# การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย อำเภอทุ่งฝน จังหวัดอุดรธานี

มยุเรศ โนนคู่เขตโขง, พย.บ.*

**บทคัดย่อ**

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย และพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย โรงพยาบาลทุ่งฝน จังหวัดอุดรธานี ใช้ระยะเวลาในการศึกษา เมษายน - สิงหาคม 2566 ดำเนินการเป็น 3 ระยะคือ 1) ระยะประเมินสถานการณ์ 2) ระยะพัฒนารูปแบบ จำนวน 3 รอบปฏิบัติการ และ 3) ระยะประเมินผล ผู้ร่วมศึกษา ประกอบด้วย 1) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย จำนวน 20 คน 2) ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายจำนวน 20 คน 3) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 7 แห่งๆละ 2 คน จำนวน 14 คน 4) พยาบาลวิชาชีพประจำ รพ.สต. จำนวน 7 คน 5) ผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลทุ่งฝน จำนวน 3 คน และ 6) พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงาน COC ใน โรงพยาบาลทุ่งฝน จำนวน 1 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการเสวนาและประชุมระดมสมอง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และให้ผู้ร่วมศึกษามีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ทุกกระบวนการ

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจำนวนทั้งสิ้น 1,770 คน สามารถแบ่งเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1 จำนวน 332 คน คิดเป็นร้อยละ 18.75 ผู้ป่วยโรคไตเรื้องรังระยะที่ 2 2) จำนวน 339 คน คิดเป็นร้อยละ 19.15 ผู้ป่วยโรคไตเรื้องรังระยะที่ 3 3) จำนวน 231 คน คิดเป็นร้อยละ 13.05 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 4) จำนวน 65 คน คิดเป็นร้อยละ 3.67 และผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 5) จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 2.25

การพัฒนาทักษะของผู้ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย เป็นการเน้นการพัฒนาทักษะของทีมผู้ดูแล และเจ้าหน้าที่ รพ.สต. สามารถสรุปผล ได้ดังนี้ 1) ระบบบริการสุขภาพ องค์กรดูแลสุขภาพมีการดำเนินงานตามแผนการพัฒนาที่วางไว้ 2) การสนับสนุนการจัดการตนเอง มีการคืนข้อมูลสภาวะสุขภาพทั่วไปและข้อมูลที่เป็นปัญหาสุขภาพแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 3) การสนับสนุนการตัดสินใจ จัดทำแนวปฏิบัติทางคลินิก (CPG) 4) การออกแบบระบบบริการ ได้มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบของทีมผู้ให้บริการรพ.สต. ที่ชัดเจนขึ้น 5) ระบบข้อมูล มีการจัดทำแฟ้มประวัติเฉพาะของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 6) การเชื่อมโยงสู่ชุมชนเพิ่มขึ้น

**คำสำคัญ** การพัฒนารูปแบบ, โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

---

* โรงพยาบาลทุ่งฝน จังหวัดอุดรธานี

# Development of end stage chronic kidney disease care model in Thung Fon District, Udon Thani Province

Mayured Nonkhooketkhong B.N.S.*

**Abstract**

This action research Objective: To study the situation of care for patients with end-stage chronic kidney disease. and develop a model for caring for patients with end-stage chronic kidney disease. Thung Fon Hospital Udon Thani Province the study period is April - August 2023, carried out in 3 phases: 1) situation assessment phase, 2) model development phase, 3 operational rounds, and 3) evaluation phase. Study participants included 1) 20 patients with end-stage chronic kidney disease, 2) 20 caregivers of patients with end-stage chronic kidney disease, 3) 14 village health volunteers (VHVs) from 7 locations, 2 people each. 4) Professional nurses at Subdistrict Health Promoting Hospital, 7 people, 5) Persons responsible for chronic disease work Thung Fon Hospital, 3 people and 6) professional nurse responsible for COC work in Thung Fon Hospital, 1 person. Data were collected through discussions and brainstorming meetings. Quantitative data analysis Using frequency distribution and percentage, qualitative data was analyzed using content analysis and involving the study participants in the analysis of every process.

The research results found that A total of 1,770 patients with chronic kidney disease can be divided into 332 patients with stage 1 chronic kidney disease, accounting for 18.75 percent, and 339 patients with stage 2 chronic kidney disease 2), accounting for 19.15 percent. Chronic kidney disease stage 3 3) number of 231 people, accounting for 13.05 percent, patients with chronic kidney disease stage 4 4) number of 65 people, accounting for 3.67 percent and patients with chronic kidney disease stage 5 5) number of 40 people, accounting for 2.25 percent

Improving the skills of practitioners in caring for patients with end-stage chronic kidney disease. It emphasizes the development of the skills of the care team. and Subdistrict Health Promoting Hospital officials can summarize the results as follows: 1) Health service system Health care organizations operate according to development plans. 2) Support for self-management. General health status information and health problem information are returned to chronically ill patients. 3) Decision support Prepare clinical practice guidelines (CPG) 4) Service system design Roles and duties have been defined. Responsibilities of the Subdistrict Health Promotion Hospital service team 5) The information system has created specific personal history files for patients with chronic diseases. 6) Connections to the community have increased.

**Keywords:** Model development, end-stage kidney disease

* Inpatient, Thung Fon Hospital.

