

ผลการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์การบริการของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเสียหน้าที่ระยะ 3 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งในจังหวัดนนทบุรี

วันวิสาข์ สนใจ*

บทคัดย่อ

บทนำ : จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเสียหน้าที่ระยะ 3 เพิ่มขึ้นในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การส่งเสริมการจัดการตนเองที่เหมาะสมมีส่วนช่วยลดการเสียหน้าที่ของไต

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อศึกษาผลการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์การบริการของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเสียหน้าที่ระยะ 3

วิธีดำเนินการวิจัย : วิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 60 คน เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะไตเสียหน้าที่ระยะ 3 จำนวน 30 คน ผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 30 คน เครื่องมือการวิจัย กลุ่มผู้ป่วย ใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ แบบประเมินความพึงพอใจ และแบบบันทึกผลการตรวจเลือดระดับค่าซีรั่มครีเอตินิน กลุ่มผู้ดูแล ใช้แบบวัดความรู้และบทบาทในการดูแลผู้ป่วย แบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t-test

ผลการวิจัย : พบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพและค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และระดับค่าซีรั่มครีเอตินินหลังเข้าร่วมโปรแกรมต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ค่าเฉลี่ยความรู้และบทบาทในการดูแลผู้ป่วย และค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ดูแล หลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

สรุปผล : การส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ส่งผลให้ระดับค่าซีรั่มครีเอตินินลดลง รวมไปถึงผู้ดูแลมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมและถูกต้อง

คำสำคัญ : การส่งเสริมการจัดการตนเอง ผู้ป่วยโรคเรื้อรังภาวะไตเสียหน้าที่ระยะ 3 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

* โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางไผ่ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี

ผู้พิมพ์ประสาน : วันวิสาข์ สนใจ, E-mail: asawanwisa@hotmail.co.th

The Effects of Self-Management Promotion on Service Outcomes among Patients with Chronic Diseases and Stage 3 Kidney Dysfunction at a Sub-district Health Promoting Hospital in Nonthaburi Province

Wanwisa Sonjai*

Abstract

Background: The number of patients with chronic diseases experiencing stage 3 kidney dysfunction has increased in sub-district health-promoting hospitals. Promoting appropriate self-management plays a significant role in slowing the progression of kidney dysfunction.

Objectives: To study the effects of self-management promotion on service outcomes among patients with chronic diseases and stage 3 kidney dysfunction.

Methods: This was a quasi-experimental study using a one-group pretest-posttest design. The sample consisted of 60 participants: 30 patients with stage 3 kidney dysfunction and 30 caregivers. Research instruments for the patient group included a personal information record form, a health behavior questionnaire, a satisfaction assessment form, and a blood test record for serum creatinine levels. For the caregiver group, tools included a knowledge and caregiving role assessment, and a satisfaction assessment form. Data were analyzed using frequency distribution, percentage, mean, standard deviation, and paired t-test.

Results: The mean health behavior score and patient satisfaction score after participating in the program were significantly higher than before the program ($p < .01$). Serum creatinine levels after the program were significantly lower than before ($p < .05$). Additionally, caregivers' knowledge and caregiving roles, as well as their satisfaction scores, were significantly higher after participating in the program ($p < .01$).

Conclusions: Self-management promotion among patients led to improved health behaviors and a reduction in serum creatinine levels. Caregivers also demonstrated increased knowledge and ability to provide comprehensive and accurate care for the patients.

