

## 1.เรื่อง การจัดการโรคไตเรื้อรังในสถานบริการปฐมภูมิ

### 2.หลักการและเหตุผล

โรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease) คือการสูญเสียการทำงานของไตอย่างต่อเนื่องในระยะเวลาหลายเดือนหรือหลายปี สาเหตุหลักที่ทำให้เกิดโรคไตเรื้อรังคือ โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง สาเหตุอื่นๆ เช่น ภาวะการอักเสบที่ไต การอักเสบติดเชื้อที่ทางเดินปัสสาวะการได้รับสารพิษหรือยาบางชนิด หากไม่ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมอาจนำไปสู่การสูญเสียการทำงานของไต ทำให้เกิดภาวะไตวายเรื้อรังซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดหรือล้างไตทางช่องท้อง ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาจำนวนมาก ปัจจุบันโรคไตเรื้อรังกำลังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศต่างๆ ทั่วโลก เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในประเทศไทย พบว่ามีรายงานอัตราความชุกของผู้ป่วยโรคไตเพิ่มขึ้น ปี พ.ศ.2561-2563 มีอัตราความชุกของผู้ป่วยเป็น 1,942 คน, 2,274 คน, 2,580 คนต่อประชากรหนึ่งล้านคน (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย,2563) ทั้งนี้มีผู้ป่วยไตวายเรื้อรังเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องในปี พ.ศ 2561-2563 จำนวน 26,070 คน, 30,869 คน, 34,467 คนตามลำดับ (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย,2563)จำนวนผู้ป่วยได้เพิ่มขึ้นแบบก้าวกระโดดและยังคงเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 9 ของประเทศอีกด้วย (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย,2563)

อัตราการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องรับการบำบัดทดแทนไตพบว่าเพิ่มขึ้นประมาณ 2 หมื่นรายต่อปี และมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นทุกปี โดยมีผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ล้างไตทางช่องท้อง และปลูกถ่ายไต รวมแล้วจำนวนประมาณ 1 แสน 5 หมื่นราย (สถิติ ปี พ.ศ. 2562)

จากการศึกษาวิจัยความชุกของโรคไตเรื้อรังในประเทศไทยพบโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-5 มีความชุกรวมทั้งหมดประมาณ 17.5 เปอร์เซ็นต์ของประชากร เมื่อเทียบกับความชุกโรคไตเรื้อรังประเทศสหรัฐอเมริกา หรือประเทศในแถบยุโรปแล้วมีประเทศไทยมีอัตราความชุกโรคไตเรื้อรังที่สูงกว่า(ต่างประเทศที่กล่าวมาอัตราความชุกประมาณ 11-13 %) เมื่อคำนวณจากจำนวนประชากรทั้งหมดของไทยจึงคาดว่าคนไทยประมาณ 10 ล้านคนเป็นโรคไตเรื้อรังแต่เนื่องจากโรคไตเรื้อรังระยะต้นมักจะไม่แสดงอาการ หรืออาการไม่ชัดเจน จึงทำให้ไม่ได้รับความสนใจหรือตัวผู้ป่วยเองก็ไม่ตระหนักถึงอันตรายไม่ได้ให้ความสนใจไม่ไปรับการรักษาอย่างต่อเนื่องปล่อยให้มีการเสื่อมของไตดำเนินไปเรื่อยๆ จนกระทั่งสู่ระยะที่เป็นมากขึ้น ซึ่งในโรคไตเรื้อรังนี้ไตที่เสื่อมไปแล้วจะไม่กลับมาฟื้นเป็นปกติเหมือนเดิมอีกผลกระทบที่เกิดขึ้นจะมีด้านใดบ้างผลกระทบในระยะแรกๆอาจจะไม่ชัดเจนเนื่องจากไม่มีอาการและอาการแสดงหรือมีอาการที่รบกวนชีวิตของผู้ป่วยที่ไม่ชัดเจน ค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคไตเรื้อรังระยะเริ่มต้นจะไม่สูง แต่ผลกระทบที่มีมากจะเป็นในโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ที่เรียกว่าไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เป็นระยะที่ผู้ป่วยต้องมาฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หรือผู้ป่วยต้องมาล้างไตทางช่องท้อง แม้ว่าวิธีการรักษาที่ดีที่สุดคือการปลูกถ่ายไต เพราะผู้ป่วยไม่ต้องมาฟอกเลือด หรือล้างไตทางช่องท้อง มีคุณภาพชีวิตที่ดีใกล้เคียงกับคนปกติ แต่มีข้อจำกัดที่จำนวนการปลูกถ่ายไตในแต่ละปีสามารถทำได้ประมาณ 600-700 ราย เท่านั้นซึ่งขึ้นอยู่กับสมรรถนะของสถาบันที่มีจำนวนไม่มากในประเทศไทยและจำนวนไตบริจาคในแต่ละปีด้วย