**บทนำ**

โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (End-stage Kidney Disease : ESKD) เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก สำหรับประเทศไทย ความชุกของผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตในปี พ.ศ. 2563 มีจำนวน 170,774 คน เพิ่มขึ้นจากเดิมปี พ.ศ. 2562 ที่มีจำนวน 151,343 คน โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) เป็นปัญหาทางสุขภาพของประชากรโลกที่มีความชุกเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจนทั่วโลกตระหนักว่าเป็นโรคภาระ สำหรับประเทศไทย ผลการสำรวจในปี พ.ศ. 2562 ความชุกของโรคไตเรื้อรังเท่ากับร้อยละ 17.5 ของประชากร[1] ผลกระทบที่เกิดจากผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่เด่นชัดที่สุดเป็นภาระด้านเศรษฐกิจในการดูแลสุขภาพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) รายงานข้อมูลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายในสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีอยู่ประมาณ 50,000 ราย แบ่งออกเป็นผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง ประมาณ 30,000 ราย และ ผู้ป่วยที่ฟอกไตด้วยเครื่องฟอกไตเทียมประมาณ 20,000 ราย ต้องใช้งบประมาณในการดูแลรักษากว่า 20,000 ล้านบาทต่อปี อีกทั้งผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่องร้อยละ 15-20 ต่อปี หากไม่มีการแก้ไขคาดว่าในอีก 5 ปีข้างหน้าจะมีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็นกว่า 2 แสนราย และต้องใช้งบประมาณในการดูแลรักษากว่า 4 หมื่นล้านบาทต่อปี[1] เป้าหมายสำคัญของการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี และลดภาระทางเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัว คือ การชะลอสภาพความเสื่อมถอยของไตและการดำเนินโรคให้ช้าที่สุด การบรรลุเป้าหมายเช่นนั้น ผู้ป่วยต้องมีพฤติกรรมที่ดีในการดูแลตนเอง จากการศึกษาของ Jain and Green[2] พบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคไตเรื้อรังมีผลกระทบที่เป็นผลลัพธ์ด้านสุขภาพมากขึ้นเนื่องจากผู้ป่วยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่จำกัด ดังนั้นการเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรคไม่ติดต่อของประเทศไทยในช่วงทศวรรษที่ผ่านมากลุ่มโรคไม่ติดต่อได้คร่าชีวิตประชากรไทยถึง ร้อยละ 75 ของการเสียชีวิตทั้งหมด หรือราว 320,000 คนต่อปีในจำนวนนี้พบว่าประมาณครึ่งหนึ่งหรือราวร้อยละ 55 เสียชีวิตที่อายุต่ำกว่า 70 ปี[3]

เมื่อพิจารณาความรุนแรงของโรคไม่ติดต่อที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิต ปี 2555 และปี 2558 พบว่า โรคไตเรื้อรังมีการเพิ่มมากที่สุดจาก 33.4 ต่อแสนประชากร เพิ่มเป็น 40.9 ต่อแสนประชากร รองลงมาคือโรคหัวใจขาดเลือด จาก 22.4 ต่อแสนประชากร เป็น 27.8 ต่อแสนประชากร การเสียชีวิตรายโรคระหว่างเพศ พบว่าโรคไตเรื้อรัง โรคหัวใจขาดเลือดและโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง พบในเพศชายพบสูงกว่าเพศหญิง 2 -3 เท่า [3] และทำนายไว้ว่าในปี พ.ศ.2573 ประชากรโลก จำนวน 23 ล้านคน จะเสียชีวิตจากโรคไตเรื้อรังและหัวใจ สำหรับประเทศไทยสถิติของกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีอัตราผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตสูงสุด 6 โรค ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคไตเรื้อรังและหัวใจ โรคถุงลมโป่งพองโรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง และโรคอ้วนลงพุง จากข้อมูลจำนวนและอัตราตายต่อประชากรแสนคน ปี 2559-2561 ด้วย 4 กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non Communicable Diseases: NCDs) ประกอบด้วย โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานโรคหัวใจขาดเลือด และโรคไตเรื้อรัง เขตบริการสุขภาพที่ 8 พบว่า ภาพรวมของเขตบริการมีอัตราการตายจำนวน 92.27 93.65 และ 90.08 ตามลำดับ ซึ่งเป็นตัวเลขที่สูงขึ้นทุกปี สำหรับจังหวัดอุดรธานีพบว่าอัตราการตายจำนวน 93.70 106.34 และ 102.64 ก็มีอัตราการตายที่ค่อนข้างสูงขึ้นทุกปีเช่นกัน หากพิจารณาจากโรคไตเรื้อรัง พบว่า ในเขตบริการสุขภาพที่ 8 มีอัตราการตาย จำนวน 10.22 11.24 และ 9.88 ส่วนจังหวัดอุดรธานีมีอัตราการตายด้วยโรคไตเรื้อรังจำนวน 4.45 4.68 และ 4.29 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มที่สูงขึ้นเรื่อย ๆ [4] พบเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายติดบ้านติดเตียงเพิ่มขึ้น ซึ่งหากผู้ป่วยด้วยกลุ่มโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้องต่อเนื่อง จะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในหลายระบบของร่างกาย ทั้งภาวะแทรกซ้อนแบบเฉียบพลัน และแบบเรื้อรังทำให้ภาวะโรครุนแรงขึ้น ส่งผลให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง เกิดภาวะเจ็บป่วยต้องนอนติดบ้าน ติดเตียง ตามด้วยความพิการและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร

โรงพยาบาลทุ่งฝนเป็นเครือข่ายการบริการด้านสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของ คปสอ.ทุ่งฝน จากสถานการณ์ความเจ็บป่วยของประชาชนในเขต ในปี 2565 พบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจำนวนทั้งสิ้น 1,770 คน สามารถแบ่งเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้องรังระยะที่ 1 จำนวน 332 คน คิดเป็นร้อยละ 18.75 ผู้ป่วยโรคไตเรื้องรังระยะที่ 2 จำนวน 339 คน คิดเป็นร้อยละ 19.15 ผู้ป่วยโรคไตเรื้องรังระยะที่ 3 จำนวน 231 คน คิดเป็นร้อยละ 13.05 ผู้ป่วยโรคไตเรื้องรังระยะที่ 4 จำนวน 65 คน คิดเป็นร้อยละ 3.67 และผู้ป่วยโรคไตเรื้องรังระยะที่ 5 จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 2.25 ทั้งนี้พบว่ามีการเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease) ต่าง ๆ เพิ่มมากขึ้น ในปี พ.ศ.2564 พบว่ามีผู้ป่วยที่ต้องติดตามเยี่ยม ดูแลสุขภาพด้วยโรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease) ในปี 2563-2565 จำนวนทั้งสิ้น 42 38 และ 44 ราย ตามลำดับ โดยในจำนวนนี้พบว่าเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง กลุ่มที่ยังช่วยเหลือดูแลตนเองได้ปกติ และกลุ่มที่ช่วยตนเองได้บ้าง แต่อาจมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานบางส่วนหรือทั้งหมด ทำให้ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น หรือที่เรียกว่าผู้ป่วยกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ระยะสุดท้าย ในปี 2563-2565 จำนวน 12 10 และ 13 ราย ตามลำดับคิดเป็นร้อยละ 47.65 33.77 และ 30.65 ของผู้ป่วย เกิดภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 85.00 ได้แก่ ภาวะแผลกดทับ ข้อติดแข็ง ติดเชื้อ ปอดอักเสบ ต้องเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล (Re-admission) ร้อยละ 72.00 ผู้ดูแลครอบครัวมีความเครียดต่อการดำรงชีวิต ค่าใช้จ่าย ร้อยละ 100 ปัญหาสุขภาพของผู้ดูแลร้อยละ 64.00 [5] ซึ่งจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังดังกล่าวในเขตอำเภอทุ่งฝน ได้รับการดูแลโดยหน่วยบริการปฐมภูมิ ประกอบด้วย ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาลทุ่งฝน 1 แห่ง และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 6 แห่ง

