

การพัฒนาแนวทางการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของสถานบริการปฐมภูมิ เครือข่ายโรงพยาบาลขอนแก่น

The development of continuing care guideline for chronic kidney disease: Primary care network, Khon Kean Hospital

สรัญญา มาตราช พย.ม.* อสสา กงตาล Ph.D. (Nursing)**

Sarunya Matarach M.S.N.* Orasa Kongtaln Ph.D. (Nursing)**

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และพัฒนาแนวทางการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของโรงพยาบาลขอนแก่นและเครือข่าย ใช้กรอบแนวคิดการดูแลต่อเนื่องร่วมกับการดูแลโรคเรื้อรัง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงได้ 70 คน (ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง, ผู้ดูแล, อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน (อสม.), ผู้นำชุมชน, และบุคลากรสุขภาพ) เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก สันทนาการกลุ่ม สังเกตและศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงบรรยายและการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่พัฒนาขึ้นช่วยให้การดูแลผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเป็นองค์รวม ต่อเนื่อง ครบวงจร มีเครือข่ายชุมชนร่วมสนับสนุนครอบครัวในการดูแล เมื่อติดตามผล พบว่าผู้ป่วยมีความรู้ พฤติกรรมการดูแลและอาการดีขึ้น เปลี่ยนจากไตเสื่อมระยะ 4 เป็นระยะ 3 ถึงร้อยละ 13.33

คำสำคัญ: แนวทางการดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง การดูแลไตเสื่อมที่หน่วยบริการปฐมภูมิ

Abstract

This action research aimed to study the situation and develop a continuing care guideline for chronic kidney disease patients registered at Khon Kean Hospital and its primary care networks, using continuing care and chronic care model as conceptual framework. Seventy participants were recruited, consisting of chronic kidney disease patients, their caregivers, village health volunteers, community leaders, and health care providers. Data was collected through in-depth interviews, focus groups, observation and related clinical record survey. All data were analyzed using descriptive statistics and qualitative-data content analysis. The research results showed that the developed continuing care guideline expanded more holistic, continuity, and comprehensive care for those chronic kidney disease patients. Community networks support families in caring for patients. Patients' knowledge, self-care behaviors, and symptoms were improved. More than one tenth (13.33%) of patients had clinical signs changed up from stage 4 to stage 3.

keywords: continuing care guideline; chronic kidney disease; primary care for CKD

*Master of Nursing Science in Community Nurse Practitioner Program, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

*Master degree student of Community Nurse Practitioner Program, Faculty of Nursing, KKU

**Assistant Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Corresponding Author, E-mail: orakon@kku.ac.th

วันที่รับบทความ: 2 กันยายน 2562 / วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 16 เมษายน 2563 / วันที่ตอบรับบทความ: 25 มิถุนายน 2563

Received: 2 September 2019 / Revised: 16 April 2020 / Accepted: 25 June 2020

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease: CKD) เป็นโรคไม่ติดต่อที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลกเนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตต่ำลง และมีอัตราการเสียชีวิตที่สูงมาก รัฐต้องสูญเสียทรัพยากรจำนวนมากในการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้สำหรับประเทศไทย จากการศึกษาาระบาดวิทยาโรคไตเรื้อรัง ในชุมชนของประเทศไทย (Thai SEEK Study) พบความชุกของโรคไตเรื้อรังร้อยละ 4.6 ของประชากรปี 2550 เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 17.5 ของประชากรปี 2555 จากระยะที่ 1-5 เท่ากับร้อยละ 3.3, 5.6, 7.5, 0.8 และ 0.3 ตามลำดับ¹ จากการทบทวนเวชระเบียนพบว่าในปี 2558-2560 จังหวัดขอนแก่น เป็นเขตการจัดบริการสุขภาพที่ 7 ซึ่งเขตอำเภอเมือง มีอัตราความชุกสูงที่สุดพบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีอัตราความชุกสูงขึ้น 16.53, 17.72 และ 18.94 ต่อพันประชากร² สอดคล้องกับโรงพยาบาลขอนแก่น พบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีอัตราความชุก 9.32, 10.67 และ 11.38 ต่อพันประชากรจากสถิติโรงพยาบาลขอนแก่น เป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายระดับตติยภูมิ มีสาเหตุการเจ็บป่วยและการตาย 1 ใน 10 โรค คือ โรคไตเรื้อรัง เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายมีอัตราความชุก 41.00, 43.78 และ 47.91 ต่อพันประชากรและต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมร้อยละ 72.33, 58.48 และ 66.32 ตามลำดับ การล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวรร้อยละ 27.67, 41.52 และ 33.68 ตามลำดับ ต้องใช้งบประมาณในการบำบัดทดไต เฉลี่ยปีละ 60,000-70,000 บาทต่อคน มีผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคไตเรื้อรังคิดเป็นอัตราป่วยตายร้อยละ 1.43, 2.45 และ 1.78 ตามลำดับ³

สถานการณ์ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-5 ที่มารับการรักษาในคลินิกชะลอไตเสื่อม (CKD Clinic) โรงพยาบาลขอนแก่น คิดเป็นร้อยละ 11.53⁴ และพบว่าในศูนย์แพทย์ประสาทโมสรซึ่งเป็น

