

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

การพัฒนารูปแบบการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงด้วยการจัดการรายกรณี โรงพยาบาลกุสินทร์ จังหวัดศรีสะเกษ

สมคิด สุภาพันธุ์ พย.บ.
โรงพยาบาลกุสินทร์ จังหวัดศรีสะเกษ

วันรับ:	18 ม.ค. 2561
วันแก้ไข:	6 มิ.ย. 2561
วันตอบรับ:	22 มิ.ย. 2561

บทคัดย่อ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตเสื่อมในระยะลดลงปานกลางถึงมาก (3b) ด้วยรายกรณี คัดเลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเจาะจง เป็นผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตเสื่อมในระยะ 3b จำนวน 44 คน ระยะเวลาศึกษา 1 มกราคม 2559 - 31 มีนาคม 2560 ดำเนินการศึกษาเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 เตรียมประชุมทีมงานที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ขั้นตอนที่ 2 มี 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ โดยการใช้แบบสอบถาม สังเกต สัมภาษณ์ การเสวนากลุ่ม ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบ โดยจัดกิจกรรมในระยะเวลา 12 เดือน ขั้นตอนที่ 3 ประเมินผล วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าร้อยละ เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์การสนทนากลุ่มและการสังเกตแบบมีส่วนร่วมใช้กรอบแนวคิดแบบ PDCA ผลการศึกษา ได้รูปแบบการดำเนินงานชะลอไตเสื่อม โดยมีผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้ประเมินปัญหาและวางแผนการจัดการปัญหาแต่ละด้านร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพรวมถึงมีครอบครัวชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย หลังจากเข้าโปรแกรมพบว่ากลุ่มตัวอย่าง 44 ราย มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมจากเดิมร้อยละ 50.36 หลังการจัดการเพิ่มขึ้นร้อยละ 74.27 ติดตามค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) พบว่าดีขึ้น 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 29.54 เปลี่ยนเป็น stage 1 (3 ราย), stage 2 (4 ราย) และ stage 3a (6 ราย) และลดลงเป็น stage 4 (8 ราย) คิดเป็นร้อยละ 18.18 ยังไม่ได้เข้าสู่ระยะฟอกไต ซึ่งจะพบว่าผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตเสื่อมในระยะ 3b ที่ได้เข้าโปรแกรมการจัดการรายกรณีส่งผลทำให้พฤติกรรมดูแลตนเองอยู่ในเกณฑ์ดีเพิ่มขึ้น และสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ดีขึ้นช่วยส่งเสริมให้การเสื่อมของไตลดลง ซึ่งรูปแบบการจัดการเน้นการเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนัก รับรู้ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีความยั่งยืนต่อไป ข้อเสนอแนะควรพัฒนาและนำรูปแบบการจัดการรายกรณีไปใช้เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ และควรศึกษาแบบ 2 กลุ่ม เปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบและทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

คำสำคัญ: การจัดการรายกรณี, ไตเสื่อมระยะ 3b, ผู้ป่วยโรคเบาหวาน, ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

บทนำ

โรคไตเป็นโรคที่เมื่อเป็นแล้วหากไม่ได้รับการวินิจฉัย และดูแลรักษาอย่างถูกต้อง มีโอกาสกลายเป็นไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ต้องได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเทียมเท่านั้น ไม่ว่าจะเป็นการฟอกเลือดหรือการล้างไตทางช่องท้อง ต้องเสียค่าใช้จ่ายมากและเป็นอุปสรรคในการประกอบอาชีพให้มีประสิทธิภาพ คุณภาพชีวิตก็ลดลงตามลำดับ การปลูกถ่ายไตในสถานการณ์ปัจจุบันยังมีจำนวนน้อย ด้วยเหตุผลของอายุที่มาก สภาพร่างกายที่ไม่ปลอดภัยต่อการผ่าตัด และขาดแคลนไตบริจาค ดังนั้น สิ่งสำคัญที่สุด คือ การดูแลตนเองและประชาชนทุกคนควรมีความรู้เรื่องโรคไต ต้องรู้จักระวังเรื่องการรับประทานอาหาร การใช้ยาที่เหมาะสม วิธีการตรวจคัดกรองหน้าที่ไตเบื้องต้น เพื่อที่จะสามารถวินิจฉัยและรับการรักษาตั้งแต่เนิ่น ๆ จนสามารถชะลอการเสื่อมของไตได้⁽¹⁾

