

บทความปริทัศน์

การเยี่ยมบ้านในงานดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่บ้าน

ทิพธิญา เฮียงสอน⁽¹⁾

(1) กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม

โรงพยาบาลน้ำพอง

บทคัดย่อ

โรคไตเรื้อรัง เป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลกที่มีแนวโน้มการเพิ่มขึ้น ด้วยธรรมชาติของโรคที่ไม่แสดงอาการให้ตรวจพบได้ในระยะแรก ส่งผลให้สูญเสียโอกาสในการป้องกันการดำเนินไปของโรคในระยะสุดท้าย ซึ่งผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายหรือภาวะไตวายที่มีผลตามมาทั้งด้านสุขภาพ และค่าใช้จ่ายในการรักษา ทั้งนี้ การดำเนินของโรคไปสู่ภาวะไตวายหรือผลลัพธ์ที่ไม่เป็นต้องการอื่นๆสามารถป้องกันหรือชะลอได้ด้วยการตรวจคัดกรอง การดูแลรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มต้น และการจัดการตนเองของผู้ป่วยเป็นวิธีการที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพที่สุด การเยี่ยมบ้านเป็นรูปแบบการบริการที่เป็นส่วนหนึ่งของการบริการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยเน้นให้ผู้ป่วยและญาติมีศักยภาพและความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่บ้านมากขึ้น นอกจากนี้ ยังหนุนเสริมการครอบคลุมการตรวจคัดกรองโรคไตเรื้อรัง โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงในครอบครัว กระตุ้นให้เกิดความตระหนัก และมีพฤติกรรมป้องกันโรคไตเรื้อรังของคนในครอบครัวและชุมชน ดังนั้น ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง การเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอควรอยู่ในแผนการดูแลรักษาเพื่อให้มีการชะลอความเสื่อมของไต

คำสำคัญ: การเยี่ยมบ้าน, ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

Review Article

Home Visit in Home Health Care for CKD Patients

*Tiptiya Heangsorn⁽¹⁾**(1) Primary and Holistic Care Department,**Nam Phong Hospital***Abstract**

Chronic kidney disease (CKD) is a global public health problem with increasing trend. Without signs at early-stage results in loss of opportunity to prevent end-stage renal disease (ESRD). CKD patient is at high risk to ESRD which has consequences both health and health care expenditure. Being screening and treated at early stage as well as patient's self-management are effective measures to prevent or delay ESRD. Home visit, a health care service, is part of home health care that emphasizes on empowering patients and relatives on potential and confidence for caring CKD patients. Besides, home visit can contribute to increase coverage of CKD screening in particularly people at risk, and motivate awareness and behavior to prevent CKD in family and community. So, regular home visit should be placed in health care plan for CKD patient in order to delay kidney failure.

Keywords: *Home Visit, Chronic kidney disease Patients, Home Health Care*

เป็นที่ทราบดีว่า โรคเรื้อรังเป็นภาระด้านสุขภาพที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ส่งผลกระทบทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม ทั้งทางด้านคุณภาพชีวิต และเศรษฐกิจ การให้การดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพที่สุดในการชะลอการดำเนินไปของโรค การเยี่ยมบ้านเป็นรูปแบบหนึ่งในการดูแลที่บ้านที่ช่วยให้การดูแลมีความต่อเนื่องและเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการ บทบาทนี้ มีวัตถุประสงค์ที่ต้องการชี้ให้เห็นความสำคัญและการใช้ประโยชน์จากการเยี่ยมบ้าน ทั้งในด้านการให้บริการดูแลรักษา และการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังและครอบครัว รวมถึงโอกาสในการบูรณาการงานสร้างเสริมสุขภาพ และเพิ่มพูนศักยภาพของทีมนสหวิชาชีพ โดยเลือกโรคไตเรื้อรังเป็นตัวแทนโรคเรื้อรัง ซึ่งการตรวจพบโรคไตเรื้อรังในระยะแรก และการให้การดูแลที่เหมาะสมสามารถชะลอการเกิดภาวะไตวายได้ เนื้อหาในบทความแบ่งออกเป็นสามส่วน คือ สถานการณ์โรคไตเรื้อรัง การเยี่ยมบ้านโดยพยาบาลชุมชน และกรณีตัวอย่างการใช้แนวทางการเยี่ยมบ้านในงานดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Diseases)

โรคไตเรื้อรัง เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในระดับโลก ข้อมูลจากการทบทวนอย่างเป็นระบบ แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนถึงภาระโรคไตเรื้อรังทั่วโลกเพิ่มขึ้นอย่างมาก (Coresh, 2017) คาดประมาณว่า ความชุกโรคไตเรื้อรังในประชากรโลกมีประมาณ ร้อยละ 13.4 (ช่วงเชื่อมั่นร้อยละ 95; ร้อยละ 11.7-15.1) และความชุกเพิ่มสูงขึ้นในประชากรกลุ่มเสี่ยงเป็นร้อยละ 36.1 (ช่วงเชื่อมั่นร้อยละ 95; ร้อยละ 34.7-37.6) (Ene-lordache et al., 2016) พบเพศหญิงสูงกว่าเพศชายเล็กน้อย และพบความชุกในประเทศรายได้ปานกลางและรายได้ต่ำมากกว่าประเทศที่มีรายได้สูงประมาณ (Zhang & Rothenbacher, 2008; Mill et al., 2015)