สถานบริการปฐมภูมิ เครือข่ายโรงพยาบาลขอนแก่น มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรายใหม่ร้อยละ 38.73 มีอัตราความชุกเพิ่มขึ้นจาก 4.65 ต่อพันประชากรในปี 2559 เป็น 5.81 ต่อพันประชากรในปี 2560 โดยเฉพาะในชุมชนบะขาม พบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีอัตราความชุก 8.49 ต่อพันประชากรและมีอัตราป่วยด้วยไตเรื้อรังระยะ 3 ร้อยละ 93.54 ไตเรื้อรังระยะ 4 ร้อยละ 3.23 และไตเรื้อรังระยะ 5 ร้อยละ 3.23 ในระยะเวลา 1 ปี ผู้ป่วย ร้อยละ 35.37 ไตเสื่อมเร็วขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ทั้งหมด 2 ราย⁵ ผู้วิจัยจึงได้เลือกชุมชนบะขามเป็นพื้นที่นำร่องในการทำวิจัย ซึ่งมีสาเหตุจากปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังหลายประการ เช่น ผู้ให้บริการมีการดูแลผู้ป่วยตามแนวทางปฏิบัติในการดูแลของสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่นสาขาไต เขต 7 ที่สอดคล้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุขระดับประเทศ จากการวิเคราะห์ปัญหา โดยใช้กรอบแนวคิดการจัดการดูแลโรคเรื้อรังร่วมกับแนวคิดการดูแลต่อเนื่อง มุ่งเน้นการพัฒนาใน 4 องค์ประกอบ ตามสถานการณ์ปัญหาและความต้องการการดูแล ยังพบช่องว่างในองค์ประกอบที่ 1 การสนับสนุนการดูแลตนเอง การสนับสนุนทักษะความรู้และกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยไม่เพียงพอและต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยมีทักษะความรู้ในการดูแลตนเองไม่ครอบคลุม ขาดความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่เหมาะสม องค์ประกอบที่ 2 การออกแบบระบบการให้บริการ ในการเชื่อมโยงข้อมูลการดูแลผู้ป่วยของเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลขอนแก่นสู่ศูนย์แพทย์ประสาทโมสรหมู่บ้านและชุมชน มีแนวทางการดูแลต่อเนื่องไม่ชัดเจน องค์ประกอบที่ 3 การสนับสนุนการตัดสินใจ ผู้ให้บริการมีการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังแตกต่างกัน องค์ประกอบที่ 4 การใช้ทรัพยากรและนโยบายของชุมชน ครอบคลุมและชุมชนมีส่วนร่วมในการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยน้อย หากมิได้จัดการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจะเป็นภาระต่อระบบสุขภาพ จึงจำเป็น

ต้องมีการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังให้เกิดความต่อเนื่อง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญหน้ากับความเจ็บป่วยเรื้อรังได้ ด้วยการช่วยให้ผู้ป่วยมีการจัดการดูแลตนเองที่เหมาะสม ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย ทีมสหสาขาวิชาชีพมีแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจนและเชื่อมโยงเป็นแนวทางเดียวกันอย่างต่อเนื่อง ย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของโรงพยาบาลขอนแก่นและเครือข่ายปฐมภูมิ
2. เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของโรงพยาบาลขอนแก่นและเครือข่ายปฐมภูมิ

กรอบคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการจัดการดูแลโรคเรื้อรังร่วมกับแนวคิดการดูแลต่อเนื่อง มุ่งเน้นการพัฒนาใน 4 องค์ประกอบตามสถานการณ์ปัญหาและความต้องการการดูแล ได้แก่ 1) การสนับสนุนการดูแลตนเอง 2) การออกแบบระบบการให้บริการ 3) การสนับสนุนการตัดสินใจ 4) การใช้ทรัพยากรและนโยบายของชุมชนเป็นกรอบแนวคิดเชิงเนื้อหาและการวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นกรอบแนวคิดเชิงกระบวนการ

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research: AR) อยู่ในระดับความเข้าใจร่วมกัน (mutual collaboration approach action research) ได้เลือกพื้นที่วิจัยแบบเฉพาะเจาะจง (purposive selection) ในชุมชนบะขาม หมู่ 4 ของศูนย์แพทย์ประชานิคมสร จังหวัดขอนแก่น เป็นพื้นที่นำร่องที่มี

ความชุกผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมากที่สุด ระยะเวลาดำเนินการวิจัยช่วงระหว่างเดือนสิงหาคม 2561-เดือนพฤษภาคม 2562 โดยดำเนินการวิจัยเป็น 2 วงรอบ แต่ละวงรอบ แบ่งเป็น 4 ระยะ วงรอบที่ 1 การพัฒนาแนวทาง วงรอบที่ 2 การพัฒนาการดูแล ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจากผู้ให้ข้อมูลหลักได้แก่ 1) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จำนวน 30 คน ใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 สถานการณ์ปัญหาและความต้องการการดูแลตนเอง ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรู้ในการดูแลตนเอง โดยพัฒนามาจากคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของคำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2558⁶ และคู่มือปฏิบัติการเพื่อดำเนินงานลดโรคไตเรื้อรัง (CKD) ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง⁷ ส่วนที่ 4 แบบประเมินพฤติกรรมในการดูแลตนเอง โดยพัฒนามาจากคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของรูปแบบบริการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง สำหรับสนับสนุนการดำเนินงาน NCD⁸ 2) ผู้ดูแลหลัก จำนวน 17 คน ใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 การสนับสนุนและความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย 3) ผู้ให้บริการสุขภาพจำนวน 6 คน แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 สถานการณ์ปัญหาความต้องการและแนวทางการดูแลผู้ป่วย ส่วนที่ 3 แบบประเมินการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เป็นการพัฒนาแบบประเมินโดยการดัดแปลงจากแบบสอบถามการดูแลโรคเรื้อรัง⁹ 4) อสม.และผู้นำชุมชนจำนวน 17 คน ใช้การสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 สถานการณ์ปัญหาความต้องการ โครงการหรือกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน พิจารณาความเหมาะสมและความสอดคล้องของแนวทางการพัฒนา

และปรับปรุงแก้ไขจนกระทั่งแนวทางพัฒนามีความเที่ยงตรงในเนื้อหา มีความอึดตัวและมีความสอดคล้องกันทุกองค์ประกอบและนำมาคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index หรือ CVI) เท่ากับ 0.90

ระยะที่ 2 วางแผนการพัฒนาแนวทางการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยมุ่งเน้นพัฒนาทั้ง 4 องค์ประกอบ เพื่อให้ได้แนวทางการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและเชื่อมโยงเครือข่ายในพื้นที่ โดยการจัดทำเวทีเสวนาชุมชนร่วมกันกำหนดเป้าหมายการพัฒนาและการวิเคราะห์ประเมินสถานการณ์และร่วมกันกำหนดกิจกรรมการดำเนินงานตามปัญหาที่พบดังนี้ 1) ด้านผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีความรู้ไม่ครอบคลุมและมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ยา การออกกำลังกาย การงดสูบบุหรี่หรือดื่มสุรา การจัดการความเครียดและการติดตามการรักษา มีการจัดอบรมพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 2) ด้านครอบครัวและชุมชนมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังไม่ครอบคลุม และมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังน้อย มีการจัดอบรมพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังสำหรับครอบครัวและชุมชน 3) ด้าน อสม.และผู้นำชุมชนมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังไม่ครอบคลุม และขาดความมั่นใจในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วย มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในการดูแลและติดตามเยี่ยมบันทึกสุขภาพผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังสำหรับอสม.และผู้นำชุมชน 4) ด้านผู้ให้บริการไม่มีแนวทางการดูแลและติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ชัดเจนและต่อเนื่อง มีการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังสำหรับอสม.และทีมสุขภาพ

ระยะที่ 3 ปฏิบัติตามแผน สะท้อนผลการปฏิบัติและปรับปรุงการปฏิบัติ โดยมีกิจกรรมดังนี้

1) การอบรมพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังให้แก่ ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับ การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การงดสูบบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การจัดการความเครียดและการติดตามการดูแลรักษา 2) การอบรมพัฒนาศักยภาพและทักษะการดูแลผู้ป่วยแก่ อสม.และทีมสุขภาพ 3) ดำเนินการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยอสม.และทีมสุขภาพ มีการติดตามเยี่ยมบ้านและบันทึกสุขภาพผู้ป่วยทุก 2 สัปดาห์ จนครบ 12 สัปดาห์ แล้วนำมาสรุปในแผนการดูแลติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เข้ารับการรักษที่โรงพยาบาลด้วยภาวะน้ำท่วมปอดบวมมาก กลืนแร่ในร่างกายผิดปกติและมีอัตราการกรองไต $> 4 \text{ ml/min/1.73 m}^2/\text{yr}$ ทุก 2 สัปดาห์ โดยทีมสุขภาพ ส่วนผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน มีการติดตามเยี่ยมทุก 1 เดือน โดยอสม. ทีมสุขภาพและชุมชน 4) การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์หลังการดำเนินกิจกรรม ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อและจัดการดูแลต่อเนื่องในชุมชน มีการสะท้อนผลการปฏิบัติหลังได้ดำเนินกิจกรรมตามแผน

ระยะที่ 4 ประเมินผลลัพธ์ที่ได้จากการพัฒนาแนวทางการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 1) การประเมินผลกระบวนการ โดยการสังเกตการมีส่วนร่วม 2) การประเมินผลลัพธ์มุ่งเน้นพัฒนา 4 องค์ประกอบการดูแลโรคไตเรื้อรังอย่างต่อเนื่องจากกิจกรรมในครั้งนี้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมกำหนดแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังชัดเจนในทุกระดับที่เชื่อมโยงข้อมูลการดูแลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลขอนแก่น ศูนย์แพทย์ประจำสโมสรสุบ้านและชุมชน ที่สอดคล้องกับปัญหาความต้องการสามารถดูแลตนเองที่บ้านและชุมชนได้ หลังการพัฒนาผู้วิจัยได้ทำการสังเคราะห์ภาพรวมของผลการศึกษาการสังเกตและการสะท้อนผลการปฏิบัติการพัฒนาแนวทางการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในวงรอบที่ 1 พบว่า การดำเนินงานการพัฒนายังพบ

