม่ข่าย สำหรับกลุ่มเป้าหมาย 29 คน มีการวางระบบบริการ 3 หมอ และระบบ Telemedicine ในกลุ่มผู้ป่วยเป้าหมายที่เป็นผู้สูงอายุ

- บูรณาการกลุ่มเป้าหมาย CKD ที่มีปัญหาฟันคู่สบเข้าร่วมโครงการ 80:20 ผู้สูงอายุฟันดี

● พัฒนาศักยภาพ แคร่ทีม ในการกำกับติดตามแบบมีคุณภาพ ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงให้ครอบครัวของผู้ป่วยในการติดตามระดับน้ำตาลด้วยตนเอง และเก็บข้อมูลต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพแบบไม่เป็นทางการ เพื่อส่งต่อให้ หมอ 2, 3 ได้นำมาประมวลผลและวางแผนแก้ไขปัญหาคต่อไป

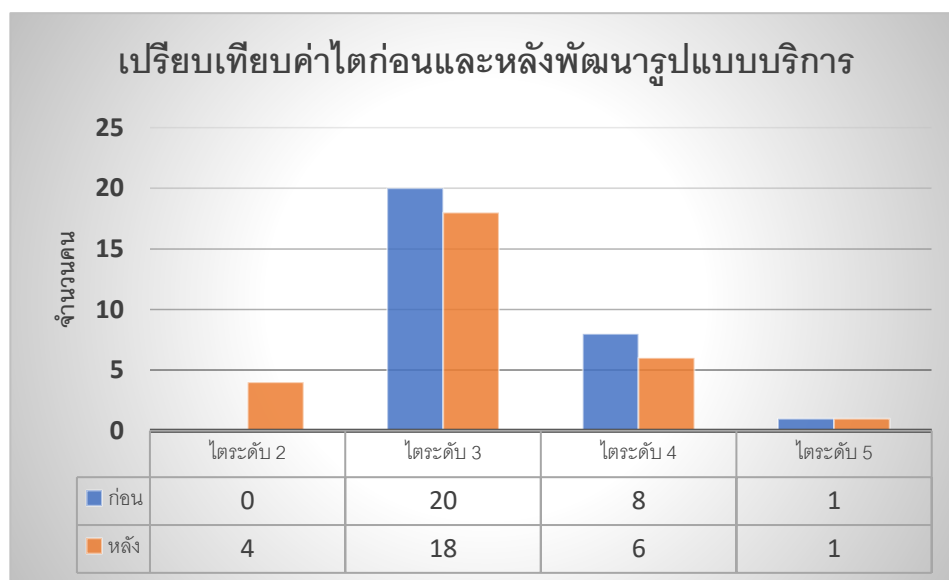
3. ขั้นสังเกตการณ์ (Observe: O)

ขั้นตอนที่ 11 ประเมินการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ โดยใช้เครื่องมือทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพสามารถสรุปผลในภาพรวมได้ดังนี้

1) ผลของรูปแบบบริการในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทุกระยะแบบครบวงจรที่ สอน.พิบูลทอง ที่ประกอบด้วย ผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วย CKD จำนวน 29 คน จากแบบคัดกรอง พบว่าผู้ป่วยสามารถชะลอไตเสื่อมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 1 และ รูปที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยก่อนและหลังการใช้บริการคลินิกโรคไตเรื้อรังทุกระยะแบบครบวงจรที่หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ

ระดับค่าไต	n	Mean	S.D.	Median	Wilcoxon Signed Rank Test (Z)	p-value
ก่อน	29	3.345	.553	3.000	-2.45	0.014
หลัง	29	3.138	.693	3.000		



รูปที่ 1 ค่าไตของผู้ป่วยก่อนและหลังการใช้บริการคลินิกโรคไตเรื้อรังทุกระยะแบบครบวงจรที่หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ

4. ผลลัพธ์จากกระบวนการ Rervice redesign จากแบบบันทึกการสังเกต

กลุ่มผู้ป่วย CKD ระยะ 3 ขึ้นไปไม่สมัครใจไปรักษาต่อที่ รพช./รพท. ได้รับการรักษาตามมาตรฐานการดูแลในระบบคลินิก CKD ปฐมภูมิที่ออกแบบร่วมกัน

เจ้าหน้าที่ สามารถปฏิบัติงานตามข้อตกลงจากระบบที่สร้างขึ้นในการเฝ้าระวังได้ พบอุบัติการณ์จากการคืนข้อมูลผู้ให้บริการ มีรายงานผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่มารับบริการด้วยอาการปวดกล้ามเนื้อ ผู้ให้บริการได้ให้คำแนะนำและให้ใช้ยาทาภายนอกทดแทน

ผลประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ โดยใช้แบบประเมินความพึงพอใจ ระดับคะแนนสูงสุดในแต่ละด้านเท่ากับ 5 ได้ผลดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บริการคลินิกโรคไตเรื้อรังทุกระยะแบบครบวงจรที่หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ

ด้าน	mean	S.D.	แปลผล
การรักษาพยาบาล	4.02	0.58	มาก
สถานที่ให้บริการ	4.52	0.58	มากที่สุด
ระยะเวลาในการให้บริการ	4.13	0.65	มาก
วัสดุ อุปกรณ์ และ เครื่องมือทางการแพทย์	4.08	0.61	มาก
ยา และ เวชภัณฑ์	4.00	0.57	มาก

5. ขั้นสะท้อนผล (Reflection: R)

เป็นผลของการดำเนินงานในขั้นตอนที่ 12 และ 13 ของ 13 – Step to HLO ดังนี้

ขั้นตอนที่ 12 ถอดบทเรียนและสรุปการประเมินผล การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า สามารถต่อยอดศักยภาพระบบคลินิกหมอครอบครัว ในการจัดบริการคลินิกโรคไตเรื้อรังทุกระยะแบบครบวงจรได้ที่หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ภายได้เงื่อนไขปัจจัยต่อไปนี้

1) การค้นหาและใช้ข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อออกแบบบริการให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการที่แท้จริงประชาชน

2) การค้นหาต้นทุนมนุษย์ ต้นทุนสังคมที่มีอยู่ แล้วสร้างการมีส่วนร่วมในรูปแบบเครือข่ายเพื่อบูรณาการระบบและเชื่อมโยงการใช้ทรัพยากรร่วมกันให้เกิดประโยชน์สูงสุด

3) ความสัมพันธ์ที่ดีในองค์กรจะส่งผลต่อการพัฒนางานในรูปแบบเครือข่าย ลักษณะความสัมพันธ์ที่ดีต้องมีความยืดหยุ่นในการประสานงานและแข็งแกร่งในด้านคำสั่งการ

4) สมรรถนะของบุคลากรในหน่วยงานในการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการกำกับและประมวลผล มีผลต่อการพัฒนางานอย่างยิ่ง

