

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

การพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไข ปัญหาโรคไตเรื้อรังในอำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน

จันทร์เพ็ญ ประโยงค์ พย.บ., พย.ม (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

กชกร พุทธา พย.บ.

วินัย กล่อมแก้ว พย.บ.

โรงพยาบาลบ้านธิ จังหวัดลำพูน

| | |
|------------|--------------|
| วันรับ: | 7 ต.ค. 2562 |
| วันแก้ไข: | 3 ม.ค. 2563 |
| วันตอบรับ: | 10 ม.ค. 2563 |

บทคัดย่อ โรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาสำคัญและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมโดยใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไตเรื้อรังในอำเภอบ้านธิ ระหว่างเดือน มกราคม 2558 - มกราคม 2560 กลุ่มเป้าหมายคือ เจ้าหน้าที่ที่มสทวิชาชีพ แกนนำชุมชนและจิตอาสา 35 คน เลือกแบบเจาะจง และผู้ป่วยและผู้ดูแล 72 คน เลือกโดยการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล ได้แก่ แนว-ประเด็นคำถามการสนทนากลุ่ม แบบสัมภาษณ์ แบบบันทึกการสังเกต ข้อมูลทางห้องปฏิบัติการในการตรวจหาอัตรา การกรองของไต วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา และเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ผลการดำเนินงาน รูปแบบการวิจัยมี 3 ระยะ คือ (1) การศึกษาสถานการณ์ พบว่า อำเภอบ้านธิมีการดูแลผู้ป่วยไต-เรื้อรังเหมือนผู้ป่วยเรื้อรังทั่วไปยังไม่มีรูปแบบที่เฉพาะ (2) การวางแผน นำไปใช้ ปรับปรุงตามแนวทางการดูแลผู้-ป่วยเรื้อรัง พบว่าการปรับรูปแบบทั้งเชิงรับและเชิงรุกโดยการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง และ (3) การประเมินผลลัพธ์ ได้รูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไตเรื้อรัง คือ ระบบบริการมีนโยบายและผู้รับผิดชอบชัดเจน มีการสนับสนุน การจัดการตนเองตามระยะของโรค มีระบบสนับสนุนการตัดสินใจโดยใช้ CPG มีการออกแบบระบบบริการทั้ง เชิงรุกและเชิงรับ การจัดระบบข้อมูลทางคลินิกทั้งเครือข่าย และการเชื่อมโยงชุมชน ส่งผลให้ทีมสทวิชาชีพมีแนว-ปฏิบัติทางคลินิก ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองได้มากขึ้นและสามารถชะลอการเสื่อมของไต ด้านชุมชนมีส่วนร่วมในการ ดูแลผู้ป่วย ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องทำให้เกิดรูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหา โรคไตเรื้อรังที่เหมาะสมกับพื้นที่ จึงควรนำไปประยุกต์ใช้กับโรคเรื้อรังอื่น ๆ

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ; โรคไตเรื้อรัง; การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง

บทนำ

โรคไตเรื้อรังเป็นโรคที่พบบ่อยและเป็นปัญหาสำคัญของระบบสาธารณสุขที่ทวีความรุนแรงมากขึ้นอย่างต่อเนื่องและส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของทุกประเทศทั่วโลก จากรายงานสมาคมโรคไตสหรัฐอเมริกา พบว่าในปี ค.ศ. 2011 มีประชากรจำนวน 31 ล้านคนที่ป่วยเป็น

โรคไตวายเรื้อรัง (ร้อยละ 10.0 ของประชากรทั้งหมด) และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับที่ 8 ซึ่งรัฐเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคไตทั้งหมดสูงถึง 38.8 ล้านเหรียญดอลลาร์สหรัฐ คิดเป็น 11,000 เหรียญดอลลาร์-สหรัฐต่อผู้ป่วย 1 คน⁽¹⁾ สำหรับประเทศไทยปัจจุบันมีผู้ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังจำนวน 8 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ

17.5 มีผู้ป่วยรายใหม่ประมาณปีละ 1 หมื่นคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต ได้แก่ ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้อง และการปลูกถ่ายไต รวม 4 หมื่นคน ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่ต้องรักษาด้วยวิธีบำบัดทดแทนไต คือ 2 แสนบาทต่อคนต่อปี คำนวณค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยทั้งประเทศสูงถึง 4-6 พันล้านบาท นอกจากนี้ผู้ป่วยยังต้องรับภาระค่ายา ค่าพาหนะ และคุณภาพชีวิตที่ไม่สมบูรณ์ คือมีความทุกข์ทั้งกายและใจ ในขณะที่แพทย์และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการดูแลรักษาด้านโรคไตยังไม่เพียงพอกับปริมาณผู้ป่วยที่มากขึ้น⁽²⁾ และจากรายงานของสำนักนโยบายและแผน พบว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือมีผู้ป่วยโรคไตมากที่สุด ผลการวิจัยพบว่าอายุที่มากขึ้นทุก 10 ปีมีโอกาสป่วยสูง 2.99 เท่า⁽³⁾ และมีการเสียชีวิตจากโรคไตเรื้อรังประมาณ 2,000 รายต่อปี⁽⁴⁾ จากสถิตินี้จะเห็นได้ว่าประเทศไทยต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการบำบัดทดแทนไตเป็นจำนวนมาก