ประเด็นปัญหาที่ต้องได้รับการปรับปรุงและวางแผนการดำเนินงานในรอบที่ 2 ภายหลังการดำเนินการวิจัยทั้ง 4 ระยะ เพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยและให้เกิดความครอบคลุมการจัดการดูแลต่อเนื่องในชุมชนที่มีประสิทธิภาพได้แก่ การติดตามเยี่ยมบ้านและบันทึกสุขภาพผู้ป่วยทุก 2 สัปดาห์ จนครบ 12 สัปดาห์ โดยอสม.ทีมสุขภาพและชุมชน แล้วนำมาสรุปในแผนการดูแลติดตามเยี่ยมผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เข้ารับการรักษที่โรงพยาบาลด้วยภาวะน้ำท่วมปอด บวมมาก เกือบเรื้อรังในร่างกายนิดปกติและมีอัตราการกรองไต $> 4 \text{ ml/min/1.73 m}^2/\text{yr}$ ที่เฉพาะเจาะจงด้านการดูแลรักษาโรคนี้ อสม.และชุมชนมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยได้ไม่ครอบคลุม จึงจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนแผนในการติดตามเยี่ยมเป็นทีมสุขภาพ ทุก 2 สัปดาห์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลครอบคลุมทุกปัญหา รวมทั้งการเข้าถึงสิทธิการรักษา หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลทีมสุขภาพได้ทบทวนบทบาทและหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จัดทำแฟ้มประวัติผู้ป่วย ติดตามเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนและต้องการความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพ ให้การดูแลแก้ไขปัญหของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ส่วนผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนนั้น ทีมสุขภาพ อสม.และชุมชน มีการติดตามเยี่ยมร่วมกัน แต่ด้วยระยะเวลาในการติดตามเยี่ยมมีความถี่มาก ทีมสุขภาพมีภาระงานที่รับผิดชอบอื่นและมีผู้รับผิดชอบงานดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพียง 1 คน จึงจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนแผนในการติดตามเยี่ยมเป็นทุก 1 เดือน โดยประสานแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ จากชุมชน เทศบาลนครขอนแก่นและโรงพยาบาลขอนแก่น เช่น ร้านค้าและร้านยาสีขาวที่เทศบาลนครขอนแก่นร่วมกับชุมชนจัดขึ้นเข้ามามีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย เพื่อจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง แล้วนำรูปแบบการดูแลไปบรรจุไว้ในส่วนหนึ่งของการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอย่างต่อเนื่องของโรงพยาบาลขอนแก่นและเครือข่ายต่อไป

จริยธรรมการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น (เลขที่วิจัย HE 612219 เมื่อวันที่ 9 กรกฎาคม 2561) และได้รับอนุญาตจากองค์กรภาคี ที่เกี่ยวข้องในการเข้าศึกษาในชุมชนพื้นที่ศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหาในการพัฒนาแนวทางการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังร่วมกันในกลุ่มผู้ร่วมวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ย

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาในพื้นที่ศึกษาประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 บริบทของพื้นที่และสถานบริการสุขภาพพบว่า พื้นที่วิจัยเป็นชุมชนเมือง มีที่อยู่อาศัยค่อนข้างหนาแน่น การคมนาคมสะดวก มีถนนคอนกรีตที่ไฟฟ้าส่องสว่างตลอดมีสมาชิกในชุมชนทำความสะอาดทุกวันและมีรถสองแถวประจำวิ่งผ่านรอบชุมชนทุกด้าน แต่ส่วนใหญ่จะมีรถยนต์หรือรถจักรยานยนต์ส่วนบุคคลที่ใช้ในการเดินทาง การสาธารณสุขโรคและสุขภาพคนในชุมชนค่อนข้างดีมีบ้านติดตั้งเครื่องทำน้ำดื่ม ไม่มีบ้านที่ดื่มจากน้ำฝน ส่วนน้ำที่ใช้อุปโภคในครัวเรือนได้รับบริการจากหน่วยงานการประปาส่วนภูมิภาค ทุกครัวเรือนมีส่วนที่ถูกสุขลักษณะ มีการจัดการขยะในครัวเรือนและในชุมชน โดยความร่วมมือของชุมชน และได้รับเงินสนับสนุนจากเทศบาลนครขอนแก่น การโทรคมนาคมมีระบบจานดาวเทียม/อินเทอร์เน็ตมีให้บริการแต่ละครัวเรือน การสื่อสารในหมู่บ้านใช้วิธีการสื่อสารทางไลน์และโทรศัพท์ มีศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนเป็นที่ประชาสัมพันธ์ข่าวสารให้คนในชุมชนได้รับทราบทั่วถึง มีที่ทำการไปรษณีย์ส่งจดหมายถึงบ้าน ส่วนแหล่ง

