

บทความวิชาการ

บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เพื่อชะลอความเสื่อมของไตในหน่วยบริการปฐมภูมิ The Roles of Nurses in Promoting Self-Management in Patients with Chronic Kidney Disease to Slowing Kidney Deterioration in Primary Care Units

กมลวรรณ สุวรรณ*

Kamonwan Suwan

*วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ยะลา 95000

*Boromarajonani College of Nursing Yala, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Yala, 95000 Thailand

Corresponding author: Kamonwan Suwan; E-mail: kamonwan@bcnyala.ac.th

Received: September 30, 2025; Revised: December 7, 2025; Accepted: December 7, 2025

บทคัดย่อ

โรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease: CKD) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ซึ่งเป็นระยะที่สำคัญที่สุดที่ต้องได้รับการจัดการอย่างเข้มข้นเพื่อชะลอความเสื่อมของไต อย่างไรก็ตาม ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยกลุ่มนี้ในหน่วยบริการปฐมภูมิยังพบว่ามีน้อย ดังนั้น บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง (self-management) ในการคงการทำงานของไต และวิเคราะห์บทบาทสำคัญของพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิในการส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อชะลอความก้าวหน้าของโรค

พยาบาลมีบทบาทหลักในการเป็นโค้ชสุขภาพ (health coach) ที่ขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างยั่งยืน โดยครอบคลุม 3 ด้านหลัก ได้แก่ 1) การประเมิน และการวางแผนรายบุคคล (assessment and individualized planning) โดยการประเมินองค์รวม (ความรู้ ความมั่นใจ บริบททางสังคม และวัฒนธรรม) และการตั้งเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วยโดยใช้กรอบเป้าหมาย Specific, Measurable, Achievable, Relevant, Time-bound (SMART) 2) การถ่ายทอดความรู้ และทักษะอย่างมีประสิทธิภาพ (effective education and skills transfer) โดยเน้นการสอนทักษะที่นำไปสู่การปฏิบัติจริง และการใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing) และ 3) การติดตาม และสนับสนุนต่อเนื่อง (continuous monitoring and support) สำหรับทั้งผลลัพธ์ทางคลินิก และสภาพจิตใจของผู้ป่วย

ดังนั้น การพัฒนาศักยภาพพยาบาลในบทบาทโค้ชสุขภาพ จึงเป็นกลยุทธ์สำคัญในการสร้างระบบดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: โรคไตเรื้อรัง การจัดการตนเอง พยาบาล หน่วยบริการปฐมภูมิ การชะลอการเสื่อมของไต

Abstract

Chronic kidney disease (CKD) is a major public health problem, especially for patients with chronic kidney disease in stage 3, which is the most crucial period requiring intensive management to slow the progression of kidney disease. However, knowledge about the promotion of self-management among patients with CKD in primary care settings is still little. Thus, this article aims to present the knowledge of self-management in maintaining the kidney function, and to analyze the essential role of nurses in primary care units (PCU) in promoting self-management to slow disease progression.

Nurses serve as pivotal health coaches driving sustainable behavioral change, encompassing three main areas including 1) assessment and individualized planning by conducting holistic assessments (knowledge, self-efficacy, social, and cultural context) and setting collaborative as Specific, Measurable, Achievable, Relevant, Time-bound (SMART) goals with patients, 2) effective education and skills transfer focusing on practical skill instruction and utilizing motivational interviewing techniques, and 3) continuous monitoring and support for both clinical outcomes and the psychosocial well-being of patients. Therefore, developing the capacity of nurses to play the role of health coaches is an important strategy for creating a sustainable care system for patients with chronic kidney disease.

Keywords: Chronic kidney disease, Self-management, Nurses, Primary care, Slowing kidney deterioration

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease: CKD) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่ทวีความรุนแรงขึ้นทั่วโลก โดยมีปัจจัยเสี่ยงหลัก คือ โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ปัจจุบันการดำเนินของโรคแบ่งออกเป็น 5 ระยะตามอัตราการกรองของไต (estimated glomerular filtration rate: eGFR)¹⁻² และมักจะไม่มีแสดงอาการจนกระทั่งไตสูญเสียการทำงานอย่างรุนแรง ซึ่งเป็นความท้าทายสำคัญในการตรวจคัดกรอง และการจัดการโรค ในสถานการณ์ระดับโลกโรคไตเรื้อรัง

เป็นภาระโรคที่สำคัญ โดยเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 9 ในปี ค.ศ. 2023 และคาดว่าจะขึ้นเป็นอันดับที่ 5 ภายในปี ค.ศ. 2030³ โรคนี้มักไม่แสดงอาการจนกระทั่งไตวายรุนแรง สำหรับประเทศไทย สถานการณ์ของโรคไตเรื้อรังถูกจัดเป็นวิกฤตสุขภาพระดับชาติเนื่องจากผู้ป่วยที่ลงทะเบียนมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจาก 1,044,113 ราย ในปี พ.ศ. 2563 เป็น 1,493,931 ราย ในปี พ.ศ. 2567⁴⁻⁵ อีกทั้งโรคไตเรื้อรังเป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพกาย และจิตใจของผู้ป่วย รวมถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่สูงมาก

เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะไตวายระยะสุดท้าย (end-stage renal disease: ESRD) ซึ่งต้องเข้ารับการบำบัดทดแทนไต (renal replacement therapy: RRT) ความชุกของโรคไตเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง สร้างภาระค่าใช้จ่ายมหาศาลในด้านสุขภาพของประเทศ ซึ่งต้องใช้ในการบำบัดทดแทนไตที่มีค่าใช้จ่ายสูง การจัดการในระยะเริ่มต้น และมีประสิทธิภาพจึงเป็นเรื่องเร่งด่วน โดยข้อมูลระบาดวิทยาของประเทศไทยชี้ให้เห็นว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังส่วนใหญ่อยู่ในระยะที่ 3 ซึ่งเป็นระยะที่สำคัญอย่างยิ่งในการชะลอความก้าวหน้าของโรค โดยระยะที่ 3 จะมีอัตราการกรองของไตอยู่ในช่วง 30 - 59 มิลลิลิตร/นาที่/1.73 ตารางเมตร ซึ่งเป็นช่วงที่สำคัญที่สุด (critical window) ที่ต้องได้รับการจัดการอย่างเข้มข้น (intensive intervention) เพื่อชะลอความก้าวหน้าของโรค การเข้าสู่ระยะที่ 4 และ 5 ของโรค อันจะนำไปสู่ความจำเป็นในการบำบัดทดแทนไตในที่สุด^{2,4} การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะเริ่มแรก และระยะกลาง มีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในหน่วยบริการปฐมภูมิ (primary care unit: PCU) ซึ่งเป็นด่านแรก และใกล้ชิดกับชุมชนมากที่สุด การจัดการโรคในระยะนี้ จึงมุ่งเน้นที่การควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ได้แก่ การควบคุมระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด การปรับพฤติกรรมมารับประทานอาหาร การหยุดสูบบุหรี่ และการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม^{1,6-7}

จากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะที่ 1 และ 2 มีความตระหนักถึงภาวะโรคไตของตนเองเพียง ร้อยละ 4.80 เท่านั้น⁸ เนื่องจากผู้ป่วยที่มีความเสื่อมของไตในระยะแรกจะรู้สึกถึงความผิดปกติ ทำให้มักตรวจพบเมื่อไตเสื่อมลงมากแล้ว ดังนั้น การมีโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในระยะแรกจึงเป็นสิ่งจำเป็น เนื่องจากได้รับการยืนยันว่า สามารถส่งผลดีต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยระยะที่ 1 และ 2 ได้⁹ โรคไตเรื้อรังในระยะที่ 3 ถือเป็นจุดเปลี่ยนสำคัญที่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการควบคุมความเสี่ยงอย่างเข้มข้น จะสามารถเปลี่ยนแปลงเส้นทางการดำเนินของโรคได้อย่างมีนัยสำคัญ ในระยะนี้

การจัดการปัจจัยเสี่ยง เช่น การควบคุมความดันโลหิต และน้ำตาลในเลือดอย่างเคร่งครัด จะสามารถช่วยคงอัตราการกรองของไต (eGFR) ที่เหลืออยู่ รวมถึงชะลอความเร็วของการลดลงของ eGFR ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อป้องกันหรือชะลอการเข้าสู่ภาวะที่ต้องฟอกไตให้ได้มากที่สุด หากไม่ได้รับการจัดการที่เหมาะสม ผู้ป่วยเหล่านี้จะดำเนินไปสู่ภาวะไตวายระยะสุดท้าย (ESRD) ทำให้ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต (RRT) ซึ่งต้องรับภาระค่าใช้จ่ายที่สูงของระบบสุขภาพ และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย หน่วยบริการปฐมภูมิ (primary care units) จึงมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะ 1 - 3 เนื่องจากเป็นจุดแรกในการคัดกรอง วินิจฉัย และให้การดูแลต่อเนื่องก่อนที่โรคจะก้าวหน้า ประสิทธิภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิอยู่ที่ความใกล้ชิดกับชุมชน ซึ่งช่วยให้สามารถให้การดูแลที่ต่อเนื่อง และเป็นองค์รวม โดยมีเป้าหมายของการดูแลในระยะนี้ คือ การควบคุมปัจจัยเสี่ยง และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเอง (self-management) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อคงการทำงานของไตให้ยาวนานที่สุด แนวคิดการจัดการตนเองได้รับการสนับสนุนจากแนวทางเวชปฏิบัติระดับสากล¹⁰⁻¹¹ พยาบาลเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยในชุมชนมากที่สุด จึงสามารถเข้าถึงข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับบริบทชีวิต และอุปสรรครายบุคคลในการดูแลตนเองได้ ซึ่งเป็นพื้นฐานของการให้การสนับสนุนที่ปรับตามบุคคลอย่างแท้จริง ดังนั้น บทบาทนี้จึงมุ่งเน้นนำเสนอบทบาทของพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิในการเป็นแกนหลักของการส่งเสริม และสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอความเสื่อมของไต

