

การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอการเสื่อมของไต โดยใช้ แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

มนัชญา เสรีวิวัฒนา¹ พว,พย.ม.(การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

ยุพาวรรณ ทองตะนูนาม² Ph.D

สุดาวรรณ ลิ้มอักษร³ พย.บ.

บทคัดย่อ: การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอการเสื่อมของไตโดยใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ให้ข้อมูลรวม 39 คน คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ญาติผู้ดูแล และ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กลุ่มละ 10 คน และทีมสุขภาพ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ไชแสง กำเนิดมี จังหวัดนนทบุรี จำนวน 9 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ การสังเกต และการสนทนากลุ่ม บันทึกการติดตามเยี่ยมบ้านและการประเมินภาวะสุขภาพ เก็บข้อมูลระหว่างเดือน มกราคม ถึง เมษายน พ.ศ. 2560 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงบรรยาย และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษา กระบวนการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมี 3 ระยะ คือ 1) ระยะเตรียมการ วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการดูแลก่อนการพัฒนา 2) ระยะดำเนินการพัฒนาตามองค์ประกอบของแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 3) ระยะศึกษาผลลัพธ์ของการดำเนินการ พบมีการเปลี่ยนแปลง 3 ด้านคือ 1) ด้านผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เกิดความตระหนัก มีศักยภาพในการดูแลตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทำให้ผลการทำงาน ofไตดีขึ้น 2) ด้านทีมสุขภาพและการจัดการบริการของ รพ.สต. มีการพัฒนาบริการการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามแนวปฏิบัติทางคลินิกที่จัดทำขึ้นโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ มีการพัฒนาศักยภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ญาติผู้ดูแล และ อสม. จัดทำสื่อกระตุ้นเตือนและติดตามเยี่ยมบ้าน 3) ด้านชุมชน พบมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังร่วมกับทีมสุขภาพ ของ รพ.สต. อสม. และญาติผู้ดูแล

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2561; 5(1): 45-56

คำสำคัญ: การพัฒนาคุณภาพการดูแล, ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง, การชะลอการเสื่อมของไต, รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไชแสง กำเนิดมี จังหวัดนนทบุรี

²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี

³พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความสำคัญต่อผู้ป่วย ครอบครัว และประเทศชาติ เนื่องจากโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง เป็นแล้วรักษาไม่หายขาด และต้องดูแลต่อเนื่องเพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ปัจจุบันทั่วโลกให้ความสำคัญกับการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากขึ้น เนื่องจากสภาวะความเป็นอยู่และวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไป ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีจำนวนมากขึ้น จากรายงานสถิติสุขภาพทั่วโลก ปี พ.ศ. 2560 ขององค์การอนามัยโลกพบว่า 1 ใน 10 ของประชาชนในวัยผู้ใหญ่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน และ 1 ใน 3 มีความดันโลหิตสูง¹ นอกจากนี้พบว่า ประมาณร้อยละ 63 ของการเสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลกเกิดจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง² สำหรับประเทศไทยจากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557³ พบประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป เป็นเบาหวานร้อยละ 6.9 และหนึ่งในสามของผู้เป็นเบาหวานไม่ได้รับการรักษาร้อยละ 3.3 สำหรับโรคความดันโลหิตพบร้อยละ 21.4 และร้อยละ 8-9 ไม่ได้รับการรักษา โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้องต่อเนื่อง มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งแบบเฉียบพลันและแบบเรื้อรัง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง, โรคหลอดเลือดหัวใจ, โรคไตเรื้อรัง, จอประสาทตาเสื่อม เป็นต้น สามารถทำให้เกิดความพิการและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิต ภาวะเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งประเทศชาติด้วย

โรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease, CKD) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย สาเหตุของโรคไตเรื้อรังที่พบบ่อยเกิดจากโรคเบาหวานและภาวะความดันโลหิตสูงร้อยละ 70⁴ จากการศึกษาในประเทศไทย พบจำนวน

ผู้ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง ตั้งแต่ระยะที่สามขึ้นไป มีจำนวนมากโดยพบประมาณร้อยละ 2.9 – 13.0 เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนประชากรทั้งประเทศประมาณ 70 ล้านคน พบความชุกของโรคไตวายเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน ประมาณร้อยละ 40 และในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงร้อยละ 23.3⁵ จากข้อมูลของสถาบันโรคไตภูมิราชนครินทร์พบมีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 1.9 ทราบว่าตนป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง ซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายขาดต้องรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงมากโดยเฉพาะ เมื่อเข้าสู่โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (end stage renal disease) ซึ่งจำเป็นต้องให้การรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง หรือการผ่าตัดปลูกถ่ายไต นอกจากนี้พบคนไทยป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง ประมาณ 8 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 17.5 มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ซึ่งเป็นระยะสุดท้าย รวมทั้งสิ้น 40,845 ราย และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ทำให้ผู้ป่วยจำนวนมากต้องทนทุกข์ทรมานจากโรคไตเรื้อรัง ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ และค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงถึงรายละ 250,000 บาทต่อปี คิดเป็นจำนวนมากกว่าปีละ 10,000 ล้านบาท⁶