ประโยชน์ภายในชุมชนมีร้านขายของชำสี่ร้านที่เข้าร่วมโครงการของเทศบาลนครขอนแก่น มีขายของชำและยาสามัญประจำบ้าน และมีร้านยาสี่ร้านที่เข้าร่วมโครงการกับทีมเภสัชกรของเทศบาลนครขอนแก่น มีเจ้าหน้าที่เภสัชกรเป็นผู้กำกับติดตามการใช้และจ่ายยาในชุมชนสม่ำเสมอ ในชุมชนมีการควบคุมติดตามไม่ให้มีรถเร่ขายอาหารและรถเร่ขายตำยาหม้อและยาสมุนไพร ส่วนภูมิปัญญาท้องถิ่นสืบทอดปราชญ์ชุมชนด้านต่างๆ ได้แก่ หมอนวดแผนไทย แพทย์แผนไทย มีหมอสูตรขวัญและพิธีการทางศาสนาความเชื่อตามประเพณีดั้งเดิม “ฮีดลีสองคองลีสี่” ทุกคนก็จะไปรวมตัวกันที่ศาลปู่ตาให้คนในชุมชนอยู่ดีมีสุข

ส่วนที่ 2 สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พบว่า 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและเพศชายเท่ากัน ร้อยละ 50.00 ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป อายุระหว่าง 70-79 ปี ร้อยละ 46.67 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 56.67 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 70.00 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 66.67 ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 56.67 อาศัยอยู่กับบุตรหลาน ร้อยละ 43.33 บุตรหลานมีความสำคัญในการดูแลสุขภาพ ร้อยละ 50.00 2) การรับรู้สถานะสุขภาพและการรับรู้ภาวะโรคไตเรื้อรังพบว่า ส่วนใหญ่ทราบว่าเป็นโรคไตเรื้อรัง ร้อยละ 80.00 แต่ไม่ทราบระยะของโรคไตเรื้อรัง ร้อยละ 46.67 ระยะเวลาที่ทราบว่าเป็นโรคไตเรื้อรังน้อยกว่า 1 ปี ร้อยละ 43.33 โรคที่เกิดขึ้นคือ โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 66.66 ระยะเวลาการเป็นโรคร่วม 6-10 ปี ร้อยละ 50.00 ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านจากเจ้าหน้าที่ ร้อยละ 60.00 ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านจากอสม. 1-2 ครั้ง ร้อยละ 86.68 ไม่เคยเข้านอนพักรักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 90.00 แต่เคยเข้ารักษาที่โรงพยาบาลด้วยน้ำท่วมปอด 1-2 ครั้ง ร้อยละ 10.00 3) พฤติกรรม

การดูแลตนเองและการเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังพบว่า ส่วนใหญ่รับบริการตรวจสุขภาพที่ศูนย์แพทย์ประสาทโมสร้อยละ 83.33 ไปรับบริการบริการสุขภาพตามนัดทุกครั้ง ร้อยละ 93.34 ความถี่ในการเข้ารับบริการสุขภาพทุก 3 เดือน ร้อยละ 80.00 ไม่เคยเข้านอนพักรักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 90.00 เคยเข้านอนพักรักษาในโรงพยาบาล 1-2 ครั้ง ร้อยละ 10.00 และมีภาวะแทรกซ้อนที่เข้านอนโรงพยาบาล ร้อยละ 10.00 4) สถานการณ์และปัญหาต่อการพัฒนา เน้นตาม 4 องค์ประกอบดังนี้ องค์ประกอบที่ 1 การสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและผู้ดูแล พบว่า ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลตนเองไม่ครอบคลุม ผู้ดูแลขาดความตระหนักและความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง องค์ประกอบที่ 2 การสนับสนุนการตัดสินใจของผู้ให้บริการ พบว่า แนวทางปฏิบัติในการให้บริการดูแลผู้ป่วยไม่มีมีความชัดเจน ไม่มีการควบคุมกำกับให้มีการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยตามแนวทางปฏิบัติ ส่งผลให้การปฏิบัติงานไม่เป็นแนวทางเดียวกัน ผู้ให้บริการขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย องค์ประกอบที่ 3 การออกแบบระบบการให้บริการ พบว่า ขาดความเชื่อมโยงการจัดบริการสุขภาพระหว่างโรงพยาบาลขอนแก่นสู่ศูนย์แพทย์ประสาทโมสร้อยละ 83.33 และชุมชน ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับบริการตามมาตรฐาน การติดตามเยี่ยมบ้านไม่ครอบคลุมและต่อเนื่อง เมื่อกลับถึงบ้านและชุมชน องค์ประกอบที่ 4 การใช้ทรัพยากรและนโยบายของชุมชน พบว่า ชุมชนมีความรู้ไม่เพียงพอในการนำจุดแข็งของชุมชน คือ การมีร้านขายยาที่ขายยาโดยเภสัชกรและร้านขายของชำที่ให้จำหน่ายเฉพาะยาสามัญประจำบ้านและอาหารที่สุกสะอาดมาพัฒนาการดูแลผู้ป่วย ไม่มีนโยบายที่ชัดเจนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน

ส่วนที่ 3 กระบวนการพัฒนาแนวทางการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังตามรูปแบบของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีการจัดกิจกรรมการดูแล

ตามระยะของโรค ผลการศึกษา พบว่า 1) การประเมินผลกระบวนการ จากการสังเกตการมีส่วนร่วม พบว่าผู้ร่วมวิจัยมีส่วนร่วมในการดำเนินการวิจัยทุกขั้นตอน 2) การประเมินผลลัพธ์ตามการพัฒนา 4 องค์ประกอบหลังการพัฒนา องค์ประกอบที่ 1 การสนับสนุนการดูแลตนเองพบว่า ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การงดสูบบุหรี่หรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การจัดการความเครียดและการติดตามการรักษา ก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 53.33 ส่วนหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับดี ร้อยละ 100.00 ผลลัพธ์ทางคลินิกหลังการพัฒนาที่ขึ้นดังนี้ ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) < 130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ร้อยละ 100.0 ระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) < 7 mg% ร้อยละ 95.0 โรคความดันโลหิตสูงไม่มีโรคเบาหวานร่วม ระดับความดันโลหิต <140/90 มิลลิเมตรปรอท ร้อยละ 80.0 โรคความดันโลหิตสูงมีโรคเบาหวานร่วม ระดับความดันโลหิต <130/80 มิลลิเมตรปรอท ร้อยละ 100.0 ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 ร้อยละ 86.60 ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงระยะไตที่ดีขึ้นจากระยะที่ 4 เป็นระยะที่ 3 ร้อยละ 13.33 อัตราการกรองไต < 4 ml/min/1.73 m²/yr ร้อยละ 93.3 และค่าดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 18–25 kg/m² ร้อยละ 56.67 องค์ประกอบที่ 2 การสนับสนุนการตัดสินใจ พบว่า การประเมินการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของผู้ให้บริการ มีการจัดการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย การเชื่อมโยงข้อมูลการดูแลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลขอนแก่นสู่ศูนย์แพทย์ประจำสโมสรหมู่บ้านและชุมชน ก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 83.33 ส่วนหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับดี ร้อยละ 100.00 องค์ประกอบที่ 3 การออกแบบระบบการให้บริการ พบว่า มีแนวทางและรูปแบบการบริการในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ชัดเจนเฉพาะกลุ่มโรค องค์ประกอบที่ 4 การใช้ทรัพยากรและนโยบายของชุมชน พบว่า ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมดูแลผู้ป่วยโรค

ไตเรื้อรังในชุมชน เช่น การส่งรายชื่อผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั้งหมดในชุมชน บะขามให้ร้านขายยาและร้านขายของชำในการควบคุมติดตามดูแลการรับประทานอาหารและยาอย่างใกล้ชิด เป็นต้น

การวิจัยนี้แสดงให้เห็นถึงกลวิธีในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่เชื่อมโยงระหว่างผู้ให้บริการระดับตติยภูมิสู่ระดับทุติยภูมิและปฐมภูมิระหว่างโรงพยาบาลขอนแก่นและเครือข่าย ภายใต้การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โดยมุ่งเน้นพัฒนา 4 องค์ประกอบการดูแลโรคไตเรื้อรังอย่างต่อเนื่องในวงรอบที่ 1 พบว่า การดำเนินงานการพัฒนาทั้งพบประเด็นปัญหาที่ต้องได้รับการปรับปรุงและวางแผนการดำเนินงานในวงรอบที่ 2 ภายหลังการดำเนินการวิจัยทั้ง 4 ระยะ เพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยและให้เกิดความครอบคลุมการจัดการดูแลต่อเนื่องในชุมชนที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดการดูแลแบบไร้รอยต่ออย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ผู้ป่วยมีความรู้และตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่เหมาะสมตามศักยภาพ สามารถชะลอการเสื่อมของไตไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายถึงชีวิตและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การอภิปรายผล

การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังตามแนวคิดการดูแลต่อเนื่องและการดูแลโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลขอนแก่นและเครือข่ายปฐมภูมิที่มุ่งเน้นพัฒนา 4 องค์ประกอบ โดยดำเนินการวิจัยเป็น 2 วงรอบ แต่ละวงรอบ แบ่งเป็น 4 ระยะ วงรอบที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พบว่า 1) ด้านผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีความรู้ไม่ครอบคลุมและมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การงดสูบบุหรี่หรือดื่มสุรา การจัดการความเครียดและการติดตามการรักษา มีการจัดอบรมพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 2) ด้านครอบครัวและชุมชนมีความรู้และทักษะในการ

ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังไม่ครอบคลุม และมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังน้อย มีการจัดอบรมพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังสำหรับครอบครัวและชุมชน 3) ด้าน อสม.และผู้นำชุมชนมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังไม่ครอบคลุม และขาดความมั่นใจในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วย มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในการดูแลและติดตามเยี่ยมบ้านที่สุขภาพผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังสำหรับอสม.และผู้นำชุมชน 4) ด้านผู้ให้บริการไม่มีแนวทางการดูแลและติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ชัดเจนและต่อเนื่อง มีการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังสำหรับอสม.และทีมสุขภาพ