หลักการจำแนก และประเมินความรุนแรงของโรคไตเรื้อรัง

แนวทางการปฏิบัติทางคลินิกของ Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) เป็นมาตรฐานสากลในการจำแนก และประเมินความรุนแรงของโรคไตเรื้อรัง (CKD) โดยอาศัยหลักการประเมินจาก 2 องค์ประกอบหลัก คือ อัตราการกรองของไต

โดยประมาณ (estimated glomerular filtration rate: eGFR) และระดับอัลบูมินในปัสสาวะ (albuminuria) ตามสัดส่วนของอัลบูมินต่อครีเอตินินในปัสสาวะ (albumin-to-creatinine ratio: ACR)¹⁰

KDIGO กำหนดให้โรคไตเรื้อรัง (CKD) คือ ภาวะที่ไตมีความผิดปกติทางโครงสร้างหรือการทำงาน เป็นระยะเวลา ≥ 3 เดือน ซึ่งพิจารณาจาก 1) eGFR น้อยกว่า 60 มิลลิลิตร/นาที/1.73 ตารางเมตร หรือ

2) มีหลักฐานความเสียหายของไต เช่น อัลบูมินในปัสสาวะผิดปกติ ความผิดปกติของตะกอนปัสสาวะ ความผิดปกติทางพยาธิวิทยา หรือความผิดปกติทางโครงสร้างจากการถ่ายภาพ การแบ่งระยะ CKD จะใช้การแบ่งย่อยตามระดับของ eGFR (ระยะที่ 1 - 5) และปริมาณของอัลบูมินในปัสสาวะ (albuminuria) (A1 - A3) รายละเอียดดังตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 การแบ่งระยะของโรคไตเรื้อรังตามอัตราการกรองของไต (GFR categories)

ระยะ	eGFR (mL/min/1.73 m ²)	คำอธิบาย
ระยะที่ 1	≥ 90	ปกติหรือสูง
ระยะที่ 2	60 - 89	ลดลงเล็กน้อย
ระยะที่ 3a	45 - 59	ลดลงเล็กน้อยถึงปานกลาง
ระยะที่ 3b	30 - 44	ลดลงปานกลางถึงรุนแรง
ระยะที่ 4	15 - 29	ลดลงรุนแรง
ระยะที่ 5	< 15	ไตวาย (kidney failure)

ตารางที่ 2 การแบ่งระยะของโรคไตเรื้อรังตามเกณฑ์ระดับอัลบูมินในปัสสาวะ (albuminuria categories)

ระยะ	ACR (mg/g หรือ mg/mmol)	คำอธิบาย
A1	$< 30 (< 3)$	ปกติถึงเพิ่มขึ้นเล็กน้อย
A2	30 - 300 (3 - 30)	เพิ่มขึ้นปานกลาง (microalbuminuria)
A3	$> 300 (> 30)$	เพิ่มขึ้นมาก (macroalbuminuria)

การจำแนกประเภทนี้ช่วยให้แพทย์สามารถประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ เช่น ภาวะไตวายระยะสุดท้าย และการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดได้อย่างแม่นยำ โดยผู้ป่วยที่อยู่ในประเภทที่ eGFR ลดลง และมี albuminuria ที่สูงขึ้น เช่น ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD) ระยะที่ 3b อยู่ในระยะ A3 จะมีความเสี่ยงสูงกว่ากลุ่มอื่น ๆ การแบ่งระยะด้วยค่า eGFR และค่า albuminuria มีความสำคัญอย่างมากในหน่วยบริการปฐมภูมิ เนื่องจากช่วยให้พยาบาลสามารถจัดกลุ่มผู้ป่วยเพื่อการดูแลที่แตกต่างกันได้ เช่น ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD) ระยะที่ 3 ที่มีอัลบูมินเพิ่มขึ้นมาก (A3) จะต้องได้รับ

การดูแล และติดตามอย่างใกล้ชิดมากกว่าผู้ป่วยที่มีอัลบูมิน (albuminuria) ปกติ (A1) แม้ว่าจะมี eGFR ในระดับเดียวกันก็ตาม การระบุความเสี่ยงตามแนวทาง KDIGO จึงเป็นพื้นฐานในการวางแผนการให้ความรู้ และการปรับพฤติกรรมที่เหมาะสม

ความสำคัญ และบทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมการจัดการตนเอง

การชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD) ระยะที่ 3 ซึ่งเป็นช่วงสำคัญที่สุดในการคงการทำงานของไต เป็นความท้าทายหลักของระบบบริการปฐมภูมิ การจัดการระยะนี้ ถือเป็นการแข่งขันกับเวลา

เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงที่เป็นตัวเร่งให้เกิดภาวะไตวายระยะสุดท้าย (ESRD) ความท้าทายนี้ทวีความรุนแรงขึ้นเนื่องจากผู้ป่วยระยะที่ 3 มักไม่แสดงอาการ ทำให้ขาดความตระหนัก และความร่วมมือในการจัดการตนเอง แม้ว่าการรักษาด้วยยาจะช่วยควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสรีรวิทยาได้ แต่กลไกสำคัญที่สุดในการชะลอความเสื่อมของไต คือ การจัดการตนเอง (self-management) ซึ่งผู้ป่วยเป็นผู้ปฏิบัติโดยตรง ดังนั้นบทบาทของพยาบาลจึงปรับจากการให้ความรู้แบบเดิมไปสู่การสร้างระบบนิเวศของการสนับสนุน (ecosystem of support) ที่ครอบคลุมการให้คำปรึกษา การเสริมสร้างความสามารถ ความมั่นใจ และการจัดการความรู้ที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้อย่างยั่งยืน และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

แนวทางการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอความเสื่อมของไต

แนวทางการสนับสนุนการจัดการตนเอง (self-management support) เพื่อชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD) ควรเน้นการเสริมสร้างความสามารถของผู้ป่วยใน 3 ด้านหลัก โดยมีพยาบาลเป็นแกนหลักในการให้การสนับสนุนอย่างเป็นระบบ และปรับให้เข้ากับบริบทชีวิตของผู้ป่วย¹⁰⁻¹⁴ ดังนี้

1. การจัดการทางการแพทย์ (medical management) เป็นภาระงานที่ซับซ้อนที่สุด โดยพยาบาลมีหน้าที่สำคัญในการถ่ายทอดความรู้ และทักษะเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาได้อย่างเคร่งครัด ซึ่งประกอบด้วย 1) การควบคุมอาหารและน้ำ โดยพยาบาลต้องเน้นย้ำการควบคุมโซเดียม (sodium) ฟอสฟอรัส (phosphorus) โพแทสเซียม (potassium) และปริมาณน้ำอย่างเคร่งครัด เพื่อป้องกันภาวะหัวใจล้มเหลว พร้อมทั้งสอนทักษะการอ่านฉลากอาหาร และเทคนิคการปรุงอาหารที่ปลอดภัยต่อไต 2) การใช้ยาอย่างถูกต้อง เน้นย้ำการรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ให้ความรู้เกี่ยวกับยาแต่ละชนิด และติดตามอาการผิดปกติหรือผลข้างเคียงจากการใช้ยาอย่างใกล้ชิด และ 3) การควบคุมปัจจัยเสี่ยงสนับสนุนให้ผู้ป่วยควบคุมความดันโลหิต และน้ำตาล

ในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายอย่างเคร่งครัด รวมถึงเน้นย้ำการตรวจสุขภาพประจำปีตามนัด เพื่อเฝ้าระวังและปรับแผนการรักษา

2. การจัดการบทบาททางสังคม (role management) โรคไตเรื้อรังมักนำมาซึ่งการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของผู้ป่วย พยาบาลจึงควรมีบทบาทในการสนับสนุนที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวเข้ากับข้อจำกัดของโรคโดยไม่สูญเสียบทบาททางสังคม ประกอบด้วย 1) สนับสนุนให้ผู้ป่วยเรียนรู้ในการจัดสรรเวลาพักผ่อน พร้อมทั้งจัดการกับตารางงาน และกิจกรรมประจำวันให้สอดคล้องกับข้อจำกัดของโรค และ 2) ผู้ป่วยควรได้รับการฝึกฝนทักษะการแก้ปัญหาในสถานการณ์จริง เพื่อให้สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้อย่างมั่นใจ โดยยังคงสามารถควบคุมอาหารและปริมาณน้ำได้อย่างเคร่งครัด

3. การจัดการอารมณ์ (emotional management) เมื่อผู้ป่วยต้องเผชิญกับความเครียด ความวิตกกังวล และความท้อแท้ในการรักษา ซึ่งส่งผลต่อความสามารถในการตัดสินใจ และความตั้งใจในการดูแลตนเองได้ พยาบาลควรมีบทบาทในการสนับสนุน ดังนี้ 1) ให้การสนับสนุนทางอารมณ์อย่างต่อเนื่อง และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความรู้สึกด้านลบที่เกิดขึ้นได้ และ 2) การเน้นย้ำว่า การปฏิบัติตนอย่างสม่ำเสมอสามารถชะลออัตราการลดลงของ eGFR ได้อย่างมีนัยสำคัญ¹⁴ และช่วยให้คุณภาพชีวิตในมิติของสุขภาพทางกาย และจิตใจดีขึ้น¹³ ซึ่งจะส่งเสริมความตั้งใจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ความสำคัญของการจัดการตนเองปรากฏให้เห็นชัดเจนผ่านผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น โดยการปฏิบัติตนอย่างสม่ำเสมอสามารถชะลออัตราการลดลงของ eGFR (kidney function decline) ได้อย่างมีนัยสำคัญ และลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรง เช่น การควบคุมปริมาณน้ำ และเกลือที่เหมาะสม ช่วยป้องกันภาวะน้ำเกิน ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่นำไปสู่ภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้ป่วย¹¹ หลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิเคราะห์ห่อหุ้มได้ตอกย้ำถึงประสิทธิผลของการดูแล

