



แนวทางและขั้นตอน

การดำเนินงาน

โมเดลป้องกันโรคไตในชุมชน

คณะกรรมการป้องกันโรคไต (๒๕๖๗)

สถาบันโรคไตภูมิราชนครินทร์

คำนำ

ทำไมต้องมี โมเดลป้องกันโรคไตในชุมชน

- ตอบสนองกระบวนการทัศน์การแพทย์ที่เปลี่ยนจากการรักษาโรค เป็น ดูแลสุขภาพโดยสหวิชาชีพและชุมชน
- เพื่อลดอัตราเพิ่มผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย (ESRD) รายใหม่ จากผู้ป่วย CKD ประมาณ 10 ล้านคน จนทำให้ผู้ป่วยล้างไตอัตราคงที่ ซึ่งมีอยู่ประมาณ 170,000 คนในปัจจุบัน
- เพื่อดูแลผู้ป่วย CKD1, 2, และ 3a ที่รพสต.และชุมชนรับผิดชอบ ในขณะที่ CKD 3 และ 4 คลินิกชะลอไตเสื่อมของโรงพยาบาลชุมชนดูแลอยู่
- CKD เป็นยุทธศาสตร์ของจุดนำเข้า (Entry point) สำหรับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ส่งผลกระทบดีต่อการควบคุม NCDs และ ภาวะแทรกซ้อนที่เกิด
- การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เป็น กุญแจความสำเร็จของการควบคุมโรคเบาหวาน(DM) ความดันโลหิตสูง(HT) และ โรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นๆ ซึ่งต้องการความร่วมมือร่วมใจของชุมชนเพื่อดูแลชุมชนด้วยตนเอง

ดังนั้น โมเดลป้องกันโรคไตในชุมชน จึงได้รับการพัฒนาขึ้น ด้วยความร่วมมือ ระหว่าง สถาบันโรคไตภูมิราชนครินทร์ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช.) และ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จนได้รับให้เป็นรูปแบบการดำเนินงานเชิงยุทธศาสตร์ หนึ่งใน “ทศวรรษป้องกันและชะลอไตเสื่อม” ที่ดำเนินการโดยกระทรวงสาธารณสุขและสปสช.

หวังว่า คู่มือนี้จะเป็นประโยชน์แก่ผู้ปฏิบัติงานทุกภาคส่วนในชุมชน ที่มีเป้าหมายร่วมกันในการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะ DM HT และ CKD เพื่อให้บรรลุผลสำเร็จของเป้าหมายสูงสุดในการลดอัตราการเกิดผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย (ESRD) ในที่สุด

สารบัญ	หน้า
คำนำ	
ความหมาย.....	1
โมเดลป้องกันโรคไตในชุมชน.....	2
ระบบข้อมูลสารสนเทศ.....	4
การจัดตั้งคลินิก CKD และ เยี่ยมบ้าน.....	6
กลไกสนับสนุนและการมีส่วนร่วม.....	8
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ.....	10
ขั้นตอนดำเนินงาน.....	12
การคัดกรอง ค้นหา ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง.....	14
การจัดทำแผนบริการสังคมด้านสุขภาพ.....	15
คลินิกป้องกันโรคไต.....	17
การเยี่ยมบ้าน.....	19
การประเมินผลสำเร็จ.....	21
เอกสารอ้างอิง.....	22