โรคไตเรื้อรังเป็นภาวะที่ผู้ป่วยมีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่งในสองข้อนี้ คือ ไตถูกทำลายจนไม่สามารถกลับฟื้นคืนสภาพได้นานติดต่อกันเกิน 3 เดือน ทั้งนี้ผู้ป่วยอาจมีอัตราการกรองของไต (estimated glomerular filtration rate, eGFR) ผิดปกติหรือไม่ก็ได้ หรือผู้ป่วยมีค่า eGFR น้อยกว่า 60 ml/min/1.73m² ติดต่อกันเกิน 3 เดือน โดยอาจจะพบหรือไม่พบว่ามีภาวะไตผิดปกติก็ได้ โรคไตเรื้อรังแบ่งเป็น 5 ระยะ โดยระยะที่ 1 และ 2 ถ้าไม่มีหลักฐานว่าไตผิดปกติจะไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคไตเรื้อรัง⁽⁵⁾ สาเหตุของโรคไตเรื้อรังที่พบบ่อยเกิดจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง อีกทั้งโรคไตเรื้อรังในระยะแรกมักไม่พบอาการผิดปกติทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคไต โดยมักตรวจพบเมื่อโรคดำเนินไปมากแล้ว หรือเมื่อโรคดำเนินเข้าสู่ระยะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End stage renal disease, ESRD) จากการศึกษา MedResNet ในปี 2552 พบว่า ความชุกของโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง

สูงถึงร้อยละ 17.5⁽⁶⁾ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการทำลายของเนื้อไตจนกระทั่งเกิดไตเสื่อม การเสื่อมของไตจะเกิดขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไปแต่ถ้ามีปัจจัยเสริมก็จะทำให้ไตเสื่อมหน้าที่ได้เร็วกว่าปกติเมื่อการดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะที่ 5 หรือระยะสุดท้าย ซึ่งเป็นระยะที่ผู้ป่วยสูญเสียไตถาวรเกิดอันตรายคุกคามต่อชีวิตจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะยูรีเมีย ความดันโลหิตสูง ภาวะทุพโภชนาการ ภาวะซีด ความไม่สมดุลของเกลือแร่ ภาวะสารน้ำเกิน ภาวะเลือดเป็นกรด ปัญหาระบบประสาท ผลกระทบต่อผิวหนัง และปัญหาทางด้านจิตสังคม ซึ่งการรักษาหลายวิธี และมีความแตกต่างกัน มีผลกระทบและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ กันไปเช่นกัน⁽⁷⁾

โรคไตเรื้อรังเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด เป็นโรคแห่งความทุกข์ ทรมาน ค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง และมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ดังนั้นการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไตเรื้อรังเพื่อชะลอให้เกิดภาวะไตเสื่อมช้าที่สุดจึงถือว่าเป็นวิธีการที่ตรงจุดและเป็นเรื่องที่สำคัญมาก โดยเริ่มตั้งแต่การคัดกรอง ค้นหาตั้งแต่ระยะเริ่มต้นในกลุ่มเสี่ยงสำคัญ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง การวินิจฉัยระยะของไต การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในแต่ละระยะ โดยการควบคุมอาหาร การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมและการดูแลโรคเรื้อรังที่เป็นสาเหตุสำคัญอย่างต่อเนื่องโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

พฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยที่ได้ผลดีนั้น ผู้ป่วยต้องมีพฤติกรรมในการควบคุมโรคประกอบด้วย การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การควบคุมอาหาร การควบคุมระดับความดันโลหิตสูง การควบคุมระดับคอเลสเตอรอล การควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน การควบคุมโปรตีนรั่วในปัสสาวะและการมาตรวจตามนัด⁽⁸⁾ ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวจะช่วยชะลอการเสื่อมของไตไม่ให้เกิดโรคไตเรื้อรัง รวมทั้งลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ การลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนควรเริ่มจากการดำเนินการป้องกันการเสื่อมของไต จนเกิดโรคไตเรื้อรัง จึงเป็นวิธี