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไชแสง กำเนิดมี อยู่ในเขตอำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี มีพื้นที่บางส่วนติดกับกรุงเทพมหานคร ความเจริญด้านเทคโนโลยีเทียบเท่ากรุงเทพมหานคร มีประชากรหนาแน่นจำนวน 35,372 คน ในปี พ.ศ. 2559 มีจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รับบริการ 349 คน จากการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไตพบการทำงานของไตผิดปกติ ตั้งแต่ระยะที่ 3 – 5 จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 15.76 ไม่พบการทำงานของไตผิดปกติระยะที่ 4 และ 5 มีผู้ป่วยที่ต้องรับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทาง

ช่องท้องแบบต่อเนื่อง จำนวน 5 คน การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ผ่านมารวมทั้งในปี พ.ศ. 2559 มีการดำเนินการแบบเชิงรับในสถานบริการ ขาดความเชื่อมโยงในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมและไม่มี การสนับสนุนการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยร่วมกับครอบครัว ชุมชน ทำให้ผู้เป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตได้ร้อยละ 50 (175 คน) จากการที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ทราบสภาวะสุขภาพของตนเองเกี่ยวกับการทำงานของไตที่ผิดปกติและมีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่เหมาะสมด้านอาหาร ขาดการออกกำลังกาย รวมทั้งคนดูแลซึ่งเป็นบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่งผลให้ปี พ.ศ. 2560 มีจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รับบริการ จำนวน 366 คน การตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไตพบการทำงานของไตผิดปกติ ตั้งแต่ระยะที่ 3 จำนวน 62 คน คิดเป็นร้อยละ 16.94 ระยะที่ 4 จำนวน 2 คนมีผู้ป่วยที่ต้องรับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องเพิ่มขึ้นจำนวน 6 คน สถิติดังกล่าวภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วย โรคเรื้อรังมีจำนวนมากขึ้น จากสถานการณ์ปัญหาดังกล่าวประกอบด้วยนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขปี พ.ศ. 2559 เพิ่มการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพื่อชะลอความเสื่อมของไตไม่ให้เข้าสู่ระยะสุดท้ายเร็วเกินไป และจากการทบทวนวรรณกรรมหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังโรคต่างๆ รวมทั้งกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตของ รพ.สต. มีข้อเสนอแนะในการนำแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังและได้ผลดี ในการศึกษาครั้งนี้จึงสนใจนำแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model, CCM) ฉบับปรับปรุงของสมาคมโรคไตปี พ.ศ.

2558⁷ มาเป็นแนวคิดในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอการเสื่อมของไต

การนำแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังของนายแพทย์ Edward H Wagner⁸ และนำมาปรับปรุงโดยสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยมาใช้เป็นต้นแบบพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอการเสื่อมของไตของ รพ.สต. เพื่อให้ระบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเรื้อรังดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพประกอบด้วย 6 ด้านคือ 1) การสนับสนุนการจัดการตนเอง มีการสร้างความตระหนักและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโดยมีครอบครัวให้การสนับสนุน หาแนวทางในการดูแลตนเองของผู้ป่วยร่วมกัน เสริมสร้างพลังและเน้นผู้ป่วยเป็นผู้มีบทบาทหลักในการจัดการดูแลตนเอง 2) การออกแบบระบบการให้บริการ เป็นการออกแบบและปรับโครงสร้างของการบริการ และสร้างทีมงานที่ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างชัดเจน สนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว 3) การสนับสนุนการตัดสินใจ แนวทางปฏิบัติทางคลินิกที่อ้างอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ ถือเป็นมาตรฐานอันเหมาะสมของการดูแลโรคเรื้อรัง และต้องกระตุ้นเตือน มีผู้เชี่ยวชาญที่พร้อมให้คำปรึกษาผ่านทางโทรศัพท์โดยไม่จำเป็นต้องส่งต่อผู้ป่วยอย่างเป็นทางการ 4) ระบบสุขภาพและองค์กรดูแล มีการพัฒนาคุณภาพระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีการกำหนดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน 5) การจัดระบบข้อมูลทางคลินิก เป็นข้อมูลการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัวที่สุขภาพใช้ประกอบในการพิจารณาวางแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม และ 6) การเชื่อมโยงเสริมพลังชุมชน มีความสำคัญมากสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งมีทรัพยากรจำกัดและไม่สามารถจัดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้เอง ตัวอย่าง

**การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอการเสื่อมของไต โดยใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล**

การประยุกต์แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในการพัฒนาคุณภาพบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของครอบครัวที่มีผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลชุมชนขนาด 10 เตียงแห่งหนึ่งในจังหวัดหนองคาย⁹ พบว่าผู้ให้บริการได้วางแผนและพัฒนาคุณภาพบริการโดยจัดทำแผนกลยุทธ์ให้บริการโดยทีมสหวิชาชีพ จัดทำแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน สนับสนุนพฤติกรรมจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานและครอบครัวโดยกิจกรรมค่ายเบาหวานและติดตามเยี่ยมบ้านผลลัพธ์พบว่าการให้บริการมีคุณภาพและผู้ป่วยเบาหวานมีระดับน้ำตาลบนฮีโมโกลบินของเม็ดเลือดแดงลดลง

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอการเสื่อมของไตโดยใช้แนวคิดการดูแลโรคเรื้อรัง ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

วัตถุประสงค์รอง

1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก่อนการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
2. เพื่อศึกษาการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)¹⁰ ครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (CCM) เป็นกรอบแนวคิดเชิงเนื้อหาในการศึกษา โดยแบ่ง

ขั้นตอนการดำเนินการศึกษาเป็น 3 ระยะคือ 1) ระยะเตรียมการ 2) ระยะดำเนินการพัฒนา และ 3) ระยะศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนา ดังนี้

1. ระยะเตรียมการ เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังก่อนการพัฒนา เพื่อค้นหาปัญหาและความต้องการการดูแลโดยสำรวจข้อมูลทั่วไปและการคัดกรองภาวะไตเสื่อม จากแบบบันทึกผู้ป่วยของ รพ.สต. และข้อมูลสถานการณ์การดูแลโดยการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีผลการประเมินความรุนแรงของการทำงานของไตจากค่า eGFR อยู่ในระยะที่ 3 ขึ้นไป จำนวน 10 คน ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 10 คน และข้อมูลประสบการณ์ในการดูแลและปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังจากทีมสุขภาพของรพ.สต. เช่น ทีมผู้บริหาร คือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไชแสง กำเนิดมีผู้ให้บริการได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน จำนวน 9 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีพื้นที่รับผิดชอบในเขตบ้านของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 10 คน รวมทั้งหมด จำนวน 39 คน

2. ระยะดำเนินการพัฒนา เป็นการวางแผนและปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพการดูแลตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ดำเนินการโดยผู้วิจัยรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากระยะเตรียมการ นำเสนอข้อมูลในการประชุมทีมผู้ให้บริการร่วมวางแผนเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแล เก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์จากแบบสอบถาม การสังเกตและบันทึกแบบบันทึกติดตามเยี่ยมบ้าน ผู้ให้ข้อมูลเป็นทีมสุขภาพ รพ.สต. ได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน และ อสม.

3. ระยะศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนา เป็นการ ศึกษาผลของการพัฒนาตามองค์ประกอบแนวคิด การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่พัฒนา เก็บข้อมูลโดยการ สัมภาษณ์จากแบบสอบถาม การสังเกตและบันทึก การสนทนากลุ่ม แบบบันทึกการติดตามเยี่ยมบ้านและ การประเมินภาวะสุขภาพ ผู้ให้ข้อมูลเป็นทีมสุขภาพ รพ.สต. อสม. ผู้ป่วยโรคเรื้อรังและญาติผู้ดูแล

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โดยคณะ กรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี ผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการเก็บข้อมูลให้กับผู้ร่วมวิจัยอย่างละเอียด ผู้ร่วมวิจัยสามารถถอนตัวจากการศึกษาได้ตลอดเวลา นำเสนอข้อมูลในภาพรวม ไม่ได้ระบุตัวบุคคล และนำไปใช้ประโยชน์เพื่อการศึกษาเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ผลการศึกษา

1. ระยะเตรียมการ

การวิเคราะห์สถานการณ์ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มี การเสื่อมของไตโดยแบ่งตามระยะการทำงานของไต ปัญหาและความต้องการการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า ปี พ.ศ. 2559 มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังมารับบริการ จำนวน 349 คน จากการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ทางไต พบการทำงานของไตผิดปกติ ตั้งแต่ระยะที่ 3 – 5