โรคไตเรื้อรังเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยที่สำคัญของประชากรทั่วโลก อุบัติการณ์ของโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1 - 4 ในสหรัฐอเมริกา ร้อยละ 13.10 และในประเทศไทย ร้อยละ 17.50⁽²⁻³⁾ จากรายงานผลการลงทะเบียนการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย (Thailand Renal Replacement Therapy Registry Report) ในปี พ.ศ. 2547 ซึ่งศึกษาข้อมูลของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตจากหน่วยไตเทียมต่างๆ ในประเทศไทย พบว่าสาเหตุของโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาบำบัดทดแทนไตจากสถานพยาบาลที่ให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเกิดจากโรคเบาหวานมากที่สุด (ร้อยละ 34.00) รองลงมาคือโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 26.00) และโรคหลอดเลือดฝอยไตอักเสบ (ร้อยละ 14.00) และจากการสำรวจจากหน่วยไตเทียมทั่วประเทศโดยสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2555 พบว่าโรคเบาหวานยังคงเป็นสาเหตุที่สำคัญที่สุดมาตลอด (ร้อยละ 37.50) และรองลงมามีสาเหตุจากโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 25.60)⁽⁴⁾ ซึ่งแสดงว่าโรคเบาหวาน

และความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดโรคไตเรื้อรังในประชากรไทยเช่นเดียวกับประเทศอื่น ๆ ทั่วโลก อาจเนื่องจากมีปัจจัยเสี่ยงต่างๆ สะสมตัวเพิ่มขึ้น เช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคอ้วน ไขมันในเลือดสูง โดยเชื่อว่าสาเหตุส่วนหนึ่งอาจเกี่ยวข้องกับการมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเลียนแบบประเทศตะวันตกมากขึ้น ฉะนั้นการควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายจึงจะสามารถช่วยลดและชะลอไตเสื่อมได้

จากข้อมูลงานควบคุมโรคไม่ติดต่อโรงพยาบาลกุสิงห์พบว่า อัตราผู้ป่วยรายใหม่ด้วยไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลกุสิงห์ปี 2555-2558 เป็น 126.34 , 161.46 , 226.51 และ 267.33 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ⁽⁵⁾ ซึ่งจะพบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้น ในปี 2557 ระยะไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง แบ่งเป็น ระยะ 3a ร้อยละ 13.15 ระยะ 3b ร้อยละ 7.05 ระยะ 4 ร้อยละ 2.76 และระยะ 5 ร้อยละ 0.65 และในปี 2558 ระยะไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง แบ่งเป็น ระยะ 3a ร้อยละ 8.29 ระยะ 3b ร้อยละ 6.27 ระยะ 4 ร้อยละ 7.76 และระยะ 5 ร้อยละ 0.37 ซึ่งจะพบว่าผู้ป่วยไตวายในระยะที่ 4 มีแนวโน้มสูงขึ้น

จากการทบทวนข้อมูลผู้ป่วยจากประวัติการมารับการรักษาคลินิกโรคไตเรื้อรังโรงพยาบาลกุสิงห์ปี 2558 ในผู้ป่วยที่มีภาวะไตเสื่อมในระยะที่ 4 จำนวน 10 ราย พบว่าระยะเวลาของการเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมานานมากกว่า 5 ปี ร้อยละ 70.00 มีโรคร่วม 2 โรคขึ้นไป คือ โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ร้อยละ 40.00 มีประวัติครอบครัวของโรคไตจากเบาหวานและความดันโลหิตสูง ร้อยละ 30.00 การควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตได้ไม่ดี ร้อยละ 80.00 ซึ่งจะพบว่าร้อยละที่เกิดโรคไตมากที่สุด คือการควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตได้ไม่ดี

การจัดการรายกรณี (case management) เป็นกระบวนการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการดูแล มีการประสานความร่วมมือของทีม

สหสาขาวิชาชีพ มีแผนการดูแลที่กำหนดร่วมกันระหว่างทีมวิชาชีพให้การดูแลผู้ป่วยตามแผนการดูแล (clinical pathway) โดยมีผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี (case manager) เป็นผู้ติดต่อสื่อสารประสานงาน กำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง ผลการวิจัยที่ผ่านมาพบว่า การใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้นระดับน้ำตาลในเลือดลดลง⁽⁶⁾ และใช้หลักการ empowerment การเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งเป็นกระบวนการหนึ่งที่สามารถเพิ่มพฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกาย โดยการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการที่ช่วยเหลือบุคคลเกี่ยวกับการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ซึ่งทำให้บุคคลมีพลังอำนาจและตระหนักในศักยภาพของตนเอง รวมถึงมีอิสระในการตัดสินใจ สามารถควบคุมตนเองได้⁽⁷⁾ จัดกระบวนการกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (self-help group) ซึ่งเป็นการรวมตัวของสมาชิกในกลุ่มที่มีการเผชิญปัญหาที่คล้ายกัน มารวมกลุ่มเพื่อทำกิจกรรมหรือภาวะวิกฤตที่เผชิญอยู่ สมาชิกต่างให้ความช่วยเหลือสนับสนุนซึ่งกันและกันได้แลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็นประสบการณ์ เพื่อเอาชนะปัญหาไปด้วยกัน⁽⁸⁾ รวมทั้งได้นำแนวปฏิบัติการให้คำปรึกษาแบบสั้นเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (brief intervention for health behavior change)⁽⁹⁾ ซึ่งเป็นการให้คำปรึกษาแบบสั้นมีวัตถุประสงค์ในการ กระตุ้นการมองเห็นความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (3อ2ส) ด้านอาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา ด้วยการเชื่อมโยงสิ่งสำคัญในชีวิตของกลุ่มเป้าหมายกับผลที่ได้รับจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งจะนำไปสู่การเข้าใช้บริการและโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง สามารถนำสิ่งที่เรียนรู้ไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตและได้รับผลดีหรือสุขภาพที่ดีขึ้นตามมา และองค์ประกอบสำคัญ ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ ผู้ป่วยและครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพ เพื่อสร้างศักยภาพให้ผู้ป่วยและครอบครัวหรือผู้ดูแลให้มีศักยภาพ และสามารถจัดการปัญหาสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม

ยั่งยืน⁽¹⁰⁾ ดังนั้นทางผู้วิจัยจึงได้พัฒนาทีมผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงและโรคไตของอำเภอภูสิงห์ขึ้นในปี 2559 จัดประชุมวิชาการโรคไตร่วมคิดวิเคราะห์ปัญหาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตเสื่อม และพัฒนารูปแบบการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงด้วยการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยที่มีภาวะไตเสื่อมระยะ 3b โดยนำกระบวนการรายกรณีร่วมกับการใช้หลักการ empowerment การเสริมสร้างพลังอำนาจ และการให้คำปรึกษาแบบระยะสั้น (brief intervention for health behavior change) และกระบวนการกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (self-help group) ร่วมในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนารูปแบบการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตเสื่อมในระยะลดลงปานกลางถึงมาก (3b) ด้วยการจัดการรายกรณี

วิธีการศึกษา

กลุ่มเป้าหมายที่ทำการศึกษา

1. ทีมผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงและโรคไต ประกอบด้วย แพทย์ 1 คน เภสัชกร 2 คน พยาบาล 46 คน โภชนากร 1 คน และ กายภาพ 1 คน

2. ผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตเสื่อม (CKD stage 3b) จำนวน 44 ราย (ผู้ป่วยโรคเบาหวาน 12 ราย ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 20 ราย ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง 12 ราย) คัดเลือกแบบเจาะจงมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ คือ ไม่มีภาวะไตตื้อ ไม่มีโรคประจำตัวที่รุนแรง เช่นโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคจิตหรือบกพร่องทางการสื่อสาร ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ (ADL 12 คะแนนขึ้นไป) คือ เป็นผู้ที่สามารถดูแลตนเองได้⁽¹¹⁾

ระยะเวลาที่ศึกษา เดือนมกราคม 2559 – มีนาคม 2560

พื้นที่ที่ศึกษา ผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบอำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ

เครื่องมือที่ใช้

1. แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอลดีแอล (Barthel ADL index)
2. แบบประเมินความรู้เรื่องโรคไตเสื่อมของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง
3. แบบบันทึกข้อมูลผู้เข้าร่วมวิจัยโดยดัดแปลงมาจากคู่มือสมุดประจำตัวโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคไตสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ และใช้แนวทางการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพด้านอาหารและโภชนาการก้าวสู่ความยั่งยืน สำนักโภชนาการกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข⁽¹²⁾
4. แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตเสื่อมในระยะ 3b ด้วยรูปแบบการจัดการรายกรณี ซึ่งทางทีมผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงในอำเภอภูสิงห์ได้คิดวิเคราะห์พัฒนาร่วมกันนำแนวทางการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (case management) มาใช้ในการดูแลกำกับติดตามผู้ป่วย ร่วมกับการใช้หลักการ Empowerment การเสริมสร้างพลังอำนาจ และการให้คำปรึกษาแบบระยะสั้น มีกระบวนการกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนร่วมในการแก้ไขปัญหาด้วยกัน
 - สร้างทีมประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร โภชนาการ กายภาพ
 - ผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้ประเมินปัญหาความต้องการเป็นรายบุคคล ประสานงานในทีมสุขภาพวางแผนและติดตามผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลต่อเนื่องตามแผนการพัฒนาที่พัฒนาร่วมกัน
 - ประชุมทีมเพื่อปรับแผนการดูแลให้เหมาะสมเป็นรายบุคคล
 - มีกิจกรรมการให้ความรู้เป็นรายบุคคลโดยใช้โมเดลอาหาร สมุดคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง
 - มีกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ นำ Model ตัวอย่างผู้ที่เคยบำบัดทดแทนไตมาเล่าประสบการณ์
 - มีการส่งต่อข้อมูลให้ทีมชุมชนติดตามเยี่ยม แบบการจัดการรายกรณีให้ทีมชุมชนรับทราบปัญหาที่ต้องดูแล