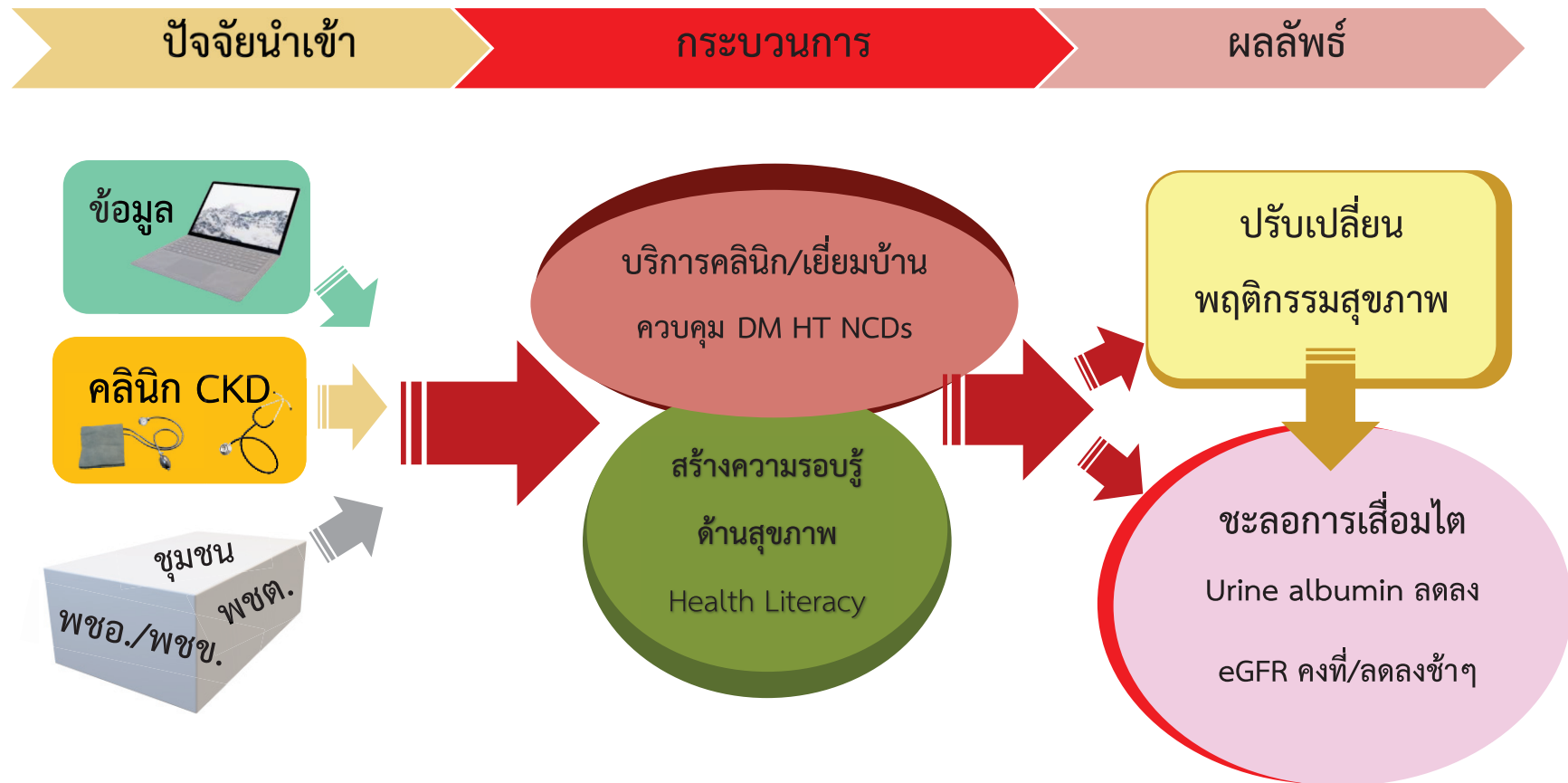
ความหมาย

คือ

โมเดลป้องกันโรคไตในชุมชน

การป้องกันโรคไตเรื้อรังระยะ 1, 2 และ 3a
ด้วยระบบบริการปฐมภูมิ ที่สนับสนุนและมีส่วนร่วมของ
คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอหรือเขต (พชอ./พชข.)
และ ชุมชน ให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
เพื่อสามารถชะลอการเสื่อมไตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

โมเดลป้องกันโรคไตในชุมชน