การวิเคราะห์ปัญหาก่อนการพัฒนารูปแบบและสาเหตุการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยในด้านต่างๆ พบว่า 1) ผู้ป่วยและผู้ดูแล พบปัญหาขาดความตระหนักในการดูแลตนเอง ความรู้ในการปฏิบัติ ผู้ดูแลไม่มั่นใจ กลัวการดูแล อุปกรณ์เครื่องมือในการดูแล ที่อยู่อาศัยไม่พร้อม ผู้ดูแลผู้ป่วยมีปัญหาทางสายตา 2) ระบบงาน พบปัญหาดูแลไม่ครอบคลุมทีมสหสาขาวิชาชีพ ช่องทางการติดต่อสื่อสาร การนิเทศน์ติดตาม การควบคุมกำกับผู้รับผิดชอบงาน ประสานงานการส่งต่อข้อมูล การคืนข้อมูลให้หน่วยงานในพื้นที่รับทราบ 3) บุคลากร ความตระหนักในการวางแผนจำหน่าย การปฏิบัติไม่เป็นในแนวทางเดียวกัน ผู้รับผิดชอบงานมีความรู้ไม่ครอบคลุม 4) แนวทางปฏิบัติ แบบฟอร์มการวางแผนจำหน่าย พบว่า มีการปรับเปลี่ยนและพัฒนาเพื่อให้เหมาะสม และสะดวกกับผู้ปฏิบัติงานพบปัญหาคือการสื่อสารลงสู่ผู้ปฏิบัติ และ5) เครื่องมือที่ใช้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน พบปัญหาเครื่องมือไม่เพียงพอเนื่องจากจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น อาหารปั่นสูตรสำเร็จพบว่าในบางครอบครัวที่มีฐานะยากจนทำให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ

จากการสนทนากลุ่ม แลกเปลี่ยนเรียนรู้พบว่าแต่ละแห่งมีแนวทางรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย โรงพยาบาลทุ่งฝน จังหวัดอุดรธานีที่แตกต่างกันและไม่ชัดเจน ทีมดูแลยังขาดความพร้อม ทั้งด้านวิชาการ ความรู้ในการดูแลเฉพาะโรคของผู้ป่วย เช่น การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ขาดทีมสหวิชาชีพที่ครบครันบางหน่วยบริการขาดนักกายภาพบำบัด ขาดนักโภชนาการ ในการร่วมติดตามดูแลผู้ป่วย ขาดการประสานงานกันระหว่างหน่วยบริการ ทั้งในส่วนของการส่งต่อ การยืมอุปกรณ์ และการแจ้งพื้นที่ในการออกเยี่ยมหรือการส่งต่อผู้ป่วย

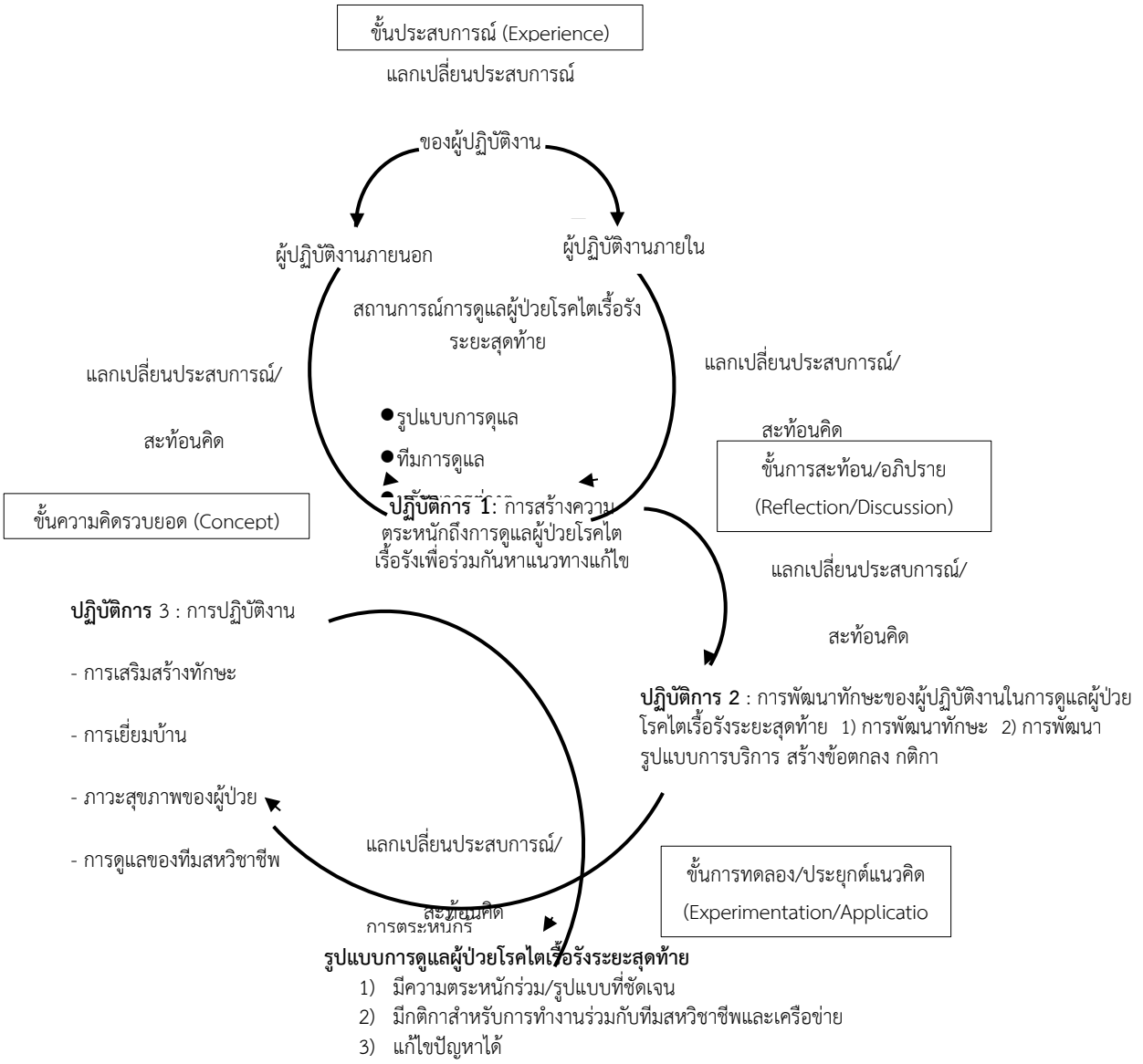
จากสถานการณ์ดังกล่าว จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงบ้าน สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย กลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ในโรงพยาบาลทุ่งฝน เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว ได้รับการดูแลที่เป็นรูปแบบที่ชัดเจนมีคุณภาพส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น ป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อน และสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้กับภาวะโรคอย่างปกติสุข