ที่นำโดยพยาบาล (nurse-led care) ในการสนับสนุนการจัดการตนเอง จากการทบทวนวรรณกรรม^{9,12,14} พบว่า โปรแกรมการจัดการตนเองที่นำโดยพยาบาลช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิต ทั้งมิติสุขภาพทางกาย และจิตใจของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญ รวมถึงช่วยชะลอความเสื่อมของไต ตลอดจนลดภาระทางอารมณ์ พยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิจึงจำเป็นต้องสนับสนุนอย่างเป็นระบบ เพื่อปรับแผนการดูแลให้สอดคล้องกับบริบทชีวิตจริงของผู้ป่วยแต่ละราย

อุปสรรค และความท้าทายของพยาบาลในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

อุปสรรค และความท้าทายที่พยาบาลต้องจัดการในการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD) เป็นภารกิจเชิงรุกที่สำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยมักเผชิญกับช่องว่าง (gaps) และอุปสรรค (barriers) ในการปฏิบัติจริง ถึงแม้จะตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลตนเองก็ตาม การจัดการอุปสรรคเหล่านี้ถือเป็นจุดเริ่มต้นที่พยาบาลต้องประเมิน และออกแบบการดูแลรักษาแบบเฉพาะบุคคล โดยพิจารณาจากระยะของโรค สภาพร่างกาย และความต้องการของผู้ป่วย ดังนี้

1. ช่องว่างด้านความรู้ และทักษะที่ซับซ้อน (knowledge and complex skill gaps) ผู้ป่วยจำนวนมากยังขาดความเข้าใจที่ลึกซึ้งเกี่ยวกับการแปลผลเลือด และการปรับอาหารตามผลลัพธ์ เช่น การจัดการภาวะโพแทสเซียมหรือน้ำเกิน การไม่สามารถนำความรู้ไปสู่การปฏิบัติได้จริง (knowledge-to-action gap) นำไปสู่ความเสี่ยงของภาวะฉุกเฉิน การให้ความรู้จึงต้องเปลี่ยนเป็นการเสริมสร้างความสามารถในการตัดสินใจ โดยสอนให้ผู้ผู้ป่วยสามารถเชื่อมโยงผลเลือดกับพฤติกรรมตนเองได้

2. ความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ และแรงจูงใจ (psychological distress/fatigue) โรคไตเรื้อรังเป็นโรคที่ต้องเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตอย่างมาก เนื่องจากไม่มีวิธีการรักษาให้หายขาด ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้ หมดแรงจูงใจ และอาจมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย¹⁵ การปรับพฤติกรรมหลายอย่างพร้อมกัน เช่น การปรับ

พฤติกรรม การใช้ยา และการไปพบแพทย์ มักนำไปสู่ความเหนื่อยล้าทางจิตใจที่ส่งผลกระทบต่อความสม่ำเสมอในการจัดการตนเอง การที่พยาบาลละเลยมิติด้านจิตสังคม จะส่งผลให้การรักษาไม่ได้ผล การประเมินและใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing) จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง

3. อุปสรรคทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม (socioeconomic and cultural barriers) ผู้ป่วยในชุมชนมักมีข้อจำกัดด้านการเงินในการซื้ออาหารเฉพาะโรค หรือถูกจำกัดด้วยวัฒนธรรมการบริโภค เช่น การใช้เครื่องปรุงรสเค็มในอาหารพื้นถิ่น¹¹ พยาบาลจึงต้องมีทักษะในการประเมินปัจจัยทางสังคม (social determinants of health) เพื่อให้การสนับสนุนด้านทรัพยากรหรือการปรับแผนการดูแลให้สอดคล้องกับงบประมาณ และวิถีชีวิตจริงของผู้ป่วย

4. ความซับซ้อนของการใช้ยาหลายชนิด (polypharmacy complexity) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD) ที่มีโรคร่วมต้องรับประทานยาหลายชนิด (polypharmacy) ซึ่งเสี่ยงต่อปฏิกิริยา และการใช้ยาผิดพลาด เนื่องจากไตช่วยยาลดลง พยาบาลจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการทบทวนยาร่วมกับทีมแพทย์/เภสัชกร และออกแบบกลไกช่วยจำง่าย ๆ เช่น กล่องยาแบ่งเวลา เพื่อช่วยลดความซับซ้อน และเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาสำคัญอย่างต่อเนื่อง

ช่องว่าง และความท้าทายเหล่านี้แสดงว่าการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD) ในหน่วยบริการปฐมภูมิต้องเป็นการจัดการสนับสนุน (support management) อย่างต่อเนื่อง และเป็นกระบวนการ ไม่ใช่เพียงแค่การให้ข้อมูลครั้งเดียว ซึ่งจะนำไปสู่บทบาทของพยาบาลในการเป็นโค้ชสุขภาพ (health coach) เพื่อขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ยั่งยืน และลดความก้าวหน้าของโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บทบาทของพยาบาลต่อแนวทางการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอความเสื่อมของไต

พยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิต้องปรับบทบาทเป็นผู้ให้การสนับสนุนการจัดการตนเอง

(self-management supporter) หรือโค้ชสุขภาพ (health coach) โดยเน้นการสร้างความร่วมมือกับผู้ป่วยและครอบครัว^{6,9,11-14} ซึ่งมีบทบาทสำคัญ ดังนี้