Keywords: self-management promotion, chronic kidney disease stage 3, subdistrict health promoting hospital

* Bang Phai Subdistrict Health Promoting Hospital, Nonthaburi

Corresponding Author: Wanwisa Sonjai, E-mail: asawanwisa@hotmail.co.th

บทนำ

โรคเรื้อรังเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตมากที่สุด และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก จำเป็นต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในหลายมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และคุณภาพชีวิต (Naka, 2024) จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2023) พบว่า มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases: NCDs) คิดเป็น ร้อยละ 74 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก ในแต่ละปีพบผู้เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มากถึง 41 ล้านคน โดยเฉพาะเสียชีวิตก่อนอายุ 70 ปี สำหรับประเทศไทยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งของการเสียชีวิต และคนไทยมากกว่า 14 ล้านคน กำลังเผชิญกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยมีผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวาน มากกว่า 4.8 ล้านคนและมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นเป็น 5.3 ล้านคน ในปี 2583 (Department of Medical Sciences [DMS], 2020) ภาวะไตเสียหน้าที่เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบในผู้ป่วยโรคเรื้อรังมากถึงร้อยละ 70 ทั้งนี้พบในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 40 และโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 23.3 ความชุกของผู้ป่วยที่มีภาวะไตเสียหน้าที่ระยะ 3 ขึ้นไป ประมาณร้อยละ 8.7 พ.ศ. 2563 – 2565 มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3 จำนวน 436,361 คน (ร้อยละ 41.71) จำนวน 431,356 คน (ร้อยละ 42.83) และ 420,164 (ร้อยละ 42.98) ตามลำดับ (Vijitsoonthornkul, 2022) ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ภาวะไตเสียหน้าที่เป็นภาวะที่เนื้อไตถูกทำลาย ทำให้สูญเสียหน้าที่อย่างค่อยเป็นค่อยไป หรือเกิดขึ้นเมื่ออัตราการกรองของหน่วยไตต่ำกว่า $60 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ เป็นเวลา 3 เดือนหรือมากกว่า 3 เดือน เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ค่าใช้จ่ายในการบำบัดทดแทนไต มากกว่า 2,000 ล้านบาท (Phulthong et al., 2023) ดังนั้นจึงเป็นสิ่งสำคัญต้องป้องกันตั้งแต่พบภาวะไตเสียหน้าที่ระยะแรก เพื่อชะลอความเสื่อมของไตให้ได้ผลดี และลดภาวะแทรกซ้อน

ข้อมูลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางไผ่ จังหวัดนนทบุรี มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเสียหน้าที่ระยะ 1-5 ในปี พ.ศ. 2563-2565 จำนวน 282 คน, 292 คน, และ 298 คน ตามลำดับ โดยมีภาวะไตเสียหน้าที่ระยะ 3 จำนวน 32 คน (ร้อยละ 11.35), 35 คน (ร้อยละ 11.99), และ 47 คน (ร้อยละ 15.77) ตามลำดับ (Bang Phai Subdistrict Health Promoting Hospital, 2023) จะเห็นว่าจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี ในปี พ.ศ. 2566 มีผู้ป่วยที่มีภาวะไตเสียหน้าที่ระยะ 3 จำนวน 50 คน จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 300 คน ในจำนวนนี้มีการขาดนัด จำนวน 6 คน และมีภาวะแทรกซ้อนทางตา จำนวน 2 คน แม้ว่าหน่วยงานจะดำเนินงานเชิงรุก เช่น การเยี่ยมบ้านรายบุคคล แต่ยังไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย เนื่องจากผู้ป่วยมีจำนวนเพิ่มขึ้น แต่มีบุคลากรไม่เพียงพอ จึงเปลี่ยนรูปแบบการให้บริการเป็นการให้ความรู้เป็นแบบกลุ่ม ให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเสียหน้าที่ระยะ 3 เพื่อชะลอการเสื่อมของไตผ่านการให้บริการร่วมกับคลินิกโรคเรื้อรัง แต่ยังขาดแบบแผนการดำเนินงานในคลินิกที่ชัดเจน รวมถึงขาดการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและผู้ดูแล ในการออกแบบบริการร่วมกัน ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการติดตามอาการที่เหมาะสม และไม่สะท้อนผลลัพธ์การบริการอย่างเด่นชัด จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า รูปแบบการให้บริการที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีส่วนร่วมออกแบบบริการร่วมกันและมีการจัดการตนเอง จะช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรม การรับประทานยา การออกกำลังกาย และการรับประทานยาที่เหมาะสม (Trisirichok et al., 2019)

จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน จึงมีแนวคิดเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเสียหน้าที่ระยะ 3 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางไผ่ ผ่านโปรแกรมการจัดการตนเอง โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) ของ Kanfer & Gaelick-Buys (1991) เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ปัญหาของตนเอง การประเมินตนเอง การเสริมแรงตนเอง และนำมาปฏิบัติใน

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยาที่เหมาะสม ส่งผลให้ชะลอไตเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

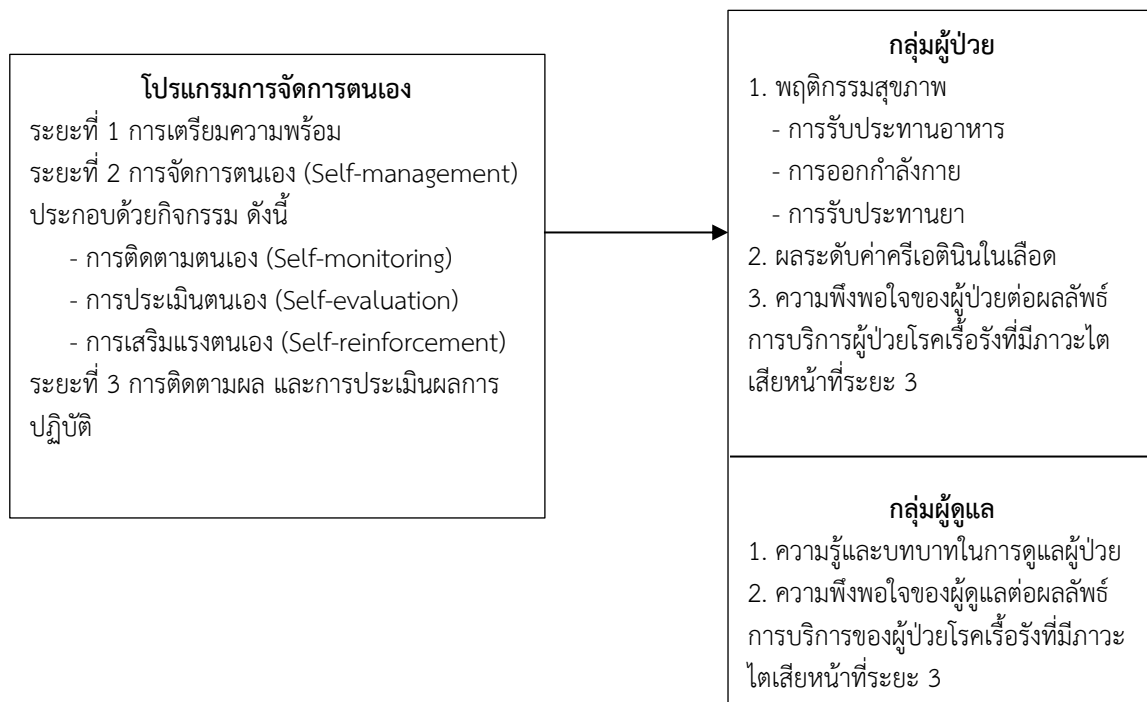
เพื่อศึกษาผลการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์การบริการของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเสื่อมหน้าที่ระยะ 3 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดนนทบุรี

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเสื่อมหน้าที่ระยะ 3 มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพและค่าเฉลี่ยความพึงพอใจหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
2. ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเสื่อมหน้าที่ระยะ 3 มีค่าเฉลี่ยระดับซีรัมครีเอตินินหลังเข้าร่วมโปรแกรมต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเสื่อมหน้าที่ระยะ 3 โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) ของ Kanfer & Gaelick-Buys (1991) ที่เน้นที่ความรับผิดชอบของบุคคลต่อพฤติกรรมของตนเอง โดยบุคลากรด้านสุขภาพมีส่วนสำคัญ ในการให้ความรู้ และสนับสนุนในการจัดการตนเอง ติดตามประเมินความก้าวหน้าของการดูแลสุขภาพ ซึ่งแนวคิดนี้ประกอบด้วย การติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไตที่ถูกต้องและเหมาะสม ผู้วิจัยได้กำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียว
วัดผลก่อนและหลังทดลอง (One group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบลบางไผ่ อำเภอนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี จำนวน 53 คน และผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 53 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่วินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคเบาหวาน และ/หรือโรคความดันโลหิตสูงที่มี
ภาวะไตเสียหน้าที่ระยะ 3 จำนวน 30 คน และกลุ่มผู้ดูแล จำนวน 30 คน คำนวณโดยใช้โปรแกรม G* Power
Analysis (Faul et al., 2007) ใช้ Test family เลือก t-tests, Statistical test เลือก Means: Differences
from constant (one sample case) เลือก One tailed กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) = 0.5
ซึ่งเป็นระดับปานกลาง Cohen ได้กล่าวว่า การกำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบไม่อิสระต่อกัน สามารถกำหนด
อิทธิพลของกลุ่มตัวอย่างได้ตั้งแต่ระดับปานกลางถึงระดับสูง (Cohen, 1988) ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha)
= .05 และค่า Power = .8 ได้กลุ่มตัวอย่าง 27 คน ทั้งนี้ผู้วิจัยป้องกันการออกกลางคัน (Drop out) ของกลุ่ม
ตัวอย่างจึงเผื่อร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น กลุ่มละ 30 คน

ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มผู้ป่วย มีเกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้ 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันว่าเป็น
โรคเบาหวาน (E11.9) และ/หรือโรคความดันโลหิตสูง (I10) ที่มีภาวะไตเสียหน้าที่ระยะ 3 2) มีอายุระหว่าง 50-
74 ปี ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางไผ่ เป็นประจำติดต่อกันอย่างน้อย 1 ปี 3) สมัครใจ
เข้าร่วมการวิจัย และลงนามในเอกสารยินยอม 4) อ่านและเขียนภาษาไทยได้ มีสติสัมปชัญญะดี 5) ตอบ
คำถาม และสื่อสารภาษาไทยกับสมาชิกได้ 6) ไม่มีโรคหรืออาการใด ๆ ที่เป็นข้อห้ามในการออกกำลังกาย เช่น
โรคหัวใจ โรคทางจิต ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต เท้า และ 7) คะแนน ADL มากกว่า 12 คะแนนขึ้นไป
หรือไม่เป็นผู้พิการ มีเกณฑ์การคัดออก คือ 1) ไม่สามารถเข้าร่วมงานวิจัยได้จนครบ และ 2) มีภาวะเจ็บป่วย
กะทันหัน ไม่สามารถเข้าร่วมการศึกษาวิจัยได้

2. กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วย มีเกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้ 1) สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย 2) อ่านและเขียนภาษาไทย
ได้ มีสติสัมปชัญญะดี 3) ตอบคำถาม และสื่อสารภาษาไทยกับสมาชิกได้ และ 4) อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับ
ผู้ป่วยและเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเรื่องการรับประทานอาหาร การรับประทานยา และการพาผู้ป่วยไปตรวจตามแพทย์
นัดทุกครั้ง มีเกณฑ์การคัดออก คือ 1) ไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้จนครบ และ 2) ยินยอมเข้าร่วมกิจกรรม แต่ไม่
สามารถให้ข้อมูลได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นเครื่องมือวิจัยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย

กลุ่มที่ 1 กลุ่มผู้ป่วย เครื่องมือประกอบด้วย

1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ 1) โปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไต
เสียหน้าที่ระยะ 3 ผู้วิจัยสร้างจากแนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer & Gaelick-Buys, (1991)
ประกอบด้วย การติดตามตนเอง (Self-monitoring) การประเมินตนเอง (Self-evaluation) และการเสริมแรง
(Self-reinforcement) ระยะเวลาในการศึกษา 12 สัปดาห์ โดยดำเนินกิจกรรมเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1
การเตรียมความพร้อม ระยะที่ 2 การจัดการตนเอง ระยะที่ 3 การติดตามผลการติดตามผล และการ
ประเมินผลการปฏิบัติ 2) คู่มือการจัดการตนเองฯ 3) สื่อการสอนและนำเสนอ PowerPoint 4) แบบบันทึก
พฤติกรรมฯ และ 5) วงล้อการดูแลโรคไตเรื้อรัง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ผู้ประกอบอาหารรับประทาน โรคประจำตัว ยาที่รับประทานในปัจจุบัน และเวลาในการรอรับบริการ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเสื่อมหน้าที่ระยะ 3 จำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ 1) ด้านการรับประทานอาหาร จำนวน 5 ข้อ 2) ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 4 ข้อ และ 3) ด้านการรับประทานยา จำนวน 6 ข้อ ลักษณะเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ ไม่ได้ปฏิบัติเลย ปฏิบัติ 1-2 วัน/สัปดาห์ ปฏิบัติ 3 วัน/สัปดาห์ ปฏิบัติ 4-5 วัน/สัปดาห์ ปฏิบัติ 6-7 วัน/สัปดาห์ ให้คะแนนเป็น 1, 2, 3, 4, และ 5 คะแนน ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเสื่อมหน้าที่ระยะ 3 ต่อผลลัพธ์การบริการของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเสื่อมหน้าที่ระยะ 3 เป็นคำถามปลายปิด จำนวน 18 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านระบบการให้บริการ จำนวน 10 ข้อ ด้านการให้บริการติดตามเยี่ยมผู้ป่วย จำนวน 3 ข้อ และด้านการสื่อสาร จำนวน 5 ข้อ ลักษณะเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ มีความพึงพอใจระดับน้อยที่สุด ระดับน้อย ระดับปานกลาง ระดับมาก ระดับมากที่สุด ให้คะแนนเป็น 1, 2, 3, 4, 5 คะแนน ตามลำดับ เกณฑ์การแปลความหมาย ค่าเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึง มีความพึงพอใจระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.51-4.50 หมายถึง มีความพึงพอใจระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึง มีความพึงพอใจระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึง มีความพึงพอใจระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึง มีความพึงพอใจระดับน้อยที่สุด และมีคำถามปลายเปิด จำนวน 5 ข้อ คือ 1) นัดหาล้อมเวลาตรวจเวลาไหนเหมาะสม 2) การตรวจของแพทย์แต่ละครั้งควรใช้เวลาประมาณกี่นาที 3) ความต้องการที่จะสนทนากับแพทย์ เรื่องอะไรบ้าง 4) หลังรับบริการตรวจควรใช้เวลารอรับยาประมาณกี่นาที และ 5) เวลาที่เหมาะสมในการรอรับยากี่นาที

ส่วนที่ 4 แบบบันทึกผลการตรวจเลือดซีรีมโคริตินิน

กลุ่มที่ 2 กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย การพาผู้ป่วยมารับบริการในคลินิกชะลอไตเสื่อม ระยะเวลาในการรอรับผู้ป่วยกลับบ้าน และการวางแผนการรักษาร่วมกับแพทย์