การจัดการที่ดีที่สุดอย่างไรก็ตามโรคไตเมื่อเริ่มเป็นจะไม่ค่อยปรากฏอาการบ่งชี้ถึงความผิดปกติให้เห็นชัดเจน บางรายไม่ทราบว่าตนเองมีภาวะไตเสื่อม หรือบางรายแม้ทราบแต่ก็ละเลยไม่สนใจรักษาเพราะรู้สึกปกติ สบายดีจึงทำให้ขาดการตระหนักถึงการควบคุมภาวะโรคและการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง⁽⁹⁾ ดังนั้น ถ้าผู้ป่วยมีพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังที่ถูกต้อง ก็จะช่วยชะลอการเสื่อมของไต และป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยได้

จากสถิติผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอำเภอบ้านธิ ปี 2556 - 2558 คิดเป็นร้อยละ 40.76, 65.35 และ 82.4 ตามลำดับ มีผู้ป่วยบำบัดทดแทนไต 2, 4 และ 12 คน พบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้น ปี 2558 มีผู้ป่วยล้างไตเสียชีวิต 3 คน⁽¹⁰⁾ ส่งผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติเป็นอย่างยิ่ง จากการศึกษาข้อมูล อำเภอบ้านธิยังไม่มีรูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไตเรื้อรัง บุคลากรขาดแนวทางในการวินิจฉัยโรค การสื่อสาร การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ส่วนผู้ป่วย ผู้ดูแลและชุมชนยังขาดความรู้ความเข้าใจรวมถึงมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้อง เช่น การรับประทานอาหาร การรับประทานยา ขาดการส่งต่อ รวมทั้งการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไตเรื้อรัง ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนที่รับผิดชอบดูแลกลุ่มผู้ป่วยไตเรื้อรังจึงมีความสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไตในอำเภอบ้านธิทั้งในส่วนของเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วยและชุมชน

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนารูปแบบป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไตเรื้อรังในอำเภอบ้านธิโดยใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

วิธีการศึกษา

ขอบเขตการวิจัย การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research: PAR) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนอำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน โดย

ใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ดำเนินการศึกษาช่วงเดือนมกราคม 2558 ถึงเดือนมกราคม 2560 ประชากรที่ศึกษาเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและทีมสหวิชาชีพ กลุ่มภาคีเครือข่าย องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น แกนนำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จิตอาสา 35 คน เลือกแบบเจาะจงจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและเต็มใจเข้าร่วมตลอดการศึกษา และผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคไตเรื้อรังและผู้ดูแล 72 คน ที่สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยและเต็มใจเข้าร่วมการศึกษา เลือกโดยการสุ่มอย่างง่าย รวมทั้งหมด 107 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ แนวประเด็นคำถาม การสนทนากลุ่ม แบบสัมภาษณ์ แบบบันทึกการสังเกตการมีส่วนร่วมและแผนการประชุมวางแผนแก้ไขปัญหตามกระบวนการ AIC รวมถึงข้อมูลทางห้องปฏิบัติการในการตรวจหาอัตรากรกรองของไต เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสังเกต สัมภาษณ์ การบันทึกข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ค่าความถี่ ร้อยละ และเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

ขั้นตอนและกระบวนการวิจัย มี 3 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์แนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไตเรื้อรังในอำเภอบ้านธิ เพื่อค้นหาปัญหาโดยการสำรวจข้อมูลทั่วไปและการคัดกรองภาวะไตเสื่อมจากข้อมูลเวชระเบียน และข้อมูลแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไตเรื้อรังโดยการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มกับทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ทีมผู้ให้บริการ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักเทคนิคการแพทย์ นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 10 คน และข้อมูลการดูแลจากผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 36 คน และผู้ดูแล 36 คน และสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่เทศบาล แกนนำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และจิตอาสา 25 คน รวมทั้งหมด 107 คน

ระยะที่ 2 วางแผนและดำเนินการพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไตเรื้อรังในอำเภอบ้านธิโดยผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลที่ได้ในระยะที่ 1 ให้ทีมร่วมวิเคราะห์

และวางแผนการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไตเรื้อรังโดยใช้กระบวนการ AIC ตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังแล้วนำไปปฏิบัติโดยทดลองใช้เป็นเวลา 6 เดือน เก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์ การสังเกต และสะท้อนผลการดำเนินงานโดยการประชุมเชิงปฏิบัติการ การประชุมกลุ่มย่อย การระดมสมองเพื่อปรับปรุงรูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไตเรื้อรังในอำเภอบันธิอย่างมีส่วนร่วม

ระยะที่ 3 การประเมินผลการปฏิบัติตามรูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไตเรื้อรังในอำเภอบันธิ และสรุปผลการปฏิบัติงานตามองค์ประกอบแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง รวมทั้งประเมินผลลัพธ์ด้านผู้ให้บริการด้านผู้ป่วยและด้านชุมชน ด้วยการสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ การสังเกต การสนทนากลุ่ม ประชุมกลุ่มย่อย และการประเมินผลเลือดทางห้องปฏิบัติการ

เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการ แนวประเด็นคำถามการสนทนากลุ่มแบบบันทึกการสังเกตการมีส่วนร่วมและแผนการประชุมวางแผนแก้ไขปัญหามาตรการ AIC เครื่องมือทั้งหมด ผู้วิจัยจะนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) รวมทั้งความสอดคล้อง เหมาะสมของชุดคำถามปลายเปิดแล้วแก้ไขปรับปรุงก่อนนำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ประกอบด้วย การสัมภาษณ์ การสังเกตอย่างมีส่วนร่วมและการจัดบันทึกการจัดประชุมกลุ่ม โดยนัดหมายสถานที่ วัน เวลา ตามความสะดวกของผู้ให้ข้อมูล ทั้งนี้ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูลอย่างเคร่งครัด

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) และสังเคราะห์ข้อมูลตามประเด็นการวิจัยที่กำหนดไว้ จัดทำสรุปผลโดยการใช้วิธีการพรรณนาความ ผู้ร่วมพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไตเรื้อรังในอำเภอบันธิสะท้อนเชิงเหตุการณ์ที่ปรากฏในแต่ละขั้นตอนการวิจัย

ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์โรคไตเรื้อรังในอำเภอบันธิ พบว่าในอำเภอบันธิมีผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงมากถึงร้อยละ 20.82 ผลตรวจสุขภาพพบภาวะแทรกซ้อนไตเสื่อมมากที่สุดร้อยละ 68.87 มีผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกไต 12 ราย การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังกลุ่มเสี่ยง กลุ่มปกติยังไม่มีรูปแบบการดูแลที่เฉพาะผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้รับการดูแลเหมือนผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั่วไป คือ มาตรฐานนัด ชักประวัติ ตรวจรักษาและรับยากลับบ้าน เจ้าหน้าที่ยังขาดแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่เฉพาะเจาะจง ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนเพื่อชะลอไตเสื่อม ยังมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ส่งผลให้เกิดการเสื่อมของไตเร็วขึ้น คือ การรับประทานโปรตีนเกินความจำเป็นของร่างกาย การรับประทานเค็ม สำหรับกลุ่มปกติยังไม่มี การวินิจฉัยโรคไตเรื้อรัง การวิเคราะห์สถานการณ์เดิม การป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไตเรื้อรัง ตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั้ง 6 องค์ประกอบ นำเสนอข้อมูลดังตารางที่ 1

ระยะที่ 2 มีการสะท้อนข้อมูลที่รวบรวมได้จากระยะที่ 1 แก่ทีมสหวิชาชีพ เครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ผู้ดูแลเพื่อวางแผนและนำไปปฏิบัติจำนวน 6 เดือน พร้อมทั้งปรับปรุงแก้ไขตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั้ง 6 องค์ประกอบ จนได้รูปแบบใหม่ Banthi Model ดังตารางที่ 1

ระยะที่ 3 ระยะศึกษาผลลัพธ์ จากการพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไตเรื้อรังในอำเภอบันธิ โดยใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและได้ Banthi's Model สามารถสรุปผลการศึกษาได้ 3 ด้าน ดังนี้

ด้านทีมสหวิชาชีพและการจัดบริการ พบว่า ทีมสหวิชาชีพมีแนวปฏิบัติทางคลินิกที่ใช้ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไตเรื้อรังที่ใช้ทั้งเครือข่าย มีการสื่อสารระยะของโรคโดยโปรแกรม BT Linkview และสติ๊กเกอร์หรรษาและมีการพัฒนาศักยภาพกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วยเพื่อการป้องกันและชะลอไตเสื่อมแต่ละระยะ และมีการ

การพัฒนาารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไตเรื้อรังในอำเภอบ้านธิ

ตารางที่ 1 สถานการณ์เดิมของการดำเนินกิจกรรมป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไตเรื้อรังในอำเภอบ้านธิกับรูปแบบใหม่ (Banthi's Model) ที่ได้หลังจากมีการพัฒนา นำไปใช้และปรับปรุงแก้ไข 6 เดือน