1. การประเมิน และการสร้างแผนการดูแลส่วนบุคคล (individualized care planning) ประกอบด้วย 1) การประเมินแบบองค์รวม และการใช้ทฤษฎีเป็นกรอบ พยาบาลต้องประเมินระดับความมั่นใจในการดูแลตนเอง (self-efficacy) ความรู้ บริบททางสังคมเศรษฐกิจ เช่น รายได้ ใครเป็นผู้ซื้อ/ผู้ทำอาหาร ความเชื่อด้านสุขภาพ (health beliefs) ทักษะผู้ดูแล (caregiver) และปัจจัยทางจิตสังคม เช่น ภาวะซึมเศร้า โดยใช้ทฤษฎีการจัดการตนเองของโรคเรื้อรัง เช่น social cognitive theory ของ Bandura¹³ เป็นกรอบในการออกแบบโปรแกรมที่ปรับให้เข้ากับความต้องการเฉพาะบุคคล และบริบททางวัฒนธรรม โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยสังเกตความสำเร็จของเพื่อนร่วมกลุ่มเพื่อเพิ่มความมั่นใจ และ 2) การตั้งเป้าหมายร่วมตามหลัก SMART ทำงานร่วมกับผู้ป่วย และผู้ดูแลเพื่อกำหนดเป้าหมายด้านพฤติกรรมที่เป็นไปได้ เช่น การจำกัดโซเดียมหรือการวัดความดันโลหิตทุกวันด้วยตนเอง เป้าหมายเหล่านี้ต้องเป็นไปตามหลัก SMART (จำเพาะ วัดผลได้ เป็นไปได้ เกี่ยวข้อง มีกรอบเวลา) เพื่อให้สอดคล้องกับผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น การลดระดับความดันโลหิต¹² และสร้างความรู้สึกว่าตนเองสามารถควบคุมผลลัพธ์ได้จริง

2. การเป็นผู้ถ่ายทอดความรู้ และทักษะการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ (effective education and skills transfer) ประกอบด้วย 1) การให้ความรู้ที่เน้นการนำไปใช้ พยาบาลต้องอธิบายความซับซ้อนของค่าการทำงานของไต ทั้ง eGFR และ albuminuria categories รวมถึงความเสี่ยงในภาษาที่เข้าใจง่าย¹⁴ พร้อมทั้งเน้นการสอนทักษะปฏิบัติจริง เช่น การอ่านฉลากโภชนาการ การเลือกอาหารที่มีโพแทสเซียม และฟอสฟอรัสต่ำ และการบริหารยาที่ถูกต้อง และ 2) โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมจากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย^{9,11-12,14} พบว่า โปรแกรมที่เน้นการมีส่วนร่วม และการส่งเสริม

พลังอำนาจ (empowerment-based self-management programs) สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และผลลัพธ์ทางคลินิกได้ โดยพยาบาลประยุกต์ใช้ทักษะหลักของการให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing: MI) ตามแนวคิดของ Miller and Rollnick¹⁵ ที่เรียกว่า “OARS” ซึ่งประกอบด้วย การถามปลายเปิด (O: open-ended questions) การกล่าวสนับสนุน (A: affirmations) การฟังอย่างสะท้อน (R: reflective listening) และการสรุปความ (S: summarizing) การกระตุ้นผู้ป่วยเป็นการสนับสนุนผู้ป่วยให้มีการแสดงออกซึ่งคำพูดที่บ่งชี้ถึงการเปลี่ยนแปลง (change talk) อันจะนำไปสู่ความมุ่งมั่นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วยตนเอง

3. การติดตามผลลัพธ์ และการสนับสนุนต่อเนื่อง (continuous monitoring and support) ประกอบด้วย 1) การติดตามเชิงรุก พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการจัดระบบติดตามผลลัพธ์ทางคลินิกตามแนวทางปฏิบัติสากล^{1,10} เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถบรรลุเป้าหมายการรักษาที่สำคัญ โดยเน้นการควบคุมระดับความดันโลหิต (blood pressure: BP) ให้ต่ำกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท ควบคู่ไปกับการติดตามและส่งเสริมให้อัตราการกรองของไตโดยประมาณ (eGFR) ซึ่งวัดเป็น มิลลิกรัม/นาที่/1.73 ตารางเมตร มีการชะลออัตราการลดลงของค่าให้ได้มากที่สุด นอกจากนี้ ยังต้องติดตามสัดส่วนอัลบูมินต่อครีเอตินินในปัสสาวะ (ACR) ซึ่งควรลดให้ต่ำกว่า 30 มิลลิกรัม/กรัม เพื่อลดความเสียหายต่อไต และควบคุมระดับโพแทสเซียมให้อยู่ในเกณฑ์ปกติที่ 3.5 - 5.0 มิลลิไอควาเลนต์/ลิตร เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจ และติดตามพฤติกรรมจัดการตนเองอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะในผู้ป่วยระยะที่ 3 ขึ้นไป การติดตามควรเป็นเชิงรุกผ่านระบบ telemedicine หรือแอปพลิเคชันสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยบันทึกข้อมูล และรับการตอบกลับอย่างรวดเร็ว (timely feedback) การให้คำแนะนำทันทีเมื่อพบความผิดปกติ เช่น ความดันโลหิตสูงต่อเนื่อง จะช่วยให้ผู้ป่วยแก้ไขพฤติกรรมได้ทันที และลดความเสี่ยงของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