โมเดลป้องกันโรคไตในชุมชน (Community CKD Prevention Model) แสดง กรอบ แนวทาง และ ขั้นตอนปฏิบัติ เพื่อ ชะลอการเสื่อมไต สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1, 2 และ 3a แสดงให้เห็น การวางแผน ดำเนินงาน และ ประเมิน ผลลัพธ์ ในขั้นตอน ปัจจัยนำเข้า (Inputs) กระบวนการ (Process) และ ผลลัพธ์ (Outputs and Outcomes) มี องค์ประกอบสำคัญ 4 ส่วน คือ

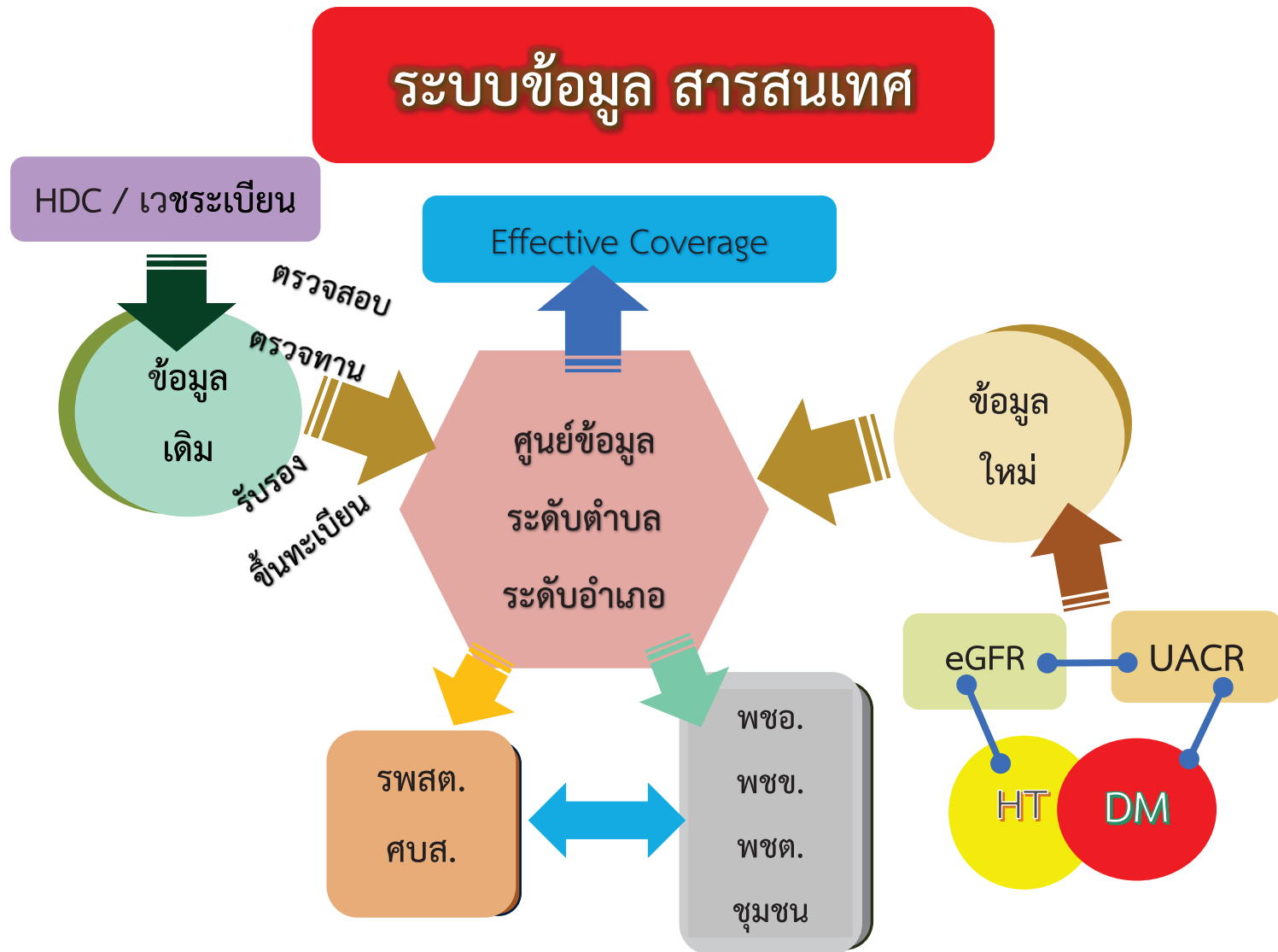
๑.ระบบข้อมูล เกิดความครอบคลุมที่มีประสิทธิผล (Effective Coverage) สามารถคัดกรองผู้ป่วยโรคเบาหวาน (DM) และ โรคความดันโลหิตสูง (HT) ได้ครอบคลุมครบถ้วน