**วัตถุประสงค์การวิจัย**

1. ศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ในอำเภอทุ่งฝน จังหวัดอุดรธานี
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ในอำเภอทุ่งฝน จังหวัดอุดรธานี

**กรอบแนวคิดในการวิจัย**

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ตามรูปแบบของโคล์บ Kolb's Model[6] มาเป็นกรอบวิธีการจัดการเรียนรู้ เกิดมาจากความเชื่อที่ว่า การเรียนรู้ของคนเราเป็นกระบวนการสร้างความรู้ด้วยตัวของตัวเองซึ่งมีกระบวนการ ในการศึกษาครั้งนี้มีการใช้กระบวนการกลุ่ม (Group process) มีการสนทนากลุ่มเป็นการจัดการความรู้ ผู้ศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลเบื้องต้น ด้วยวิธีการสอบถามโดยใช้แบบสอบถาม มารวบรวมข้อมูล สรุป วิเคราะห์ และดำเนินการจัดกลุ่ม ดังภาพที่ 1




**ภาพที่ 1** กรอบแนวคิดการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย โรงอำเภอทุ่งฝน จังหวัดอุดรธานี พัฒนาจากหลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning: PL) ตามแนวคิดรูปแบบของโคล์บ Kolb's Model (David A. Kolb, 1991)

**วิธีดำเนินการวิจัย**

**รูปแบบการวิจัย** เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** การศึกษาครั้งนี้มีกลุ่มผู้ร่วมศึกษาทั้งหมด 6 กลุ่ม จำนวน 65 คน ประกอบด้วย 1) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย จำนวน 20 คน 2) ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย จำนวน 20 คน 3) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 7 แห่งๆละ 2 คน จำนวน 14 คน4)พยาบาลวิชาชีพประจำ รพ.สต. จำนวน 7 คน 5) ผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลทุ่งฝน จำนวน 3 คน และ 6) พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงาน COC ในโรงพยาบาลทุ่งฝน จำนวน 1 คน

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

**1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล** ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและของผู้ป่วย ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ การศึกษา ความสัมพันธ์ในครอบครัว ระยะเวลาการเจ็บป่วยและโรค/ภาวการณ์เจ็บป่วย 2) แนวทางการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เจาะลึก (Guideline for focus group discussion and in-depth interview) เป็นคำถามเพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ในเขตโรงพยาบาลทุ่งฝน 3) แนวทางการเสวนากลุ่มย่อย (Guideline for small group dialogue) โดยผู้ศึกษานำเสนอข้อมูลจากการวิเคราะห์ข้อมูลการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เจาะลึก หลังจากนั้นได้ป้อนประเด็นคำถามที่นำไปสู่การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่แต่ละคนมีสะสมไว้ และ 4) แนวทางการจัดประชุมระดมสมองและสะท้อนคิด (Guideline for brain storming and reflection) เป็นแนวทางที่ผู้ศึกษาใช้จัดประชุมผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน ร่วมกับกลุ่มผู้ร่วมศึกษา

**2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา** คือ สื่อวีดิทัศน์และคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ**

ผู้วิจัยนำแบบแบบสอบถามทั้งหมดให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญทางด้านอาจารย์พยาบาล ผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ผู้เชี่ยวชาญทางการวิจัยและสถิติ เพื่อพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) และหาความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบประเมินก่อนนำไปใช้จริง ได้ผลลัพธ์ดังนี้ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและของผู้ป่วย มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ=0.89 2) แนวทางการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เจาะลึก มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ =0.84 3) แนวทางการเสวนากลุ่มย่อยมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ=0.88 และ 4) แนวทางการจัดประชุมระดมสมองและสะท้อนคิดมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ = 0.82

**การเก็บรวบรวมข้อมูล**

1. ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยมีการประชุมทีมวิจัยเพื่อพัฒนาเครื่องมือให้เหมาะสมกับการดำเนินงานในโรงพยาบาล

2. หลังจากพัฒนาเครื่องมือ ทีมวิจัยส่งเครื่องมือให้ทีมผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา โดยใช้ทีมผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ที่มีความเชี่ยวชาญในการทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

3. ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการที่กำหนดไว้ ดังนี้

3.1 ระยะประเมินสถานการณ์ ระยะนี้เป็นการประเมินสถานการณ์การดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ในอำเภอทุ่งฝน โดยการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เจาะลึก มีกิจกรรมดังนี้ 1) การสนทนากลุ่มทำที่โรงพยาบาลทุ่งฝน 2) การสัมภาษณ์เจาะลึก ผู้ศึกษาเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก หรือผู้ถูกสัมภาษณ์เชิงลึกแบบ

3.2 ระยะพัฒนารูปแบบ ระยะนี้ถือเป็นปฏิบัติการจำนวน 3 รอบปฏิบัติการ

3.3 ระยะประเมินผล เป็นการติดตามประเมินผลการดำเนินงานโครงการ โดยการเยี่ยมบ้านและมีการประชุมระดมสมองและสะท้อนคิด ซึ่งผู้ศึกษาได้นำเสนอผลการติดตามเยี่ยมบ้านและสัมภาษณ์ผู้ร่วมศึกษา สรุปจากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

**สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล** ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

**การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย**

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้คำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยได้เสนอขอรับรองจริยธรรมโครงการวิจัยจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี รหัสโครงการ UDREC 18466 ลงวันที่ 30 สิงหาคม 2566

**ผลการศึกษา**

**1. สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ในอำเภอทุ่งฝน จังหวัดอุดรธานี**

จากประเมินสถานการณ์ การประเมินผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายในอำเภอทุ่งฝน พบว่ามีผู้ป่วยที่ต้องติดตามเยี่ยม ดูแลสุขภาพด้วยโรคไตเรื้อรัง ในปี 2563-2565 จำนวนทั้งสิ้น 42 38 และ 44 ราย ตามลำดับ โดยในจำนวนนี้พบว่าเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง กลุ่มที่ยังช่วยเหลือดูแลตนเองได้ปกติ และกลุ่มที่ช่วยตนเองได้บ้าง แต่อาจมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานบางส่วนหรือทั้งหมด ทำให้ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น หรือที่เรียกว่าผู้ป่วยกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ระยะสุดท้าย ในปี 2563-2565 จำนวน 12 10 และ 13 ราย ตามลำดับคิดเป็นร้อยละ 47.65 33.77 และ 30.65 ของผู้ป่วย เกิดภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 85.00 ได้แก่ ภาวะแผลกดทับ ข้อติดแข็ง ติดเชื้อ ปอดอักเสบ ต้องเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ร้อยละ 72.00 ปัญหาสุขภาพของผู้ดูแลร้อยละ 64.00 นอกจากนี้ยังพบว่า พบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจำนวนทั้งสิ้น 1,770 คน สามารถแบ่งเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้องรังระยะที่ 1 (CKD Stage 1) จำนวน 332 คน คิดเป็นร้อยละ 18.75 ผู้ป่วยโรคไตเรื้องรังระยะที่ 2 (CKD Stage 2) จำนวน 339 คน คิดเป็นร้อยละ 19.15 ผู้ป่วยโรคไตเรื้องรังระยะที่ 3 (CKD Stage 3) จำนวน 231 คน คิดเป็นร้อยละ 13.05 ผู้ป่วยโรคไตเรื้องรังระยะที่ 4 (CKD Stage 4) จำนวน 65 คน คิดเป็นร้อยละ 3.67 และผู้ป่วยโรคไตเรื้องรังระยะที่ 5 (CKD Stage 5) จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 2.25 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จำนวน 20 คน พบว่า เป็นเพศชาย 6 คน (ร้อยละ 30.00) และเพศหญิง 14 คน (ร้อยละ 70.00) เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน 9 คน (ร้อยละ 45.00) เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 5 คน (ร้อยละ 25.00) และเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง 6 คน (ร้อยละ 30.00) ได้รับการฟอกไต

**2. การพัฒนารูปแบบพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย โรงพยาบาลทุ่งฝน จังหวัดอุดรธานี** การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย โรงพยาบาลทุ่งฝน จังหวัดอุดรธานีมีการประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ(Action Research) ตามแนวคิดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ตามรูปแบบของโคล์บ Kolb’s Model พร้อมทั้งแบ่งออกเป็น 3 ปฏิบัติการ ดังนี้

**ปฏิบัติการที่ 1: การสร้างความตระหนักถึงการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายเพื่อร่วมกันหาแนวทางแก้ไข** การดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย จำนวน 20 คน ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายจำนวน 20 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 7 แห่งๆละ 2 คน จำนวน 14 คน พยาบาลวิชาชีพประจำ รพ.สต. จำนวน 7 คน ผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลทุ่งฝน จำนวน 3 คน และพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงาน COC ใน รพ.ทุ่งฝน จำนวน 1 คน

ซึ่งผู้วิจัยได้ใช้ศึกษาสภาพปัญหาของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ร่วมกับการทบทวนแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปสู่การวางแผนในการแก้ไขปัญหาร่วมกับทีมแกนนำทางสุขภาพในเขต

พื้นที่อำเภอทุ่งฝน โดยการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการระดมความคิดของทีมผู้ให้บริการ เพื่อเสนอประเด็นการทำงานการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งครอบครัวและผู้ดูแล รวมทั้งการหาแนวทางการดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วม ซึ่งเป็นขั้นของประสบการณ์ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติงาน ในขั้นตอนนี้สามารถทราบถึงสถานการณ์ในการนำมาวางแผนการแก้ไขและพัฒนารูปแบบได้

**ปฏิบัติการ 2 : การพัฒนาทักษะของผู้ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย** ในระยะปฏิบัติการนี้ เป็นการเน้นการพัฒนาทักษะของทีมผู้ดูแล และเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ตลอดจนครอบครัวของผู้ดูแล สามารถสรุปผลการพัฒนาปฏิบัติการที่ 2 ได้ดังนี้