| องค์ประกอบ | สถานการณ์เดิม | รูปแบบใหม่ Banthi's Model |
|-----------------------------------|---|--|
| 1. ระบบบริการสุขภาพ และองค์กรดูแล | <ol style="list-style-type: none"> ไม่มีนโยบายเฉพาะ นโยบายใช้ร่วมกับโรคเรื้อรังอื่น ไม่มีทีมเฉพาะที่ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง | <ol style="list-style-type: none"> มีนโยบายเรื่องการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไตของอำเภอบ้านธิ มีทีม PCT โรคไตที่ดูแลทั้งอำเภอ มี Nurse Case Manager มีการแยกบริการเป็นคลินิกโรคไตเรื้อรังโดยเฉพาะ |
| 2. การสนับสนุนการจัดจาดตนเอง | <ul style="list-style-type: none"> การคืนข้อมูลระยะของโรคและการดูแลแต่ละระยะให้ผู้ป่วยและญาติไม่ชัดเจน ไม่เป็นรูปธรรม สื่อการสอนเข้าใจยาก | <ul style="list-style-type: none"> มีการคืนข้อมูลให้ผู้ป่วยและญาติ มีการแบ่งกลุ่มและแบ่งระยะการดูแลเพื่อป้องกันและชะลอไตเสื่อม ดังนี้ กลุ่มปกติ ชุมชน: เน้นสร้างกระแสการป้องกันการเกิดโรครายใหม่ ลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรค มีการผลิตสื่อการสอนที่เข้าใจง่าย (ตะกร้าหวานใจ ลดไต ลดเสี่ยง) เกิดชมรมสร้างเสริมสุขภาพ ลดการใช้ NSAID กลุ่มเสี่ยง: เน้นการคัดกรองให้ครอบคลุม แจกค่า eGFR ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดปัจจัยเสี่ยง สื่อสารผ่านโปรแกรม Banthi Link View และสติ๊กเกอร์รักษาในสมุดประจำตัวผู้ป่วย(สติ๊กเกอร์แจ้งระยะของโรคไต) กลุ่มป่วย: สื่อสารระยะไตผ่านสื่อการสอนนาฬิกาบอกระยะไต ระยะที่ 1- 2 : ให้คำแนะนำรายกลุ่ม/รายบุคคล ลดปัจจัยเสี่ยงเรื่องการช้ำยา การรับประทานอาหาร เสริมพลังในการดูแลตนเอง ระยะที่ 3 : ให้คำปรึกษารายบุคคลเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง เข้าค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยมีผู้ป่วยโรคไตมาร่วมเป็นวิทยากร ให้คำปรึกษาโดยใช้ทักษะการเสริมแรงจุดแข็ง ระยะที่ 4 : เพิ่มการดูแลจากระยะที่ 3 คือ ส่งต่อ รพท. ระยะที่ 5 : ส่งต่อบำบัดทดแทนไต และดูแลแบบประคับประคอง |
| 3. ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ | <ul style="list-style-type: none"> ไม่มีแนวทางการดูแลที่เฉพาะ | <ul style="list-style-type: none"> มีแนวทางปฏิบัติทางคลินิก (CPG) ในการคัดกรองและการดูแลเฉพาะโรคไตเรื้อรังทั้งเครือข่าย |
| 4. การออกแบบระบบบริการ | <ul style="list-style-type: none"> ไม่มีการแบ่งบทบาทหน้าที่การทำงานที่ชัดเจน | <ul style="list-style-type: none"> มีการแบ่งบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน 1. รพ.สต. ดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 1-2 ส่วนระยะที่ 3 ดูแลที่ ร.พ. 2. มีระบบการส่งต่อข้อมูลทั้งไป-กลับ รพ.แม่ข่าย ลูกข่ายและชุมชน 3. กรณีผู้ป่วยนอน รพ. ตักผู้ป่วยในจัดสถานที่ภายในตักผู้ป่วย CAPD ให้มีสิ่งอำนวยความสะดวก และเจ้าหน้าที่ร่วมดูแล |
| 5. การจัดระบบข้อมูลทางคลินิก | <ol style="list-style-type: none"> ไม่มีระบบการจัดเก็บเชื่อมโยงข้อมูลของเครือข่าย การคำนวณ GFR ช้า ทำงานซ้ำซ้อน สื่อสารได้เฉพาะแพทย์ พยาบาล | <ul style="list-style-type: none"> มีการเชื่อมโยง จัดเก็บข้อมูลของเครือข่ายโดยโปรแกรม Banthi Link View ที่สามารถเรียกดูข้อมูลเพื่อประกอบการตัดสินใจในการรักษาและส่งต่อ คำนวณค่า GFR ง่าย รวดเร็ว สะดวก สื่อสารทั่วถึงผ่านโปรแกรม Banthi Link View และสติ๊กเกอร์บอกระยะไตในสมุดประจำตัวผู้ป่วย |
| 6. การเชื่อมโยงพลังชุมชน | <ol style="list-style-type: none"> ขาดการคืนข้อมูล ข้อมูลปัญหาทราบเฉพาะในสถานบริการ เครือข่ายชุมชนไม่มีส่วนร่วมในงบประมาณและการดูแลผู้ป่วย | <ul style="list-style-type: none"> มีการคืนข้อมูลทำให้ชุมชนและเครือข่ายรับทราบ ชุมชนสนับสนุนงบประมาณและทรัพยากรในการดำเนินการ ได้แก่ กองทุนสุขภาพตำบล ชุมชน เป็นต้น ชุมชนมีส่วนร่วมและมีแนวทางการเยี่ยมบ้านและการส่งต่อข้อมูลระหว่างทีมที่ชัดเจน โดยแบ่งระดับการเยี่ยม คือ เยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ เยี่ยมโดยชมรมจิตอาสาและเยี่ยมโดยเครือข่ายจิตอาสาผู้ป่วยโรคไตและภาคีเครือข่ายในพื้นที่เพื่อติดตามเรื่องการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การวัดความดันโลหิตและกระตุ้นให้มาตรวจตามนัด |

ติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง พบว่า มีความพึงพอใจมากกับแนวทางที่ได้ร่วมกันพัฒนาขึ้นมา

ด้านผู้ป่วยได้รับการคัดกรองเพิ่มขึ้น ทราบระยะของโรคโดยมีนวัตกรรมนาฬิกาบอกระยะไตเป็นสื่อการสอนที่ง่ายทำให้มีความเข้าใจในระยะเวลาของโรคของตนเองและมีความรู้ในการดูแลตนเอง มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุมโรคดีขึ้น ส่งผลให้การประเมินการทำงานของไตจากค่า eGFR สามารถชะลอการเสื่อมของไต โดยค่าอัตราการการทำงานของไตไม่ลดลงเกินกว่า 4 ml/min/1.73m^2 ร้อยละ 94.44 และร้อยละ 5.56 มีการทำงานของไตเพิ่มขึ้นจนกลายเป็นบุคคลต้นแบบการดูแลตนเองที่เป็นแบบอย่างแก่ผู้ป่วยคนอื่นๆ ได้ กลุ่มไตเสื่อมระยะที่ 4 ได้รับการเตรียมความพร้อมในการบำบัดทดแทนไตโดยการส่งต่อ รพ.แม่ข่าย กลุ่มไตเสื่อมระดับ 5 ได้รับการบำบัดทดแทนไต พบว่า ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความพึงพอใจกับรูปแบบบริการใหม่และมีข้อเสนอแนะให้มีการจัดค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทุกระยะ

ด้านชุมชนเกิดเครือข่ายจิตอาสาและชมรมรักษไตในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านแบบเพื่อนช่วยเพื่อนและผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลแบบ palliative care เกิดนวัตกรรมที่นอนลมที่สามารถแก้ไขปัญหารองชยะจากถุงน้ำยาล้างไตและผู้ป่วยที่มีเกิดแผลกดทับ กลุ่มปกติ/ประชาชนได้รับทราบข้อมูลสถานการณ์โรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยโรคเรื้อรังเกิดความตระหนักและมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค มีการรวมกลุ่มในการดูแลสุขภาพตนเอง และลดการใช้ยา NSAID พบว่า เครือข่ายชุมชนมีความพึงพอใจต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมา

วิจารณ์

การศึกษาครั้งนี้สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ของการศึกษา คือ ได้รูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไตเรื้อรังในอำเภอบ้านธิโดยใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาของอำเภอบ้านธิและสอดคล้องกับยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข สาขาไต ที่มีเป้าหมายลดปัจจัย

เสี่ยงและคัดกรองการเกิดโรคไตในกลุ่มเสี่ยง ชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยไตเรื้อรังทุกระยะ และประชาชนเข้าถึงบริการโรคไตที่มีคุณภาพ เสมอภาค⁽¹¹⁾ เป็นการพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไตเรื้อรังโดยมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั้งทีมสหวิชาชีพที่ให้บริการดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วย ผู้ดูแลครอบครัวและชุมชนคืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แกนนำชุมชน จิตอาสา เจ้าหน้าที่เทศบาล ที่ซึ่งเป็นแหล่งประโยชน์อันสำคัญที่มีอยู่ชุมชนทำให้เกิดแนวทางการดูแลและส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงโรคไตเรื้อรัง มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีได้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้สามารถชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่ร่วมโครงการโดยส่งผลให้ค่าอัตราการการทำงานของไตไม่ลดลงเกินกว่า $4 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ ร้อยละ 88.89 และร้อยละ 16.67 มีการทำงานของไตเพิ่มขึ้นและได้รับเลือกให้เป็นบุคคลต้นแบบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งการพัฒนาการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไตเรื้อรังเป้าหมายสำคัญคือได้ รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลตั้งแต่ระยะก่อนป่วยที่เป็นกลุ่มปกติในชุมชน ระยะป่วยโดยเน้นให้มีการคัดกรองวินิจฉัยโรคที่ถูกต้อง ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมตามระยะของโรคและได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องทั้งในสถานพยาบาลและในชุมชนอันนำไปสู่การดูแลตนเองที่ถูกต้องของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จนสามารถชะลอไตเสื่อมโดยมีการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังคือ มีการสร้างเสริมศักยภาพผู้ป่วยในการจัดการตนเอง (self-management support) การใช้ประโยชน์ร่วมจากแหล่งทรัพยากรในชุมชน (community resources) การปรับปรุงหรือออกแบบใหม่ของระบบบริการทั้งเชิงรับและเชิงรุก (organization of health care & delivery system design) การสนับสนุนการตัดสินใจที่ดีของผู้เกี่ยวข้อง (decision support) การพัฒนาระบบฐานข้อมูล (clinical information system) รวมทั้งการมีปฏิสัมพันธ์ที่ระหว่างผู้ให้บริการ โดยสอดคล้องกับการศึกษาของอัมพรพรรณ อีรานูตร และคณะ⁽¹²⁾ ที่ศึกษาวิจัยเรื่องการพัฒนา