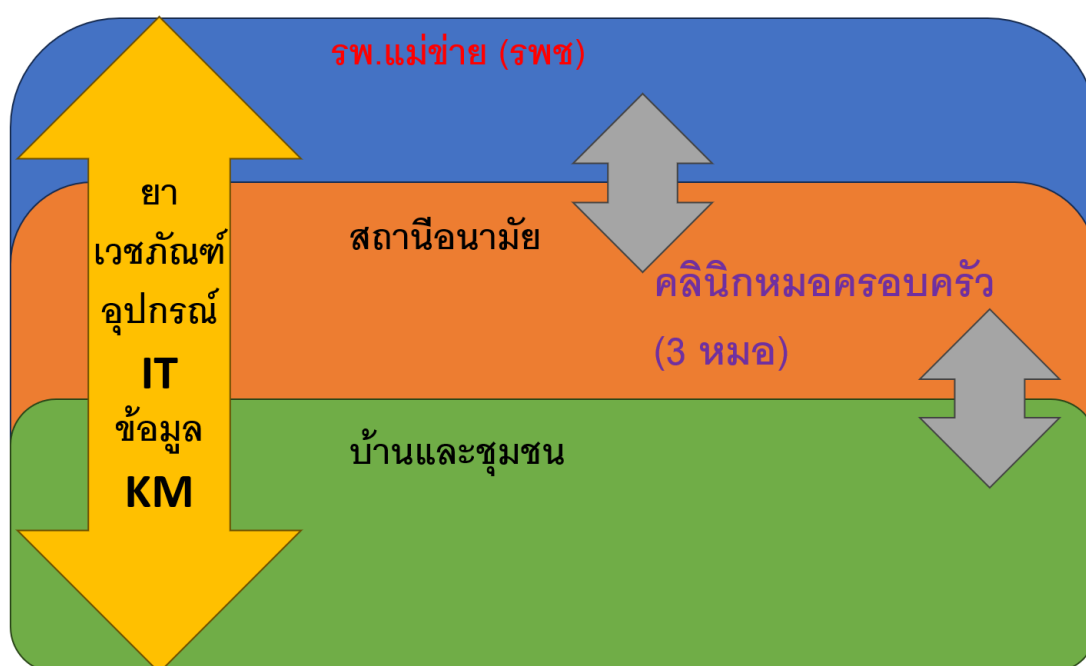
5) สิ่งแวดล้อมและสถานที่ให้บริการสุขภาพที่อยู่ใกล้บ้าน ท่ามกลางหมู่มิตรที่รู้จักกัน ทั้งเจ้าหน้าที่ และผู้ป่วย ช่วยสร้างพื้นที่ปลอดภัยในการมีปฏิสัมพันธ์และการสื่อสาร โดยผลการสังเกต พฤติกรรมในคลินิกชะลอไต่เลื้อยใน สอน.พิบูลทอง พบว่า ผู้ป่วยมีความกล้าในการพูดคุยด้วยความมั่นใจ มีปฏิสัมพันธ์ที่ดี ร่วมแสดงความคิดเห็นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมทั้งแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันระหว่างผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 13 วางแผนการพัฒนาต่อเนื่อง รูปแบบการให้บริการที่ออกแบบเป็นคลินิกโรคไตเรื้อรัง ทุกกระยะแบบครบวงจรได้ที่หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมินี้ ช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพในกลุ่ม เปราะบางได้ ซึ่งนับเป็นการพัฒนาองค์กรให้เป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพในเบื้องต้นเท่านั้น ในขั้นถัดไป ที่ สอน.พิบูลทองต้องทำคือ การยกระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วย ให้สามารถดูแลตนเองและ ชะลอไต่เลื้อยได้ โดยเน้นที่ประเด็นการเลือกกินคาร์โบไฮเดรตให้เหมาะสมกับตนเอง โดยมีเป้าหมาย ให้สำเร็จภายในปี 2566