๒.ระบบบริการปฐมภูมิ (Primary Care Service System) เกิดคลินิกชะลอไตเสื่อม (CKD Prevention Clinic) ระดับปฐมภูมิ และ การเยี่ยมบ้าน โดยทีมสหวิชาชีพ ร่วมกับ อสม. และ Care Giver (CG.)

๓.คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) หรือ เขต (พชข.) สร้างบริการสังคมสุขภาพ (Health Related Social Services)

เกิดบริการคลินิกควบคุมโรคเบาหวาน (DM) โรคความดันโลหิตสูง (HT) และ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เกิดการ เยี่ยมบ้านสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ส่งผลต่อองค์ประกอบที่ ๔

๔.ผลลัพธ์ คือ เปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behaviours) เกิด การชะลอการเสื่อมของไต ประเมินจาก พฤติกรรมการกินอาหาร การใช้ยา และ การออกกำลังกาย ปัจจัยเสี่ยง และ สุขภาพจิต ตรวจวัดค่าไข่ขาวรั่วในปัสสาวะ (Urine Albumin) ที่ปริมาณและอัตราส่วน UACR ลดลง และ อัตรากรองไต (eGFR) ที่แสดงการทำงานของไตคงที่หรือ ลดลงอย่างช้าๆ



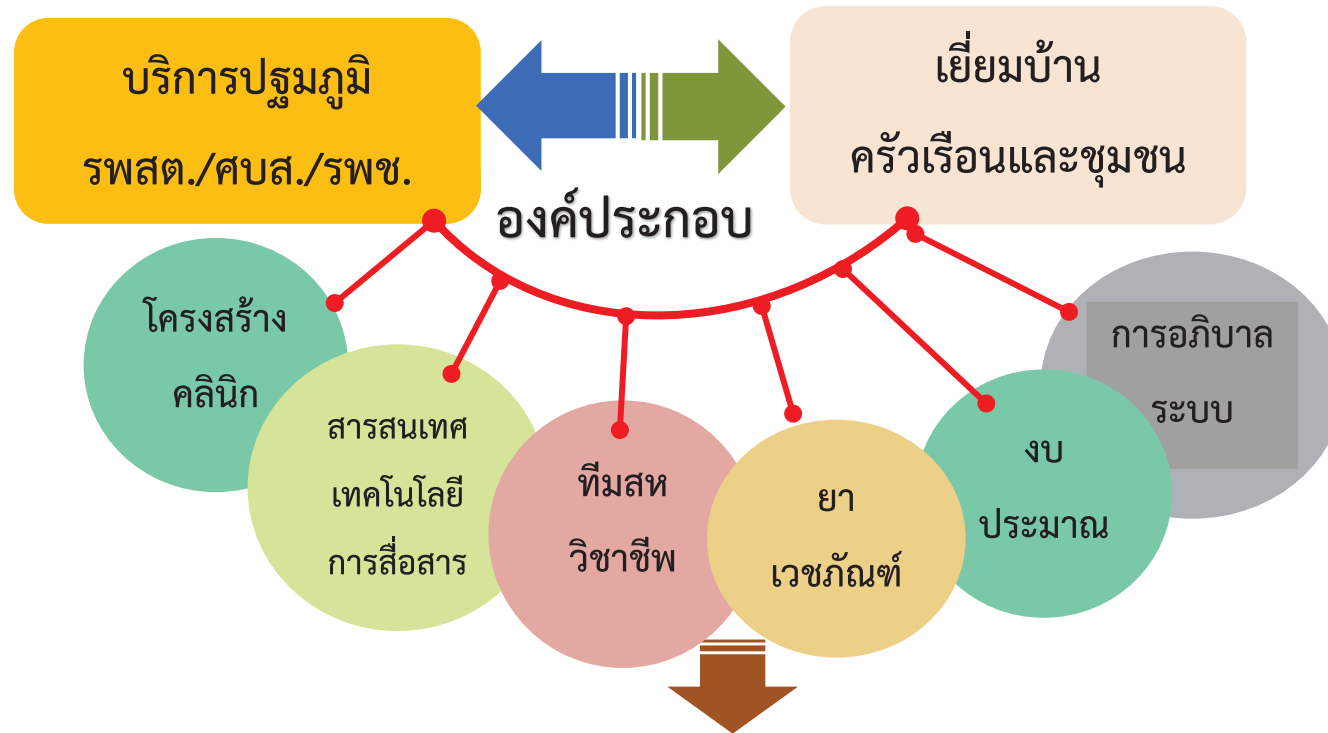
ระบบข้อมูลสารสนเทศ แสดง การจัดการข้อมูลจากฐานข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข (Health Data Center หรือ HDC) และ เวชระเบียน ร่วมกับ ข้อมูลผู้ป่วยรายใหม่