จากการพัฒนาในวงรอบที่ 1 ยังพบประเด็นปัญหาที่ต้องได้รับการปรับปรุงและวางแผนการดำเนินงานในวงรอบที่ 2 ได้แก่ การติดตามเยี่ยมบ้านและบันทึกสุขภาพผู้ป่วยทุก 2 สัปดาห์ จนครบ 12 สัปดาห์ โดยอสม. ทีมสุขภาพและชุมชน แล้วนำมาสรุปในแผนการดูแลติดตามเยี่ยมผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลด้วยภาวะน้ำตาลมอด บวมมาก เคลื่อนไหวในร่างกายผิดปกติและมีอัตราการกรองไต $> 4 \text{ ml/min/1.73 m}^2/\text{yr}$ ที่เฉพาะเจาะจงด้านการดูแลรักษาโรคนั้น อสม.และชุมชนมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยได้ไม่ครอบคลุม จึงจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนแผนในการติดตามเยี่ยมเป็นทีมสุขภาพ ทุก 2 สัปดาห์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลครอบคลุมทุกปัญหาเป็นรายบุคคล ส่วนผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนนั้น ทีมสุขภาพ อสม.และชุมชน มีการติดตามเยี่ยมร่วมกัน แต่ด้วยระยะเวลาในการติดตามเยี่ยมมีความถี่มาก ทีมสุขภาพมีภาระงานที่รับผิดชอบอื่นและมีผู้รับผิดชอบงานดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพียง 1 คน จึงจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนแผนในการติดตามเยี่ยมเป็นทุก 1 เดือน โดยประสานแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ จากชุมชน เทศบาลนครขอนแก่นและโรงพยาบาลขอนแก่น เช่น ร้านค้าและร้านยาสีขาวที่เทศบาลนคร

ขอนแก่นร่วมกับชุมชนจัดขึ้นเข้ามามีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย วงรอบที่ 2 การพัฒนาแนวทางและการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในองค์ประกอบที่ 1 การสนับสนุนการดูแลตนเอง โดยการจัดอบรมพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลตนเองที่เหมาะสม ผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังสามารถชะลอไตเสื่อมได้สอดคล้องกับงานวิจัยของชินกรณ แดงกาไสย¹⁰ โดยครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย สามารถจัดการดูแลกันในครอบครัวและในชุมชนดีขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของนันทิภา เกษสว่าง¹¹ องค์ประกอบที่ 2 การสนับสนุนการตัดสินใจ โดยจัดอบรมพัฒนาศักยภาพและทักษะอสม. และทีมสุขภาพทั้งด้านองค์ความรู้เกี่ยวกับโรค วางแผนการดูแลที่มีคุณภาพ ระบบการส่งต่อ มีการสร้างช่องทางสื่อสารที่เชื่อมโยงกันระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล อสม. ผู้นำชุมชนและผู้ให้บริการให้มีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลร่วมกันอย่างต่อเนื่องสอดคล้องกับงานวิจัยของวันเพ็ญ นิคมรักษา¹² และมีการประเมิน ปัญหาและวางแผนการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังร่วมกัน เพื่อให้เกิดกิจกรรมที่สามารถนำไปใช้ได้จริงในพื้นที่สอดคล้องกับงานวิจัยของมงคลหญิง สุวรรณโคตร¹³ องค์ประกอบที่ 3 การออกแบบระบบการให้บริการ การมีแนวทางและรูปแบบการบริการในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ชัดเจนเฉพาะกลุ่มโรค ส่งผลให้ผู้ป่วยตระหนักรู้ในการดูแลตนเองมากขึ้นสอดคล้องกับงานวิจัยของรจนา แก้วคำแสน¹⁴ ร่วมกับการมีระบบการส่งต่อข้อมูลเชื่อมโยงและติดตามเยี่ยมที่ชัดเจนทั่วถึงสอดคล้องกับงานวิจัยของอาคม รัฐวงษา¹⁵ ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้รับการดูแลอย่างไร้รอยต่อมีความต่อเนื่องและยั่งยืน องค์ประกอบที่ 4 การใช้ทรัพยากรและนโยบายของชุมชน ในการวิจัยครั้งนี้ทำให้ชุมชนได้รับรู้สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของชุมชน เกิดความตื่นตัว ร่วมรับรู้และให้ความสำคัญในการนำแหล่งประโยชน์ในชุมชน เช่น การประสานความร่วมมือร้านขายยาที่ขายยาโดยเภสัชกรและร้านขายของชำที่ให้

จำหนายเฉพาะยาสามัญประจำบ้านและอาหารที่สูง สะอาด มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น โดยการส่งราย ชื่อผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั้งหมดในชุมชนบะขามให้ร้าน ขายยาและร้านขายของชำในการควบคุมติดตามดูแล การรับประทานอาหารและยาอย่างใกล้ชิดสอดคล้อง กับงานวิจัยของสุนิรัตน์ สิงห์คำ¹⁶ ที่เน้นกระบวนการ ทำงานแบบเป็นเครือข่าย โดยทำงานร่วมกันระหว่าง หน่วยบริการทุกระดับและชุมชน ซึ่งเป็นกลยุทธ์ที่ สำคัญประการหนึ่งในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคไต เรื้อรังในชุมชน

