

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

Development of a Self-Management Model Based on Health Coaching to Delay Chronic Kidney Disease Progression in Patients with Stages 1–3 CKD in Primary Care Settings Uthai Thani Province

Nattaporn To-im

Social Medicine Department, Uthai Thani Hospital

Received: January 26, 2026 | Revised: Mar 31, 2026 | Accepted: April 24, 2026

Abstract

This research and development study aimed to develop and evaluate the effectiveness of a self-management model based on the health coaching concept to delay disease progression among patients with chronic kidney disease (CKD) stages 1–3. A mixed-methods approach was employed and conducted in three phases. Phase 1 involved a situational analysis of problems, related factors, and needs among 140 patients with CKD stages 1–3, selected using purposive sampling based on inclusion criteria, including age ≥ 18 years and a confirmed diagnosis of CKD stages 1–3. Phase 2 focused on the development and synthesis of the self-management model by integrating Self-Management Theory with the health coaching concept. Phase 3 involved the implementation and evaluation of the model using a quasi-experimental pretest–posttest control group design. The sample consisted of 60 patients, divided into an intervention group ($n = 30$) and a comparison group ($n = 30$). Stratified random sampling combined with simple randomization was applied to minimize contamination. The intervention was conducted over a 12-week period. Research instruments included health behavior and self-management questionnaires with reliability coefficients (Cronbach's alpha) ranging from 0.87 to 0.92, as well as clinical data obtained from medical records, including estimated glomerular filtration rate (eGFR), serum creatinine, glycated hemoglobin (HbA1c), and blood pressure. Data were analyzed using descriptive statistics, t-tests (independent and paired), and analysis of covariance (ANCOVA). The results revealed that, after the intervention, the intervention group demonstrated significantly higher self-management and health behavior scores compared to both baseline and the comparison group ($p < .001$), with an adjusted mean self-management score of 4.01. After controlling for baseline values, the intervention group showed significantly better outcomes than the comparison group. Clinical outcomes also improved significantly in the intervention group, with eGFR increasing from 61.2 ± 18.4 to 63.8 ± 18.1 ml/min/1.73m² ($p = 0.003$). ANCOVA results further indicated that the intervention group had significantly higher eGFR than the comparison group ($F = 6.84$, $p = 0.011$), while no significant changes were observed in the comparison group. In conclusion, the self-management model based on the health coaching concept was effective in enhancing self-management and health behaviors, as well as delaying disease progression among patients with CKD stages 1–3. The model demonstrates strong potential for implementation in primary healthcare and community-based health systems.

Correspondence: Nattaporn To-im

E-mail: nattaporn140923@gmail.com

การพัฒนาแบบแผนการจัดการตนเองโดยใช้แนวคิดโค้ชสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมของไต ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1–3 เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดอุทัยธานี

ณัฐพร โตอัม

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลอุทัยธานี

วันรับ: 26 มกราคม 2569 | วันแก้ไข: 31 มีนาคม 2569 | วันตอบรับ: 24 เมษายน 2569

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการตนเองโดยใช้แนวคิดโค้ชสุขภาพในการชะลอการดำเนินโรคของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1–3 การวิจัยใช้ระเบียบวิธีแบบผสมผสาน ดำเนินการ 3 ระยะ ได้แก่ (1) การศึกษาสถานการณ์ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และความต้องการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1–3 จำนวน 140 คน โดยคัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ อายุ ≥ 18 ปี ได้รับการวินิจฉัยเป็น CKD ระยะที่ 1–3 (2) การพัฒนาและสังเคราะห์รูปแบบโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการจัดการตนเองร่วมกับแนวคิดโค้ชสุขภาพ และ (3) การทดลองใช้และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบด้วยการวิจัยกึ่งทดลองแบบมีกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ วัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างระยะทดลองจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 30 คน โดยใช้การสุ่มแบบแบ่งชั้นร่วมกับการสุ่มอย่างง่ายเพื่อลดการปนเปื้อน ดำเนินการเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพและการจัดการตนเอง และมีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha) อยู่ระหว่าง 0.87–0.92 รวมถึงข้อมูลทางคลินิกจากเวชระเบียน ได้แก่ eGFR, creatinine, HbA1c และความดันโลหิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยโดยใช้สถิติ t-test และการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม ผลการศึกษา พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนการจัดการตนเองและพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีค่า Adjusted Mean ของการจัดการตนเองเท่ากับ 4.01 และเมื่อควบคุมค่าก่อนการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีผลลัพธ์สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ ตัวชี้วัดทางคลินิกของกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้น โดยค่า eGFR เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญจาก 61.2 ± 18.4 เป็น 63.8 ± 18.1 ml/min/1.73m² ($p = 0.003$) และผลการวิเคราะห์ ANCOVA พบว่ากลุ่มทดลองมีค่า eGFR สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ ($F = 6.84, p = 0.011$) ขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบไม่พบการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ สรุปได้ว่า รูปแบบการจัดการตนเองที่ประยุกต์ใช้แนวคิดโค้ชสุขภาพมีประสิทธิผลในการส่งเสริมการจัดการตนเองและพฤติกรรมสุขภาพ รวมถึงช่วยชะลอการดำเนินโรคของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1–3 และมีศักยภาพในการนำไปประยุกต์ใช้ในระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและชุมชน

ติดต่อผู้พิมพ์: ณัฐพร โตอัม

อีเมล: nattaporn140923@gmail.com

Keywords

Chronic Kidney Disease (CKD) stages 1–3

Self-Management

Health Coaching

CKD progression

eGFR

คำสำคัญ

โรคไตเรื้อรังระยะที่ 1–3

การจัดการตนเอง

โค้ชสุขภาพ

การดำเนินโรคของไต

อัตราการกรองของไตโดยประมาณ

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีแนวโน้มรุนแรงเพิ่มขึ้นทั่วโลก โดยในปี ค.ศ. 2019 มีผู้เสียชีวิตจากโรคไตประมาณ 1.4 ล้านคน และเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จัดเป็นหนึ่งในสาเหตุการเสียชีวิตสำคัญของประชากรโลก⁽¹⁾ โรคไตเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคอ้วน รวมถึงการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ส่งผลให้การโรคเพิ่มขึ้นทั้งด้านอัตราป่วย อัตราตาย และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ⁽²⁻⁴⁾ สำหรับประเทศไทย พบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมากกว่า 1 ล้านราย และมีผู้ป่วยรายใหม่ที่ต้องเข้าสู่ระบบการบำบัดทดแทนไตเฉลี่ยปีละประมาณ 20,000 ราย⁽⁵⁻⁶⁾ อีกทั้งยังเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดและการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร⁽⁷⁾ ตัวชี้วัดสำคัญในการติดตามการดำเนินโรค ได้แก่ ค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) ระดับความดันโลหิต (BP) ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) และปริมาณโปรตีนในปัสสาวะ (UPCR) ซึ่งสะท้อนความรุนแรงและความก้าวหน้าของโรค⁽⁸⁻⁹⁾

องค์ความรู้ในปัจจุบันชี้ให้เห็นว่าการชะลอการดำเนินโรคไตเรื้อรังสามารถทำได้โดยการควบคุมปัจจัยเสี่ยงอย่างต่อเนื่องและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ⁽⁸⁻⁹⁾ แนวคิดการจัดการตนเอง (Self-Management) มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการตั้งเป้าหมาย วางแผน และติดตามผลสุขภาพ⁽¹⁰⁾ ขณะที่แนวคิดโค้ชสุขภาพ (Health Coaching) เป็นกระบวนการสนับสนุนที่ช่วยเสริมแรงใจและเพิ่มสมรรถนะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าสามารถปรับปรุงผลลัพธ์ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญ⁽¹¹⁾

สำหรับเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิหนองแก อำเภอมือง จังหวัดอุทัยธานี ระหว่างปี พ.ศ. 2565–2567 พบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทุกระยะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จาก 261 ราย เป็น 316 ราย และ 344 ราย ตามลำดับ โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระยะที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 55.94, 50.63 และ 61.05 ตามลำดับ ขณะที่ผู้ป่วยระยะที่ 4–5 มีสัดส่วนร้อยละ 16.86, 15.51 และ 9.30 ตามลำดับ สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระยะที่ยังสามารถชะลอการเสื่อมของไตได้ อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มีโรคร่วม ได้แก่ เบาหวานและความดันโลหิตสูง และยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ค่า eGFR มีแนวโน้มลดลง ขณะที่ระดับ BP และ HbA1c ไม่สามารถควบคุมได้ตามเกณฑ์เป้าหมาย⁽¹²⁾