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีความเสี่ยงสูงต่อการดำเนินไปของโรคสู่การเป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (end stage renal diseases; ESRD) ซึ่งเป็นภาวะที่ต้องการการฟอกไต

หรือการปลูกถ่ายไตเพื่อรักษาให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาว มีรายงานการศึกษาชี้ว่า โรคไตเรื้อรังเป็นปัจจัยเสี่ยงอิสระต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ (Tonelli et al., 2012) นอกจากนี้ โรคไตเรื้อรังยังส่งผลต่อสุขภาพด้านต่างๆ ได้แก่ ภาวะเลือดจาง หรือ จำนวนเม็ดเลือดแดงต่ำ ซึ่งทำให้อ่อนเพลีย และอ่อนแอ , การมีของเหลวส่วนเกินในร่างกายสามารถทำให้เกิดความดันโลหิตสูง อาการบวมที่ขา และหายใจถี่, ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายที่อ่อนแอทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่ายขึ้น, สูญเสียความรู้สึกลอยอาหาร/ความอร่อย, การตอบสนองทางเพศลดลง, สับสน, มีปัญหาเรื่องความจำและระบบคิด หรือ ซึมเศร้า, ระดับแคลเซียมต่ำ และระดับฟอสฟอรัสสูงในเลือดสามารถทำให้เกิดโรคกระดูกและโรคหัวใจ, ระดับโปแตสเซียมในเลือดสูงสามารถทำให้การเต้นของหัวใจผิดปกติ/ผิดปกติและเป็นสาเหตุให้เสียชีวิต (CDC, 2021)

โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายหรือไตวาย เป็นปัญหาที่มีผลตามมาทั้งด้านสุขภาพ และค่าใช้จ่ายในการรักษา ผู้ป่วยไตวายต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด ซึ่งเป็นภาระต่อการใช้ชีวิต และค่าใช้จ่าย ปี ค.ศ. 2010 ทั่วโลกมีผู้ที่ได้รับการรักษาบำบัดทดแทนไต (Renal Replacement Treatment: RRT) ประมาณ 2.6 ล้านคน ในขณะที่จำนวนผู้ป่วยที่ต้องการการรักษา RRT อยู่ระหว่าง 4.9 และ 9.7 ล้านคน คาดประมาณว่า ในปี 2030 จำนวนผู้ที่ได้รับการรักษา RRT จะเพิ่มขึ้นเป็น 5.4 ล้านคน และเพิ่มขึ้นมากที่สุดในเอเชีย จากประมาณ 1 ล้านคน เป็น 2.2 ล้านคน (Liyanage et al., 2015; Thurlow et al., 2021)

ธรรมชาติของโรคไตเรื้อรังเป็นโรคที่ไม่แสดงอาการให้ตรวจพบได้เร็วจนกระทั่งมีการดำเนินไปของโรคในระยะสุดท้าย ส่งผลให้สูญเสียโอกาสในการป้องกัน โดยทั้งประชากรทั่วไป (ร้อยละ 6) และประชากรกลุ่มเสี่ยง (ร้อยละ 10) มีความตระหนักต่อโรคไตเรื้อรังอยู่ในระดับต่ำค่อนข้างมาก (Ene-lordache et al., 2016) ทั้งนี้ รายงานในประชากรผู้ใหญ่ชาวสหรัฐว่า 9 ใน 10 ของผู้ใหญ่ชาวสหรัฐที่เป็นโรคไตเรื้อรังซึ่งมีจำนวนประมาณ 37 ล้านคน ไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรค และ 2 ใน 5 ผู้ใหญ่ที่เป็นโรคไตเรื้อรังรุนแรงไม่ทราบว่า

ตนเองเป็นโรคไตเรื้อรัง (CDC, 2021) ซึ่งการดำเนินของโรคไปสู่ภาวะไตวายหรือผลลัพธ์ที่ไม่เป็นต้องการอื่นๆสามารถป้องกันหรือชะลอได้โดยการตรวจพบและให้การรักษา ในระยะแรก

ในประเทศไทย โรคไตกำลังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญเนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังที่มีผู้ป่วยจำนวนมาก ซึ่งมีผลต่อการดำรงชีวิต ภาวะแทรกซ้อน และโรคร่วมต่างๆ ตลอดจนมีค่ารักษาพยาบาลสูง ความชุกโรคไตเรื้อรังในประเทศไทยพบร้อยละ 17.5 หรือ คนไทย 1 ใน 8 คนป่วยโรคไตเรื้อรัง หรือประมาณ 8 ล้านคน โดยเป็นระยะที่ 1 ร้อยละ 3.3 ระยะที่ 2 ร้อยละ 5.6 ระยะที่ 3 ร้อยละ 7.5 ระยะที่ 4 ร้อยละ 0.8 และระยะที่ 5 ร้อยละ 0.3 และอุบัติการณ์โรคไตเรื้อรังในประเทศไทย อันดับ 1 ภาคเหนือ อันดับ 2 ภาคอีสาน อันดับ 3 ภาคกลาง และอันดับ 4 ภาคใต้ (กองโรคติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2559)