ข้อมูลเดิม จาก HDC และ เวชระเบียน ถูกนำมา ตรวจสอบ ตรวจสอบ รับรอง และ ขึ้นทะเบียน โดยชุมชนมีส่วนร่วม สร้างเป็นศูนย์ข้อมูลระดับตำบล และ อำเภอ

ข้อมูลใหม่ จากการคัดกรองผู้ป่วย DM และ HT หาค่า eGFR และ Urine Albumin Creatinine Ratio (UACR) จำแนกระยะโรค CKD นำเข้าสู่ศูนย์ข้อมูล

ข้อมูลจากศูนย์ข้อมูล รพสต.ใช้นำไปจัดบริการ และ นำเสนอให้พชอ./พชข./ชุมชน รับรู้ เพื่อ กระตุ้นความตระหนักและตระหนัก เกิดกลไกสนับสนุน นำคืนแก่ผู้ป่วยเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Bio-Feedback) เพื่อชะลอการเสื่อมไต

การจัดตั้งคลินิก CKD และ เยี่ยมบ้าน



โภชนาการ การใช้ยาที่ถูกต้อง การออกกำลังกาย ลดปัจจัยเสี่ยง สุขภาพจิต

การจัดตั้งคลินิกและการเยี่ยมบ้าน เป็นบริการระดับปฐมภูมิใน รพสต./ศบส./รพช. เรียกบริการในสถานบริการ (Hospital Service) เยี่ยมบ้าน คือ บริการชุมชน (Community Service) จัดตั้งอาศัย ๖ องค์ประกอบ ได้แก่

โครงสร้าง หมายถึง สถานที่ ระบบบริการ และ แผนการจัดบริการ

สารสนเทศ เทคโนโลยี และการสื่อสาร หมายถึง ระบบข้อมูล เทคโนโลยีบริการ และ ให้คำปรึกษา ส่งต่อ

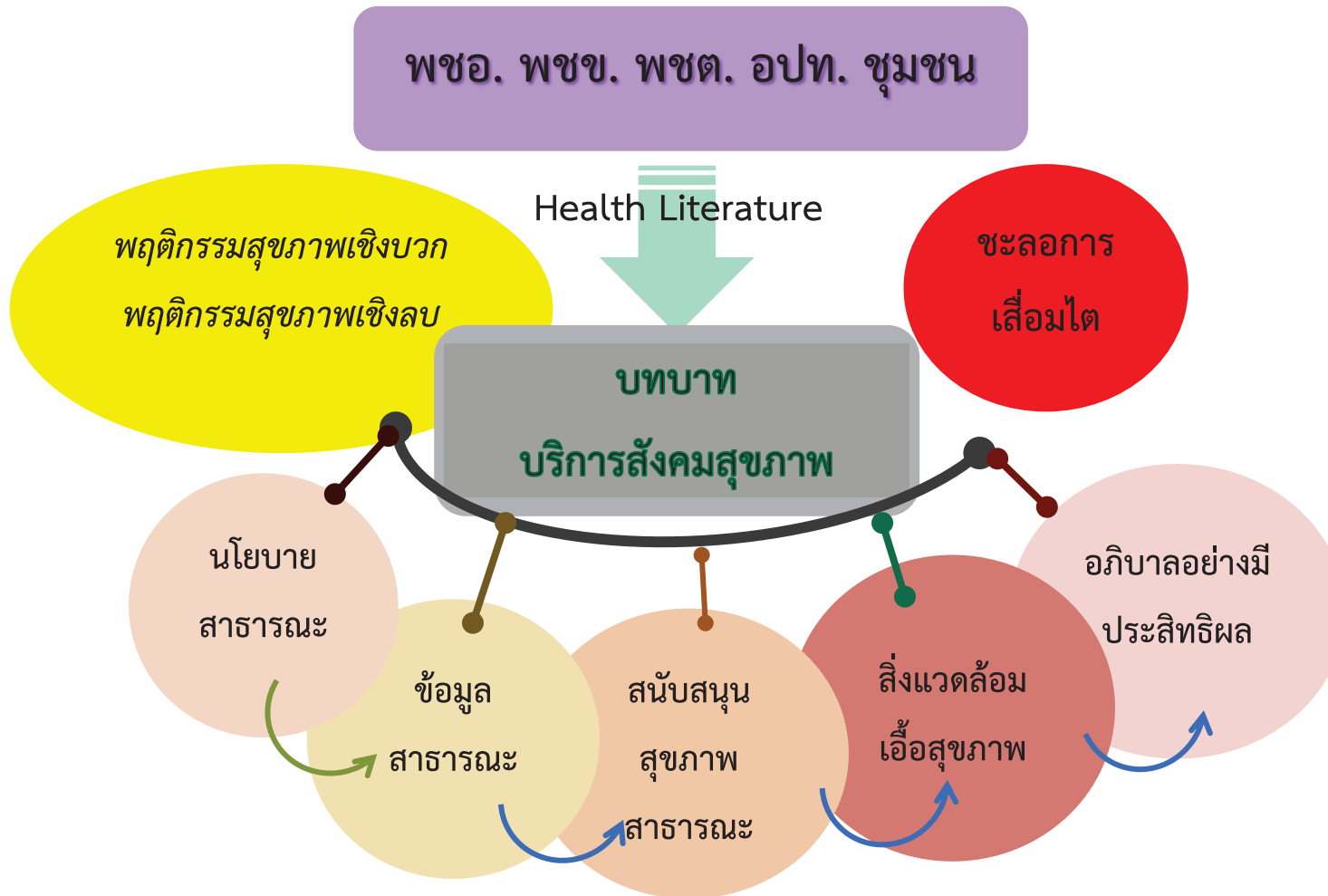
ทีมสหวิชาชีพ หมายถึง ผู้ให้บริการสหสาขา ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด โภชนากร วิชาชีพอื่นๆ เช่น แพทย์แผนไทย อสม. และ ผู้ดูแลผู้ป่วย (Care Giver) หรือญาติผู้ป่วย