จำนวน 50 คน คิดเป็น ร้อยละ 15.76 ไม่พบการทำงานของไตผิดปกติระยะที่ 4 และ 5 มีผู้ป่วยที่ต้องรับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง จำนวน 5 คน ปีพ.ศ. 2560 มีจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับบริการ จำนวน 366 คน การตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไตพบการทำงานของไตผิดปกติ ตั้งแต่ระยะที่ 3 จำนวน 62 คน คิดเป็นร้อยละ 16.94 และระยะที่ 4 จำนวน 2 คน มีผู้ป่วยที่ต้องรับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องเพิ่มขึ้น เป็นจำนวน 6 คน ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะการเสื่อมของไตได้รับการดูแลเหมือนกับการดูแลผู้ป่วยทั่วไปคือ ผู้ป่วยมารับบริการตามนัดได้รับการตรวจจากแพทย์ ปรึกษาและกลับบ้าน แต่ไม่ได้รับทราบถึงสถานะสุขภาพของตนเองจากเจ้าหน้าที่ ทำให้ขาดความตระหนักถึง ปัญหาสุขภาพของตนเอง ขาดความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตนเพื่อชะลอการเสื่อมของไต

การวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาการให้ บริการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอการเสื่อมของไต จากประสบการณ์ทีมสุขภาพของ รพ.สต. และ อสม. ตามแนวความคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้ง 6 องค์ประกอบ พบดังนี้

1) ระบบบริการสุขภาพและองค์กรดูแล พบว่า บุคลากรทีมสุขภาพผู้ให้บริการดำเนินงานตามนโยบาย ของกระทรวงสาธารณสุข แต่ยังไม่มีความเข้าใจนโยบาย และปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้ไม่ชัดเจน ขาดการดำเนินงานร่วมกันในทีมสหสาขา วิชาชีพ ทำให้การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอ การเสื่อมของไตเหมือนกับการดูแลผู้ป่วยทั่วไป ผู้ป่วย มาตรวจรับยาและกลับบ้าน ยังไม่ได้เน้นให้ผู้ป่วย ตระหนักถึงปัญหาสุขภาพของตนเอง เพื่อนำไปสู่การ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้อง

2) การออกแบบระบบการให้บริการ ผู้ให้บริการมีบทบาทหน้าที่ไม่ชัดเจน ขาดการดำเนินการร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ ขาดแนวทางการปฏิบัติเป็นรูปธรรม ขาดระบบการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรังและญาติผู้ดูแล ขาดแนวทางการสร้างความตระหนักและแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องให้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังและญาติผู้ดูแล

3) การสนับสนุนการตัดสินใจ ผู้ให้บริการมีความรู้ความเข้าใจแต่ยังขาดทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต ขาดการนำแนวปฏิบัติทางคลินิก (clinical practice guideline, CPG) มาใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างครบถ้วนชัดเจน

4) การสนับสนุนการดูแลตนเอง การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ขาดแนวทางการสร้างความตระหนักเรื่องปัญหาสุขภาพของตนเองให้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังและญาติผู้ดูแล ขาดแผนการให้ความรู้เนื้อหาที่สามารถนำไปใช้ในการดูแลตนเองได้จริง สื่อการสอนไม่ทันสมัย ขาดการติดตามเยี่ยมบ้าน ขาดการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนและเป็นการกำลังใจให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังและญาติผู้ดูแล มีการจัดการดูแลตนเองที่ยังไม่เหมาะสม เช่น คำกล่าวของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ว่า “ลูกสาวเลิกงานมาตอนเย็น ชื้อขนมหวานมาฝากแม่ทุกวัน แม่ก็กลัวลูกเสียใจ ก็ต้องทานขนมหวานที่ลูกซื้อมาทุกวัน”

5) การจัดระบบข้อมูลทางคลินิก พบว่ายังขาดการนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยมีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในคอมพิวเตอร์แต่ยังไม่ครอบคลุม ไม่มีการคืนข้อมูลที่เป็นปัญหาสุขภาพให้กับผู้ป่วย ไม่ได้มีการวิเคราะห์และแยกข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีปัญหาเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตออกเป็นกลุ่มที่ต้องให้การดูแลพิเศษ

6) การเชื่อมโยงเสริมพลังชุมชน พบว่า ยังขาดการคืนข้อมูลสู่ชุมชน (อสม.) ผู้นำชุมชนยังขาดการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังของครอบครัว และชุมชนอย่างต่อเนื่อง