2) การให้การสนับสนุนทางจิตสังคม ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมักเผชิญความเครียด วิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าจากการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต และข้อจำกัดของอาหาร^{13,16} พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าเบื้องต้น พร้อมทั้งให้การสนับสนุนด้านจิตใจ โดยเฉพาะการสอนทักษะการเผชิญปัญหา (coping strategies) และการส่งเสริมกลุ่มสนับสนุนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง การดูแลที่นำโดยพยาบาลนี้ ยังช่วยควบคุมอาการที่เกี่ยวข้องกับโรคไต เช่น ความเหนื่อยล้า และปัญหาการนอนหลับ ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างชัดเจน และ 3) การเป็นผู้ประสานงาน พยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานหลัก ระหว่างผู้ป่วยกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้การดูแลต่อเนื่องและสอดคล้องกัน บทบาทนี้รวมถึงการจัดการนัดหมาย และการส่งต่อผู้ป่วยไปยังแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไตขั้นที่ eGFR ลดลงถึงระดับ CKD ระยะที่ 4 โดยการสร้างช่องทางการสื่อสารที่ชัดเจนกับบุคลากรระดับตติยภูมิ เพื่อให้การส่งต่อข้อมูลราบรื่น และลดความซ้ำซ้อนในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย

กรอบแนวคิดการส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในหน่วยบริการปฐมภูมิ (Chronic Kidney Disease in Primary Care Model: CKD-PCM Model)

กรอบแนวคิด CKD-PCM Model ได้รับการพัฒนาขึ้น โดยใช้หลักการ input-process-outcome (IPO) ซึ่งเป็นรากฐานมาจากแนวคิดของ McGrath โดยเป็นโครงสร้างเชิงระบบที่อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำเข้า (input) กระบวนการ (process) และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (outcome) เพื่อให้กรอบแนวคิดมีความสอดคล้องกับลักษณะของการจัดการตนเองแบบต่อเนื่อง ผู้เขียนจึงได้นำแนวคิดด้านพลวัต และวงจรป้อนกลับ (dynamic nature and feedback loop) ตามโมเดลที่ปรับปรุงต่อยอดจาก IPO มาประยุกต์ใช้ในการขับเคลื่อนกระบวนการ¹⁷ เพื่อเป็นแนวทางเชิงระบบในการส่งเสริมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ก่อนการบำบัดทดแทนไต

โดยขับเคลื่อนผ่านบทบาทหลักของพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิ ประกอบด้วย

1. ปัจจัยนำเข้า (input) ได้แก่ 1) กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่พร้อมปรับพฤติกรรม 2) ผู้ส่งเสริม คือ พยาบาลอนามัยชุมชนที่เป็นโค้ชสุขภาพ (health coach) และ 3) บริบท คือ หน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) พร้อมการสนับสนุนจากเครือข่าย

2. กระบวนการ (process) เป็นบทบาทหลักของพยาบาล มีกระบวนการหลัก 3 ขั้นตอนต่อเนื่อง ได้แก่ 1) การประเมิน และการวางแผนรายบุคคล โดยประเมินแบบองค์รวม (holistic) ทั้งความรู้ ความมั่นใจ และบริบททางสังคม ร่วมกำหนดเป้าหมาย การดูแลตนเองตามหลัก SMART 2) การถ่ายทอดความรู้ และทักษะ โดยเน้นการสอนทักษะปฏิบัติจริง (practical skills) เช่น การควบคุมอาหาร 3อ. 2ส. (3อ คือ อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์ดี และ 2ส คือ ไม่สูบบุหรี่ และไม่ดื่มสุรา) และการจัดการยา พร้อมทั้งใช้เทคนิคของการให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจ¹⁵ เพื่อสร้างแรงจูงใจ และ 3) การติดตาม และสนับสนุนต่อเนื่อง เน้นการติดตามผลเชิงรุก (proactive follow-up) เพื่อสนับสนุน และแก้ไขปัญหาได้อย่างทันท่วงที รวมถึงใช้กลยุทธ์การส่งเสริมพลังอำนาจ (empowerment) ให้ผู้ป่วยรับผิดชอบต่อการรักษา

3. ผลลัพธ์ (outcome) ผลลัพธ์ที่คาดหวังแบ่งเป็นผลลัพธ์ระยะสั้น คือ การเพิ่มความรู้ (knowledge) การรับรู้ความสามารถตนเอง (self-efficacy) และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. และผลลัพธ์ระยะยาว คือ การชะลอการลดลงของอัตราการกรองของไต (eGFR stabilization) การควบคุมปัจจัยเสี่ยงหลัก^{1,10} เช่น ระดับความดันโลหิตไม่ควรเกิน 130/80 มิลลิเมตรปรอท ค่า HbA1c ไม่ควรเกิน 7.0 เปอร์เซ็นต์ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