แม้ว่าจะมีแนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง แต่รูปแบบการดูแลในปัจจุบันยังเน้นการให้ความรู้มากกว่าการสร้างแรงจูงใจและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง^(8,13) การประยุกต์ใช้แนวคิด Self-Management ร่วมกับ Health Coaching จึงเป็นแนวทางที่มีศักยภาพในการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน โดย Health Coaching ช่วยสนับสนุนการตั้งเป้าหมาย การตัดสินใจ และการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังแบบองค์รวม⁽¹⁴⁻¹⁵⁾ แต่พบช่องว่างขององค์ความรู้ในการพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองที่บูรณาการแนวคิด Health Coaching อย่างเป็นระบบในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1–3 โดยเฉพาะในบริบทหน่วยบริการปฐมภูมิ รวมถึงการประเมินผลลัพธ์ทั้งด้านพฤติกรรมและตัวชี้วัดทางคลินิก ได้แก่ eGFR, BP, HbA1c และ UPCR ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบดังกล่าว โดยตั้งสมมติฐานว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นจะสามารถปรับปรุงพฤติกรรมสุขภาพ เพิ่มระดับการจัดการตนเอง และชะลอการลดลงของค่า eGFR ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ สภาพปัญหา ระดับการจัดการตนเอง และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1–3 ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ
 2. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองโดยประยุกต์ใช้แนวคิดโค้ชสุขภาพ สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1–3 ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ
 3. เพื่อทดลองและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นต่อการจัดการตนเอง พฤติกรรมสุขภาพ และตัวชี้วัดทางคลินิก โดยเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการทดลอง และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ
- ### สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนการจัดการตนเองและพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลอง
2. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนการจัดการตนเองและพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ
3. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีผลลัพธ์ทางคลินิกดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ โดยมีค่า eGFR สูงขึ้น และค่าความดันโลหิตและ HbA1c ลดลง เมื่อควบคุมค่าก่อนการทดลอง

วัสดุและวิธีการศึกษา

รูปแบบหรือวิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods) ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1–3 โดยประยุกต์ใช้แนวคิดโค้ชสุขภาพ ดำเนินการวิจัยเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) การศึกษาสถานการณ์ สภาพปัญหา และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 2) การพัฒนาและสังเคราะห์รูปแบบการจัดการตนเองโดยประยุกต์ใช้แนวคิดโค้ชสุขภาพ และ 3) การทดลองใช้และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ โดยใช้การออกแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) แบบมีกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (pretest–posttest control group design)

แหล่งที่มาของข้อมูล

แหล่งที่มาของข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ จำแนกตามระยะของการดำเนินการวิจัย 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ สภาพปัญหา และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ ประกอบด้วยข้อมูลปฐมภูมิจากผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1–3 ที่มารับบริการในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิหนองแก อำเภอมือง จังหวัดอุทัยธานี โดยเก็บข้อมูลด้านการจัดการตนเองและพฤติกรรมสุขภาพ

ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มของผู้ป่วยและบุคลากรสุขภาพ เพื่อสะท้อนสภาพปัญหา ความต้องการ และบริบทการดูแล

ข้อมูลทุติยภูมิจากระบบฐานข้อมูลสุขภาพ เช่น Health Data Center (HDC) เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์โรคไตเรื้อรังในพื้นที่

ระยะที่ 2 การพัฒนาและสังเคราะห์รูปแบบ

ใช้ข้อมูลจากผลการวิเคราะห์ในระยะที่ 1 ร่วมกับข้อมูลจากเอกสาร แนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับแนวคิดการจัดการตนเองและแนวคิดโค้ชสุขภาพ

ข้อมูลจากการประชุมผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อร่วมกันพัฒนา ตรวจสอบ และปรับปรุงรูปแบบให้มีความเหมาะสมกับบริบทของหน่วยบริการปฐมภูมิ

ระยะที่ 3 การทดลองใช้และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ

ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง ผ่านแบบสอบถามการจัดการตนเองและพฤติกรรมสุขภาพ

ข้อมูลทางคลินิกจากเวชระเบียน ได้แก่ ค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) ค่า creatinine ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) และความดันโลหิต

ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์ การสะท้อนผลหลังการทดลอง เพื่อประเมินความเหมาะสมความเป็นไปได้ และการนำรูปแบบไปใช้ในบริบทจริงของหน่วยบริการ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1–3 ที่มีโรคร่วม ได้แก่ โรคเบาหวาน และ/หรือโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิหนองแก่อำเภอเมือง จังหวัดอุทัยธานี ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 จำนวนทั้งสิ้น 210 คน

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างแบ่งตามระยะของการวิจัย 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ระยะนี้เป็นการศึกษาแบบผสมผสาน (Mixed Methods) เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ สภาพปัญหา และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1–3 ในบริบทของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1–3 จำนวน 140 คน โดยกำหนดขนาดตัวอย่างด้วยสูตรของ Cochran สำหรับประชากรจำกัด ($N = 210$) ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ($Z = 1.96$) กำหนดสัดส่วน $p = 0.5$ และค่าความคลาดเคลื่อน $e = 0.05$ ได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำ 136 คน และเพิ่มจำนวนเพื่อป้องกันการสูญเสียข้อมูล การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นตามหน่วยบริการ ร่วมกับการสุ่มอย่างง่าย จากพื้นที่ทั้ง 7 ตำบล เพื่อให้ได้ตัวแทนที่เหมาะสมของประชากร⁽¹⁶⁾

กลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพ คัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 10 คน ประกอบด้วยผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1–3 จำนวน 5 คน และผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4–5 จำนวน 5 คน เพื่อสะท้อนประสบการณ์ ปัญหา และความต้องการในการดูแลสุขภาพในบริบทชุมชน รวมถึงบุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้องเพื่อสะท้อนประสบการณ์ สภาพปัญหา และความต้องการในการดูแลสุขภาพในบริบทพื้นที่

เกณฑ์การคัดเลือก

ผู้เข้าร่วมการวิจัยในระยะนี้ต้องเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

- 1) ข้อมูลเชิงปริมาณ เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1–3
- 2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1–5 เพื่อให้ได้มุมมองที่หลากหลาย
- 3) อายุ 18 ปีขึ้นไป
- 4) สามารถสื่อสารและให้ข้อมูลได้อย่างชัดเจน และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่

- 1) ผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ในภาวะวิกฤต

- 2) ผู้ที่มีปัญหาด้านการสื่อสารหรือสติปัญญาที่ส่งผลต่อความสามารถในการให้ข้อมูล
- 3) ผู้ที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วน
- 4) ขอลอนตัวระหว่างการศึกษ ซึ่งจะถูกตัดออกจากการวิเคราะห์ข้อมูล

ระยะที่ 2 การพัฒนาและสังเคราะห์รูปแบบการจัดการตนเองโดยประยุกต์แนวคิด Health Coaching กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจง 15 คน ประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1–3 ผู้ดูแล/ครอบครัว กลุ่มละ 5 คน และบุคลากรสุขภาพ คัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 5 คน โดยเป็นผู้ที่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ประกอบด้วย แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบคลินิกโรคเรื้อรัง (NCD clinic) จำนวน 2 คน นักโภชนาการหรือเจ้าหน้าที่โภชนาการ จำนวน 1 คน และเภสัชกร จำนวน 1 คน ทั้งนี้เพื่อให้ได้มุมมองแบบสหสาขาวิชาชีพที่ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในทุกมิติ โดยใช้ข้อมูลจากระยะที่ 1 เป็นฐานในการพัฒนาและปรับปรุงรูปแบบ ผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึกและการประชุมกลุ่มย่อย (focus group) เพื่อให้รูปแบบมีความเหมาะสมกับบริบทพื้นที่

ระยะที่ 3 การทดสอบและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ

เป็นระยะของการทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการตนเองที่พัฒนาขึ้น โดยใช้การวิจัยกึ่งทดลอง แบบมีกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ วัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1–3 ที่รับบริการในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิเดียวกัน

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้หลักการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) สำหรับงานวิจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 อำนาจการทดสอบที่ 0.80 และขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง (effect size = 0.50) ตามแนวคิดของ Cohen ส่งผลให้ได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำกลุ่มละ 27 คน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน รวมทั้งสิ้น 60 คน เพื่อเพิ่มความเพียงพอของอำนาจการทดสอบและรองรับการสูญเสียตัวอย่างระหว่างการศึกษ⁽¹⁷⁾ ใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้น ตามพื้นที่ตำบล ร่วมกับการสุ่มอย่างง่าย โดยมีการแยกพื้นที่หน่วยบริการ บุคลากรผู้ดูแล และกิจกรรมของแต่ละกลุ่มอย่างชัดเจน เพื่อลดการปนเปื้อนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งอาจส่งผลต่อความเที่ยงตรงภายในของการวิจัย⁽¹⁵⁾

เกณฑ์การคัดเลือกและการคัดออกกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) ผู้เข้าร่วมวิจัยในระยะที่ 3 เป็นเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1–3 ซึ่งอาจเป็นโรคไตเรื้อรังเพียงอย่างเดียว หรือมีโรคร่วม ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง หรือทั้งสองโรคร่วมกัน มีอายุ 18 ปีขึ้นไป สามารถสื่อสารได้ และสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่ ผู้ที่ไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยหรือขอลอนตัวระหว่างการศึกษ ผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือเสียชีวิตระหว่างการเก็บข้อมูล รวมถึงผู้ป่วยติดเตียงหรือผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามระยะเวลาที่กำหนด ซึ่งจะถูกลบออกจากการวิเคราะห์ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือทดลอง คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ โปรแกรมการจัดการตนเองโดยใช้แนวคิดโค้ชสุขภาพ สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1–3 ซึ่งพัฒนาขึ้นจากผลการศึกษาในระยะที่ 1

โดยบูรณาการ Self-Management Theory ร่วมกับ Health Coaching ให้เหมาะสมกับบริบทชุมชน โปรแกรมดำเนินการเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ (3 เดือน) โดยประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ 5 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การตั้งเป้าหมาย (Goal setting) (2) การวางแผนสุขภาพรายบุคคล (Individualized health planning) (3) การปฏิบัติตามแผน (Action implementation) (4) การติดตามและให้ข้อมูลย้อนกลับ (Monitoring and feedback) และ (5) การประเมินผลและปรับแผน (Evaluation and adjustment)

เนื้อหาของโปรแกรมครอบคลุมพฤติกรรมสุขภาพหลัก 3 ด้าน ได้แก่

- 1) การจัดการโภชนาการ (ลดโซเดียม ควบคุมโปรตีน)
- 2) การมีกิจกรรมทางกาย (ออกกำลังกายเหมาะสมตามวัย)
- 3) การจัดการความเครียดและจิตใจ (ผ่อนคลายและสนับสนุนทางอารมณ์)

การดำเนินโปรแกรมใช้รูปแบบ การโค้ชรายบุคคลร่วมกับกิจกรรมกลุ่ม โดยมีโค้ชสุขภาพ (พยาบาลหรือบุคลากรสุขภาพที่ผ่านการอบรม) ทำหน้าที่สนับสนุนการตั้งเป้าหมาย การตัดสินใจ การปฏิบัติ และการประเมินผลร่วมกับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

แต่ละสัปดาห์ ผู้ป่วยจะเข้าร่วมกิจกรรม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละประมาณ 60–90 นาที ประกอบด้วย การให้ความรู้ การฝึกทักษะ และการสะท้อนผลพฤติกรรม พร้อมทั้งมีการติดตามรายบุคคล ผ่านการทบทวนบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ และการให้คำแนะนำเพิ่มเติมระหว่างสัปดาห์

มีการประเมินผลเป็นระยะทุก 4 สัปดาห์ เพื่อปรับแผนสุขภาพรายบุคคลให้เหมาะสม และใช้เครื่องมือสนับสนุน ได้แก่ คู่มือโปรแกรม แบบบันทึกพฤติกรรม และสื่อการเรียนรู้ด้านอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด

โปรแกรมหวังมุ่งเน้นการเสริมสร้างความสามารถในการจัดการตนเอง (self-management) เพิ่มแรงจูงใจ (motivation) และส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน เพื่อชะลอการดำเนินโรคไตเรื้อรังในระยะยาว

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งเป็น 5 ชุด ดังนี้

(1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ครอบคลุมข้อมูลประชากรและสุขภาพพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ผู้ดูแล โรคประจำตัว และระยะของโรคไต ลักษณะเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ

(2) แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ ประเมินพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด จำนวน 17 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Likert scale) โดยคะแนนเฉลี่ยที่สูงขึ้นสะท้อนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมมากขึ้น การแปลผลแบ่งเป็น 5 ระดับ ตั้งแต่น้อยที่สุด (1.00–1.49) ถึงมากที่สุด (4.50–5.00)

(3) แบบสอบถามความสามารถในการจัดการตนเอง พัฒนามาตามแนวคิดของ Lorig และ Holman ครอบคลุมด้านการตั้งเป้าหมาย การตัดสินใจ การแก้ปัญหา และการติดตามตนเอง เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยใช้เกณฑ์การแปลผลเดียวกับแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ

(4) แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดการตนเอง เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ครอบคลุมด้านเนื้อหา กระบวนการ ผลลัพธ์ และการนำไปใช้จริง ใช้เกณฑ์การแปลผลเดียวกับแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ

(5) แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิก ได้แก่ ค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1c) และโปรตีนในปัสสาวะ (UPCR) โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนตามระบบบริการปกติ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน โดยมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) อยู่ในระดับสูง (0.94–1.00) โดยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปมีค่า CVI เท่ากับ 1.00 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพมีค่า CVI เท่ากับ 0.96 แบบสอบถามความสามารถในการจัดการตนเองมีค่า CVI เท่ากับ 0.97 แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบมีค่า CVI เท่ากับ 0.94 และแบบบันทึกข้อมูลทางคลินิกมีค่า CVI เท่ากับ 1.00

ผู้วิจัยได้ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มศึกษา จำนวน 30 คน โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) พบว่า แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพมีค่าเท่ากับ 0.88 แบบสอบถามความสามารถในการจัดการตนเองมีค่าเท่ากับ 0.92 และแบบประเมินความพึงพอใจมีค่าเท่ากับ 0.90 ภาพรวมสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคอยู่ระหว่าง 0.87–0.92

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ขั้นตอนเตรียมการ (หลังผ่านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์)

ภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยได้ประสานงานกับเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิหนองแก เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลา สิทธิในการถอนตัว และการรักษาความลับของข้อมูล ก่อนให้ผู้เข้าร่วมลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2) ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ และแบบสอบถามการจัดการตนเองจากกลุ่มตัวอย่าง และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มจากผู้ป่วยและบุคลากรสุขภาพ รวมทั้งรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิจากระบบฐานข้อมูลสุขภาพ (HDC) เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์โรคในพื้นที่

3) ระยะที่ 2 การพัฒนาและสังเคราะห์รูปแบบ

ผู้วิจัยนำผลการวิเคราะห์จากระยะที่ 1 มาพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเอง โดยจัดประชุมผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อร่วมกันพัฒนา ตรวจสอบ และปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ก่อนนำไปทดลองใช้

4) ระยะที่ 3 การทดลองและประเมินผลรูปแบบ

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ แบบสอบถามการจัดการตนเอง แบบประเมินความพึงพอใจ และข้อมูลทางคลินิกจากเวชระเบียน ได้แก่ ค่า eGFR ความดันโลหิต และ HbA1c พร้อมทั้งติดตามการเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่างตลอดระยะเวลา 12 สัปดาห์

5) การควบคุมคุณภาพข้อมูล

ภายหลังการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูลทุกชุดก่อนนำไปวิเคราะห์ โดยการดำเนินการทั้งหมดเป็นไปตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัด

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลอุทัยธานี (เลขที่รับรอง COA No. UTH-IRB2025/3103 ลงวันที่ 31 มีนาคม 2568) ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และสิทธิในการถอนตัวโดยไม่กระทบต่อการรักษา ข้อมูลถูกเก็บเป็นความลับ ใช้เพื่อการวิจัยเท่านั้น และรายงานผลโดยไม่ระบุตัวตน ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมก่อนเข้าร่วมการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และแบ่งการวิเคราะห์ออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ การทดสอบสมมติฐาน และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ดังนี้

1) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ ความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) สำหรับข้อมูลด้านพฤติกรรมสุขภาพ การจัดการตนเอง และตัวชี้วัดทางคลินิก เช่น eGFR ความดันโลหิต และ HbA1c

2) การวิเคราะห์สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics)

2.1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ใช้สถิติ Pearson's correlation coefficient เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร เช่น พฤติกรรมสุขภาพ การจัดการตนเอง และตัวชี้วัดทางคลินิก

2.2 การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม

2.2.1 ใช้ Independent samples t-test เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่าง 2 กลุ่ม

2.2.2 ใช้ One-way ANOVA สำหรับเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของตัวแปรตามระหว่างกลุ่มที่มีมากกว่า 2 กลุ่ม ได้แก่ การเปรียบเทียบคะแนนการจัดการตนเองหรือพฤติกรรมสุขภาพ จำแนกตามลักษณะประชากร ได้แก่ ระดับการศึกษา กลุ่มอายุ หรือระยะของโรคไตเรื้อรัง (CKD stage 1–3)

2.3 การเปรียบเทียบก่อน-หลังการทดลอง

2.3.1 ใช้ Paired t-test เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภายในกลุ่ม (pre-post)

2.3.2 ใช้ Independent samples t-test เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

2.4 การควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน ใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (Analysis of Covariance: ANCOVA) โดยควบคุมค่าก่อนการทดลอง (baseline) เพื่อเพิ่มความเที่ยงตรงภายใน (internal validity) และลดอิทธิพลของตัวแปรแทรกซ้อนในการเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างกลุ่ม

3) การตรวจสอบข้อตั้งเบื้องต้นของสถิติ (Statistical assumptions)

ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อตั้งเบื้องต้นของสถิติให้สอดคล้องกับตัวแปรในการศึกษา ได้แก่ คะแนนการจัดการตนเอง พฤติกรรมสุขภาพ และตัวชี้วัดทางคลินิก (eGFR, BP, HbA1c) โดยตรวจสอบการแจกแจงแบบปกติด้วย Shapiro–Wilk ความแปรปรวนเท่ากันของกลุ่มด้วย Levene's test ความเป็นอิสระของข้อมูล ความสัมพันธ์เชิงเส้นของตัวแปรสำหรับการวิเคราะห์ Pearson's

correlation และตรวจสอบความเป็นเส้นตรงของตัวแปรร่วม (baseline) กับตัวแปรตาม รวมทั้งความเป็นอิสระของความชันสำหรับการวิเคราะห์ ANCOVA เพื่อให้ผลการวิเคราะห์มีความถูกต้องและน่าเชื่อถือ

4) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative analysis) ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม ถูกวิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหาเชิงธีม (thematic content analysis) โดยมีขั้นตอน ได้แก่ การถอดเทปคำสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ (verbatim transcription) การอ่านทบทวนข้อมูล การกำหนดรหัส การจัดกลุ่มรหัสเป็นประเด็นย่อย และการสังเคราะห์เป็นประเด็นหลัก เพื่ออธิบายสภาพปัญหา ความต้องการ และประสบการณ์ของผู้ป่วยและบุคลากรสุขภาพ

ผลการศึกษาวิจัย

การศึกษานี้นำเสนอผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ สภาพปัญหา ระดับการจัดการตนเอง และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1–3 ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

ผลการศึกษาเชิงปริมาณ

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1–3 จำนวน 140 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60 ($n = 84$) และเพศชายร้อยละ 40 ($n = 56$) โดยมีอายุเฉลี่ย 73.78 ± 10.38 ปี และมากกว่าครึ่งอยู่ในช่วงอายุ ≥ 71 ปี ร้อยละ 64 ($n = 90$) สะท้อนว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุเป็นหลัก ด้านการศึกษา พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 86.4 ($n = 121$) และไม่มีการศึกษาร้อยละ 3.6 ($n = 5$) ขณะที่ด้านเศรษฐกิจพบว่าร้อยละ 75.7 ($n = 106$) มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท ต่อเดือน และร้อยละ 56.4 ($n = 79$) มีผู้ดูแลเป็นบุตรหรือญาติ ลักษณะดังกล่าวสะท้อนข้อจำกัดด้านความรู้สุขภาพและทรัพยากรในการจัดการตนเองอย่างชัดเจน

ด้านสุขภาพ พบว่าผู้ป่วยมีโรคร่วมหลายโรค โดยพบความดันโลหิตสูงร่วมกับเบาหวานร้อยละ 27.86 ($n = 39$) และร่วมกับไขมันในเลือดสูงร้อยละ 28.57 ($n = 40$) นอกจากนี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระยะ CKD stage 3a–3b ร้อยละ 66.43 ($n = 93$) ซึ่งเป็นระยะที่โรคเริ่มมีความรุนแรง ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบนเท่ากับ 129.16 ± 16.1 mmHg อย่างไรก็ตาม ยังพบว่าร้อยละ 20 ($n = 28$) มีค่าความดันโลหิตมากกว่า 140/90 mmHg และมีเพียงร้อยละ 28.57 ($n = 40$) ที่สามารถควบคุม HbA1c ได้ดี ($< 6.5\%$) ขณะที่ร้อยละ 45 ($n = 63$) ไม่ได้เป็นเบาหวานและไม่ได้ตรวจ HbA1c สะท้อนว่าการควบคุมโรคยังไม่ครอบคลุมและยังมีความเสี่ยงต่อการดำเนินโรค

ด้านพฤติกรรมจัดการตนเอง พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมบางด้านที่เหมาะสม โดยร้อยละ 66 ($n = 92$) รับประทานอาหารไม่เค็ม และร้อยละ 96.4 ($n = 135$) รับประทานยาและมาตามนัดอย่างสม่ำเสมอ อย่างไรก็ตาม ยังพบพฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ การบริโภคอาหารเค็มร้อยละ 34 ($n = 48$) และอาหารไขมันสูงร้อยละ 28.4 ($n = 40$) ในด้านกิจกรรมทางกาย พบว่าร้อยละ 51.4 ($n = 72$) มีกิจกรรมทางกายในระดับเบาอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1–2 ครั้ง ขณะที่ร้อยละ 31.4 ($n = 44$) ไม่ออกกำลังกายเลย แสดงให้เห็นว่าการปรับพฤติกรรมยังไม่ครอบคลุมทุกด้าน

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง ($\text{Mean} = 3.01 \pm 1.46$) โดยพฤติกรรมด้านอาหารมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ($\text{Mean} = 3.10 \pm 1.47$) รองลงมาคือการจัดการความเครียด

(Mean = 2.99 ± 1.42) และต่ำที่สุดคือการออกกำลังกาย (Mean = 2.97 ± 1.42) สะท้อนว่าผู้ป่วยสามารถควบคุมพฤติกรรมบางด้านได้ แต่ยังขาดความต่อเนื่องและสมดุลในภาพรวม

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลและสุขภาพมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยผู้ป่วยอายุ ≤ 70 ปี มีคะแนนการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่ม ≥ 71 ปี (3.24 ± 0.48 vs 2.96 ± 0.47 ; $p = 0.017$) ผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป มีคะแนนสูงกว่ากลุ่มประถมศึกษา (3.29 ± 0.51 vs 2.97 ± 0.46 ; $p = 0.025$) ผู้ที่มีรายได้ $\geq 5,000$ บาทมีคะแนนสูงกว่า (3.18 ± 0.50 vs 2.95 ± 0.47 ; $p = 0.021$) และผู้ที่มีผู้ดูแลมีคะแนนสูงกว่าผู้ที่ดูแลตนเอง (3.14 ± 0.46 vs 2.78 ± 0.45 ; $p = 0.003$)