จากผลการวิเคราะห์สถานการณ์ดังกล่าว นำสู่การดำเนินการพัฒนาในระยะต่อไป

2. ระยะดำเนินการพัฒนา

ข้อมูลที่ได้จากระยะเตรียมการ นำมาวิเคราะห์สรุปและนำเสนอในการสนทนากลุ่ม ทีมผู้บริหาร ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไชแสง กำเนิดมี ทีมผู้ให้บริการ ได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน และ อสม. ทำให้มีการร่วมกันวางแผนเพื่อดำเนินการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ คือ กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังและทีมผู้ให้บริการ โดยได้ดำเนินการพัฒนาตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้ง 6 องค์ประกอบ ดังนี้

1) ระบบบริการสุขภาพ-องค์กรดูแลสุขภาพ มีการดำเนินงานตามแผนการพัฒนาเพื่อให้บุคลากรทีมสุขภาพมีความเข้าใจนโยบายและมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ชัดเจนตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยการจัดประชุมกลุ่มผู้ให้บริการของ รพ.สต. ซึ่งผู้อำนวยการ รพ.สต. ได้มอบนโยบายการดำเนินงานให้กับทีมผู้ให้บริการ ปรับโครงสร้างการบริการ โดยแยกการบริการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีการเสื่อมของไตเป็นการเฉพาะ โดยแบ่งตามระยะการทำงานของไต ตั้งแต่ระยะ 3A, 3B, ระยะที่ 4, ระยะที่ 5 แยกออกจากผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่การทำงาน of ไตปกติ คือ การทำงานของไต ระยะที่ 1 และ 2 เพื่อเน้นการดูแลที่เหมาะสมกับภาวะแทรกซ้อนของ

ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ได้พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่โดยการเข้ารับการอบรมแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี และโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า และได้มีการถ่ายทอดความรู้และแนวทางปฏิบัติการดูแลสู่ผู้ร่วมทีมให้บริการเพื่อให้เป็นมาตรฐานการดำเนินการเดียวกันและเพื่อการพัฒนาความรู้สู่การกำหนดแผนและกิจกรรมด้วย

2) การสนับสนุนการจัดการตนเอง มีการคืนข้อมูลสถานะสุขภาพทั่วไปและข้อมูลที่เป็นปัญหาสุขภาพแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อสร้างความตระหนักถึงปัญหาสุขภาพของตนให้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังและญาติผู้ดูแล มีการจัดเวทีการสนทนากลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ รับทราบแนวทางการแก้ไขปัญหาร่วมกัน เมื่อเกิดความตระหนักถึงปัญหาสถานะสุขภาพแล้วได้พัฒนาศักยภาพด้านความรู้และแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยทีมสหสาขาวิชาชีพที่ได้รับการสนับสนุนบุคลากรจากโรงพยาบาลพระนั่งเกล้าซึ่งเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายดูแล รพ.สต. นอกจากนี้จัดกิจกรรมติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามและกระตุ้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การรับประทานอาหารตามหลักการดูแลครอบครัวด้วยการจัด ห้องครัวสุขภาพ (clean kitchen) การรับประทานยา การออกกำลังกายและการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน การจัดทำสื่อ POP UP ซึ่งเป็นสื่อกระตุ้นเกี่ยวกับการจัดห้องครัวสุขภาพไว้สำหรับตั้งโต๊ะอาหาร และตู้เย็น มีการจัดตั้งกลุ่มไลน์ชื่อ “คนนันทสุขภาพดี” เพื่อเพิ่มช่องทางการติดตามกระตุ้นและส่งเสริมการมีส่วนร่วมทุกเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง โดยมีอายุรแพทย์และพยาบาลวิชาชีพเป็นพี่ปรึกษาในการติดต่อสื่อสารและตอบปัญหา เน้นเนื้อหาการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ วิชาการและกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอย่างต่อเนื่อง

3) การสนับสนุนการตัดสินใจ จัดทำแนวปฏิบัติทางคลินิก (CPG) การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอการเสื่อมของไตร่วมกันระหว่างทีมให้บริการ ของ รพ.สต.ไชแสง กำเนิดมี และแพทย์จากโรงพยาบาลพระนั่งเกล้าโดยอ้างอิงแนวทางจากแนวทางการดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้เป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูง¹¹ โดยสมาคมโรคไต สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ และสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และคู่มือปฏิบัติการเพื่อดำเนินงานลดโรคไตเรื้อรัง (CKD) ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง¹² โดยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญกลุ่มงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรีและโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