ต่อเนื่อง แบบประเมินการรับประทานเค็ม

- มีครอบครัวดูแลคอยช่วยเหลือเสริมพลังและร่วมรับฟังปัญหาผู้ป่วยด้วยกัน
5. แบบรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์พฤติกรรม การดูแลตนเอง การสนทนากลุ่ม การสังเกตแบบมีส่วนร่วมแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยรายกรณี
 6. สื่อให้ความรู้เรื่องโรคไต แผ่นพับการดูแลตนเอง เรื่องโรคไต แผ่นพลิกอาหาร ลดหวาน มัน เค็ม
- การศึกษาครั้งนี้ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการใช้กระบวนการพัฒนา PDCA (Plan – Do – Check – Act) ของวงล้อเดมมิ่ง⁽¹³⁾ เป็นกรอบในการศึกษาโดยแบ่งขั้นตอนการดำเนินการศึกษา เป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่
- ขั้นตอนที่ 1** การวิเคราะห์สถานการณ์มุมมองการรับรู้เรื่องการดูแลโรคไตในทีมเจ้าหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงและตัวผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง การกระตุ้นเสริมพลังการดูแลตนเองของผู้ป่วยร่วมทั้งการมีส่วนร่วมของทีมเจ้าหน้าที่ ครอบครัว ชุมชน โดยการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม การสังเกตแบบมีส่วนร่วม เพื่อเป็นการค้นหาและความต้องการแก้ไขปัญหา
- ขั้นตอนที่ 2** ขึ้นวางแผนการดำเนินงานและดำเนินงานตามแผนในพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะไตเสื่อมในระยะ 3b โดยผู้จัดการรายกรณี ให้คำปรึกษาแบบระยะสั้นสะท้อนความคิด รับทราบปัญหาจัดการปัญหาด้วยตนเอง ส่งเสริม empowerment จัดกิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน ประสานทีมสหวิชาชีพเครือข่ายทีมสุขภาพในชุมชน โดยผู้ศึกษารวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม การสังเกตแบบมีส่วนร่วม มาวิเคราะห์ข้อมูล นำข้อมูลที่ได้มาประชุมกลุ่มเพื่อร่วมวางแผนหาแนวทางการพัฒนา ร่วมสรุปแผนการดำเนินงาน ปฏิบัติตามแผนการดำเนินงาน ตรวจสอบปรับปรุงและพัฒนาส่วนขาด พัฒนาทีม จัดอบรมวิชาการโรคไตแก่เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในอำเภอภูสิงห์ทั้งหมด 51 คน (ในปี 2559) โดยมีกิจกรรมให้ความรู้เรื่องโรคไต มีการประเมินความรู้ของเจ้าหน้าที่ ก่อนและหลัง การอบรม สาธิตการดูแลการล้างไตทางช่องท้องและการฟอกเลือด

ทางเส้นเลือด ให้ทีมพยาบาลได้เข้าใจและรับทราบแนวทางในการติดตามดูแลต่อเนื่องในชุมชนและได้พัฒนารูปแบบการชะลอไตเสื่อมระยะ 3b ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยรายกรณีขึ้น โดยนำกลุ่มเป้าหมายจำนวน 44 คน ซึ่งคัดเลือกแบบเจาะจงในคลินิกโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลภูสิงห์ เข้ารับการจัดการกับพยาบาล case manager ทุกวันพุธของทุกสัปดาห์ วันละ 10 ราย จำนวน 12 เดือน (11 ครั้ง) แบ่งเป็น

สัปดาห์ที่ 1 คือ ค้นหาปัญหา ประเมินวิถีชีวิต การใช้ยาอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การป้องกันภาวะแทรกซ้อนประเมินความรู้เรื่องโรคไต ให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล (10-15 นาทีต่อราย) สะท้อนปัญหาให้ผู้ป่วยรับรู้ปัญหาของตนเองเพื่อนำไปจัดการ

เดือนที่ 1 นัดติดตามประเมินผลการดูแลตนเองและให้คำแนะนำร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพและผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยเน้นให้คำแนะนำเรื่องอาหารและความเข้าใจเรื่องโรคไต เป้าหมายการควบคุมระดับความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายเพื่อชะลอไตเสื่อม

เดือนที่ 2 ส่งต่อข้อมูลปัญหาในผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อให้เจ้าหน้าที่ในพื้นที่ร่วมดูแลโดยใช้แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยรายกรณี

เดือนที่ 3 จัดกลุ่มสนทนากลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน 20-30 นาที

เดือนที่ 4 ส่งข้อมูลการดูแลต่อเนื่อง/ติดตามเยี่ยมกับชุมชน

เดือนที่ 5 เสริมพลังโดยกระบวนการกลุ่มครั้งละ 7-10 คน ชื่นชมส่งเสริมพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยให้สามารถดูแลตนเองได้ นำ Model ตัวอย่าง ผู้ที่เคยบำบัดทดแทนไตมาแล้วประสบความสำเร็จ

เดือนที่ 6 สรุปประเมินผลรอบที่ 1 ประเมินพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ระดับความดันโลหิตและอัตราการกรองของไต eGFR นำมาสรุปปัญหาที่ยังพบอยู่ร่วมกับประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อนำมาวางแผนการดูแลต่อ

เนื่องในเดือนที่ 7-12

เดือนที่ 7 ลงติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับทีม FCT ในชุมชน เพื่อเสริมพลังในการดูแลตนเองมากขึ้นเดือนที่ 8 นัดผู้ดูแลหรือผู้ที่ปรุงอาหารเข้ามารับฟังปัญหาร่วมกันเพื่อเสริมพลังในการดูแลตนเองโดยครอบครัวมีส่วนร่วมเพื่อส่งเสริมให้ควบคุมพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารในระยะยาว

เดือนที่ 9 ส่งข้อมูลให้ชุมชนดูแล/ติดตามเยี่ยมร่วมกัน

เดือนที่ 12 สรุปประเมินผลครั้งที่ 2 ประเมินพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ระดับความดันโลหิต ค่าระดับน้ำตาลสะสม HbA1C ในผู้ป่วยเบาหวานและค่าการกรองของไต eGFR และสรุปผลการดูแลให้ผู้พยาบาลเป็นรายบุคคล

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผล

โดยการประเมินในด้านต่าง ๆ ได้แก่ การมีรูปแบบดูแลผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตเสื่อมในระยะ 3b ด้วยรูปแบบการจัดการรายกรณี ความสามารถและศักยภาพของเจ้าหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตเสื่อม และความสามารถของผู้ป่วยในการควบคุมระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ตามเกณฑ์เป้าหมายและช่วยชะลอไตเสื่อม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าร้อยละ การรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม การสังเกตแบบมีส่วนร่วมในช่วงสัปดาห์ที่ 1 ในเดือนที่ 1 เดือนที่ 6 และ เดือนที่ 12

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.72 อายุเฉลี่ย 60 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 86.36 จบการศึกษาระดับประถม ร้อยละ 95.45 ประกอบอาชีพเกษตรร้อยละ 100.00 ระยะเวลาเฉลี่ยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน 9 ปี ระยะเวลาเฉลี่ยที่ได้รับการวินิจฉัย

ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง 7 ปี ผู้ป่วยกลุ่มที่เป็น 2 โรค ร่วม คือ เบาหวานและความดันโลหิตสูง ร้อยละ 27.27 มีโรคแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น โรคเกาต์ ร้อยละ 11.36

ตารางที่ 1 แสดงผลการประเมินความรู้เรื่องโรคไตของผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงที่มีระยะไตเสื่อมระยะ 3b (44 ราย) ก่อนและหลังการจัดการรายกรณี (ม.ค. 2559 - มี.ค. 2560) พบว่า หลังการจัดการรายกรณีมีความรู้เรื่องโรคไตเพิ่มขึ้นร้อยละ 80.00 ซึ่งผลคะแนนความรู้ที่ได้คะแนนน้อยสุด คือการรับประทานอาหารลดหวาน ร้อยละ 63.63 และการรับประทานเกลือและน้ำมัน ร้อยละ 72.72 ซึ่งทางทีมผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงและโรคไตเสื่อมได้จัดทำแผ่นป้ายอาหารหมวดต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับทราบ และจัดอาหารหมวดเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลเป็นส่วนประกอบเพื่อให้ผู้ป่วยรับทราบ

ตารางที่ 2 แสดงผลพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตเสื่อมในระยะ 3b ก่อนและหลังการจัดการรายกรณี พบว่า มีพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดีเพิ่มขึ้น จากเดิมร้อยละ 50.36 หลังการจัดการเพิ่มขึ้นร้อยละ 74.27 ผลการติดตามค่าความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 24 ราย พบว่าความดันโลหิตน้อยกว่า 130/80 mmHg ก่อนการจัดการ ร้อยละ 50.00 หลังการจัดการเพิ่มขึ้นร้อยละ 66.66 ผลการควบคุม HbA1C น้อยกว่า 7% พบว่า ก่อนการจัดการร้อยละ 54.16 หลังการจัดการเพิ่มขึ้น ร้อยละ 66.67 ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจำนวน 20 ราย พบว่าค่าความดันโลหิตน้อยกว่า 140/90 mmHg ก่อนการจัดการร้อยละ 50.00 หลังการจัดการเพิ่มขึ้น ร้อยละ 65.00 ติดตามค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) พบว่าดีขึ้นร้อยละ 29.54 และลดลงเป็น stage 4 ร้อยละ 18.18 ยังไม่ได้เข้าสู่ระยะฟอกไต