1) ระบบบริการสุขภาพ องค์กรดูแลสุขภาพมีการดำเนินงานตามแผนการพัฒนาเพื่อให้บุคลากรทีมสุขภาพมีความเข้าใจนโยบายและมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ชัดเจนตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยการจัดประชุมกลุ่มผู้ให้บริการของ รพ.สต. ซึ่งผู้อำนวยการ รพ.สต. ได้มอบนโยบายการดำเนินงานให้กับทีมผู้ให้บริการ ปรับโครงสร้างการบริการ โดยแยกการบริการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีการเสื่อมของไตเป็นการเฉพาะ โดยแบ่งตามระยะ การทำงานของไต ตั้งแต่ระยะ 3A, 3B, ระยะที่ 4, ระยะที่ 5 แยกออกจากผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีการทำงานของไตปกติ คือ การทำงานของไต ระยะที่ 1 และ 2 เพื่อเน้นการดูแลที่เหมาะสมกับภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ได้พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่โดยการเข้ารับการอบรมแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีภาวะแทรกซ้อนทางและได้มีการถ่ายทอดความรู้และแนวทางปฏิบัติการดูแลสู่ผู้ร่วมทีมให้บริการเพื่อให้เป็นมาตรฐานการดำเนินการเดียวกันและเพื่อการพัฒนาความรู้สู่การกำหนดแผนและกิจกรรมด้วย

2) การสนับสนุนการจัดการตนเอง มีการคืนข้อมูลสภาวะสุขภาพทั่วไปและข้อมูลที่เป็นปัญหาสุขภาพแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อสร้างความตระหนักถึงปัญหาสุขภาพของตนให้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังและญาติผู้ดูแล มีการจัดเวทีการสนทนากลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ รับทราบแนวทางการแก้ไขปัญหาร่วมกัน เมื่อเกิดความตระหนักถึงปัญหาสภาวะสุขภาพแล้วได้พัฒนาศักยภาพด้านความรู้และแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยทีมสหสาขาวิชาชีพที่ได้รับการสนับสนุนบุคลากรจากโรงพยาบาลทุ่งฝนซึ่งเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายดูแล รพ.สต. นอกจากนี้จัดกิจกรรมติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามและกระตุ้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การรับประทานอาหารตามหลักการดูแลครอบครัวด้วยการจัด ห้องครัวสุขภาพ (clean kitchen) การรับประทานยา การออกกำลังกายและการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน

3) การสนับสนุนการตัดสินใจ จัดทำแนวปฏิบัติทางคลินิก (CPG) การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอการเสื่อมของไตร่วมกันระหว่างทีมให้บริการ ของรพ.สต. และแพทย์จากโรงพยาบาลทุ่งฝน โดยอ้างอิงแนวทางจากแนวทางการดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้เป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูงโดยสมาคมโรคไตและคู่มือปฏิบัติการเพื่อดำเนินงานลดโรคไตเรื้อรัง (CKD) ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง

4) การออกแบบระบบบริการ ได้มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบของทีมผู้ให้บริการรพ.สต. ที่ชัดเจนขึ้น และพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตาม CPG ที่จัดทำขึ้นโดยมีการดำเนินการร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพทั้งภายในและภายนอกองค์กร พัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีภาวะการเสื่อมของไตที่เกินขีดความสามารถของ รพ.สต. จะดูแลรักษาให้เป็นระบบร่วมกันกับโรงพยาบาลทุ่งฝนเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างถูกต้องและรวดเร็ว รวมทั้งพัฒนาระบบการติดตามเยี่ยมบ้านโดยการจัดตั้งทีมเยี่ยมบ้านร่วมกับ อสม. เพื่อติดตามและกระตุ้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแบบติดตามการเยี่ยมบ้าน

5) ระบบข้อมูล มีการจัดทำแฟ้มประวัติเฉพาะของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเสื่อมโดยมีการทำงานของไตระยะที่ 3 ถึงระยะที่ 4 เพื่อบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยและข้อมูลการดูแลอย่างเป็นระบบเพื่อสะดวกในการ

ติดตามและประเมินผลความก้าวหน้าการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หลังจากการคัดกรองการเสื่อมของไต จากการตรวจเลือดประเมินการทำงานของไต จากค่า eGFR ได้มีการแจ้งคืนข้อมูลและการแจ้งเตือนให้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยการบันทึกระยะการทำงานของไตในบัตรนัดให้ผู้ป่วยได้ทราบข้อมูลสภาวะสุขภาพของตนเอง

6) การเชื่อมโยงสู่ชุมชน มีการจัดกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพด้านความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตให้กับ อสม. ของ รพ.สต.ทุกคน และร่วมวางแผนการติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสุขภาพเพื่อติดตามกระตุ้นเตือน เป็นกำลังใจให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและดูแลตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไตร่วมกับครอบครัว จัดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังร่วมกับญาติผู้ดูแลซึ่งเป็นบุคคลในครอบครัว โดยการแจ้งข้อมูลสภาวะการทำงานของไตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้ญาติผู้ดูแลรับทราบเพื่อสร้างความตระหนักในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

**ปฏิบัติการ 3 : การปฏิบัติงาน** ซึ่งในขั้นตอนนี้เป็นการเสริมสร้างทักษะหลังจากการอบรมเชิงปฏิบัติการ การเยี่ยมบ้าน การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย และการดูแลของทีมสหวิชาชีพ ร่วมกับกระบวนการเสริมพลังอำนาจแก่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายผู้ดูแลและอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ละแห่ง จากการดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย อำเภอทุ่งฝน จังหวัดอุดรธานี สรุปผลลัพธ์การพัฒนาได้ 3 ด้านดังนี้

1) ด้านผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า เกิดความตระหนักในสภาวะสุขภาพที่เป็นปัญหา มีศักยภาพในการดูแลตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ถูกต้อง ส่งผลให้การประเมินภาวะสุขภาพ ได้แก่ การทำงานของไตประเมินจากค่า eGFR ดีขึ้น ร้อยละ 80 ระดับไมโครอัลบูมินในปัสสาวะและโปรตีนในปัสสาวะดีขึ้นจากเดิมร้อยละ 80 นอกจากนี้ พบมีค่าดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวลดลง ร้อยละ 90 มีค่าความดันโลหิตลดลงจากเดิม ร้อยละ 100 ทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความพึงพอใจต่อกิจกรรม ร้อยละ 90