4) การออกแบบระบบบริการ ได้มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบของทีมผู้ให้บริการ รพ.สต. ที่ชัดเจนขึ้น และพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตาม CPG ที่จัดทำขึ้นโดยมีการดำเนินการร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพทั้งภายในและภายนอกองค์กร พัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีภาวะการเสื่อมของไตที่เกินขีดความสามารถของ รพ.สต. จะดูแลรักษาให้เป็นระบบร่วมกันกับโรงพยาบาลพระนั่งเกล้าเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างถูกต้องและรวดเร็ว รวมทั้งพัฒนาระบบการติดตามเยี่ยมบ้านโดยการจัดตั้งทีมเยี่ยมบ้านร่วมกับ อสม. เพื่อติดตามและกระตุ้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแบบติดตามการเยี่ยมบ้าน

5) ระบบข้อมูล มีการจัดทำแฟ้มประวัติเฉพาะของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเสื่อมโดยมีการทำงานของไตรระยะที่ 3 ถึงระยะที่ 4 เพื่อบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยและข้อมูลการดูแลอย่างเป็นระบบเพื่อสะดวกใน

การติดตามและประเมินผลความก้าวหน้าการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หลังจากการคัดกรองการเสื่อมของไต จากการตรวจเลือดประเมินการทำงานของไต จากค่า eGFR ได้มีการแจ้งเตือนข้อมูลและการแจ้งเตือนให้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยการบันทึกกระยะการทำงานของไตในบัตรนัดให้ผู้ป่วยได้ทราบข้อมูลสภาวะสุขภาพของตนเอง มีการจัดเก็บข้อมูลการรักษาทั้งการบันทึกด้วยมือ และการจัดเก็บด้วยระบบคอมพิวเตอร์ นอกจากนี้ยังจัดทำแบบบันทึกการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินผลและวางแผนการดูแลต่อไป

6) การเชื่อมโยงสู่ชุมชน มีการจัดกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพด้านความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ให้กับ อสม. ของ รพ.สต.ทุกคน และร่วมวางแผนการติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสุขภาพเพื่อติดตามกระตุ้นเตือน เป็นกำลังใจให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและดูแลตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไตร่วมกับครอบครัว จัดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังร่วมกับญาติผู้ดูแลซึ่งเป็นบุคคลในครอบครัว โดยการแจ้งข้อมูลสภาวะการทำงานของไตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้ญาติผู้ดูแลรับทราบเพื่อสร้างความตระหนักในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จัดให้ผู้ดูแลเข้าร่วมการสนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้รับทราบปัญหาและแนวทางการแก้ไขปัญหาร่วมกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังร่วมกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพด้านความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตและกิจกรรมการติดตามเยี่ยมบ้าน นอกจากนี้ ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีค่าการทำงานของไตระยะที่ 1 และ 2 ได้จัดโครงการให้ความรู้แบบรายกลุ่มเพื่อชะลอการเสื่อมของไตไม่ให้เข้าสู่ระยะที่ 3 โดยการสนับสนุนงบประมาณการจัดทำโครงการจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ เทศบาลนครนนทบุรี

3. ระยะศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนา

จากการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอการเสื่อมของไตโดยใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สรุปผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพได้ 3 ด้านดังนี้

ด้านผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า เกิดความตระหนักในสภาวะสุขภาพที่เป็นปัญหา มีศักยภาพในการดูแลตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ถูกต้อง ส่งผลให้การประเมินภาวะสุขภาพ ได้แก่ การทำงานของไต ประเมินจากค่า eGFR ดีขึ้น ร้อยละ 80 ระดับไมโครอัลบูมินในปัสสาวะและโปรตีนในปัสสาวะดีขึ้นจากเดิม ร้อยละ 80 นอกจากนี้ พบมีค่าดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวลดลง ร้อยละ 90 มีค่าความดันโลหิตลดลงจากเดิม ร้อยละ 100 ทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความพึงพอใจต่อกิจกรรม ร้อยละ 90

ด้านทีมสุขภาพและการจัดบริการดูแลของ รพ.สต. บุคลากรทีมสุขภาพเข้าใจแนวทางการดำเนินงาน ได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต จัดกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ญาติผู้ดูแล และ อสม. พร้อมทั้งจัดตารางและดำเนินการติดตามเยี่ยมบ้าน จัดทำสื่อกระตุ้นเตือนเกี่ยวกับการจัดห้องครัวสุขภาพ การจัดตั้งกลุ่มไลน์ชื่อ “คนนันทสุขภาพดี” เพื่อเพิ่มช่องทางการติดตาม กระตุ้นและส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังและครอบครัว พัฒนาการจัดทำและใช้แนวปฏิบัติ (CPG) การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอการเสื่อมของไต พัฒนาระบบส่งต่อให้เป็นระบบมากขึ้น จัดทำแฟ้มเฉพาะของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะเสื่อมของไต จัดเก็บข้อมูลเป็นระบบและหลังการพัฒนามีการติดตามประเมินผลเป็นระยะ