ซึ่งโรคไตเรื้อรังเป็นโรคที่เกิดจากการสูญเสียหน้าที่ของไตไปอย่างช้าๆและดำเนินไปอย่างต่อเนื่องจนเกิดการสูญเสียหน้าที่อย่างถาวรของไตทั้งสองข้างโดยมีหลักฐานการตรวจการทำงานของไตว่ามีพยาธิสภาพที่ไตโดย Glomerular filtration rate (GFR) น้อยกว่า 15 มิลลิลิตร/นาที/1.73 ตารางเมตร<sup>3</sup>

บทบาทพยาบาลในปฐมภูมินอกจากการใช้ความรู้ความสามารถเฉพาะตัวให้การดูแลผู้ป่วยแล้วยังต้องอาศัยการทำงานเป็นทีมร่วมกับสหวิชาชีพ โดยได้พัฒนารูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic care model) CDM พัฒนาขึ้นดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังซึ่งประกอบด้วย 6 องค์ประกอบจากเดิมที่มีช่องว่างระหว่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังกับผู้ให้บริการทางการแพทย์รวมถึงพยาบาลในชุมชนจะเห็นได้ว่ารูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังสามารถอธิบายผลลัพธ์ทางสุขภาพและตอบโจทย์การดูแลรักษาโรคไตเรื้อรังในระดับปฐมภูมิได้

### 3.บทวิเคราะห์ / แนวความคิด / ข้อเสนอและข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

การดูแลโรคไตเรื้อรังได้ศึกษารูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) CCM ของกลุ่มนักวิจัยนำโดย Edward H Wagner พัฒนาขึ้นในช่วงปี พ.ศ. 2541-2545 เพื่อสร้างความชัดเจนเกี่ยวกับประเภทมาตรการและสร้างต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรัง ซึ่งมีการจัดการตาม 6 องค์ประกอบหลัก ได้แก่

- 1) ทรัพยากรและนโยบายของชุมชน
- 2) หน่วยงานบริการสุขภาพ
- 3) การสนับสนุนการดูแลตนเอง
- 4) การออกแบบระบบการให้บริการ
- 5) การสนับสนุนการตัดสินใจ
- 6) ระบบข้อมูลทางคลินิก