บทสรุป

พยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิ คือ กลไกสำคัญในการขับเคลื่อนการส่งเสริมการจัดการตนเอง

เพื่อชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง การจัดการตนเองที่ประสบความสำเร็จสามารถ ชะลอความก้าวหน้าของโรค ลดภาวะแทรกซ้อน และ ลดการพึ่งพาระบบบริการสุขภาพในระยะยาว บทบาท ของพยาบาลจึงไม่ใช่เพียงการให้การพยาบาลทั่วไป แต่เป็นการพัฒนาตนเองให้มีบทบาทเป็นโค้ชสุขภาพ

และผู้สนับสนุนที่ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ในการ เสริมสร้างความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในตนเอง ของผู้ป่วย พร้อมทั้งครอบครัวให้สามารถจัดการอาการ และควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด ซึ่งจะ สามารถส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับผู้ป่วยต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Nephrology Society of Thailand. Clinical practice recommendation for the evaluation and management of chronic kidney disease in adults 2022. Bangkok: Srimuang Printing; 2022. (in Thai)
2. Vijitsoonthornkul K. Epidemiology and review of chronic kidney disease prevention measures. Nonthaburi: Department of Disease Control, Division of Non Communicable Diseases; 2022. (in Thai)
3. Global Burden of Disease Study 2023 Collaborative. Global, regional, and national burden of chronic kidney disease in adults, 1990-2023, and its attributable risk factors: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2023. Lancet 2025;406:2461-82. doi: 10.1016/S0140-6736(25)01853-7
4. Thai Health Promotion Foundation. Report on notable health situation for 2nd quarter of 2025. Tailand: when spicy and sweet eating habits threaten kidney health [Internet]. 2025 [cited 2025 Oct 5]. Available from: <https://resourcecenter.thaihealth.or.th/content/84487-media-รายงานสถานการณ์เด่นทางสุขภาพ20ประจำไตรมาส2020ปี2025683A20ไต้หวัน20เมื่อการกินนัวกินหวาน20เสี่ยงสะท้อนไต> (in Thai)
5. The Subcommittee of the Thai Renal Replacement Therapy (TRT). Thai renal replacement therapy (TRT) registry 2023 annual data report [Internet]. 2025 [cited 2025 Oct 5]. Available from: <https://www.nephrothai.org/wp-content/uploads/2025/03/Ebook-TRT-book-2023-10-Mar-2025Final.pdf> (in Thai)
6. Department of Disease Control. Operational manual for chronic kidney disease (CKD) reduction in diabetes and hypertension patients. Bangkok: WVO Office of Printing Mill; 2016. (in Thai)
7. Kidney Health Australia. Chronic kidney disease (CKD) management in primary care: guidance and clinical tips to help detect, manage, and refer patients with CKD in your practice [Internet]. 2024 [cited 2025 Oct 5]. Available from: <https://assets.kidney.org.au/resources/KHA-CKD-Handbook-5th-Ed-July2024.pdf>
8. Ozieh MN, Tung SH, Wang X, Thorgerson A, Egede LE. Trends and independent correlates of chronic kidney disease awareness in United States adults: NHANES 1999-2020. American Journal of Nephrology 2025;1-9. doi: 10.1159/000549324.

9. Suwan K, Chehhoh S, Sehbbarkor N. Effects of a self-management support program on self-management behavior to slowing progressive in patients with chronic kidney disease at stages 1 - 2. *Kuakarun Journal of Nursing* 2023;30(2):256-68. (in Thai)
10. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2024 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. *Kidney International* 2024;105 Suppl 4S:S117-314. doi: 10.1016/j.kint.2023.10.018.
11. Lorig KR, Holman H. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine* 2003;26(1):1-7. doi: 10.1207/S15324796ABM2601_01.
12. Suwanpukdee S, Wangwonsin A. Factors affecting self-care behavior for delaying the deterioration of chronic kidney disease among type 2 diabetic patients, Plak Raet sub-district, Bang Rakam district, Phitsanulok province. *Disease Control Journal* 2021;47 Suppl 1:655-63. (in Thai)
13. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review* 1977;84(2):191-215. doi: 10.1037/0033-295X.84.2.191.
14. Chen CC, Chen Y, Liu X, Wen Y, Ma DY, Huang YY, et al. The efficacy of a nurse-led disease management program in improving the quality of life for patients with chronic kidney disease: a meta-analysis. *PloS One* 2016;11(5):e0155890. doi: 10.1371/journal.pone.0155890.
15. Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: helping people change and grow*. 4th ed. New York: Guilford Press; 2023.
16. Donald M, Beanlands H, Straus S, Ronksley P, Tam-Tham H, Finlay J, et al. Identifying needs for self-management interventions for adults with CKD and their caregivers: a qualitative study. *American Journal of Kidney Diseases* 2019;74(4):474-82. doi: 10.1053/j.ajkd.2019.02.006.
17. Ilgen DR, Hollenbeck JR, Johnson M, Jundt D. Teams in organizations: from input-process-output models to IMOI models. *Annual Review of Psychology* 2005;56:517-43. doi: 10.1146/annurev.psych.56.091103.070250.