ยา เวชภัณฑ์ หมายถึง ยา เวชภัณฑ์ วัสดุ เทคนิค วิธีการ และ แนวทาง การให้บริการ รวมทั้งการรู้จักดูแลตนเองตามแนวทางการรักษาพยาบาล ป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ และ ฟื้นฟูสมรรถภาพ

งบประมาณ หมายถึง งบประมาณจาก สปสช. กระทรวงสาธารณสุข อปท.และเอกชน

การอภิบาลระบบ หมายถึง ภาวะผู้นำกลุ่ม (Collective Leadership) ความร่วมมือ การมีส่วนร่วม การตอบสนองต่อปัญหาที่มีจริง และ ความครอบคลุมที่มีประสิทธิภาพ

กลไกสนับสนุนและการมีส่วนร่วม

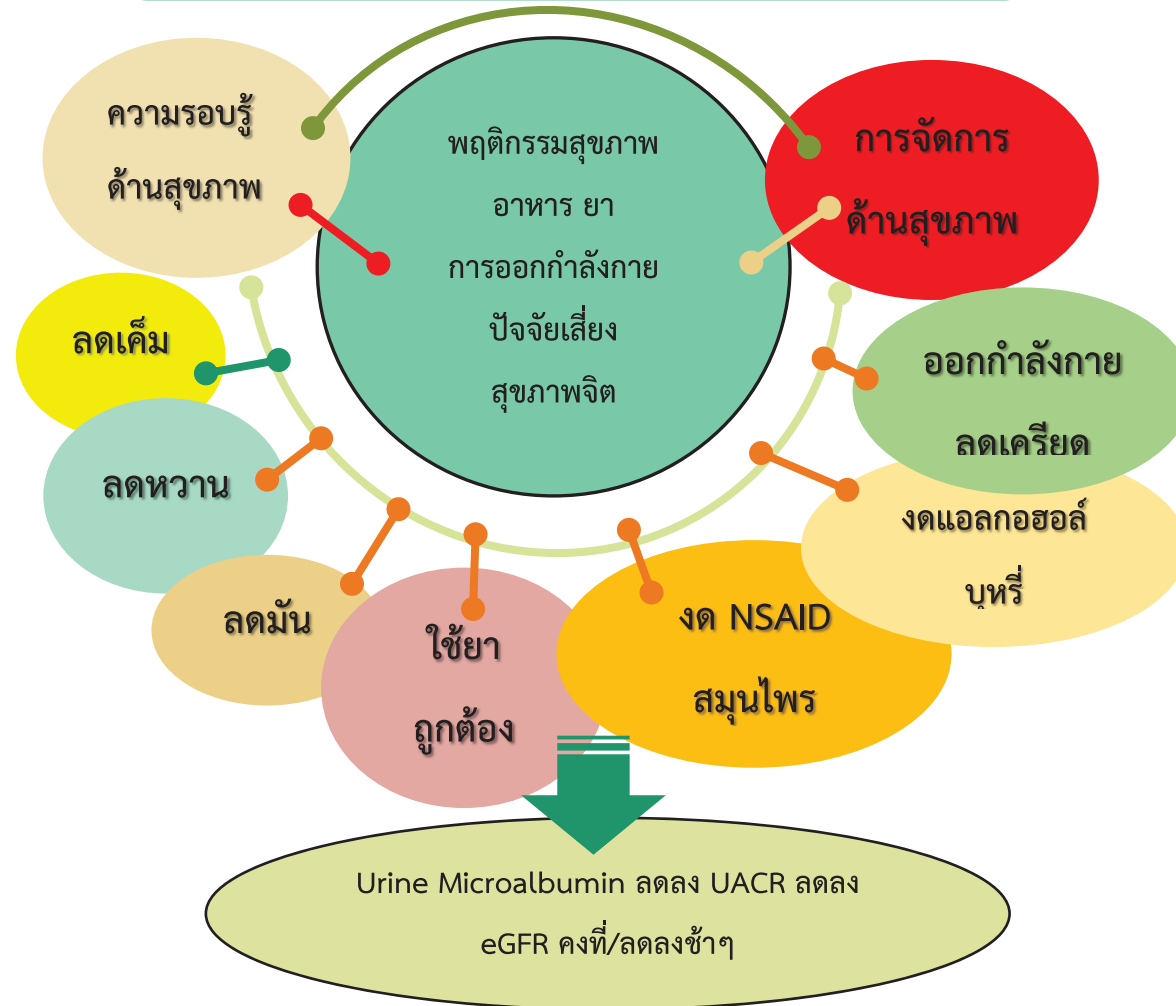


กลไกสนับสนุนและการมีส่วนร่วม เป็น กลไกสำคัญนอกภาคบริการสุขภาพ เป็นบริการสังคมสุขภาพ (Health Related Social Services) โดย พชอ. พชข. พชต. อปท. และ ชุมชน ซึ่ง เน้น การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) แก่ผู้ป่วยและประชาชนทั่วไป ให้เกิด สร้างพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวก และ ลดพฤติกรรมสุขภาพเชิงลบ ได้แก่ การลดอาหารเค็ม หวาน มัน การใช้ยาที่ถูกต้อง การงดใช้ยา NSAID ยาสมุนไพรอันตรายต่อไต การออกกำลังกาย การงดแอลกอฮอล์และบุหรี่ ร่วมกับ การสร้างเสริมสุขภาพจิตที่ดีในชุมชน จนสามารถชะลอการเสื่อมได้ ได้สำเร็จ

กลไกสนับสนุนและการมีส่วนร่วม ประกอบด้วย บทบาทสำคัญ ๕ ประการ ได้แก่

๑. **นโยบายสาธารณะ** หมายถึง การสร้างและกำหนดให้เป็นนโยบายสาธารณะสำคัญ
๒. **ข้อมูลสาธารณะ** หมายถึง การจัดให้มีการเผยแพร่ข้อมูลที่สร้างความตระหนักแก่ประชาชนและผู้ป่วย
๓. **สนับสนุนสุขภาพสาธารณะ** หมายถึง สนับสนุนให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้งเชิงบวกและลบ
๔. **สิ่งแวดล้อมเอื้อสุขภาพ** หมายถึง การสร้าง สนับสนุน และ ส่งเสริมปัจจัยแวดล้อมที่เป็นมิตรต่อสุขภาพ ทั้ง การกินอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา และ ลดปัจจัยเสี่ยง
๕. **อภิบาลอย่างมีประสิทธิภาพ** หมายถึง การมีส่วนร่วม การตอบสนองปัญหา และ การเป็นผู้นำที่สร้างการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ



การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เป็นทั้ง เป้าหมายและผลลัพธ์ (Outputs) เพื่อนำไปสู่การชะลอไตเสื่อมอย่างยั่งยืน ต้องอาศัย **การสร้างความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)** และ **การจัดการตนเองด้านสุขภาพ (Health Self-management)** ประกอบด้วย

- **พฤติกรรมด้านอาหาร** ได้แก่ การลดอาหารเค็ม ลดอาหารหวาน ลดอาหารมัน
- **พฤติกรรมการใช้ยา** ได้แก่ การใช้ยาที่ถูกต้อง เช่น การใช้ยาควบคุมเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ถูกต้องตามแพทย์สั่ง เป็นต้น และ การงดใช้ยา NSAIDs ยาสมุนไพรที่อันตรายต่อไต
- **พฤติกรรมลดปัจจัยเสี่ยง** สำคัญ ได้แก่ แอลกอฮอล์ และ บุหรี่
- **พฤติกรรมออกกำลังกายและลดเครียด** การออกกำลังกายที่ถูกต้อง ลดเครียดโดยกิจกรรมสังคมและศาสนา

ผลลัพธ์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพราะเกิดความตระหนัก และ ตระหนัก จนสามารถชะลอการเสื่อมไต จากการวัดค่า **ไข่ขาวรั่วในปัสสาวะลดลง (Urine Albumin กับ UACR)** และ ค่าการกรองไต (eGFR) เสื่อมลดลง