ข้อมูลการบำบัดทดแทนไตในประเทศ พ.ศ. 2559-2562 พบว่า ปี 2559 มีผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตรวม 100,970 คน (1,531 คนต่อ 1 ล้านประชากร) ปี 2563 เพิ่มขึ้นเป็น 170,774 คน (2,580 คนต่อ 1 ล้านประชากร) ปี พ.ศ.2562-2563 ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 45-64 ปี (ร้อยละ 37.4) รองลงมาเป็นช่วงอายุ 65-74 ปี (ร้อยละ 25.3) และอายุ 75 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 24.6) ตามลำดับ โดยสาเหตุหลักของผู้เข้ารับการบำบัดทดแทนไตในปี 2563 ได้แก่ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 42.30) และเบาหวาน (ร้อยละ 41.50) (คณะกรรมการลงทะเบียนการรักษาทดแทนไต สมาคมโรคไต, 2563)

โรคไตเรื้อรัง เกิดจากสภาวะที่ไตถูกทำลายเป็นเวลานานมากกว่า 3 เดือนจนไม่สามารถกลับมาฟื้นคืนสภาพส่งผลให้ความสามารถในการทำงานของไตลดลง แบ่งออกเป็น 5 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 ไตปกติหรือเริ่มเสื่อม อัตรากรองของไต (estimated glomerular filtration rate: eGFR) ≥ 90 , ระยะที่ 2 ไตเสื่อมเล็กน้อย eGFR 60-89, ระยะที่ 3a ไตเสื่อมปานกลางระดับ 1 eGFR 45-59, ระยะที่ 3b ไตเสื่อมปานกลางระดับ 2 eGFR 30-40, ระยะที่ 4 ไต

เสื่อมมาก eGFR 15-29, ระยะที่ 5 ไตวายระยะสุดท้าย eGFR < 15 ทั้งนี้ การตรวจคัดกรองโรคไตมี 2 วิธี คือ 1. ตรวจปัสสาวะ ทดสอบระดับอัลบูมินในปัสสาวะ 2. ตรวจเลือด หาค่า creatinine เพื่อคำนวณหาอัตราการกรองของไต

ทางเลือกในการรักษาและการป้องกันไต ได้แก่ การติดตามและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิต ตรวจวัดระดับน้ำตาลและความดันในเลือดอย่างสม่ำเสมอ ใช้ยาตามที่แพทย์สั่งเพื่อลดระดับน้ำตาลและความดันโลหิต และการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต (ดย. กินอาหารเพื่อสุขภาพ, กิจกรรมทางกาย เป็นต้น) เพื่อป้องกันไม่ให้ไตถูกทำลายมากขึ้น พบนักกำหนดอาหาร/โภชนาการเพื่อวางแผนการบริโภคอาหารให้ไตมีสุขภาพดีด้วยการลดการบริโภคเกลือ และไขมัน รวมถึงการบริโภคโปรตีนในปริมาณที่เหมาะสม หยุดหรือไม่เริ่มสูบบุหรี่ หลีกเลี่ยงการใช้ยาแก้ปวดหรือ non-steroid anti-inflammatory drug หรือยาปฏิชีวนะบางชนิดที่อาจมีผลต่อการทำงานของไต หลีกเลี่ยงการใช้สมุนไพรบางชนิด และไม่บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

การเยี่ยมบ้านโดยพยาบาลชุมชน

การเยี่ยมบ้าน หมายถึง รูปแบบการบริการที่เป็นส่วนหนึ่งของการบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน เพื่อให้มีการจัดบริการที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว โดยออกไปเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน เริ่มตั้งแต่การประเมินสภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วยและครอบครัว การประสานงานกับทีมรักษา การมอบหมายภารกิจเพื่อการดูแลผู้ป่วยรายนั้นๆ ร่วมกัน การประเมินความต้องการด้านต่างๆ ของผู้ป่วยที่สามารถปฏิบัติภารกิจประจำวันได้ตามปกติ หลังจากนั้นอาจกลับไปเป็นระยะๆ เมื่อผู้ป่วยหรือทีมต้องการ (ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2564) การเยี่ยมบ้านเปิดโอกาสให้สังเกตสภาพแวดล้อมของบ้านและครอบครัว ทำให้การประเมินโครงสร้างและพฤติกรรมครอบครัวในสภาพแวดล้อมที่เป็นธรรมชาติแม่นยำมากขึ้น บ่งชี้อุปสรรคและการสนับสนุนในการเข้าถึงการสร้าง

สุขภาพครอบครัว การเยี่ยมบ้านเป็นบริการสุขภาพเชิงรุก ต้องการทักษะทางเทคนิค และความเข้าใจอย่างถ่องแท้ต่อความสัมพันธ์ระหว่างคน เป็นการให้บริการการดูแลรักษา และการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ

วัตถุประสงค์การเยี่ยมบ้าน (โสภณ เหมธน และคณะ, 2559)

วัตถุประสงค์หลักในการเยี่ยมบ้าน คือ การเสริมสร้างสุขภาพเชิงรุก ดำรงรักษาสุขภาพ และการให้คงสภาวะสุขภาพที่ดี ลดภาวะแทรกซ้อนหรือความพิการซ้ำซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการดำเนินไปของโรค โดยเน้นให้ผู้ป่วยและญาติมีศักยภาพและความมั่นใจในการดูแลตนเองที่บ้านมากขึ้น ทั้งนี้ การเยี่ยมบ้านถือเป็นส่วนหนึ่งของงานประจำของการวางแผนการเยี่ยมโดยบุคลากรสุขภาพเพื่อ