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้และบทบาทในการดูแลผู้ป่วย จำนวน 16 ข้อ เป็นคำถามปลายปิด แบบมี 2 ตัวเลือก แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) การปฏิบัติตัวของผู้ป่วย จำนวน 4 ข้อ 2) ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย จำนวน 3 ข้อ 3) บทบาทในการจัดอาหารของครอบครัว จำนวน 4 ข้อ และ 4) การดูแลตนเองและการมาตรวจตามนัด จำนวน 5 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวก จำนวน 8 ข้อ และคำถามเชิงลบ จำนวน 8 ข้อ โดยกำหนดคะแนนเป็นตอบถูก (1 คะแนน) ตอบผิด (0 คะแนน) เกณฑ์การแปลความหมาย ค่าเฉลี่ย 0-0.33 หมายถึง ระดับความรู้ต่ำ ค่าเฉลี่ย 0.34-0.66 หมายถึง ระดับความรู้ปานกลาง ค่าเฉลี่ย 0.67-1 หมายถึง ระดับความรู้สูง

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อผลลัพธ์การบริการของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเสื่อมหน้าที่ระยะ 3 เป็นคำถามปลายปิด จำนวน 18 ข้อ และคำถามปลายเปิด จำนวน 5 ข้อ ใช้ข้อคำถามเดียวกับแบบประเมินของผู้ป่วย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 3 ท่าน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพเวชปฏิบัติทั่วไป 1 ท่าน ได้ค่า CVI ดังนี้ 1) โปรแกรมจัดการตนเองของผู้ป่วย เท่ากับ 1.00 2) แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย เท่ากับ 0.92 และ 3) แบบประเมินความพึงพอใจต่อผลลัพธ์การบริการของผู้ป่วย เท่ากับ 0.90 ส่วนกลุ่มผู้ดูแล มีรายละเอียด

ดังนี้ 1) แบบวัดความรู้และบทบาทในการดูแลผู้ป่วย เท่ากับ 0.90 และ 2) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อผลลัพธ์บริการของผู้ป่วย เท่ากับ 0.88 และหาค่าความเชื่อมั่น โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วย ของ รพ.สต.ตำบลบางเขน ที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของ ผู้ป่วย เท่ากับ 0.89 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อผลลัพธ์การบริการของผู้ป่วย เท่ากับ 0.92 และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อผลลัพธ์การบริการของผู้ป่วย เท่ากับ 0.88 และหาค่าความเชื่อมั่น ของแบบวัดความรู้และบทบาทในการดูแลผู้ป่วย โดยใช้วิธีของคูเดอร์ริชดสัน ได้เท่ากับ 0.91