ตารางที่ 1 ผลการประเมินความรู้เรื่องโรคไตของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่มีระยะไตเสื่อมระยะ 3b ก่อนและหลังการจัดการรายกรณี (N = 44) (มกราคม 2559 - มีนาคม 2560)

หัวข้อ	ก่อนการจัดการ (44 ราย)		หลังการจัดการ (44 ราย)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายขาดได้	35	79.54	40	90.90
2. สาเหตุของโรคไตเรื้อรังที่พบบ่อย คือ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง	25	56.81	39	88.63
3. การทำงานของไตเสื่อมลดลงตามอายุและจะเสื่อมเร็วเมื่อน้ำตาลในเลือดสูงและความดันโลหิตสูง	27	61.36	38	86.36
4. ผู้ป่วยเบาหวานควรควบคุมความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 130/80 mmHg	27	61.36	37	84.09
5. ผู้ป่วยเบาหวานควรควบคุมน้ำตาลในเลือดให้ต่ำกว่า 130 mg% หรือน้ำตาลสะสม <7%	34	77.27	33	75.00
6. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรควบคุมความดันโลหิตไม่เกิน 140/90 mmHg	24	54.54	37	84.09
7. การรับประทานแบบลดหวานคือทานน้ำตาลไม่เกิน 10 ช้อนชาต่อวัน	19	41.18	28	63.63
8. การรับประทานน้ำมันไม่ควรเกิน 6 ช้อนชา ต่อวัน	21	47.72	32	72.72
9. การรับประทานเกลือไม่เกิน 2 ช้อนชา ต่อวัน	27	61.36	32	72.72
10. ยาคุมกำเนิด ยาขับปัสสาวะ ยาสเตรียรอยด์ เช่น ยาประดง ยาป้อน ยาชุด มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือด ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นและทำให้ไตทำงานลดลง	25	56.81	36	81.81
รวม	264	60.00	352	80.00

การพัฒนาารูปแบบการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงด้วยการจัดการรายกรณี

ตารางที่ 2 ผลพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่มีไตเสื่อมระยะ 3b ก่อนและหลังการจัดการรายกรณี มกราคม 2559 – มีนาคม 2560

ตัวแปรที่ศึกษา	ก่อนการจัดการ		หลังการจัดการ			
			6 เดือน		12 เดือน	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในเกณฑ์ดี N = 44						
- ด้านการบริโภคอาหาร (5 ข้อ)	146	41.47	171	48.57	188	53.40
- การออกกำลังกาย (4 ข้อ)	49	27.84	94	53.40	97	55.11
- การใช้ยา (5 ข้อ)	49	22.27	218	99.09	220	100.00
- การป้องกันภาวะแทรกซ้อน (4 ข้อ)	125	71.02	132	75.00	132	75.00
- การจัดการความเครียด (5 ข้อ)	185	84.09	191	86.81	193	87.72
รวม	554	50.36	806	71.72	830	74.27
2. ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) N = 24						
- (HbA1C) <7%	13	54.16	-	-	16	66.67
- (HbA1C) <7-7.9%	5	20.90	-	-	2	8.33
- (HbA1C) <8-10%	2	8.33	-	-	2	8.33
- (HbA1C) >10%	4	16.66	-	-	4	16.66
3. การควบคุมBP						
- DM BP <= 130/80 mmHg (N=24)	12	50.00	13	54.16	16	66.66
- HTBP <= 140/90 mmHg (N=20)	10	50.00	11	55.00	13	65.00
4. ค่าการทำงานของไต (eGFR) (N = 44)						
- ระยะที่ 1	0	0.00	0	0.00	3	6.82
- ระยะที่ 2	0	0.00	4	9.09	4	9.09
- ระยะที่ 3a	0	0.00	2	4.54	6	13.64
- ระยะที่ 3b	44	100.00	30	68.18	23	52.27
- ระยะที่ 4	0	0.00	8	18.18	8	18.18
- ระยะที่ 5	0	0.00	0	0.00	0	0.00

จากขั้นตอนการประเมินผลพบว่า

1. ได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตเสื่อมในระยะ 3b ด้วยรูปแบบการจัดการรายกรณี