บริการสุขภาพเพื่อชะลอการล้างไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังพบว่า มีการพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพเพื่อชะลอการล้างไต ประกอบด้วย การออกแบบระบบบริการสุขภาพ การสนับสนุนการจัดการตนเอง การจัดการระบบฐานข้อมูลสุขภาพ และการสนับสนุนการตัดสินใจ หลังจากใช้รูปแบบพบว่าในเดือนที่ 3 และ 6 ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการจัดการตนเองดีขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของมณฑล เสรีวิวัฒนา⁽¹³⁾ ที่ศึกษาเรื่องการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพื่อชะลอการเสื่อมของไตโดยใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่า ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีศักยภาพในการดูแลตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทำให้ผลการทำงานของไตดีขึ้น

นอกจากนี้ยังพบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้มีการสื่อสารให้ผู้ป่วยได้รับทราบระยะของโรคไตเรื้อรัง มีการให้ความรู้การดูแลตนเองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมทั้งมีผู้ป่วยต้นแบบที่มีความเข้าใจผู้ป่วยด้วยกันมาร่วมให้ความรู้ ซึ่งสอดคล้องกับ Tattlesall RL⁽¹⁴⁾ ที่กล่าวว่า expert patient เป็นส่วนหนึ่งที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังและต้องการการพัฒนาให้มีในระบบการดูแล เป็นรูปแบบที่เหมาะสมในระบบสุขภาพที่มีทรัพยากรบุคคลจำกัด แต่กลับช่วยให้มีประสิทธิภาพในระบบเพิ่มขึ้น