โดยองค์ประกอบทั้ง 6 ด้านไม่ได้แยกจากกันแต่มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันของชุมชนและระบบบริการสุขภาพนำมาปรับเป็นโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่บูรณาการร่วมกับแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management concepts) ของ Kanfer & Gaelick-Buys คือการสร้างตระหนักและความสามารถในการดูแลรักษาตนเองของผู้ป่วยโดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตั้งเป้าหมายการรักษา, เข้าใจอุปสรรคและข้อจำกัดของตนเองรวมทั้งสามารถประเมินสภาวะสุขภาพของตนเองได้ว่า สามารถจัดการเองได้หรือต้องไปพบแพทย์ การที่ผู้ป่วยจะเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อรักษาสุขภาพตนเองได้นั้น ประกอบด้วยปัจจัยดังต่อไปนี้ คือ 1) ผู้ป่วยมีแรงจูงใจที่จะดูแลตนเอง (Motivation) 2) การมีความรู้ความเข้าใจในโรคของตนเอง 3) มีทักษะในการดำเนินชีวิตอยู่กับโรคไตเรื้อรัง 4) มีความมั่นใจที่จะดูแลตนเอง 5) ส่วนที่เป็นอุปสรรคหรือความขาดแคลนทรัพยากรได้รับการช่วยเหลือสนับสนุน การสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision support) โดยมีแนวทางเวชปฏิบัติที่มีหลักฐานอ้างอิงเป็นเกณฑ์เพื่อจัดการโรคในสถานบริการปฐมภูมิ (Evidence-based guidelines) ผสมผสานอยู่ในระบบการให้บริการประจำวันการออกแบบการให้บริการ (Delivery system design) เป็นการปรับและเชื่อมโยงระบบบริการได้แก่ การคัดกรอง การส่งต่อ ระบบการดูแลแบบสหวิชาชีพ การใช้ระบบข้อมูลทางคลินิกสามารถช่วยเตือนผู้ให้บริการและผู้ป่วยว่าถึงเวลาต้องทำอะไรเพื่อวางแผนการดูแลรักษาที่เหมาะสมกับแต่ละรายบุคคลได้สามารถวัดประเมินประสิทธิภาพการทำงานของทีมและระบบงานได้ในหน่วยบริการขนาดเล็กเช่นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้

### 3.1 วัตถุประสงค์

1. เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองตัดสินใจในการดูแลรักษาโรคไตเรื้อรัง
2. เพื่อลดอัตราการติดเชื้อในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
3. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจและสามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุข
4. เพื่อเพิ่มความรู้และปรับพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม

### 3.2 ขั้นตอนการดำเนินการ

#### 3.2.1. กระบวนการทำงาน (Workflow)

- 1.1 ประชุมหารือถึงปัญหาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เพื่อวิเคราะห์หาสาเหตุ ผลกระทบ และแนวทางแก้ปัญหา
- 1.2 จัดอบรมพยาบาลวิชาชีพ/อสม. เรื่องโปรแกรมการจัดการโรคไตเรื้อรัง เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจในหลักการและวิธีการนำไปใช้
- 1.3 ร่วมกันพัฒนาการบริการโรคไตเรื้อรังในสถานบริการปฐมภูมิ
- 1.4 ประเมินผลการใช้โปรแกรมการจัดการโรคไตเรื้อรัง
- 1.5 สรุปผลการดำเนินการ

#### 3.2.2. กระบวนการใช้โปรแกรมการจัดการโรคไตเรื้อรัง

##### กิจกรรมที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1)

- กิจกรรมกลุ่มชี้แจงวัตถุประสงค์
- ทดสอบความรู้พฤติกรรมในการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม
- อบรมให้ความรู้ 5 ฐาน เช่น อาหาร/การใช้ยา/การลดบุหรี่ยา/การควบคุมความดันโลหิต/น้ำตาล/การออกกำลังกาย/การจัดการความเครียด
- การให้ข้อมูลผลระยะของโรคแก่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยแบ่งเป็น 5 ระยะพร้อมวาดกราฟเปรียบเทียบระดับ eGFR ในรอบ 3 ปีที่ผ่านมาพร้อมให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการดำเนินของโรคและการดูแลตนเองตามระยะของโรคไตเรื้อรัง

##### กิจกรรมที่ 2

- กิจกรรมกลุ่มร่วมกับอาสาสมัครและแกนนำชุมชนในการฝึกการเป็นพี่เลี้ยงผู้ป่วยและการเยี่ยมบ้านร่วมกันและร่วมกันวางแผนการจัดสิ่งแวดล้อมในชุมชน เช่น การสอดส่องร้านค้าของชำไม่ขายยาชุด / การประชาสัมพันธ์การลดลบริโภคเกลือ