2. เจ้าหน้าที่ที่ดูแลผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงมีความสามารถและมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตเสื่อมในระยะ 3b คือจากการประเมินความรู้เรื่องการดูแลโรคไตของเจ้าหน้าที่จากเดิม

ร้อยละ 73.33 หลังการอบรมเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 91.90

3. ผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตเสื่อมในระยะ 3b มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่เหมาะสมเพิ่มขึ้น

4. ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตเสื่อมในระยะ 3b สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ตามเกณฑ์เป้าหมายและช่วยชะลอไตเสื่อม

วิจารณ์

การศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคไตด้วยรูปแบบการจัดการรายกรณี พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีระยะไตเสื่อมระยะ 3b มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมจากเดิมร้อยละ 50.36 หลังการจัดการเพิ่มขึ้นคือร้อยละ 74.27 ซึ่งจะพบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองทุก ๆ ด้านมีแนวโน้มดีขึ้นซึ่งสอดคล้องกับการติดตามค่าระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 24 ราย พบว่า ระดับความดันโลหิตน้อยกว่า 130/80 mmHg ติดต่อกัน 2 visit จากเดิมร้อยละ 50.00 หลังการจัดการเพิ่มขึ้นร้อยละ 66.66 ส่งผลทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลสะสม HbA1C น้อยกว่า 7% ดีขึ้น คือจากเดิมร้อยละ 54.16 หลังการจัดการเพิ่มขึ้นร้อยละ 66.67 ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจำนวน 20 ราย ระดับความดันโลหิตน้อยกว่าหรือเท่ากับ 140/90 mmHg ติดต่อกัน 2 visit จากเดิมร้อยละ 50.00 หลังการจัดการเพิ่มขึ้นร้อยละ 65.00 ติดตามค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) พบว่าดีขึ้นร้อยละ 29.54 เปลี่ยนเป็น stage 1 (3 ราย) stage 2 (4 ราย) และ stage 3a (6 ราย) และลดลงเป็น stage 4 (8 ราย) คิดเป็นร้อยละ 18.18 ยังไม่ได้เข้าสู่ระยะฟอกไต ซึ่งในรายที่ลดลงมาในระยะที่ 4 ทั้งหมด 8 ราย ได้นำมาวิเคราะห์สาเหตุที่ทำให้มีระยะไตเสื่อมมากขึ้น พบว่ามีปัจจัยร่วมหลายอย่างคือ เป็นผู้ป่วยกลุ่มที่เป็น 2 โรคร่วมคือ โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 50.00 (4 ราย) และมีระยะโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมากกว่า 10 ปีร่วมกับมีโรคร่วมอื่นๆ เช่น โรคเกาต์ ร้อยละ 50.00 (4 ราย) ซึ่งทำให้มีปัญหาในการคุมอาหารค่อนข้างยาก ซึ่งทางทีมได้วางแผนการดูแลต่อเนื่องในเดือนที่ 7 - 12 โดยการลงติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมหมอครอบครัวในชุมชนเพื่อเสริมพลังในการดูแลตนเองมากขึ้นและนัดผู้ดูแลหรือผู้ที่ปรุงอาหารเข้ามารับฟังปัญหาพร้อมกันเพื่อเสริมพลังในการดูแลตนเองโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ส่งข้อมูลให้ชุมชนดูแลและติดตามเยี่ยมร่วมกับชุมชน ส่งผลทำให้การ

ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ดีขึ้น และทำให้การเสื่อมของไตลดลง โดยเน้นการเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนัก รับรู้ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีความยั่งยืนต่อไป ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ รังสิมา รัตนศิลา และคณะ⁽⁶⁾ ในการใช้กระบวนการรายกรณีในการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง 12 สัปดาห์ ส่งผลทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเม็ดเลือดแดงและคุณภาพชีวิตดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ข้อเสนอแนะ

1. การนำผลการศึกษาไปใช้

- ในการนำแนวทางรูปแบบการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงด้วยการจัดการรายกรณีไปปฏิบัติควรมีการชี้แจงและทำความเข้าใจในทีมผู้รับผิดชอบงานคลินิกโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคไต รวมทั้งผู้ป่วยและญาติก่อนเพื่อความเข้าใจตรงกันในการปฏิบัติตามแนวทางการให้บริการ

- สามารถนำแนวทางการจัดการเป็นรายกรณีไปใช้กับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ได้

2. แนวทางในการศึกษาครั้งต่อไป

- ควรพัฒนาและนำรูปแบบการจัดการรายกรณีไปใช้เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ

- เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง 1 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลองดังนั้นจึงควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการรายกรณีแบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลองเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