1. ติดตามปัญหาที่ตรวจพบที่หน่วยบริการสุขภาพ
2. ให้ความรู้ด้านสุขภาพรายบุคคล ครอบครัว และชุมชน; ให้คำปรึกษาและแนวทางการดูแลสุขภาพ
3. ให้ผู้ป่วยและญาติมีความมั่นใจและสามารถพึ่งตนเองในการดูแลสุขภาพที่บ้านได้
4. ให้ญาติรู้วิธีการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยที่บ้าน และร่วมดูแลรักษาผู้ป่วย
5. ให้สามารถประเมินทั้งโรค (Disease) และความเจ็บป่วย (Illness) ที่แท้จริงของผู้ป่วยและญาติได้อย่างถูกต้อง ครบคลุม
6. ทำความรู้จักและสานต่อความสัมพันธ์อันดีกับผู้ป่วยและญาติในระยะยาว
7. ให้สามารถประเมินภาวะความเสี่ยงต่าง ๆ ต่อสุขภาพของครอบครัวนั้น ๆ และหาแนวทางลดความเสี่ยงต่างๆ

หลักการเยี่ยมบ้าน บริการการเยี่ยมบ้านมีหลักการพื้นฐาน ดังนี้

1. ความจำเป็น: การเยี่ยมบ้านควรมีการวางแผนและดำเนินการบนพื้นฐานความจำเป็นของบุคคล

2. ลำดับความสำคัญ: การเยี่ยมบ้านควรให้ความสำคัญกับปัญหาที่ยังคงอยู่ในครอบครัว

3. ความสม่ำเสมอ: การเยี่ยมบ้านควรดำเนินการตามช่วงเวลาอย่างสม่ำเสมอบนพื้นฐานความจำเป็นของครอบครัว

4. ความยืดหยุ่น: พยาบาลชุมชน ควรปรับหรือประยุกต์การให้บริการบนพื้นฐานสภาพแวดล้อมที่มีอยู่ที่บ้าน

5. วิทยาศาสตร์: ต้องแน่ใจว่าการพูดคุยอธิบายเรื่องราวต่างๆต้องมีความเป็นเหตุเป็นผล มีความเป็นวิทยาศาสตร์ รวมถึงการให้บริการต้องคำนึงถึงเทคนิคและทักษะทางการแพทย์

6. การวิเคราะห์: เก็บรวบรวมข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสภาพบ้านและครอบครัว, ผู้ป่วย และสภาพแวดล้อม และวิเคราะห์อย่างเป็นรูปธรรมจากข้อเท็จจริง ซึ่งเป็นขั้นตอนแรกในการเยี่ยมบ้าน

7. พัฒนาความสัมพันธ์: ทำงานร่วมกันกับผู้ป่วยและครอบครัวในการวางแผนการดูแล การเยี่ยมบ้านช่วยสร้างความสัมพันธ์ในการทำงานที่ดีในครอบครัว

8. ความไว: พยาบาลชุมชนควรไวในการรับรู้ความรู้สึก และรับฟังผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเข้าใจมุมมองของบุคคลอื่น

9. การเรียนรู้: ทบทวนการให้บริการ โดยคำนึงว่าคุณภาพการดูแลมีความสำคัญมากกว่าจำนวนครั้งของการเยี่ยม ทั้งนี้ เป็นความจำเป็นในทบทวนการเยี่ยมในแต่ละครั้ง

ขั้นตอนการเยี่ยมบ้าน (สำนักการพยาบาล, 2557)

1. ระยะเตรียมการ ควรเก็บรวบรวมข้อมูลจากบันทึกทางคลินิกและบันทึกอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ก่อนวางแผนการเยี่ยม ระหว่างการเยี่ยม ควรประเมินหรือสังเกตและทำการบันทึกในการเริ่มเยี่ยม โดยควรแนะนำและสร้างสัมพันธภาพที่เป็นมิตรด้วยภาษาที่เข้าใจได้ง่าย ประเมินทางสภาพกายภาพและสภาพแวดล้อม, ภูมิหลังทางวัฒนธรรมของครอบครัว, อาชีพ และรายได้ของสมาชิกครอบครัว, อายุ, ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการศึกษา และด้านจิตวิทยา

2. ระยะปฏิบัติการ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล เริ่มต้นเมื่อเข้าไปในบ้าน ควรใช้ทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในการดำเนินกระบวนการพยาบาล ระหว่างการเยี่ยมบ้านต้องปฏิบัติหน้าที่ในหลายบทบาท เช่น ผู้ประสาน ผู้ให้คำปรึกษา ผู้ให้ความร่วมมือ ผู้ป้องกันโรค นักสร้างเสริมสุขภาพ นักศึกษาและนักกระบวนวิธีวิทยา เป็นต้น และดำเนินการตามกระบวนการพยาบาล ระหว่างระยะปฏิบัติการ ต้องให้บริการการดูแลด้านการพยาบาล ตัวอย่างเช่นวัดอุณหภูมิ ตรวจร่างกาย และเสื้อผ้า สาธิตและสอน สอนวิธีฉีดอินสุลิน เป็นต้น และต้องวินิจฉัยและวางแผนการดูแลด้านการพยาบาลบนพื้นฐานลำดับความสำคัญ