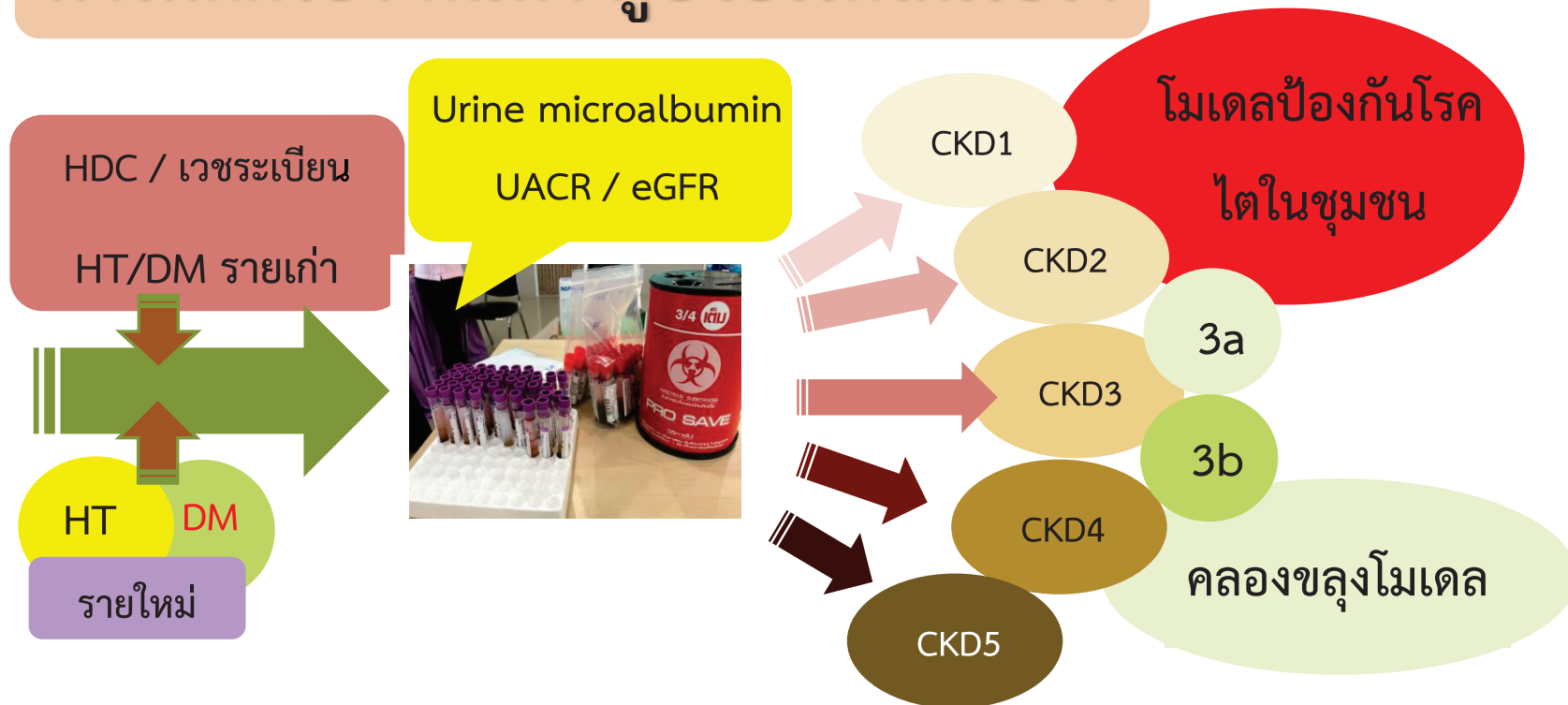
ขั้นตอนดำเนินงาน หมายถึง การดำเนินงานสำหรับโมเดลป้องกันโรคไตในชุมชน มี ๓ ทางเลือก (Options) ได้แก่

ทางเลือกที่๑ (Option 1) เริ่มจากบริการคลินิก (Clinical Oriented) เน้นบริการ ป้องกันโรคไตในคลินิกและเยี่ยมบ้าน เรียกว่า ผู้ป่วยเป็นเป้าหมายหลัก (Patient targeted) เริ่มจากคัดกรองผู้ป่วยและนำเข้าสู่ระบบบริการ ประกอบด้วย ขั้นตอน ๑, ๕ และ ๖

ทางเลือกที่๒ (Option 2) เริ่มจากกระบวนการชุมชน (Community Oriented) เน้น การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน เรียก ชุมชนเป็นเป้าหมาย (Community targeted) เริ่ม จากการค้นหาปัญหาและนำเข้าสู่ปัญหาการป้องกันโรคไตในชุมชน ๒, ๓, ๔ และ ๖

ทางเลือกที่๓ Option 3) เป็นทางเลือกทำคู่ขนานของทางเลือก ๑ และ ๒ ทุกขั้นตอน ทุกทางเลือก จะถูกประเมินผล นำไประดมความคิดเห็นต่อเนื่อง

การคัดกรอง ค้นหา ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง



คัดกรองผู้ป่วย CKD จากผู้ป่วย DM/HT ทั้งรายเก่าและใหม่

โดยการตรวจปัสสาวะและการเจาะเลือด ตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด เพื่อ จำแนกระยะ CKD 1-5
ผู้ป่วย CKD 1, 2 และ 3a จัดกลุ่มเข้ารับบริการในคลินิกชะลอไตเสื่อมและเยี่ยมบ้าน ในระบบบริการปฐมภูมิ

การจัดทำแผนบริการสังคมด้านสุขภาพ

นำเสนอข้อมูล/ระดมความคิด

สร้าง

นโยบายสาธารณะ



การจัดทำแผนบริการสังคมด้านสุขภาพ มีวัตถุประสงค์หลัก คือ **การให้ข้อมูลแก่ชุมชนเพื่อรับรู้ ตระหนัก ถึงปัญหาโรคไตเรื้อรัง** และ เป็นการสร้างการมีส่วนร่วม