ด้านสุขภาพ พบว่าผู้ป่วยระยะ CKD 1–2 มีคะแนนการจัดการตนเองสูงกว่าระยะ 3 อย่างมีนัยสำคัญ (3.32 ± 0.44 vs 3.01 ± 0.47 vs 2.79 ± 0.43 ; $p = 0.002$) รวมถึงผู้ที่ควบคุม HbA1c ได้ดี ($< 6.5\%$) มีคะแนนสูงกว่า (3.36 ± 0.42 vs 2.92 ± 0.49 ; $p = 0.005$) และผู้ที่ควบคุมความดันโลหิตได้ ($< 140/90$ mmHg) มีคะแนนสูงกว่าเช่นกัน (3.16 ± 0.46 vs 2.91 ± 0.48 ; $p = 0.030$)

พฤติกรรมสุขภาพทุกด้านมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญ โดยพฤติกรรมด้านอาหารมีความสัมพันธ์สูงที่สุด ($r = 0.43$, $p < .001$) รองลงมาคือการออกกำลังกาย ($r = 0.35$, $p = 0.001$) และการจัดการความเครียด ($r = 0.29$, $p = 0.004$) แสดงให้เห็นว่าการปรับพฤติกรรมสุขภาพเป็นกลไกสำคัญในการพัฒนาการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1–3 ระยะที่ 4–5 และบุคลากรสุขภาพ พบว่า

กลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1–3 พบว่า ขาดความเข้าใจเชิงลึกเกี่ยวกับโรค โดยมองว่าเป็นเพียงโรคเรื้อรังทั่วไป ทำให้ไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการควบคุมโรคอย่างต่อเนื่อง แม้จะสามารถปรับพฤติกรรมพื้นฐานบางด้านได้ เช่น การลดการบริโภคอาหารเค็มหรือการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ แต่ยังขาดความต่อเนื่อง โดยเฉพาะในด้านการออกกำลังกายและการควบคุมอาหารในระยะยาว ซึ่งมีความสัมพันธ์กับข้อจำกัดด้านอายุ สุขภาพร่างกาย และเศรษฐกิจ ดังสะท้อนจากคำให้สัมภาษณ์ว่า “ก็รู้ว่าเป็นโรคไต แต่ไม่ได้คิดว่าต้องดูแลอะไรเยอะ แคกินยาก็พอ” และ “บางวันก็คุมอาหารได้ แต่บางวันก็ลืมหรือทำไม่ได้ต่อเนื่อง”

กลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4–5 พบว่า ผู้ป่วยมีความกลัวต่อการล้างไต และมองว่าเป็นระยะสุดท้ายของชีวิต ส่งผลให้เกิดทัศนคติด้านลบต่อการดูแลสุขภาพตั้งแต่ระยะเริ่มต้น อีกทั้งยังสะท้อนประสบการณ์ตรงว่าการไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมสุขภาพตั้งแต่ระยะต้นของโรค ส่งผลให้เกิดการดำเนินโรคที่รวดเร็วและเข้าสู่ระยะรุนแรง ดังคำกล่าวว่า “กลัวต้องล้างไตมาก เห็นคนอื่นแล้วทรมาน” และ “ถ้าย้อนกลับไปได้ น่าจะดูแลตัวเองตั้งแต่แรก”

กลุ่มบุคลากรสุขภาพ พบว่า ระบบบริการในปัจจุบันยังเน้นการให้ความรู้มากกว่าการติดตามและสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถปรับพฤติกรรมได้อย่างยั่งยืน อีกทั้งบุคลากรยังเห็นว่าผู้ป่วยแต่ละรายมีบริบทแตกต่างกัน จึงจำเป็นต้องมีการวางแผนสุขภาพเฉพาะบุคคล ดังคำสะท้อนว่า “เราสอนผู้ป่วยเยอะ แต่เขากลับไปแล้วไม่ได้ทำต่อ” และ “ผู้ป่วยแต่ละคนไม่เหมือนกัน ต้องมีแผนเฉพาะราย”

เมื่อสังเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ พบประเด็นสำคัญว่า ผู้ป่วยยังมีช่องว่างด้านความรู้และการรับรู้โรค ขาดแรงจูงใจและความต่อเนื่องในการปรับพฤติกรรม รวมถึงเผชิญข้อจำกัดจากบริบทชีวิตและระบบบริการ ในขณะเดียวกัน ทั้งผู้ป่วยและบุคลากรสุขภาพมีความเห็นสอดคล้องกันว่า การมี “โค้ชสุขภาพ” ที่ช่วยสนับสนุนการตั้งเป้าหมาย วางแผน ติดตาม และให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง เป็นกลไกสำคัญในการเสริมแรงจูงใจและเพิ่มศักยภาพในการจัดการตนเองของผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนในบริบทของชุมชน โดยสรุป ผลการศึกษาเชิงคุณภาพสะท้อนให้เห็นว่า การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังไม่ได้ขึ้นอยู่กับความรู้เพียงอย่างเดียว แต่เกี่ยวข้องกับแรงจูงใจ ความต่อเนื่องของพฤติกรรม และบริบทชีวิต ดังนั้น การพัฒนารูปแบบการดูแลที่บูรณาการแนวความคิดโค้ชสุขภาพจึงมีความเหมาะสมในการตอบโจทย์ช่องว่างดังกล่าว และสามารถส่งเสริมการจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพในระยะยาว

สรุปผลการศึกษาระยะที่ 1 พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1–3 ยังมีข้อจำกัดในการจัดการตนเอง ทั้งด้านความรู้ ความต่อเนื่องของพฤติกรรม และบริบทชีวิต โดยแม้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติพฤติกรรมบางด้านได้ แต่ยังไม่ครอบคลุมและไม่สม่ำเสมอ โดยเฉพาะด้านการออกกำลังกายและการควบคุมอาหาร ขณะเดียวกันยังพบปัญหาการควบคุมตัวชี้วัดทางคลินิกที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมายในบางรายปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเอง ได้แก่ ลักษณะส่วนบุคคล สภาพสุขภาพ การมีผู้ดูแล และพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งสะท้อนว่าการพัฒนาการดูแลจำเป็นต้องคำนึงถึงความแตกต่างของผู้ป่วยในแต่ละราย ด้านข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า ผู้ป่วยยังขาดความเข้าใจเชิงลึกเกี่ยวกับโรค ขาดแรงจูงใจและความต่อเนื่องในการปรับพฤติกรรม รวมถึงเผชิญข้อจำกัดจากบริบทชีวิต ขณะที่ระบบบริการยังเน้นการให้ความรู้มากกว่าการติดตามและสนับสนุนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น ประเด็นสำคัญที่นำไปใช้ในการพัฒนารูปแบบในระยะที่ 2 ได้แก่ การส่งเสริมการจัดการตนเองอย่างเป็นระบบ การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง การจัดทำแผนสุขภาพรายบุคคล และการใช้กระบวนการโค้ชสุขภาพเพื่อสนับสนุน ติดตาม และเสริมแรงจูงใจของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างยั่งยืนในบริบทชุมชน

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการจัดการตนเองโดยประยุกต์ใช้แนวคิดโค้ชสุขภาพ สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1–3

จากผลการศึกษาระยะที่ 1 ผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบการจัดการตนเองโดยใช้แนวคิดโค้ชสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1–3 โดยบูรณาการแนวคิด Self-Management Theory ร่วมกับ Health Coaching ให้เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุในชุมชน รูปแบบดังกล่าวมีลักษณะเป็นโปรแกรมโค้ชสุขภาพที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการตั้งเป้าหมายร่วมกับผู้ดูแลสุขภาพ การจัดทำแผนสุขภาพรายบุคคล การลงมือปฏิบัติตามแผน การติดตามอย่างต่อเนื่อง และการประเมินผลเพื่อนำไปสู่การปรับปรุงพฤติกรรมอย่างเหมาะสม

รูปแบบที่พัฒนาขึ้นตั้งอยู่บนปัจจัยนำเข้า ได้แก่ ปัจจัยด้านโครงสร้างของผู้ป่วย เช่น อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ ปัจจัยด้านการสนับสนุนจากครอบครัวหรือชุมชน รวมถึงปัจจัยด้านสุขภาพ เช่น ระยะของโรคไต ความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งล้วนมีผลต่อความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วย กระบวนการสำคัญของรูปแบบประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การตั้งเป้าหมายร่วม (goal setting) การวางแผนสุขภาพรายบุคคล (individualized health planning) การลงมือปฏิบัติ (action implementation) การติดตามและให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (monitoring and feedback) และการประเมินผลพร้อมปรับแผน