2) ด้านทีมสุขภาพและการจัดบริการดูแลของรพ.สต. บุคลากรทีมสุขภาพเข้าใจแนวทางการดำเนินงาน ได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต จัดกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ญาติผู้ดูแล และอสม. พร้อมทั้งจัดตารางและดำเนินการติดตามเยี่ยมบ้านกระตุ้นและส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังและครอบครัว พัฒนาการจัดทำและใช้แนวปฏิบัติ (CPG) การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอการเสื่อมของไต พัฒนาระบบส่งต่อให้เป็นระบบมากขึ้น จัดทำแฟ้มเฉพาะของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะเสื่อมของไต จัดเก็บข้อมูลเป็นระบบและหลังการพัฒนามีการติดตามประเมินผลเป็นระยะ

3) ด้านชุมชน เกิดการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพของรพ.สต. ญาติผู้ดูแล และ อส.ม. อย่างต่อเนื่องทั้งในสถานบริการและที่บ้าน การได้รับทราบข้อมูลสถานการณ์โรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยโรคเรื้อรังทำให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเกิดความตระหนักในการแก้ไขปัญหาสภาวะสุขภาพ ได้รับการพัฒนาความรู้ทำให้มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้องเพื่อชะลอการเสื่อมของไต นอกจากนี้องค์กรส่วนท้องถิ่นได้มีส่วนร่วมในการดำเนินการพัฒนาเพิ่มขึ้น

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย อำเภอทุ่งฝน จังหวัดอุดรธานี ดังนี้ การพัฒนาระบบการติดตามเยี่ยม ได้มีการกำหนดให้มีแพทย์ร่วมประเมินสภาพผู้ป่วยในครั้งแรกที่ได้รับข้อมูลผู้ป่วยทุกรายแจ้งข้อมูลแก่เครือข่ายที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ เพื่อติดตามเยี่ยมรวมกัน ให้การดูแลและสนับสนุนผู้ป่วยครอบคลุมทุกด้าน ตามที่ได้ประเมินความจำเป็นในการดูแล กำหนดแผนติดตามเยี่ยมเป็นต่อเนื่อง ชัดเจนตามความจำเป็นและส่งต่อเพื่อรักษา กรณีเกินขีดความสามารถในการดูแลที่บ้าน โดยสร้างแนวทางการรับ-ส่งต่อกับ รพ.แม่ข่ายปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกันทุกหน่วยบริการ ซึ่งแตกต่างจากการปฏิบัติเดิมที่ พบว่า

การติดตามเยี่ยมขาดการวางแผนทำให้ไม่ต่อเนื่อง ขาดแนวทางการรับ-ส่งต่อ ที่เป็นรูปแบบชัดเจน กับโรงพยาบาลแม่ข่ายขาดความพร้อมของทีมสหวิชาชีพ และขาดการประสานข้อมูลของทีม

ซึ่งกระบวนการทุกกระบวนการได้สังเกตการมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมกิจกรรม สะท้อนผลการดำเนินการวิจัย โดยจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อประเมินผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ โดยการใช้แบบสัมภาษณ์ การสังเกต การจดบันทึก และการสรุปผลเพื่อนำไปสู่การปรับแผนใหม่ทั้งที่เป็นจุดอ่อนที่ต้องปรับปรุงแก้ไข การเสริมพัฒนาในจุดแข็ง ระยะเวลาของการสรุปผลและการสะท้อนกลับข้อมูลใช้ระยะเวลา 2 สัปดาห์ ซึ่งหลังการดำเนินงานพบว่าเกิดความพึงพอใจต่อการเยี่ยมบ้านของทีมโดยรวม คิดเป็นร้อยละ 89.45

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย อำเภอทุ่งฝน จังหวัดอุดรธานี มีการทดลองใช้ ประยุกต์แนวคิด แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ตลอดจนการสะท้อนคิด และสามารถพัฒนารูปแบบได้ดังนี้ 1) มีรูปแบบที่ชัดเจน และมีความตระหนักร่วมกัน 2) มีกติกาสำหรับการทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพและเครือข่าย 3) สามารถแก้ไขปัญหาและการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ได้อย่างครอบคลุม

**สรุปและอภิปรายผลการศึกษา**

ผลที่เกิดจากการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย อำเภอทุ่งฝน จังหวัดอุดรธานี ครั้งนี้ สอดคล้องกับสภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังของ รพ.สต. ที่เกิดขึ้นและนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพมีเป้าหมายลดปัจจัยเสี่ยงและคัดกรองการเกิดโรคไตในประชากรที่เป็นกลุ่มเสี่ยง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) เพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย [2] ทำให้เกิดการพัฒนาการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย ระบบบริการสุขภาพหรือการสนับสนุนของบุคลากรทีมสุขภาพ ครอบครัวคือญาติผู้ดูแล และชุมชนคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นแกนนำในการกระตุ้นเตือนและติดตามผลซึ่งแนวคิดการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่พัฒนาขึ้นโดย Edward H Wagner [7] ได้เสนอแนวทางในการจัดระบบการให้บริการใหม่เน้นให้ผู้ปฏิบัติปรับเปลี่ยนการให้บริการเป็นการสนับสนุนการจัดการตนเองและเชื่อมโยงสู่ชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้ที่ทำให้การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอการเสื่อมของไต มีการกำหนดแนวทางปฏิบัติชัดเจน ครอบคลุมตามเกณฑ์การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังสามารถพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทำให้เกิดผลลัพธ์ในการพัฒนาด้านระบบบริการ[8] นำไปสู่การดูแลตนเองที่ถูกต้องของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตและอื่นๆ ลง โดยการมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัวและชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาคุณภาพบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของครอบครัวที่มีผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลชุมชน[9] ที่ได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในการพัฒนาคุณภาพบริการ ผลลัพธ์ พบว่า มีการให้บริการที่มีคุณภาพและผู้ป่วยเบาหวานมีระดับน้ำตาลสะสมลดลงและจากการศึกษาผลลัพธ์ของการใช้ต้นแบบการดูแลผู้เป็นโรคเรื้อรังภาคขยายในกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง[10] ก็พบมีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น ผลกระทบต่อผู้ป่วยลดลง และมีความพึงพอใจที่ดี และสามารถใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ผลลัพธ์ที่ดีในทุกขั้นตอน