เอกสารอ้างอิง

1. กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือปฏิบัติการเพื่อดำเนินงานลดโรคไตเรื้อรัง (CKD) ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง. กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2559.
2. Coresh J, Selvin E, Stevens LA, Manzi J, Kusek JW, Eggers P, et al. Prevalence of chronic kidney disease in the United States. JAMA 2007;298:2038-47.
3. Ingsathit A, Thakkinstian A, Chairasert A, Sangthawan P, Gojaseni P, Kiattisunthorn K, et al. Prevalence and risk factors of chronic kidney disease in the Thai adult population: Thai SEEK study Group. Nephrol Dial Transplant 2010;25:1567-75.
4. ประเสริฐ ธนกิจจารุ. สถานการณ์ปัจจุบันของโรคไตเรื้อรังในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 21 เม.ย. 2559]. แหล่งข้อมูล: http://www.dms.moph.go.th/dmsweb/dmsweb_v2_2/content/org/webpageJDMS_30/demo/data/2558/2558-05/no.5_01.pdf
5. งานควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลกุสิงห์ .สรุปผลดำเนินงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังปี 2558 . ศรีสะเกษ: โรงพยาบาลกุสิงห์; 2558.
6. รังคิมา รัตนศิลา, ขวัญใจ อำนวยสัตย์ชื้อ, สิรินทร ฉันทศิริ-กาญจน, สิริประภา กลั่นกลิ่น, พัชรภาพ เกิดมงคล. ผลของการจัดการโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 25 เม.ย. 2559]. แหล่งข้อมูล: phn.ph.mahidol.ac.th/Journal/txt/29_no1/6rangsima.pdf
7. นรีลักษณ์ สุวรรณโนบล. Empowerment [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 23 เม.ย. 2559]. แหล่งข้อมูล: <http://personal.sut.ac.th/chantira/port/ckfinder/userfiles/152002/files/>
8. โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือภาคประชาชนสำหรับคนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม เรื่อง กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (self-help group) [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 23 เม.ย. 2559]. แหล่งข้อมูล: <http://www.srithanya.go.th/excellence/images/document/pp2.pdf>
9. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. การประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้พัฒนาระบบโรคไตวายเรื้อรังจังหวัดศรีสะเกษและโครงการเพิ่มศักยภาพพยาบาลในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสร้างแรงจูงใจ. ศรีสะเกษ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ; 2560.
10. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. คู่มือปฏิบัติการเพื่อดำเนินงานลดโรคไตเรื้อรัง (CKD) ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง. กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2559.
11. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. การประเมินผู้สูงอายุ (geriatric assessment). ใน: สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์. การดูแลรักษาโรคผู้สูงอายุแบบสหวิชาชีพ. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2548. หน้า 71-91 .
12. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพด้านอาหารและโภชนาการก้าวสู่ความยั่งยืน [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 23 เม.ย. 2559]. แหล่งข้อมูล: http://nutrition.anamai.moph.go.th/images/file/แนวทางการดำเนินงาน รพ.ส่งเสริม ด้านโภชนา- final_2.pdf
13. รัตน์เกล้า พบสมัย. การพัฒนาแนวปฏิบัติการจัดการการส่งเสริมสุขภาพผู้รับบริการโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลสกลนครสาขา 1 จังหวัดสกลนคร [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 24 เม.ย. 2559]. แหล่งข้อมูล: http://digital_collect.lib.buu.ac.th/dcms/files/53921114.pdf

Abstract: Development of a Model to Delay Renal Impairment in Patients with Diabetes and Hypertension Using Case Management Process in Phusing Hospital, Sisaket Province

Somkit Supapan, B.N.S.

Phusing Hospital, Phusing District, Srisaket Province, Thailand

Journal of Health Science 2019;28:857-66.

The purpose of this study was to develop a model for slowing renal impairment in patients with diabetic and hypertension by the use of case management process. It was conducted in the period from January to March 2017. The samples were 44 patients with diabetes and hypertension who had impaired kidney function at stage 3b chronic kidney disease. The study process was divided into 3 stages: (I) preparation of the team and equipment, (2) situation analysis and model development, and (III) evaluation. Data were collected through group discussion and participatory observation with the use of PDCA framework. It was found that after the program implementation, the subjects had appropriate self caring behavior which improved from 50.36% to 74.27%. After program GFR was better in 13 cases. The result was found that patients with diabetes and hypertension who had renal impairment stage 3b and got case management process, improved their self caring .Some subjects could control sugar blood test in good level that promoted reduction of renal impairment. The pattern that emphasis and empowerment patient to realize and modify their behavior was important for caring chronic disease patient. The suggestion is the researcher should bring case management process to using for quality of continuity of caring ,especially in another chronic disease. And before-after comparing result from case management process should be studied.

Keywords: case management, chronic kidney disease stage 3b, diabetic patient, hypertensive patients