3. ระยะสิ้นสุดการเยี่ยมบ้าน ในระยะนี้เป้าหมายของผู้ป่วยและการพยาบาลต้องบรรลุ พื้นฟูสุขภาพและให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ บันทึกเหตุการณ์สำคัญในครอบครัวและรายงานปัญหาต่อครอบครัว ประเมินการเยี่ยมบ้านในแต่ละครั้ง ซึ่งการประเมินเป็นกระบวนการที่ต้องทำต่อเนื่อง

เทคนิคที่ใช้ขณะเยี่ยมบ้าน

1. การสัมภาษณ์ โดยการพูดคุยให้เป็นธรรมชาติ ยึดหลักการฟังด้วยความตั้งใจ ใช้คำถามเปิดเพื่อเปิดโอกาสให้พูดคุยหรือตอบได้อย่างอิสระ ไม่แสดงอาการที่บ่งบอกถึงความเร่งรีบ และไม่ขัดจังหวะการบอกเล่าของผู้ป่วย

2. การสังเกต การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและสมาชิกภายในครอบครัว สังเกตการมีปฏิสัมพันธ์ของครอบครัว สภาพบ้านและบริเวณรอบๆ รวมถึงเพื่อนบ้าน

3. ให้ความช่วยเหลือทางด้านจิตใจผู้ป่วย ได้แก่ เทคนิค BATHE ได้แก่ สถานการณ์ขณะเกิดเหตุการณ์ (background situation), อารมณ์ของผู้ป่วย (affect), ปัญหาที่รบกวนผู้ป่วยมากที่สุด (troubling for the patient), วิธีการที่ผู้ป่วยจัดการกับปัญหานั้น (handling the problem) และความเห็นอกเห็นใจ (empathy) (Joseph & Marian, 1999)

ประโยชน์ของการเยี่ยมบ้าน

1. สามารถสังเกตบรรยากาศของบ้านและครอบครัวโดยตรง

2. สามารถสังเกตการดูแลที่ให้กับผู้ป่วยโดยสมาชิกครอบครัวได้โดยตรง

3. มีโอกาสที่ค้นพบปัญหาสุขภาพใหม่

4. สมาชิกครอบครัวผ่อนคลายเมื่ออยู่ในสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคยของเขา

5. ครอบครัวให้ความเชื่อถือและมีความเข้าใจชัดเจนมากขึ้นกับข้อสงสัยที่มี

6. พัฒนาทักษะความชำนาญจากการประยุกต์ใช้ความรู้ที่เรียนและทักษะในการให้ความช่วยเหลือและแก้ปัญหาของบุคคลและปัญหาสุขภาพของครอบครัว

7. ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสมในการควบคุมและชะลอการดำเนินไปของโรค

กรณีศึกษาการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง กลุ่มงานปฐมภูมิและองค์กรร่วม โรงพยาบาลน้ำพอง

โรงพยาบาลน้ำพองเป็นโรงพยาบาลชุมชนทุติยภูมิ ระดับ M2 มีบุคลากรทางการแพทย์ 231 คน อสม. 1968 คน มีประชากรผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 27,209 คน ประชาชนทั่วไป 42,279 คน (18-59 ปี) มีบุคคลที่มีโรคประจำตัว 8049 คน เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด 299 คน โรคไต 1690 คน โรคหลอดเลือดสมอง 488 คน โรคเบาหวาน 2272 คน โรคอ้วน 1,323 คน (คลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ: HDC, 2565) ช่วงปี พ.ศ. 2560 ถึง 2562 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานในการดูแลที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตในพื้นที่อำเภอเมืองน้ำพอง ร้อยละ 25.75, 27.19 และ 18.16 ตามลำดับ (คลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข: HDC, 2562)

ผู้ป่วยรายที่ 1

เพศหญิง อายุ 66 ปี ขึ้นทะเบียนรับบริการเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลน้ำพอง เมื่อวันที่ 27 กรกฎาคม 2547 แพทย์วินิจฉัยเป็น Diabetes Mellitus type 2 with HT with Chronic kidney disease stage 3 with Hyperlipidemia ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานนาน 16 ปี ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้และมีความดันโลหิตสูง เป็นต้อกระจกและต้อเนื้อ มีภาวะปวดขา ปวดเข่า

ผู้ป่วยไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรคไตเรื้อรัง รักษาโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และระดับไขมันในเลือดด้วยยาแบบรับประทานโดยรับจากพยาบาลชุมชนประจำหมู่บ้าน เนื่องจากไม่สะดวกในการเดินทางไปรับยาต่อเนื่อง ซ้ำยาชุด แก้วปวดเข้าปวดขาเป็นประจํา ผู้ป่วยได้รับการดูแลจาก บุตรและสามีเป็นอย่างดี จากการประเมินภาวะสุขภาพพบว่า ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง แต่มีพฤติกรรม ด้านอาหารไม่เหมาะสม คือ ใช้เครื่องปรุงรสอาหาร คือ ผงชูรส น้ำปลา ซีอิ๊ว เป็นต้น ไม่มีแบบแผนในการออกกำลังกาย มีภาวะอ้วน ค่าดัชนีมวลกาย 30.47 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (น้ำหนัก 78 กิโลกรัม ส่วนสูง 160 เซนติเมตร) มีความเสี่ยง ในการเกิดภาวะแทรกซ้อน เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม มีความเครียดกับอาการปวดเข้า

ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้านและรับบริการตามแผนการ พยาบาล เริ่มด้วยการตั้งเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วยในการ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิต และระดับ ไขมันในเลือดตามเกณฑ์ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจาก โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรัง ให้ ข้อมูลเรื่องอาหารการออกกำลังกาย การใช้ยา การป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนและการแก้ไข และแนะนำผู้ป่วยเข้ารับ บริการปรับพฤติกรรมที่คลินิกไร้พุง (Diet & Physical Activity Clinic: DPAC) ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลใกล้เคียงบ้าน

จากการติดตามเยี่ยมบ้าน 4 ครั้ง ในช่วงระยะเวลา 5 เดือน (เดือนพฤศจิกายน ถึงเดือน มีนาคม 2564) ผู้ป่วยมี ความรู้ และพฤติกรรมในการรับประทานอาหารที่เหมาะสม กับโรคเบาหวานและโรคไตเรื้อรัง ลดการใส่เครื่องปรุงอาหาร ลดการปรุงอาหารรสเค็ม ออกกำลังกายได้มากขึ้นแต่ยังไม่ ตรงตามเป้าหมายวันละ 30 นาที ทำการปรับบริการโดยรวม วางแผนกับผู้ป่วยแบ่งการออกกำลังกายเป็นช่วงๆ เพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ป่วยออกกำลังกายได้ตามเป้าหมาย ลดการรับประทาน ยาชุดแก้ปวดเข้า ปัญหาที่ยังคงอยู่ ได้แก่ ระดับน้ำตาล ระดับ ไขมันในเลือด และระดับความดันโลหิตที่ยังสูง ภาวะแทรกซ้อน จากไตเรื้อรัง ได้ทบทวนความรู้เพื่อให้ผู้ป่วยมั่นใจและ

สามารถดูแลสุขภาพตนเอง ให้กำลังใจผู้ป่วยเพื่อให้พฤติกรรม ที่ดีคงอยู่อย่างยั่งยืน จากนั้น ส่งต่อผู้ป่วยให้แก่พยาบาลชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบในพื้นที่เพื่อให้ผู้ป่วย ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

ผู้ป่วยรายที่ 2

เพศชาย อายุ 64 ปี ขึ้นทะเบียนรับบริการที่คลินิก เบาหวาน โรงพยาบาลน้ำพอง เมื่อวันที่ 27 เมษายน 2557 แพทย์วินิจฉัยเป็น Diabetes Mellitus type 2 with HT with Chronic kidney disease stage 3 with Gout with Thyroid ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานนาน 7 ปี มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ ปกติ (21.34 กิโลกรัมต่อตารางเมตร น้ำหนัก 56 กิโลกรัม ส่วนสูง 162 เซนติเมตร) ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลใน เลือดได้ มีความดันโลหิตสูง และมีภาวะแทรกซ้อนทางไต ระยะที่ 3 จากการประเมินภาวะสุขภาพ พบว่า ผู้ป่วยปฏิบัติ กิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ได้รับการปรับจากรักษา โรคเบาหวานจากรับประทานเป็นยาฉีดทุกวันตอนเช้าเย็น ทำให้มีความวิตกกังวลคิดว่าต้องดูแลตนเองเป็นพิเศษและ การฉีดยาทุกวันทำให้ไปไหนไม่สะดวกเพราะต้องนํายาฉีดไป ด้วย เดินไม่ถนัดเพราะปวดขา มีอาการชาปลายมือปลายเท้า มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมด้านอาหาร ปรุงอาหารด้วยผงชูรส และมีรสเค็ม ฟันหน้าหลุดมีปัญหาในการเคี้ยวอาหาร ไม่มี แบบแผนการออกกำลังกาย ผู้ป่วยดื่มเหล้าตองยาทุกวันๆ ละ ประมาณ 30 มิลลิลิตร โดยคิดว่าเป็นการเพิ่มกำลังให้ตนเอง และคิดว่าการไม่ควบคุมอาหารทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลได้ ดีกว่า ทราบว่าเป็นโรคไตเรื้อรัง แต่มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม ในการดูแลตนเอง มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน เสียบปล้นจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ เสี่ยงต่อ การพลัดตกหกล้มเนื่องจากปวดขาและชาตามปลายมือปลาย เท้า มีความวิตกกังวลในเรื่องเศรษฐกิจเพราะรับภาระเลี้ยงดู หลานและมีบุตรชายมีภาวะเจ็บป่วยทางจิตเวช ผู้ป่วยรับยาที่ คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลน้ำพอง เนื่องจากต้องรับยาฉีด ร่วมกับยารับประทานอื่นๆ

ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้านและรับบริการตามแผนการ พยาบาล โดยตั้งเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วยและญาติในการ

ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดตามเกณฑ์ การแก้ไขภาวะปวดขา ซาตามปลายมือปลายเท้า การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานและโรคไตเรื้อรัง การป้องกันความเสี่ยงในเรื่องต่างๆ ให้ข้อมูลเรื่องอาหาร การออกกำลังกายการใช้ยา ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ไตเสื่อมมากยิ่งขึ้น การจัดการขยะติดเชื้อเพื่อป้องกันการติดเชื้อในครอบครัวและชุมชน แก้ไขปัญหาเพื่อลดความวิตกกังวลเรื่องเศรษฐกิจและการเจ็บป่วยของบุตร