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ซึ่งต้องได้รับการดูแลจากบุคคลในครอบครัว ฉะนั้นในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้ได้ผลดีจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยเฉพาะญาติผู้ดูแลให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลอย่างชัดเจนเพิ่มขึ้นในองค์ประกอบของการดูแลโรคเรื้อรังนี้

ผลการศึกษาครั้งนี้ แสดงว่า แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความเหมาะสมในการประยุกต์ใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอการเสื่อมของไต ซึ่งควรศึกษาผลลัพธ์ในด้านต่างๆ และติดตามในระยะยาวต่อไป ต้องมีการดำเนินการพัฒนาองค์ประกอบทุกด้านไปพร้อมกัน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของการพัฒนาระบบ

บริการสุขภาพ ซึ่งไม่ได้พิจารณาเฉพาะผลลัพธ์ทางคลินิกเท่านั้น แต่ต้องทำให้ผู้ป่วย ครอบครัวและผู้เกี่ยวข้อง รวมทั้งชุมชน มีศักยภาพในการจัดการปัญหาสุขภาพและผู้ป่วยโรคเรื้อรังสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม เพื่อชะลอการเสื่อมของไต ซึ่งจะเกิดได้เมื่อทีมผู้ให้บริการมีการเตรียมตัวและร่วมทำงานกับผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนที่ได้รับการส่งเสริมความรู้ ศักยภาพ และมีความกระตือรือร้นในการร่วมพัฒนาเพื่อให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

**ข้อเสนอแนะ**

**1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้**

1.1. จากผลการศึกษาพบว่ามีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย อำเภอทุ่งฝน จังหวัดอุดรธานี เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่เป็นทิศทางเดียวกัน ดังนั้นควรมีการประยุกต์ใช้ในการดำเนินกิจกรรมในระยะติดตามผลให้มากขึ้น เพื่อให้ดูแลภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิต ทัศนคติต่อผู้ป่วย และการทำหน้าที่ของครอบครัว ได้อย่างเหมาะสม

1.2. ผู้รับผิดชอบงาน หรือเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สามารถนำการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย นั้นไปประยุกต์ใช้ในการจัดบริการในส่วนของการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้

**2. ข้อเสนอแนะในการทำงาน**

2.1 การบูรณาการเรื่องคลินิกโรคเรื้อรังใน รพ.สต. ควรนำสถานการณ์ที่ได้จากการวิเคราะห์ไปใช้กับโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง COPD เป็นต้น เพื่อบูรณาการงานโรคเรื้อรังให้มีประสิทธิภาพ เพื่อเชื่อมโยงหาวิธีการในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทุกรายที่มารับบริการที่ รพ.สต.

2.2 การขยายผลการดำเนินงานดังกล่าว ไปยัง รพ.สต. อื่น ๆ และเครือข่ายอื่นๆ เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เกี่ยวกับการดำเนินงานเพื่อป้องกันการเกิดโรคในกลุ่มเสี่ยง ซึ่งจะทำให้เกิดการสร้างเครือข่ายการดูแลสุขภาพกันในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ มีการทำงานในชุมชนที่ต่อเนื่องและยั่งยืน

**3. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย**

3.1 ควรมีการเผยแพร่ผลงานแก่บุคลากรสาธารณสุขที่ดูแลงานด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในรูปแบบชุดโปรแกรม

3.2 ควรนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์โดยพัฒนาเป็นรูปแบบที่ใช้ในชีวิตจริงในโรงพยาบาลทุ่งฝน และโรงพยาบาลอื่นๆ ที่มีลักษณะใกล้เคียง อาจทำเป็นโปรแกรมฝึกอบรม ให้ผู้สนใจได้เข้ารับการอบรมเพื่อนำโปรแกรมไปใช้อย่างต่อเนื่องต่อไป เพื่อว่าเมื่อพัฒนาโปรแกรมมาแล้วโปรแกรมยังคงอยู่ใช้ได้อยู่ต่อไป

**ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป**

1. การศึกษาเชิงคุณภาพ หรือเชิงสำรวจเพื่อสำรวจอุบัติการณ์การอื่นๆ นอกเหนือจากสาเหตุดังกล่าวที่อาจส่งผลต่อผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาต่อไป

2 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและการเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนา การบริการอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

**เอกสารอ้างอิง**


1. ประเสริฐ ธนกิจจารุ. การรักษาความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. วารสารกรมการแพทย์ 2558; 40(5):37-49.
2. Jain, D., & Green, J. A. Health literacy in kidney disease: review of the literature and implications for clinical practice. World journal of nephrology 2016; 5(2):147.
3. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แผนงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ ปี 2560 - 2565 [อินเตอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 27 ธ.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: http://www.plan.ddc.moph.go.th
4. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. จำนวนและอัตราตายโรคไม่ติดต่อ ปี 2560-2565 [อินเตอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 27 ธ.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: http://www.thaincd.com
5. โรงพยาบาลทุ่งฝน. สถิติโรคโรงพยาบาลทุ่งฝน [อินเตอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 24 ธ.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: http://www.sangkomhospital.com
6. Kolb DA, Rubin IM, Osland J. Organizational behavior: An experiential Approach; 1991.
7. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. Jama 2002; (14):1775-79.
8. Juntha P. Thaoart N, Paopa N, Maiya W. Development of a Home Care Model for Stroke Patients through1A4C toward Activity Day Living. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่บ้านด้วยกระบวนการ 1A4C ต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน.Journal of Health Science-วารสารวิชาการสาธารณสุข 2018; 27(5):877-86.
9. มนัชญา เสรีวิวัฒนา, ยุพาวรรณ ทองตะนุนาม, สุดาวรรณ์ ลิ่มอักขรา. การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอการเสื่อมของไตโดยใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice 2018; 5(1):45-56.
10. Prentice Hall. Jaisan T, Pibueng K. Development of Home Health Care in Stroke Patients by Communication Map and Calendar with Health Partnership at Dongeijan Sub-District, Nonsuwan District, Buriram Province. Journal of Health Science 2018; 27(4):627-33.