ข้อเสนอแนะ:

1. จากผลการวิจัยครั้งนี้เป็นข้อมูลพื้นฐาน ที่สำคัญในการพัฒนาการออกแบบบริการการดูแล ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและโรคเรื้อรังที่สอดคล้องกับบริบท ของพื้นที่อื่น

2. จากผลการวิจัยครั้งนี้เป็นข้อมูลสำคัญ ในการพัฒนาการส่งเสริมสนับสนุน การเฝ้าระวัง การชะลอและป้องกันโรคไตเรื้อรังในชุมชน โดยการมี ส่วนร่วมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ผู้ดูแล ครอบครัว ชุมชน และภาคีเครือข่ายต่างๆ

3. จากผลการวิจัยครั้งนี้เป็นข้อมูลสำคัญ ในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการที่ต้องเน้น กลุ่มโรคเฉพาะและสุขภาพองค์รวม โดยการชะลอและ ป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวาน/โรคความ ดันโลหิตสูงที่มีทีมสหสาขาวิชาชีพที่เฉพาะโรคในการ ดูแลรักษา ส่งต่อและติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง อย่างต่อเนื่อง โดยการทำงานร่วมกันของผู้ให้บริการ ในโรงพยาบาลและเครือข่าย ครอบครัวและชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณาจารย์ ที่ปรึกษา ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่กรุณาแนะนำและให้ข้อเสนอแนะที่เป็น ประโยชน์ ขอขอบคุณกองทุนสุขภาพเทศบาลนคร ขอนแก่นและโรงพยาบาลขอนแก่นที่ให้ทุนสนับสนุนงาน

วิจัย และที่สำคัญคือผู้ป่วยและผู้ร่วมวิจัยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีมาโดยตลอดจนงานวิจัยนี้ สำเร็จด้วยดี

References

1. Thanakitjaru P. Current situation of chronic kidney disease in Thailand. Department of medical services journal 2015; 40(5): 121–45. (in Thai)
2. Khonkaen Provincial Health Office. Data for service plan in kidney discipline [Internet]. Khonkaen: Khonkaen Provincial Health Office; 2017 [April 20, 2017]. Available from: http://kkn.hdc.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php (in Thai)
3. Center of information technology and communication in khon kaen hospital. Statistics data report of chronic kidney disease. Khon kaen: Khon kaen hospital; 2017. (in Thai)
4. Board of nursing. Practical guideline for care of chronic kidney disease. Khon kaen : Khon kaen hospital; 2017. (in Thai)
5. Prachasamosorn medical center. Statistics data report of chronic kidney disease. Khon kaen: Prachasamosorn medical center; 2017. (in Thai)
6. The Nephrology Society of Thailand. Suggestion for care of chronic kidney disease before kidney transplantation [Internet]. Bangkok: The Nephrology Society of Thailand; 2015 [April 20, 2017]. Available from: <http://www.nephrothai.org/thB5-2558>. (in Thai)
7. Department of disease control ministry of Public Health. Manual operation for reduce chronic kidney disease in diabetes and hypertension Bangkok: Bureau of Printing Affairs, Veterans

- Relief Organization Royal patronage; 2016. (in Thai)
8. Bureau of non communicable diseases Department of disease control Ministry of public health. Service model of prevention and control in diabetes and hypertension for support operating with NCD Clinic Plus. Nonthaburi; 2017. (in Thai)
 9. Cheemcharatsrangsri W. Model of chronic care for patients [Internet]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2010 [May 24, 2017] Available from: <http://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/203/p082-090.pdf>. (in Thai)
 10. Dankasai C. Delay of renal function deterioration in diabetic nephropathy patients in Praklangung subdistrict's community, That Panom District, Nakhon. Journal of Nursing and Health care 2016; 34(2): 6-15. (in Thai)
 11. Ngoichansri J. Development of continuing care for the home-bound and bed-bound elders in Phetchabun Municipal Community. Graduate Research Conference 2012; MMO14: 658-69. (in Thai)
 12. Nikomrak W. Development of continuing care service system for families with stroke patients. Journal of faculty of nursing Khon Kaen University 2015; 38(1): 108-21. (in Thai)
 13. Suwannakot M. Improving of diabetes care at Sila Primary Care Unit by using the chronic care model. Journal of faculty of nursing Khon Kaen University 2011; 4(3): 47-53. (in Thai)
 14. Serewiwattana M, Thongtanunam Y, Limakara S. 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. Thai journal of nursing and midwifery practice 2018; 5(1): 45-56. (in Thai)
 15. Ruttawongsa A. The development of a continuous service approach in the community for Stroke patients of Kosum Phisai Hospital and the network. Graduate Research Conference 2012; MMO15: 670-80. (in Thai)
 16. Singhkum S. The development of chronic renal failure patient treatment program in community by motivating the coordinator network participation kaedam district. Mahasarakhamhospital journal 2016; 13(3): 92-9. (in Thai)