ผลการศึกษาค้นพบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทุกรายได้รับการดูแลทั้งจากสถานพยาบาล คนในครอบครัว และในชุมชน ดังนั้นการพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไตเรื้อรังจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกส่วน ควบคู่กับการพัฒนาองค์ประกอบทั้ง 6 ของการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพื่อให้เกิดผลลัพธ์อันพึงประสงค์ทั้งด้านคลินิก ครอบครัวและชุมชนให้สามารถร่วมกันจัดการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไตเรื้อรัง อันส่งผลให้สามารถลดจำนวนผู้ป่วยไตเรื้อรังรายใหม่ ผู้ป่วยสามารถชะลอความเสื่อมของไต และผู้ป่วยไตเรื้อรังที่บ้านได้รับการดูแลจากเครือข่ายในชุมชนอย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการนำรูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไตเรื้อรังไปใช้กับพื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน
2. ควรมีการวิจัยเพื่อติดตามประเมินผลระยะยาวที่เกิดขึ้นทั้งกับผู้ป่วย ผู้ดูแล และชุมชน และความคงอยู่ของกิจกรรม
3. ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของนวัตกรรมต่างๆ ที่เกิดขึ้นในรูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไตเรื้อรัง และนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาระดับพื้นที่ที่มีลักษณะคล้ายกัน
4. ควรพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไตเรื้อรังอื่นๆ ตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยชุมชนภายในบริบทตามทุนทางสังคม ซึ่งเป็นแหล่งประโยชน์ อันสำคัญที่มีอยู่ในชุมชนนั้นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้รับการดูแลและส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากแพทย์หญิงสมสกุล เกียรติอนันต์ คุณวัชรพร สนิทผล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ และคุณพิสมัย ไชยประสพ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ที่กรุณาเสียสละเวลาในการ ให้คำปรึกษา แนะนำ ชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ของการทำวิจัยจนเสร็จสมบูรณ์ ขอขอบคุณหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลและหัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวมโรงพยาบาลบ้านธิที่ให้โอกาสผู้วิจัยในการทำวิจัย ตลอดทั้งเจ้าหน้าที่ ผู้นำชุมชนจิตอาสา ผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทุกท่านที่กรุณาเอื้อเฟื้อ สละเวลา และให้ความร่วมมือจนทำให้การทำวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ผู้วิจัยซาบซึ้งในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอขอบคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. American Kidney Fund. Kidney disease statistics. Rockville, MD: American Kidney Fund; 2012.
2. โรงพยาบาลสถาบันไตภูมิราชนครินทร์. ความรู้เรื่องโรคไตสำหรับประชาชน. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพยาบาลสถาบันโรคไตภูมิราชนครินทร์; 2556.
3. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. อัตราการป่วยโรคไตเรื้อรัง ปี 2556. กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2556.
4. คัทลียา อุกติ, ณัฐนิช จันทจิราภิวัตน์. ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการจัดของเสียทางเยื่อฟุ้งกรองต่อเนื่อง. สงขลานครินทร์เวชสาร 2552;25(3):171-7.
5. สมาคมโรคไตเรื้อรังแห่งประเทศไทย. คำแนะนำสำหรับดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2558. กรุงเทพมหานคร: เบอริงเกอร์ อินเทลไฮม์ (ไทย); 2558.
6. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือปฏิบัติการเพื่อดำเนินงานลดโรคไตเรื้อรัง CKD ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง. กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2559.
7. สุจิตรา ลีมอำนาจลาภ, ชวนพิศ ทำนอง. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.
8. อัมพร ชอฐานานุกิติ. บทบาทของพยาบาลกับผู้ป่วยไตเรื้อรัง. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2551;26(3):33-42.
9. วุฒิเดช โอภาสเจริญสุข. โรคไตจากเบาหวาน. กรุงเทพมหานคร: เท็กซ์ แอนเจอร์นัล พับลิเคชั่น; 2550.
10. กลุ่มงานยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์โรงพยาบาลบ้านธิ. รายงานสถิติผู้ป่วยที่มาใช้บริการโรงพยาบาลบ้านธิ จังหวัดลำพูน ปี 2558. ลำพูน: โรงพยาบาลบ้านธิ; 2558.
11. คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการที่ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพที่สำคัญ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคไต. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2556.
12. อัมพรพรรณ อธิฐานตร, นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์, ปัทมา สุริต, วาสนา รวยสูงเนิน, ดลวิวัฒน์ แสนโสม, จันทรีโท ศรีนา, และคณะ. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เพื่อชะลอการล้างไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2560.
13. มนัญญา เสรีวิวัฒนา. การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพื่อชะลอการเสื่อมของไตโดยใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยบรมราชชนนี นนทบุรี; 2561.
14. Tattlesall RL. The expert patient: a new approach to chronic disease management for the twenty-first century. Clin Med 2002;2(3):227-9.

Abstract: Development of a Model for Prevention and Resolution of Chronic Kidney Disease in Banthi District, Lamphun Province, Thailand

Chanpen praying, M.N.S (Community Nursing); Kotchakorn Putha, B.N.S.; Winai Klomkaew, B.N.S.
Banthi Hospital, Lamphun Province, Thailand

Journal of Health Science 2020;29(6):1035-43.

Chronic kidney disease is an important problem and tends to increase. This research was conducted as a participatory action research using the chronic care model to develop a model for preventing and resolving of chronic kidney disease in Banthi District, Lamphun Province between January 2015 – January 2017. The samples groups were 35 multidisciplinary teams, sub-district administrators, community leaders, public health officers, village volunteers selected by purposive sampling, including 72 patients with chronic kidney disease and caregivers selected by simple random sampling. Data were collected using focus group discussion, personal interview, observation and health assessment. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and qualitative data were analyzed using content analysis. The results revealed that a model for preventing and resolving of chronic kidney disease development process comprised of 3 phases: (1) situation analysis which was found that the caring of chronic kidney patients did not have any specific model; (2) planning and implementing based on the chronic care model (CCM) of which both passive and proactive model were adjusted; and (3) evaluation phase which showed that the service system had clear policies and specific healthcare team, supporting for self-management according to the stage of the disease, having a decision supporting system using CPG, service systems design both proactive and passive, the whole network management for clinical information system, and community participation in preventing and resolving of chronic kidney disease. There were changes in 3 aspects: (1) the multidisciplinary team had clinical practice guidelines; (2) many patients were able to receive kidney screening and could delay renal degeneration; and (3) community participation was promoted to have role in chronic patient care. The results of this research showed that the participation of relevant parties could create a model for preventing and resolving of chronic kidney disease that would be appropriated in accordance with the community context. Therefore, this approach should be applied to the prevention and management of other chronic diseases.

Keywords: model development; chronic renal disease; chronic care