ด้านชุมชน เกิดการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพของรพ.สต. ญาติผู้ดูแล และ อส.ม. อย่างต่อเนื่องทั้งในสถานบริการ และที่บ้าน การได้รับทราบข้อมูลสถานการณ์โรคเรื้อรังของผู้ป่วยโรคเรื้อรังทำให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเกิดความตระหนักในการแก้ไขปัญหาสถานะสุขภาพ ได้รับการพัฒนาความรู้ทำให้มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้องเพื่อชะลอการเสื่อมของไต นอกจากนี้องค์กรส่วนท้องถิ่นคือ เทศบาลนครนนทบุรีได้มีส่วนร่วมในการดำเนินการพัฒนาเพิ่มขึ้น

การอภิปรายผล

ผลที่เกิดจากการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอการเสื่อมของไตโดยใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังครั้งนี้ สอดคล้องกับสภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังของ รพ.สต. ที่เกิดขึ้นและนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพมีเป้าหมายลดปัจจัยเสี่ยงและคัดกรองการเกิดโรคไตในประชากรที่เป็นกลุ่มเสี่ยง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) เพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังทุกระยะ¹³ ทำให้เกิดการพัฒนาระบบการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย ระบบบริการสุขภาพหรือการสนับสนุนของบุคลากรทีมสุขภาพ ครอบครัวคือ ญาติผู้ดูแล และชุมชนคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นแกนนำในการกระตุ้นเตือนและติดตามผลซึ่งแนวคิดการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่พัฒนาขึ้นโดย Edward H Wagner⁸ ได้เสนอแนวทางในการจัดระบบการให้บริการใหม่เน้นให้ผู้ปฏิบัติปรับเปลี่ยนการให้บริการเป็นการสนับสนุนการจัดการตนเอง

และเชื่อมโยงสู่ชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้ที่ทำให้การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอการเสื่อมของไต มีการกำหนดแนวทางปฏิบัติชัดเจน ครอบคลุมตามเกณฑ์การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังสามารถพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามองค์ประกอบทั้ง 6 ทำให้เกิดผลลัพธ์ในการพัฒนาด้านระบบบริการ นำไปสู่การดูแลตนเองที่ถูกต้องของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตและอื่นๆ ลงโดยการมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัวและชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาคุณภาพบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของครอบครัวที่มีผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลชุมชน⁹ ที่ได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในการพัฒนาคุณภาพบริการ ผลลัพธ์ พบว่า มีการให้บริการที่มีคุณภาพและผู้ป่วยเบาหวานมีระดับน้ำตาลสะสมลดลง และจากการศึกษาผลลัพธ์ของการใช้ต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังภาคขยายในกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง¹⁴ ก็พบมีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น ผลกระทบต่อผู้ป่วยลดลง และมีความพึงพอใจที่ดี และสามารถใช้นโยบายการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ผลลัพธ์ที่ดีในทุกขั้นตอน

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ซึ่งต้องได้รับการดูแลจากบุคคลในครอบครัว ฉะนั้นในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้ได้ผลดี จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยเฉพาะญาติผู้ดูแลให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลอย่างชัดเจนเพิ่มขึ้นในองค์ประกอบของการดูแลโรคเรื้อรังนี้

ผลการศึกษาครั้งนี้ แสดงว่า แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความเหมาะสมในการประยุกต์ใช้

**การพัฒนาศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอการเสื่อมของไต โดยใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล**

ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอการเสื่อมของไต ซึ่งควรศึกษาผลลัพธ์ในด้านต่างๆ และติดตามในระยะยาวต่อไป และการดำเนินการในทั้ง 6 องค์ประกอบของ CCM ต้องมีการดำเนินการพัฒนาองค์ประกอบทุกด้านไปพร้อมกัน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ซึ่งไม่ได้พิจารณาเฉพาะผลลัพธ์ทางคลินิกเท่านั้น แต่ต้องทำให้ผู้ป่วย ครอบครัว และผู้เกี่ยวข้องรวมทั้งชุมชน มีศักยภาพในการจัดการปัญหาสุขภาพและผู้ป่วยโรคเรื้อรังสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม เพื่อชะลอการเสื่อมของไต ซึ่งจะเกิดได้เมื่อทีมผู้ให้บริการมีการเตรียมตัวและร่วมทำงานกับผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนที่ได้รับการส่งเสริมความรู้ ศักยภาพ และมีความกระตือรือร้นในการร่วมพัฒนาเพื่อให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ด้านการวิจัย ควรทำการศึกษาพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในครั้งนี้ และศึกษาผลลัพธ์การพัฒนาในทุกด้านอย่างต่อเนื่องในระยะยาว และให้ครอบคลุมผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตในทุกระยะ เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

ด้านการนำสู่ปฏิบัติ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่มีสถานการณ์คล้ายคลึงกัน ควรประยุกต์ใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในการพัฒนาศูนย์การดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอการเสื่อมของไตอย่างเหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. **World health statistics 2017**; 2017(cited 2017 Jan 29); Available from: URL: file: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2017/en/.