##### กิจกรรมที่ 3

- การดูแลสุขภาพที่บ้านในสัปดาห์ที่ 5, 10, 15, 20 (ครั้งละ 1 ชั่วโมง)
- ประเมินภาวะสุขภาพค้นหาปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจากระดับ BP /FBS/การบันทึกการบริโภคน้ำเกลือโซเดียมในแต่ละวัน/การใช้ยาใน 1 เดือน/การสูบบุหรี่/การออกกำลังกาย พร้อมบันทึกในสมุดประจำตัว
- กิจกรรมเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึกเกี่ยวกับการมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองในสัปดาห์ที่ผ่านมาและให้คำปรึกษาเมื่อผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีความยากลำบากหรืออุปสรรคที่ขัดขวางในการมีพฤติกรรมในการดูแลตนเอง

ส่วนในทุก 2 สัปดาห์ให้ใช้โทรศัพท์หรือส่งข้อความผ่านทาง Line เพื่อกระตุ้นเตือนการดูแลตนเอง

#### กิจกรรมที่ 4 (สัปดาห์ที่ 24)

- ประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น ความดันโลหิต /ระดับน้ำตาลในเลือด/ระดับ eGFR
- ประเมินความรู้ด้านการปฏิบัติตัวผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

### **3.3 ระยะเวลาดำเนินการ**

เดือน มกราคม 2566- มิถุนายน 2566

### **4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ**

- 4.1 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่เหมาะสม
- 4.2 ผู้ป่วยได้รับความรู้และมีความสามารถในการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม
- 4.3 ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
- 4.4 ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม

### **5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ**

- 5.1 ผู้ป่วยได้รับความรู้ในการชะลอไตเสื่อม มากกว่าร้อยละ 60
- 5.2 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง CKD stage 3-4 ได้รับการชะลอไตเสื่อม ร้อยละ 70
- 5.3 ลดอัตราการเกิด CKD ทุกระยะรายใหม่ ร้อยละ 10
- 5.4 ร้อยละ 70 ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้รับการคัดกรองโรคไต
- 5.5 ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้รับการเยี่ยมบ้าน

## เอกสารอ้างอิง

- คณะกรรมการพัฒนางานการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน เขตสุขภาพที่ 9.(2559).คู่มือการดูแลต่อเนื่องที่บ้านและการจัดบริการ Home ward เขตสุขภาพที่ 9.กรุงเทพฯ : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- จันทร์เพ็ญ ประโยงค์และคณะ.(2563).การพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไตเรื้อรังในอำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน.วารสารวิชาการสาธารณสุข,29(6),1035-1043.
- ชิตชวรรณ คงเกษม.(2560).โปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวสำหรับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้อง.(วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต,มหาวิทยาลัยมหิดล).
- ดอนคำ แก้วบุญเสริมและเพ็ญศรี อุทธโยธา.(2561).ลักษณะเสียงของการเกิดภาวะน้ำเกิน(Volume Overload)ในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางช่องท้องโรงพยาบาลพะเยา.เชียงใหม่วารสาร,10(1),123-132.
- ทัศน นิลพัฒน์.(2558).ผลลัพธ์ของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความรู้และพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตผ่านทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี.วารสารวิชาการแพทย์เขต 11,29(4),557-569.
- เพชรรุ่ง อธิรัตน์.(2561).การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องที่มีการติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง : กรณีศึกษา 2 ราย.วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม,15(2),95-110.
- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย.(2563).ฐานข้อมูลบำบัดทดแทนไตในประเทศไทย. Annual Report Thailand Renal Replacement Therapy 2020.
- อุไรวรรณ พานทอง.(2561).การจัดการโรคไตเรื้อรังโดยใช้รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังในสถานบริการปฐมภูมิ จังหวัดนครศรีธรรมราช.มหาสารคามวารสาร,1(2),48-58.