จากการติดตามเยี่ยมที่บ้าน 5 ครั้ง ในช่วงระยะเวลา 5 เดือน (ปลายเดือนพฤศจิกายน 2563 ถึงต้นเดือนเมษายน 2564) ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ และพฤติกรรมในการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคเบาหวานและโรคไตเรื้อรัง ลดการใส่เครื่องปรุงอาหาร ได้แก่ ผงชูรส น้ำปลา ซีอิ๊ว ลดการปรุงอาหารรสเค็ม ออกกำลังกายได้มากขึ้นแต่ยังไม่ตรงตามเป้าหมาย ได้ปรับบริการโดยวางแผนกับผู้ป่วยและญาติ ให้ญาติช่วยกระตุ้นการออกกำลังกาย ลดการดื่มยาต้องเหล้าเป็นวันเว้นวัน และดื่มน้อยกว่า 30 มิลลิลิตรต่อวัน ความวิตกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการเรียนของหลานลดลง แต่ยังวิตกกังวลในเรื่องของบุตรเป็นอหิสติกปัญหาที่ยังคงอยู่ ได้แก่ ภาวะน้ำตาลในเลือดความเสี่ยงต่อเกิดแผลที่เท้า และภาวะแทรกซ้อนจากไตเรื้อรังการดื่มเหล้าดองยา ทบพวนความรู้ให้ผู้ป่วยและญาติเพื่อให้มั่นใจและสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้เหมาะสม พร้อมทั้งให้กำลังใจเพื่อให้พฤติกรรมที่ดีคงอยู่อย่างยั่งยืน ส่งต่อผู้ป่วยให้แก่พยาบาลชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องต่อไป

บทสรุป

โรคไตเรื้อรังกำลังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก และถูกกล่าวถึงว่าเป็นโรคเรื้อรังที่ถูกละเลยมากที่สุด โรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อหลายโรคที่มีอาการแทรกซ้อนทางไต มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจำนวนมากที่เข้าไม่ถึงการดูแล (Luyckx et al., 2018) รายงานความชุกโรคไตเรื้อรังชี้ว่า มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มประชากร และเพิ่มขึ้นตามอายุ

อย่างชัดเจน โดยทั่วไปเพศหญิงมีความชุกสูงกว่าเพศชาย โดยเฉพาะในกลุ่มวัยกลางคน และประชากรในภูมิภาคอาเซียนมีความชุกค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับประชากรในภูมิภาคอื่น ปัจจุบันมีแนวโน้มอุบัติการณ์ของโรคเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จึงมีความจำเป็นที่ต้องให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพื่อป้องกันหรือชะลอไม่ให้เกิดการดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะไตวายซึ่งเป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยการตรวจคัดกรองและการดูแลรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มต้นเพื่อชะลอการเสื่อมของไตให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น การตรวจพบและการจัดการโรคในเวลาที่เหมาะสมเป็นมาตรการที่มีประสิทธิภาพที่สุด (Norton et al., 2017)

การเยี่ยมบ้านทางการแพทย์มีลักษณะเฉพาะที่เอื้อให้เกิดการดูแลต่อเนื่อง จากหน่วยบริการถึงครอบครัว (continues care) ตามหลักการดูแลที่เน้นมิติ Bio-Psychosocial care นอกจากนี้ การเยี่ยมบ้านโดยบุคลากรทางการแพทย์ยังเป็นกระบวนการทำงานที่เชื่อมการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังด้วยทักษะและสมรรถนะการทำงานสหสาขาวิชาชีพ ในการสนับสนุนส่งเสริม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ซึ่งเป็นแนวทางหลักสำหรับการส่งเสริมคุณภาพชีวิต และเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังควบคู่ไปกับกระบวนการฟอกไต รวมถึงเป็นการเตรียมการและสนับสนุนบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ซึ่งสอดคล้องกับหลักการทำงานในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง (Long Term care)

การเยี่ยมบ้าน จึงเป็นกิจกรรมเชิงรุกของระบบบริการ ที่เปิดพื้นที่ร่วมให้สหวิชาชีพบูรณาการร่วมกัน (พุทธชาติ มากชุมชน, นลินี พูลทรัพย์, & ทิพาพร พงษ์เมษา, 2559) (ไพศาล ไตรสิริโชค, หลังพร อุตศาสตร์, & วราทิพย์ แก่นการ, 2562) โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง สอดคล้องกับบริบทครอบครัวและชุมชน เป็นการหนุนเสริมคุณภาพบริการแบบผสมผสาน องค์กรวม และต่อเนื่อง สร้างการมีส่วนร่วม (วัชรพร เขยสุวรรณ, สุภรณ์ โพธิสา, & ยุวดี วงษ์แสง, 2563) เสริมความเข้มแข็งของระบบสุขภาพชุมชน โดยเฉพาะการดูแลที่บ้านซึ่งเป็นบริการเฉพาะบุคคล นอกจากนี้ ยังหนุน

เสริมการควบคุมการตรวจคัดกรองโรคไตเรื้อรัง โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงในครอบครัว กระตุ้นให้เกิดความตระหนัก และมีพฤติกรรมป้องกันโรคไตเรื้อรังของคนใน