ขั้นตอนเริ่มจากการประชุมชี้แจง **เสนอข้อมูล** ให้เห็นความสำคัญของปัญหาโรคไตเรื้อรัง จนชุมชนตระหนัก มีฉันทามติร่วมกันในการแก้ปัญหา ขั้นตอนต่อไปจึงเป็นการ **ระดมความคิดเกี่ยวกับปัญหาโรคไตเรื้อรังและแนวทางการแก้ไข** จากนั้นนำเสนอปัญหาและการแก้ไขโดยเรียงลำดับความสำคัญ เพื่อ **จัดทำโครงการแผนงาน** การดำเนินงาน ข้อเสนอ **นำเสนอแก่ พชอ./พชช.** เพื่อ รับทราบข้อมูล ปัญหา ความคิดที่จะแก้ไขปัญหา และ ประกาศเป็นนโยบายสาธารณะให้ทราบทั่วกัน เมื่อได้ข้อยุติและการยอมรับของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง จึงร่วมกัน **จัดทำข้อตกลง (MOU)** และ แนวทางการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรม

คลินิกป้องกันโรคไต



คลินิกป้องกันโรคไต คือ **คลินิกชะลอไตเสื่อมจัดตั้งในรพสต./ศบส./รพช.** อาจแยกหรือรวมกับคลินิก DM/HT แต่ มีเงื่อนไข ๒ ประการ **ข้อแรก** จัดบริการโดยทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ และ นักกายภาพบำบัด ร่วมกับ อสม. และ Care Givers **ข้อสอง** ให้มีบริการสอนความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ด้าน อาหาร ยา ออกกำลังกาย ลดปัจจัยเสี่ยง และ สุขภาพจิต โดยกำหนดเวลา ๖๐-๙๐ นาที ทุกครั้งที่มารับบริการ รวม ๖ ครั้ง/ปี เรียงหัวข้อตามปัญหา บริบทที่เหมาะสม และ นำเครื่องมือเทคโนโลยีมาใช้สร้างแรงจูงใจ

- **พยาบาล** จัดทำทะเบียน เจาะเลือด/เก็บปัสสาวะ คัดกรองเบื้องต้น จัดระบบรับบริการตามบริบท
- **เภสัชกร** สอนการใช้ยาที่ถูกต้อง ความรู้ของอันตรายจากยา NSAIDs และ สมุนไพรอันตรายต่อไต
- **โภชนาการ** ให้ความรู้เรื่องอาหาร สาธิตการปรุงอาหารโดยไม่ใช้สารปรุงรส ตรวจความเค็มและหวาน
- **นักกายภาพบำบัด** แสดงสอนเทคนิคการออกกำลังกาย การตรวจวัดมวลกล้ามเนื้อด้วยเครื่องมือ
- **แพทย์** รักษาพยาบาล สร้างความตระหนัก กำลังใจ และ ความตระหนัก ให้ผู้ป่วยจัดการตนเองได้ดี

การให้ความรู้ ทั่วไป เป็นกลุ่ม กรณีปัญหาเฉพาะ ใช้กลุ่มย่อยหรือรายบุคคล ผู้ป่วยที่ต้องการดูแลจากญาติ ต้องสอนญาติเช่นเดียวกัน

การเยี่ยมบ้าน



การเยี่ยมบ้าน โดย ทีมสหวิชาชีพผ่านฟอร์มกระดาษหรือ Mobile app. ผู้ป่วย DM, HT และ CKD ที่ FBS, HbA1c, BP, eGFR คุมไม่ได้ ไม่ดี หรือ เลวลง เป็น เป้าหมายเยี่ยมบ้านอันดับแรก

กิจกรรมสำคัญ: ชักถามปัญหา ตรวจร่างกาย ตรวจอาหารด้วยเครื่องวัดความเค็ม และหวาน ตรวจทานการใช้ยาที่ถูกต้อง ตรวจหาอันตราย (NSAIDs, สมุนไพร) ทดสอบการออกกำลังกาย และ ทดสอบสุขภาพจิต ชักถามให้คำปรึกษาแก้ไขปัญหานี้ นัดหมายการเยี่ยมบ้าน

ปัจจัยความสำเร็จ: การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ญาติ และ ชุมชน

การประเมินผลสำเร็จ



เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือปฏิบัติการเพื่อดำเนินงานลดโรคไตเรื้อรัง (CKD) ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง. กรุงเทพมหานคร:โรงพิมพ์กองการสงเคราะห์ทหารผ่านศึก
2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการสำรวจปริมาณโซเดียมในอาหารด้วยเครื่องวัดความเค็ม (Salt Meter). นนทบุรี:กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.
3. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. ข้อเสนอแนะเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2565 (ฉบับปรับปรุงเพิ่มเติม). กรุงเทพมหานคร:ศรีเมืองการพิมพ์.
4. Jannati A, Sadeghi V, Imani A, Saadati M. Effective coverage as a new approach to health system performance assessment: a scoping review. BMC Health Services Research 2018;18:886. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3692-7>
5. Ng M, Fullman N, Dieleman JL, Flaxman AD, Murray CJ, Lim SS. Effective coverage: a metric for monitoring Universal Health Coverage. PLoS Med. 2014;11(9):e1001730. [https://doi: 10.1371/journal.pmed.1001730](https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001730)
6. WHO. Monitoring the building blocks of health system: a handbook of indicators and their measurement strategies. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/258734/9789241564052-eng.pdf?sequence=1>



สถาบันโรคไต ภูมิราชนครินทร์
วิจัย · วิชาการ · ป้องกันโรคไต