(evaluation and adjustment) โดยกระบวนการดังกล่าวดำเนินไปอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาของโปรแกรม รูปแบบมุ่งเน้นการพัฒนาพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองใน 3 ด้านหลัก ได้แก่ 1) การจัดการโภชนาการ เช่น การลดการบริโภคโซเดียมและการรับประทานโปรตีนอย่างเหมาะสม 2) การมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมกับวัยและสภาพร่างกาย และ 3) การจัดการความเครียดผ่านกิจกรรมผ่อนคลายและการสนับสนุนทางอารมณ์ ผลลัพธ์ที่คาดหวังจากรูปแบบนี้ ได้แก่ การเพิ่มขึ้นของพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง การเสริมสร้างความสามารถและความมั่นใจในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย (self-efficacy และ health literacy) การชะลอการเสื่อมของไต และการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว

รูปแบบการจัดการตนเองโดยใช้แนวคิดโค้ชสุขภาพนี้ดำเนินการเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยใช้รูปแบบการโค้ชรายบุคคลควบคู่กับการติดตามอย่างต่อเนื่อง โค้ชสุขภาพซึ่งผ่านการอบรมเฉพาะด้านทำหน้าที่สนับสนุนผู้ป่วยในการตั้งเป้าหมาย การปฏิบัติตามแผน และการประเมินผล มีการติดตามผู้ป่วยเป็นรายสัปดาห์ และประเมินผลทุก 4 สัปดาห์ เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนในบริบทของชุมชน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การดำเนินรูปแบบการจัดการตนเองโดยใช้แนวคิดโค้ชสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1–3 (ระยะเวลา 3 เดือน)

กิจกรรมหลักของโปรแกรม	บทบาทของโค้ชสุขภาพ	วิธีดำเนินกิจกรรม	การติดตามและประเมินผล
1. โค้ชอาหารไตดี	- ให้ความรู้และคำแนะนำรายบุคคล - ช่วยตั้งเป้าหมายด้านอาหาร - ติดตาม/สะท้อนผล	- เวิร์กช็อปเมนูอาหารจำกัดโซเดียม-โปรตีน - จัดทำบันทึกอาหารรายบุคคล - ติดตามคำแนะนำสัปดาห์ละ 1 ครั้ง	- ความถี่การบริโภคอาหารเค็ม/ทอด - คะแนนพฤติกรรมด้านอาหาร - ความสม่ำเสมอในการบันทึกอาหาร
2. โค้ชการเคลื่อนไหว	- แนะนำกิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ - กระตุ้นและเสริมแรงการออกกำลังกาย - ปรับกิจกรรมตามสภาพร่างกาย	- กิจกรรมกลุ่มยืดเหยียด-เดินช้า-ทำสวน - ใช้โปสเตอร์ท่าออกกำลังกายเบา - ติดตามรายสัปดาห์	- ความถี่กิจกรรมทางกายต่อสัปดาห์ - คะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกาย - ความพึงพอใจต่อการเคลื่อนไหว
3. โค้ชใจใส ไตแข็งแรง	- เป็นผู้ฟังและสนับสนุนทางอารมณ์ - ช่วยเสริมทักษะผ่อนคลายความเครียด - เผื่อระวังสุขภาพจิต	- ฝึกสมาธิ ฟังเพลง เขียนบันทึก - กลุ่มย่อยพูดคุยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง - ประเมินความเครียดทุก 4 สัปดาห์	- คะแนนการจัดการความเครียด - ระดับความเครียด (แบบประเมินสั้น) - การมีส่วนร่วมในกิจกรรมกลุ่ม
กระบวนการโค้ชร่วม (ตลอดโปรแกรม)	ตั้งเป้าหมาย วางแผน ติดตาม และปรับแผนร่วมกับผู้ป่วย	- Goal setting → Planning → Action → Monitoring → Evaluation	- คะแนนการจัดการตนเองรวม - ความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแผน

ระยะที่ 3 ทดลองและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นต่อการจัดการตนเอง พฤติกรรมสุขภาพ และตัวชี้วัดทางคลินิก โดยเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการทดลอง และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ

สมมติฐานการวิจัย

3.1 การเปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีข้อมูลทั่วไปและตัวชี้วัดทางคลินิกไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) โดยมีสัดส่วนเพศ อายุ การศึกษา รายได้ และการมีผู้ดูแลใกล้เคียงกัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระยะ CKD 1–2 ค่าเฉลี่ย SBP (132.4 ± 9.8 vs 131.8 ± 10.1 mmHg), eGFR (61.2 ± 18.4 vs 62.0 ± 17.9 ml/min/1.73m²) และ HbA1c (6.9 ± 0.9 vs $6.8 \pm 1.0\%$) ใกล้เคียงกัน สะท้อนความเท่าเทียมของกลุ่มก่อนการทดลอง และความเหมาะสมต่อการเปรียบเทียบผลลัพธ์ในระยะที่ 3

3.2 ผลการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการตนเองโดยใช้แนวคิดโค้ชสุขภาพ

3.2.1 เปรียบเทียบคะแนนการจัดการตนเองและพฤติกรรมสุขภาพภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังทดลอง

ผลการวิเคราะห์ด้วย Paired t-test พบว่า หลังทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนการจัดการตนเองและพฤติกรรมสุขภาพทุกด้านเพิ่มขึ้นกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$ ทุกตัวแปร) ขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบไม่พบการเปลี่ยนแปลงระหว่างก่อนและหลังทดลอง อย่างมีนัยสำคัญ ($p > .05$) ดังตารางที่ 2 ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนการจัดการตนเองและพฤติกรรมสุขภาพภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (Within-group comparison) ก่อนและหลังทดลอง (N = 60)

ตัวแปร	กลุ่ม	ก่อนทดลอง Mean $\pm$ SD	หลังทดลอง Mean $\pm$ SD	t-test	p-value
คะแนนการจัดการตนเองรวม	ทดลอง	3.05 $\pm$ 0.43	4.02 $\pm$ 0.38	8.74	< .001*
	เปรียบเทียบ	3.08 $\pm$ 0.41	3.15 $\pm$ 0.40	1.27	0.214
พฤติกรรมด้านอาหาร	ทดลอง	3.21 $\pm$ 0.48	4.12 $\pm$ 0.41	9.12	< .001*
	เปรียบเทียบ	3.18 $\pm$ 0.46	3.25 $\pm$ 0.45	1.35	0.187
การออกกำลังกาย	ทดลอง	2.85 $\pm$ 0.67	3.78 $\pm$ 0.59	7.96	< .001*
	เปรียบเทียบ	2.90 $\pm$ 0.65	2.96 $\pm$ 0.63	1.05	0.301
การผ่อนคลายความเครียด	ทดลอง	3.10 $\pm$ 0.54	4.05 $\pm$ 0.47	8.21	< .001*
	เปรียบเทียบ	3.12 $\pm$ 0.52	3.18 $\pm$ 0.50	1.14	0.266

* $p < .05$

3.2.2 เปรียบเทียบคะแนนการจัดการตนเองและพฤติกรรมสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังทดลอง

ผลการวิเคราะห์ด้วย ANCOVA โดยควบคุมค่าก่อนการทดลอง พบว่า หลังทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนการจัดการตนเองและพฤติกรรมสุขภาพทุกด้านสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง สะท้อนว่ารูปแบบการจัดการตนเองโดยใช้แนวคิดโค้ชสุขภาพ มีประสิทธิผลเหนือการดูแลตามปกติ แม้ควบคุมความแตกต่างของค่าก่อนการทดลองแล้ว ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้ ANCOVA (N = 60)