เอกสารอ้างอิง

- กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2559). **โรคไตเรื้อรัง**. ค้นเมื่อ 10 มกราคม 2565, จาก <https://www.thaincd.com/2016/media-detail.php?id=13222&tid&gid=1-015-009>.
- คณะกรรมการการลงทะเบียนการบำบัดทดแทนไตในประเทศไทย สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2563). **ข้อมูลการบำบัดทดแทนไตในประเทศไทย พ.ศ. 2559-2562**. ค้นเมื่อ 10 มกราคม 2565, จาก <https://www.nephrothai.org/wp-content/uploads/2021/01/1.TRT.Annual-report-2016-2019.pdf>
- คลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2562). **Health Data Center: HDC**. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- คลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2565). **Health Data Center: HDC**. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- พุทธรักษา มากชุมชน, นิลินี พูลทรัพย์, & ทิพาพร พงษ์เมษา. (2559). ผลการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยทีมสหวิชาชีพ. **วารสาร Veridian E-Journal, Science and Technology Silpakorn University**, 3(1), 13-33.
- ไพศาล ไตรศิริโชค, หลั่งพร อุตราชสตร์, & วราทิพย์ แก่นการ. (2562). ผลของการสนับสนุนการจัดการตนเองโดยทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อชะลอโรคไตเรื้อรังในหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น. **ศรีนครินทร์เวชสาร**, 34(6), 552-558.
- ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. (2564). **Home care**. ค้นเมื่อ 10 มกราคม 2565, จาก <https://www.rama.mahidol.ac.th/fammed/th/postgrad/homecare>
- มนัญญา เสรีวิวัฒนา, ยุพาพรรณ ทองตะนูนาม, & สุดาวรรณ ลิ้มอักษร. (2561). การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพื่อชะลอการเสื่อมของไต โดยใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. **วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและผดุงครรภ์ไทย**, 5(1), 45-56.
- วัชรพร เชยสุวรรณ, สุภรณ์ โพธิสา, & ยุวดี วงษ์แสง. (2563). ผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านแบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนเลือกสรร แขวงบุดโคโล เขตธนบุรี. **วารสารแพทยนาวิ**, 47(3), 525-543.
- สำนักงานพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. (2557). **เกณฑ์คุณภาพงานเยี่ยมบ้าน**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- โสภณ เหมธน, ประสทธิ มั่งจิตร, สุภโชค เวชภัณฑเภาส, สันติ ลาภเบญจกุล, ดวงดาว ศรียากุล, สิริชัย นามทรรณนี, และคณะ. (2559). **แนวทางการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวสำหรับหน่วยบริการ**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2021). **Chronic kidney disease in the United States**. Retrieved January 10, 2022, from <https://www.cdc.gov/kidneydisease/publication-resource/CKD-national-facts.html>
- Coresh, J. (2017). Update on the burden of CKD. **Journal of the American Society of Nephrology**, 28, 1020-1022.
- Ene-lordache, B., Perico, N., Bikbov, B., Carminati, S., Remuzzi, A., Perna, A., et al. (2016). Chronic kidney disease and cardiovascular risk in six regions of the world (ISN-KDDC): A cross-sectional study. **Lancet Global Health**, 4, e307–e319.
- Joseph, A. L. III, & Marian, R. S. (1999). The BATHE method: incorporating counseling and psychotherapy into the everyday management of patients. **Primary Care Companion Journal of Clinical Psychiatry**, 1(2), 35-38.
- Liyanage, T., Ninomiya, T., Jha, V., Neal, B., Patrice, H.M., Okpechi, I., et al. (2015). Worldwide access to treatment for end-stage kidney disease: a systematic review. **Lancet**, 385(9981), 1975-82.
- Luyckx, V. A., Tonelli, M., & Stanifer, J. W. (2018). The global burden of kidney disease and the sustainable development goals. **Bulletin World Health Organization**, 96, 414-422C.

-
- Mill, K. T., Xu, Y., Zhang, W., Bundy, J. D., Chen, C. S., Kelly, T. N., et al. (2015). A systematic analysis of worldwide population-based data on the global burden of chronic kidney disease in 2010. *Kidney International*, **88**, 950-957.
- Norton, J. M., Newman, E. P., Romancito, G., Mahooty, S., Kuracina, T., & Narva, A. S. (2017). CE: Improving Outcomes for Patients with Chronic Kidney Disease: Part 2. *The American Journal of Nursing*, **117**(3), 26-35.
- Nurseinfo. [n.d.]. **Home visit-community health nursing: Concept of home visiting, purposes, principles, steps and advantage.** Retrieved January 10, 2022, from <https://nurseinfo.in/home-visit/>
- Thurlow, J. S., Joshi, M., Yan, G., Norris, K. C., Agodoa, L. Y., Yuan, C. M., et al. (2021). Global epidemiology of end-stage kidney disease and disparities in kidney replacement therapy. *American Journal of Nephrology*, **52**, 98-107.
- Tonelli, M., Muntner, P., Lloyd, A., Manns, B. J., Klarenbach, S., Pannu, N., et al. (2012). Risk of coronary events in people with chronic kidney disease compared with those with diabetes: a population-level cohort study. *The Lancet*, **380**(9844), 807-814.
- Zhang, Q. L., & Rothenbacher, D. (2008). Prevalence of chronic kidney disease in population-based studies: Systematic review. *BMC Public Health*, **8**, 117.