2. World Health Organization. **Global status report on non-communicable diseases 2016**; 2016. (cited 2017 Jan 29); Available from: URL: file: http://www.who.int/gho/publications/ncd_report.
3. Aekplakorn W. **Thai national health examination survey**. 5th. Nonthaburi: The Graphico System; 2014.
4. Sakolsatayadorn P. Chronic Kidney Disease. **Clinic** 2016 (cited 2016 Apr 20); Available from: URL: file:www.thaigov.go.th/index.php/th/news-ministry/2012-08-15-09-44-34/item/99278.
5. Institute of medical research and technology assessment. **Diabetes/Hypertension and complication in Thailand**. Bangkok: Department of Medical Services, Ministry of Public Health; 2013.
6. Bhumirajanagarindra Kidney Institute. **Chronic Kidney Disease Prevention Project**. Bangkok: Bumirajanagarindra Kidney Institute; 2015.
7. Nephrology Society of Thailand. **Management guide for early chronic kidney disease**. Bangkok: Union Ultraviolet; 2015.
8. Wagner EH, Bodenheimer T, Grumbach K. Improving Primary Care for Patients with Chronic Illness: The Chronic Care Model, Part 2. **JAMA** 2002; 288(15):1909-14.
9. Meerut W, Jenjaiwit P. Quality development of family management support services among diabetes mellitus patients at a community hospital. **Journal of Nursing Science & Health** 2013; 36(3): 60-71.
10. Nilvarangkul K. Action research and participatory action research background and connection. **Journal of Nurses Association of Thailand, North-eastern division** 2013; 31(3): 23-8.
11. Bureau of Non Communicable Diseases. Manual to reduce chronic kidney disease in diabetes and hypertension patients. Nonthaburi: Bureau of Non-Communicable Diseases; 2016.
12. Ministry of Public Health, Nephrology Society of Thailand. **Guidelines for screening and treating kidney complications in diabetes and hypertension**. Nonthaburi: Bureau of Non-Communicable Diseases; 2016.

13. Health Service Development Plan, Ministry Of Public Health. **Development of kidney health service system.** Bangkok: The Agricultural Co-operative Federation of Thailand; 2016.
14. Suriyathai J. Outcomes of expanded chronic care model utilization in patients with chronic obstructive pulmonary disease. **Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice** 2014; 1(1): 72-82.

Development of Quality Care for Delaying Progression of Kidney Disease in Chronic Patients using the Chronic Care Model of a Sub-District Health Promotion Hospital

Manachaya Serewiwattana¹ M.N.S.(Community Nurse Practitioner)

Yupawan Thongtanunam² Ph.D

Sudawan Limakara³ B.S.N.

Abstract: This action research aimed to develop quality care for delaying progression of kidney disease in chronic patients using the chronic care model. Thirty nine informants comprised of 10 of each group of patients with third stage chronic kidney disease (CKD), family caregivers, and community health volunteers (CHVs), including 9 healthcare personnel of Kaisang Kamnoetmee-District Health Promotion Hospital, Nonthaburi Province. Data were collected using personal interviews, observation, focus group discussions, home visit records, and health assessment. Data were collected during January to April 2017. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and qualitative data were analyzed using content analysis. **Results** revealed that quality care development process comprised of 3 phases: 1) Preparation phase, situation analysis of care before the development; 2) Development phases, implementing based on the components of the Chronic Care Model (CCM); 3) Evaluation phase, outcome study of the development. There were changes in 3 aspects: 1) patients with chronic kidney diseases had awareness and gain more capability in self-care resulting in better renal functions; 2) health personnel and care services of the studied hospital were provided using clinical practice guideline developed by multidisciplinary team. Capacity building of chronic disease patients, family caregivers and CHVs were developed. Home visiting and media were provided; 3) community people were involved in care for chronic patients together with health personnel, CHVs, and family caregivers.

Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice 2018; 5(1): 45-56

Keywords: development of quality care, chronic kidney disease patients, delaying progression of kidney disease, chronic care model

¹Registered Nurse, Professional Level, Kaisang Kamnoetmee-District Health Promotion Hospital

²Registered Nurse, Senior Professional Level, Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Nonthaburi Province

³Registered Nurse, Professional Level, Nonthaburi Provincial Health Office