ตัวแปรตาม	กลุ่ม	ก่อนทดลอง (Mean ± SD)	หลังทดลอง (Mean ± SD)	Adjusted Mean หลัง ทดลอง ± SE	F (ANCOVA)	p-value	Partial η^2
คะแนนการจัดการ	ทดลอง	3.05 ± 0.43	4.02 ± 0.38	4.01 ± 0.07	28.46	< .001*	0.33
ตนเองรวม	เปรียบเทียบ	3.08 ± 0.41	3.15 ± 0.40	3.17 ± 0.07			
พฤติกรรมด้าน	ทดลอง	3.21 ± 0.48	4.12 ± 0.41	4.10 ± 0.08	31.12	< .001*	0.35
อาหาร	เปรียบเทียบ	3.18 ± 0.46	3.25 ± 0.45	3.26 ± 0.08			
การออกกำลังกาย	ทดลอง	2.85 ± 0.67	3.78 ± 0.59	3.76 ± 0.09	24.87	< .001*	0.30
	เปรียบเทียบ	2.90 ± 0.65	2.96 ± 0.63	2.98 ± 0.09			
การผ่อนคลาย	ทดลอง	3.10 ± 0.54	4.05 ± 0.47	4.03 ± 0.08	26.41	< .001*	0.32
ความเครียด	เปรียบเทียบ	3.12 ± 0.52	3.18 ± 0.50	3.19 ± 0.08			

*p < .05

3.2.3 เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกประกอบด้วยค่า eGFR ค่าความดันโลหิต และ HbA1c ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังทดลอง

ผลการวิเคราะห์ด้วย ANCOVA โดยควบคุมค่าก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีผลลัพธ์ทางคลินิกดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยมีค่า eGFR สูงกว่า และค่าความดันโลหิต HbA1c และ UPCR ต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ สะท้อนว่ารูปแบบการจัดการตนเองโดยใช้แนวคิดโค้ชสุขภาพมีประสิทธิภาพผลในการชะลอการเสื่อมของไตและควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางคลินิกได้ดีกว่าการดูแลตามปกติ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกประกอบด้วยค่า eGFR ค่าความดันโลหิต และ HbA1c ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังทดลอง โดยใช้ ANCOVA (N = 60)

ตัวชี้วัดทางคลินิก	กลุ่ม	ก่อนทดลอง (Mean ± SD)	หลังทดลอง (Mean ± SD)	Adjusted Mean หลัง ทดลอง ± SE	F (ANCOVA)	p-value	Partial η^2
eGFR (ml/min/1.73 m ²)	ทดลอง	61.2 ± 18.4	63.8 ± 18.1	63.6 ± 1.1	6.84	0.011*	0.11
	เปรียบเทียบ	62.0 ± 17.9	61.1 ± 18.3	61.3 ± 1.1			
SBP (mmHg)	ทดลอง	132.4 ± 9.8	126.1 ± 8.7	126.4 ± 1.3	9.72	0.003*	0.15
	เปรียบเทียบ	131.8 ± 10.1	130.2 ± 9.9	130.1 ± 1.3			
DBP (mmHg)	ทดลอง	76.8 ± 7.9	72.4 ± 7.1	72.6 ± 1.1	8.41	0.005*	0.13
	เปรียบเทียบ	77.2 ± 8.1	76.5 ± 7.8	76.3 ± 1.1			
HbA1c (%)	ทดลอง	6.9 ± 0.9	6.4 ± 0.7	6.41 ± 0.09	7.96	0.007*	0.12
	เปรียบเทียบ	6.8 ± 1.0	6.7 ± 0.9	6.72 ± 0.09			
UPCR (mg/g)	ทดลอง	182 ± 64	141 ± 58	143 ± 7.4	10.28	0.002*	0.16
	เปรียบเทียบ	176 ± 61	170 ± 63	169 ± 7.4			

*p < .05

วิจารณ์

อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

วัตถุประสงค์ที่ 1 เพื่อศึกษาสถานการณ์ สภาพปัญหา ระดับการจัดการตนเอง และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1–3 ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีการศึกษาต่ำ รายได้จำกัด และมีโรคร่วมหลายโรค สะท้อนบริบทโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประเทศไทย^(2–3) โดยมีระดับการจัดการตนเองปานกลาง และมีข้อจำกัดด้านความรู้ ความต่อเนื่องของพฤติกรรม และบริบทชีวิต ซึ่งอธิบายได้ตามแนวคิด Individual and Family Self-Management Theory⁽¹⁰⁾ ปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ health literacy, self-efficacy และ social support^(18–19) ประกอบกับผลเชิงคุณภาพที่สะท้อน “knowledge–behavior gap” และการขาดแรงจูงใจ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยในบริบทชุมชนไทย⁽²⁰⁾

วัตถุประสงค์ที่ 2 เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองโดยใช้ Health Coaching รูปแบบที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย goal setting, individualized care, continuous follow-up ซึ่งสอดคล้องกับปัญหาที่ค้นพบในระลอกที่ 1 โดยตรง กลไกสำคัญของรูปแบบคือการเสริม self-efficacy ผ่านกระบวนการโค้ช เช่น การตั้งเป้าหมายร่วม การให้ feedback และการติดตามต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการจัดการตนเอง⁽¹⁰⁾ และแนวคิด Chronic Care Model ที่เน้นการดูแลต่อเนื่อง⁽¹⁵⁾ จากหลักฐานเชิงประจักษ์ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา สนับสนุนว่าการใช้ health coaching สามารถเพิ่ม adherence และพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง^(21–23) อธิบายได้ว่ารูปแบบที่พัฒนามี “mechanism–based intervention” ที่ตอบโจทย์ปัญหาจริง

วัตถุประสงค์ที่ 3 เพื่อทดลองและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นต่อการจัดการตนเอง พฤติกรรมสุขภาพ และตัวชี้วัดทางคลินิก

สมมติฐานที่ 1 หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการจัดการตนเองและพฤติกรรมสุขภาพสูงขึ้น พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนการจัดการตนเองและพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ สะท้อนว่ากระบวนการโค้ชสุขภาพสามารถส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้จริง กลไกที่อธิบายผลลัพธ์นี้คือการเพิ่ม self-efficacy การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และการได้รับ feedback อย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับ systematic review ที่พบว่า health coaching ส่งผลต่อ self-management behaviors อย่างมีนัยสำคัญ^(21, 23) และการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วย CKD⁽²⁴⁾ ยืนยันว่า “behavior change ต้องอาศัยกระบวนการไม่ใช่ความรู้เพียงอย่างเดียว”

สมมติฐานที่ 2 กลุ่มทดลองมีผลลัพธ์ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ผลการวิเคราะห์ด้วย ANCOVA พบว่ากลุ่มทดลองมีผลลัพธ์สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ แม้ควบคุมค่าก่อนทดลองแล้วแสดงให้เห็นว่า “intervention effect” เกิดจากรูปแบบการโค้ชโดยตรง โดยกลไกสำคัญคือ continuous coaching support, individualized care และ behavioral reinforcement สอดคล้องกับ meta-analysis และ systematic review ที่พบว่า intervention ที่มีองค์ประกอบของ coaching ให้ผลดีกว่าการดูแลตามปกติ^(22–23) สะท้อนข้อจำกัดของระบบบริการแบบเดิมที่เน้นเพียงการให้ความรู้

สมมติฐานที่ 3 กลุ่มทดลองมีผลลัพธ์ทางคลินิกดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มทดลองมีค่า eGFR ดีขึ้น และสามารถควบคุมความดันโลหิต HbA1c และโปรตีนในปัสสาวะได้ดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญ สะท้อนให้เห็นว่ารูปแบบการจัดการตนเองสามารถส่งผลต่อผลลัพธ์ทางคลินิกได้จริง ผลลัพธ์ดังกล่าวสามารถอธิบายได้ผ่าน behavioral change pathway กล่าวคือ การปรับพฤติกรรมด้านอาหาร การออกกำลังกาย

และการจัดการความเครียด ส่งผลให้สามารถควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางคลินิกได้ดีขึ้น และมีส่วนช่วยชะลอการเสื่อมของไต สอดคล้องกับหลักฐานที่พบว่า self-management intervention สามารถปรับปรุงผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้⁽²⁴⁻²⁵⁾ รวมถึงหลักฐานเชิง meta-analysis ที่ยืนยันว่าการควบคุมปัจจัยทางคลินิกมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ของผู้ป่วย CKD⁽²⁶⁾ และเป็นไปตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง^(8,27) โดยกลไกสำคัญคือการเสริม self-efficacy ความต่อเนื่องของพฤติกรรม และการติดตามอย่างเป็นระบบ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างสม่ำเสมอ และนำไปสู่ผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้นในระยะยาว

