1.ชื่อผลงาน/โครงการพัฒนา : การพัฒนาแบบบันทึกการติดตามทางโภชนาการสำหรับผู้ป่วยไตระยะสุดท้าย

2. คำสำคัญ : ผู้ป่วยไตระยะสุดท้าย โภชนาการ

3.สรุปผลงานโดยย่อ ผู้ป่วยไตระยะสุดท้ายมีความเสี่ยงเกิดภาวะทุพโภชนาการสูงมาก เนื่องจากถูกจำกัด/ควบคุมการรับประทานอาหารในหลายกลุ่ม อีกครั้งพบปัญหาเรื่องเบื่ออาหารซึ่งเกิดจากตัวโรค ยา และอายุของผู้ป่วย ดังนั้นการดูแลทางกระบวนการโภชนาการจึงเป็นสิ่งที่ต้องให้ความสำคัญ หากผู้ป่วยได้รับการดูแลแก้ไขช้า อาจทำให้การให้โภชนบำบัดเป็นไปได้ยากและใช้เวลายาวนานได้

4. ชื่อและที่อยู่ขององค์กร : กลุ่มงานโภชนศาสตร์ โรงพยาบาลมะขาม

5.สมาชิกทีม :

1.	นางชม้อย	จิตต์สงวน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
2.	นางศิริพร	บัวขาว	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
3.	นางพิมพ์สิริ	สิโนทก	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
4.	นางสาวอภิรดี	ฌานปัตร	นักกายภาพบำบัดปฏิบัติการ
5.	นางสาวอิสิพร	มาสุข	นักโภชนาการ

6. ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ :

จากสถิติของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในNCD Clinic โรงพยาบาลมะขาม พบว่า

สถิติผู้ป่วย	DM	CKD DM	% CKD DM	HT	CKD HT	% CKD HT
ปี 2558	793	328	41.36	1051	193	18.36
ปี 2559	884	318	35.97	1173	205	17.47
ปี 2560	923	301	32.12	1184	205	17.31

จากเดิม NCD Clinic ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะไตเสื่อมร่วมกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ มีการทำกลุ่มโดยพยาบาลวิชาชีพ 1 คน และให้ความรู้ผู้ป่วยในภาพรวมของการดูแลตนเอง ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ไม่ครบถ้วนและไม่จำเพาะเป็นรายบุคคลเนื่องจากผู้ป่วยที่มีภาวะไตเสื่อมจะมีภาวะสุขภาพที่แตกต่างกัน ดังนั้นในปี 2560 จึงได้เริ่มดูแล และติดตามผลอย่างตรงสาขา จากข้อมูลจะเห็นว่าโรงพยาบาลสามารถลดจำนวนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังรายใหม่ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และชะลอความเสื่อมของไต ไม่ให้มี Stage ที่มากขึ้นได้ แต่การดูแลผู้ป่วยในคลินิกมีความมุ่งเน้นในการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตระยะ 3b-4 ทำให้ผู้ป่วยไตระยะสุดท้ายขาดการติดตามไป ดังนั้นทางพยาบาลผู้ดูแลคลินิกจึงคิดกระบวนการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อให้ได้เห็นปัญหาและสภาพแวดล้อมที่แท้จริงของผู้ป่วย และให้คำปรึกษาได้ถูกต้องตามปัญหาจริงของผู้ป่วย

อีกทั้งการติดตามด้านอาหารเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ นักโภชนาการจึงคิดแบบประเมินติดตามผู้ป่วยขึ้น เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องอื่นๆสามารถใช้ข้อมูลในการแนะนำอาหารสำหรับผู้ป่วยเบื้องต้นได้

7. เป้าหมาย :

ผู้ป่วยไตระยะสุดท้าย(ESRD, RRT) ได้รับการประเมินภาวะโภชนาการ 100 %

8. การดำเนินงาน :

กลุ่มเป้าหมาย : ผู้ป่วยไตระยะสุดท้ายในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลมะขาม

กิจกรรมการพัฒนา :

ปี 2559 – 2560 นักโภชนาการและพยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกเบาหวานความดันจะออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วย และมีการบันทึกข้อมูลลงในระบบ HOSxP

ปี 2561 พยาบาลวิชาชีพทำแฟ้มสำหรับผู้ป่วยไตระยะสุดท้าย ใบบันทึกทางสหสาขาวิชาชีพ และให้ข้อมูลผลปฏิบัติการทางแพทย์ รวมทั้งโอนให้พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลเรื่องการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยแบบประคับประคองเป็นผู้รับงานดูแลต่อเนื่อง

ปี 2562 นักโภชนาการปรับแบบบันทึกทางโภชนาการเพื่อให้งานต่อการติดตาม และให้ผู้เกี่ยวข้องสามารถนำข้อมูลไปประกอบการให้คำปรึกษาเพิ่มเติมได้

ปี 2662 พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง พยาบาลเฉพาะทางไต พยาบาลเจ้าของพื้นที่ นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด จะออกเยี่ยมดูแลผู้ป่วยทุกวันพฤหัสบดีสัปดาห์ที่ 3 ของทุกเดือน

9. การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง :

<u>ก่อน-หลังดำเนินการ</u>

	เป้าหมาย	ปี 2560 (ธ.ค. 59 –ก.ย. 60)	ปี2561	ปี 2562
ผู้ป่วยESRD และผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตได้รับคำแนะนำทางโภชนบำบัด	80 %	48.39 %	87.09 %	90.00 %
ผู้ป่วยเพิ่มเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หลังได้รับความรู้ทางโภชนาการ	50%	44.44 %	53.33%	83.33 %

10. บทเรียนที่ได้รับ:

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลทางโภชนาการมีแนวโน้มการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับโรคมากขึ้น
2. ผู้ป่วยมีความสนใจในการดูแลตนเองแต่มีข้อจำกัดด้านการเข้าถึงอาหารทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้
3. ปัจจัยสำคัญในการดูแลอาหารของพื้นที่อำเภอมะขาม คือผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย
4. ถึงแม้ผู้ป่วยไตระยะสุดท้ายจะเป็นผู้ป่วยที่รักษาแบบประคับประคอง แต่การดูแลทางอาหารจำเป็นต้องควบคู่ไปกับผลการตรวจเลือดอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้การแนะนำมีความเหมาะสมกับรายบุคคลมากยิ่งขึ้น ในส่วนของผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาในพื้นที่อำเภอมะขาม จะพบปัญหาด้านการเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วย