อภิปรายผลการวิจัย

ผลของการใช้รูปแบบการให้บริการแบบใหม่ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทุกกระยะแบบครบวงจรที่ สอน.พิบูลทองนั้น ทำให้เห็นว่าหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิสามารถให้บริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทุกกระ ระยะแบบครบวงจรได้ เพียงแต่ผู้ให้บริการต้องใช้ออกแบบเชิงระบบ (Design thinking) ที่เน้นการเชื่อมโยง บูรณาการต่อยอดศักยภาพ ต้นทุนมนุษย์ ต้นทุนสังคม เข้ากับระบบบริการปัจจุบันที่เป็นอยู่ โดยอาศัย การปฏิบัติการบนหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence based practice) ที่ต้องอาศัยการค้นหาและใช้ข้อมูลอย่าง มีประสิทธิภาพ โดยอาศัยเทคโนโลยีสารสนเทศมาช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการบริการและการบริหารจัดการ ระบบที่เกิดขึ้น ใน สอน.พิบูลทองนั้น เกิดจากการเชื่อมโยงเครือข่ายของโรงพยาบาลแม่ข่ายที่เป็น รพช. เข้ากับระบบคลินิกหมอครอบครัว ที่ใช้แนวคิด 3 หมอ ที่มีสถานที่ให้บริการที่ สอน.พิบูลทอง โดยมี หมอ 1 คือ อสม. ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพเป็น Care team ที่คอยเฝ้าระวัง ดูแล ติดตาม และประเมินผล ที่บ้าน และชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ แล้วส่งต่อข้อมูลมายัง หมอ 2 คือ เจ้าหน้าที่ใน สอน.พิบูลทอง ที่มีองค์ประกอบ เป็นทีมสหวิชาชีพ ที่คอยดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (Holistic care) ทั้งการพยาบาล หัตถการรักษา ทันตกรรม แพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก เพื่อการรักษา ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และส่งต่อไปยัง หมอ 3 คือ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ที่มาทำหน้าที่ในคลินิกหมอครอบครัว มีการลงเยี่ยมบ้านเป็นกิจวัตร เพื่อให้เกิด การบริการสุขภาพ แบบใกล้บ้าน ใกล้ใจ อย่างแท้จริง รูปแบบคลินิกโรคไตเรื้อรังทุกกระยะแบบครบวงจร ในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ยังต้องเชื่อมประสานแผนการติดตาม ตรวจเจาะเลือด ให้ช่วงเวลาสอดคล้องกัน ตั้งแต่ บ้าน สอน.พิบูลทอง และ รพ. แม่ข่าย ต้องมีการปรับปรุงรายการยา เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ทางการแพทย์ ระบบการส่งต่อข้อมูลและระบบปฏิบัติการ (IT) บริการที่เชื่อมโยงกันเป็นระบบเดียวตั้งแต่บ้าน ชุมชน สถานีอนามัย และ รพ.แม่ข่าย เพื่อให้สามารถบริหารจัดการระบบบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพไม่ว่าจะ รับบริการที่หน่วยบริการใด (ระบบ Telemedicine) และ เป็นระบบบริการที่ไร้รอยต่อ ดังแสดงในผังรูปที่ 2

ซึ่งรูปแบบบริการคลินิกโรคไตเรื้อรังทุกระยะแบบครบวงจรในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมินี้ ช่วยให้ผู้ป่วย CKD ระยะ 3 มีค่า eGFR ดีขึ้น ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการจัดบริการที่ สอน. พิศุลทอง ที่ไม่ต้องเดินทางไป รพช./รพท. จึงไม่ต้องมีค่าใช้จ่ายในการเดินทาง รวมทั้งญาติผู้ป่วยไม่ต้องลางานเพื่อพาผู้ป่วยไปรักษา อีกทั้งผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมดูแลตนเองดีขึ้นเพราะได้รับข้อมูลที่จำเพาะต่อโรคมมากขึ้น เจ้าหน้าที่ช่วยสื่อสารให้เกิดความเข้าใจมากขึ้น สามารถเห็นภาพเป้าหมายชัดเจน และช่วยกระตุ้นเตือนให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยการชี้ให้เห็นข้อจำกัดและอุปสรรคที่จะเกิดขึ้นในการดำเนินชีวิตหากไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม นอกจากนี้เจ้าหน้าที่ยังช่วยให้มีการวางแผนและกำหนดเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกัน อันเป็นแรงสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ใช้ความรู้ ทักษะ และกำจัดอุปสรรคในการชะลอไตเสื่อมได้



รูปที่ 2 รูปแบบการจัดบริการคลินิกโรคไตเรื้อรังทุกระยะแบบครบวงจรในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ

ข้อเสนอแนะ

ในการดำเนินงานพบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีปัจจัยหลายปัจจัยที่ทำให้เกิดการเสื่อมเร็วขึ้นของไต ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของโรคเรื้อรัง ไม่ว่าจะเป็นเรื่องความรู้ ความเข้าใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมทั้งไม่ทราบผลเสียของพฤติกรรมที่ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน จากปัจจัยดังกล่าวทำให้รับรู้ว่าจะระบบบริการในแบบเดิม แม้เคยปฏิบัติแล้วได้ผลในอดีต เมื่อนำมาใช้กับกลุ่มใหม่ในเวลาที่ยาวนาน ย่อมไม่สามารถกระตุ้นความสนใจหรือสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ ดังนั้นการให้ความรู้กับผู้ป่วยต้องส่งเสริมให้ใช้สื่อ/วิธีการสื่อสารที่ผู้ป่วยเข้าใจได้ง่าย รวมทั้งต้องชี้ให้เห็นถึงอันตรายและความรุนแรงของโรค นอกจากนี้ผู้วิจัยได้เรียนรู้ว่าทุกสิ่งทุกอย่างไม่ได้เกิดขึ้นเพียงเพราะ 1 คนทำ แต่ต้อง

ร่วมมือกันระหว่างภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง มามองปัญหาและตั้งวัตถุประสงค์ กำหนดเป้าหมาย หน้าที่ความรับผิดชอบร่วมกัน จึงสามารถนำไปสู่ความสำเร็จได้ หากไม่มีภาคีเครือข่ายจะไม่สามารถปฏิบัติงานให้สำเร็จได้ การพัฒนาระบบบริการดังกล่าวเป็นการแก้ปัญหาที่สาเหตุ หากไม่สามารถวิเคราะห์หาสาเหตุที่แท้จริง ไม่แก้ไขโดยใช้สาเหตุของปัญหาเป็นที่ตั้ง ก็ไม่สามารถกำหนดรูปแบบการให้บริการแบบใหม่ที่ตรงต่อความต้องการได้ ซึ่งการพัฒนารูปแบบบริการในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทุกระยะแบบครบวงจรที่หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ เป็นรูปแบบการให้บริการที่สามารถจัดการสาเหตุของปัญหาได้อย่างตรงจุด ผู้ปฏิบัติงานใช้เวลาในการให้บริการในคลินิกเท่าเดิม แต่มีประสิทธิภาพในการรับรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น นำไปสู่การชะลอไตเสื่อมได้ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดี ลดภาระด้านเศรษฐกิจของผู้ป่วยและญาติ ลดภาระหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยไตวายระยะท้ายได้ในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1. Ingsathit A, Thakkinstian A, Chaiprasert A, Sangthawan P, Gojaseni P, Kiattisunthorn K, Ongaiyooth L, Vanavan S, Sirivongs D, Thirakhupt P, Mittal B, Singh AK. Prevalence and risk factors of chronic kidney disease in the Thai adult population. *Nephrol Dial Transplant*. 2010; 25: 1567-1575.
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี. รายงานประจำปี 2564. สิงห์บุรี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี; 2564.
3. Pugtarmnag S, Pranate N, Thitininniti Y, Muangyim K. How to build a seamless referral system: A case study of Tha Chang community hospital, Sing Buri, Thailand. *Journal of Health Science Research*. 2019; 13:136-146
4. กองการพยาบาล. แนวทางการพัฒนาระบบบริการพยาบาล: Service Plan. 1. ปทุมธานี: สำนักพิมพ์สื่อตะวัน จำกัด; 2561.
5. มูลนิธิพัฒนาสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี. คู่มือการพัฒนาหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิให้เป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ.1. นนทบุรี: มูลนิธิพัฒนาสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี; 2565.
6. Kemmis S, McTaggart R. *The Action Research Planner*. (3rd ed.) Geelong: Deakin University Press; 1992.
7. Brach C, Keller D, Hernandez LM, Baur C, Parker R, Dreyer B, Schyve P, Lemerise AJ, Schillinger D. *Ten Attributes of Health Literate Health Care Organizations*. New York: The National Academies of Sciences; 2012.
8. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. คู่มือแนวทางการดำเนินงาน NCD Clinic Plus. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
9. Guyatt G, Rennie D, Meade MO, Cook DJ. *Users' Guide to Medical Literature: A Manual for Evidence-Based Clinical Practice*. (2nd ed.):New York: McGraw-Hill Education; 2008.