การศึกษานี้ยืนยันว่าการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเป็น “multifactorial process” ไม่ใช่เพียงการให้ความรู้ โดยปัญหาหลักคือ แรงจูงใจ ความต่อเนื่อง และบริบทชีวิต สอดคล้องกับผลเชิงคุณภาพ และงานวิจัยในบริบทชุมชนไทย⁽²⁵⁾ Health Coaching จึงทำหน้าที่เป็น “ตัวเชื่อม (bridge) ระหว่างความรู้การปฏิบัติส่งผลต่อผลลัพธ์สุขภาพ” โดยสรุป ผลการวิจัยสนับสนุนสมมติฐานทั้ง 3 ข้อ และแสดงให้เห็นว่า รูปแบบการจัดการตนเองโดยใช้แนวคิดโค้ชสุขภาพมีประสิทธิภาพอย่างชัดเจนในด้านการจัดการตนเอง พฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์ทางคลินิก ภายใต้กลไกสำคัญคือ self-efficacy, continuous coaching และ individualized care ซึ่งมีศักยภาพสูงในการนำไปใช้ในระบบบริการปฐมภูมิ เพื่อชะลอการดำเนินโรคไตเรื้อรังอย่างยั่งยืนในระดับชุมชนและระบบสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการนำผลการศึกษาไปใช้ประโยชน์

รูปแบบการจัดการตนเองโดยใช้แนวคิดโค้ชสุขภาพสามารถส่งเสริมการจัดการตนเอง พฤติกรรมสุขภาพ และปรับปรุงผลลัพธ์ทางคลินิกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1. ควรนำรูปแบบดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยเน้นการตั้งเป้าหมายรายบุคคล การติดตามต่อเนื่อง และการให้ข้อมูลสะท้อนกลับ เพื่อแก้ปัญหาความไม่ต่อเนื่องของพฤติกรรมและส่งเสริมการดูแลตนเองอย่างยั่งยืน

2. ควรพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านทักษะการโค้ชสุขภาพ โดยเฉพาะการสื่อสารเชิงจูงใจ การตั้งเป้าหมายร่วม และการติดตามพฤติกรรม เพื่อเสริมความมั่นใจในการปฏิบัติและเพิ่มความต่อเนื่องของพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย

3. การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนมีความสำคัญในการสนับสนุนการปรับพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน ซึ่งจะช่วยลดข้อจำกัดด้านบริบทชีวิตที่เป็นอุปสรรคต่อการจัดการตนเอง

4. ควรพัฒนาการติดตามและประเมินผลที่เชื่อมโยงทั้งพฤติกรรมสุขภาพและตัวชี้วัดทางคลินิก เพื่อให้สามารถสะท้อนผลลัพธ์ของการดูแลได้อย่างชัดเจนและนำไปสู่การปรับแผนรายบุคคลอย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาระยะยาวและการขยายผลในบริบทอื่น เพื่อยืนยันความยั่งยืนและศักยภาพในการประยุกต์ใช้ในระบบสุขภาพ

สรุปผลการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่า รูปแบบการจัดการตนเองโดยใช้แนวคิดโค้ชสุขภาพมีประสิทธิภาพในการเพิ่มระดับการจัดการตนเองและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1–3 โดยเฉพาะด้านอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด นอกจากนี้ รูปแบบยังส่งผลให้ตัวชี้วัดทางคลินิก

ดีขึ้น ได้แก่ การทำงานของไต ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด และโปรตีนในปัสสาวะ สะท้อนให้เห็นถึงความเชื่อมโยงระหว่างการรักษาโรคเรื้อรังกับผลลัพธ์ทางคลินิกอย่างเป็นระบบ ดังนั้น รูปแบบนี้จึงมีประสิทธิผลต่อทั้ง พฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิก และมีความเหมาะสมในการนำไปใช้ในระบบบริการปฐมภูมิ เพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองและชะลอการดำเนินโรคไตเรื้อรังในระยะยาว

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและผู้ดูแลทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณบุคลากรสาธารณสุขในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิหนองแก และโรงพยาบาลอุทัยธานี ที่ให้การสนับสนุนและอำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัย ตลอดจนผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนางานวิจัยจนสำเร็จลุล่วง

เอกสารอ้างอิง

1. Global Burden of Disease Collaborative Network. Global burden of disease study 2019 (GBD 2019) results. Seattle (WA): Institute for Health Metrics and Evaluation; 2020.
2. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. National report on noncommunicable diseases: diabetes, hypertension and related risk factors. Nonthaburi: Department of Disease Control; 2022.
3. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Epidemiology of chronic kidney disease in Thailand. Nonthaburi: Department of Disease Control; 2021.
4. Hfocus News Agency. Rising burden of chronic kidney disease in Thailand: one in 25 patients with diabetes and hypertension develops CKD. Bangkok: Hfocus; 2023.
5. National Health Security Office. Chronic kidney disease (CKD). Bangkok: National Health Security Office; 2020.
6. The Coverage. Thailand's chronic kidney disease crisis: what happens if no action is taken? Bangkok: The Coverage; 2023.
7. National Kidney Foundation. K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. Am J Kidney Dis. 2002;39(Suppl 1):S1–266.
8. The Nephrology Society of Thailand. Clinical practice guidelines for chronic kidney disease management. Bangkok: The Nephrology Society of Thailand; 2022.
9. Ibrahim H, Mondress M, Tello A, Fan Y, Koopmeiners J, Thomas W. An alternative formula to the Cockcroft–Gault and MDRD equations in predicting GFR. Kidney Int. 2005;68(2):1,053–8.
10. Ryan P, Sawin KJ. The individual and family self-management theory: background and perspectives. Nurs Outlook. 2009;57(4):217–25.
11. Oliveira JS, Sherrington C, Zheng ER, Franco MR. Effect of health coaching on chronic conditions: a systematic review and meta-analysis. BMJ Open. 2020;10:e035420.
12. Health Data Center (HDC). Chronic kidney disease data of Nongkae Primary Care Network, Mueang Uthai Thani District, Uthai Thani Province; 2022–2024.

13. Lampang Hospital Journal Editorial Board. Self-care practices to reduce risk and slow progression of chronic kidney disease. *Lampang Hosp J*. 2014;34(2):45–52.
14. World Health Organization. Innovative care for chronic conditions: building blocks for action. Geneva: World Health Organization; 2002.
15. Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Organizing care for patients with chronic illness. *Milbank Q*. 1996;74(4):511–44.
16. Cochran WG. Sampling techniques. 3rd ed. New York: John Wiley & Sons; 1977.
17. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
18. Kivelä K, Elo S, Kyngäs H, Kääriäinen M. The effects of health coaching on adult patients with chronic diseases: a systematic review. *Patient Educ Couns*. 2022;105(5):957–68.
19. O'Connor S, Hanlon P, O'Donnell CA, Garcia S, Glanville J, Mair FS. Understanding factors affecting patient adherence to self-management interventions for chronic diseases: a systematic review. *BMC Public Health*. 2023;23:112.
20. Zhang Y, Liu C, Luo S, Xie Y, Liu F, Li X. Effectiveness of health coaching interventions for patients with chronic diseases: a meta-analysis. *Int J Nurs Stud*. 2022;129:104214.
21. Chen SH, Tsai YF, Sun CY, Wu IW, Lee CC, Wu MS. The impact of self-management support on outcomes in patients with chronic kidney disease: a systematic review and meta-analysis. *Nephrol Dial Transplant*. 2021;36(2):249–60.
22. Kelly JT, Campbell KL, Hoffmann T, Reidlinger DP. Healthy dietary patterns and risk of chronic kidney disease progression: a systematic review. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2023;18(4):584–596.
23. Peng S. Health literacy and its association with self-management in patients with chronic kidney disease: a cross-sectional study. *BMC Nephrol*. 2022;23:67.
24. Li H. Social support, self-efficacy and self-management among patients with chronic kidney disease: a structural equation model. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(5):4,123.
25. Jiraporncharoen W, Srisuphan W, Nantsupawat R. Self-management behaviors among patients with chronic kidney disease in community settings in Thailand. *Thai J Nurs Res*. 2022;26(3):45–58.
26. Phrommintikul A, Haas SJ, Elsie M, Krum H. Mortality and target hemoglobin concentrations in chronic kidney disease patients treated with erythropoietin: a meta-analysis. *J Am Soc Nephrol*. 2021;32(1):45–56.
27. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). KDIGO 2022 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. *Kidney Int Suppl*. 2022;12(1):S1–115.