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

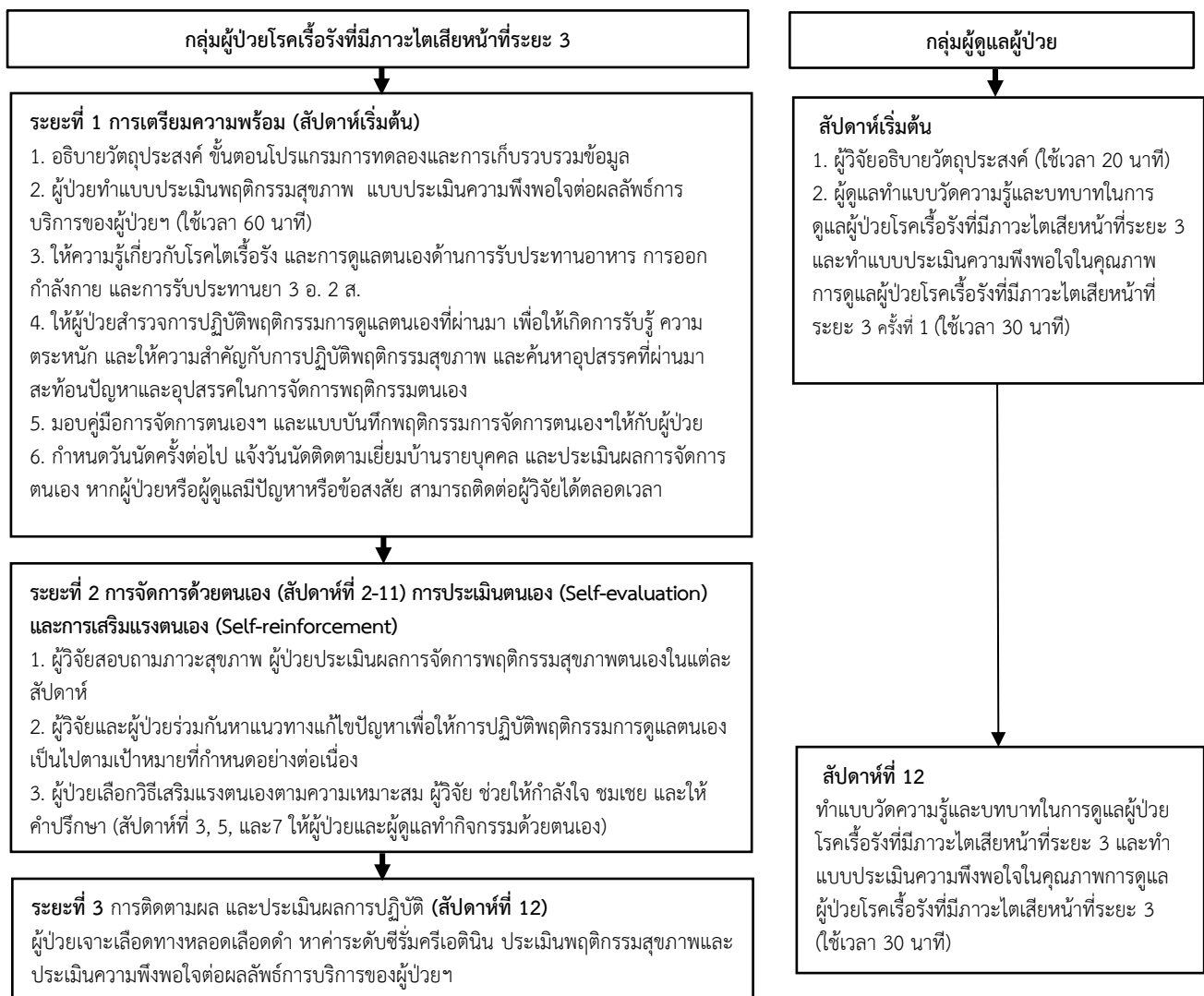
งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นนทบุรี เอกสารรับรองเลขที่ 10/2567 ลงวันที่ 22 มกราคม พ.ศ. 2567

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นก่อนการทดลอง

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะไตเสียหน้าที่ระยะ 3 ที่มารับบริการในคลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางไผ่ และผู้ดูแลผู้ป่วย โดยชี้แจงรายละเอียดของ โครงการ เงื่อนไขการวิจัย และระยะเวลาการเข้าร่วมการวิจัยและให้กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. ขั้นการทดลอง จัดโปรแกรมการจัดการตนเองกับกลุ่มตัวอย่าง ดังแผนภาพที่ 2



แผนภาพที่ 2 การจัดโปรแกรมการจัดการตนเองกับกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ป่วย ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้สถิติ Paired t-test
3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยซีรัมครีเอตินิน ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม โดยใช้สถิติ Paired t-test
4. เปรียบเทียบความรู้และบทบาทในการดูแลผู้ป่วย และค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อผลลัพธ์การบริการของผู้ป่วยฯ โดยใช้สถิติ Paired t-test

ผลการวิจัย

กลุ่มผู้ป่วย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 53.33) อายุเฉลี่ย 65.07 ปี (S.D.=6.23) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 60.00) ระดับการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 56.67) ส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน (ร้อยละ 56.67) รายได้ครอบครัว 5,001-10,000 บาท (ร้อยละ 43.33) ครอบครัวมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 11,566.67 บาท (S.D.=6747.21) ประกอบอาหารด้วยตนเอง (ร้อยละ 33.67) ระยะเวลาเจ็บป่วย 11-15 ปี (ร้อยละ 36.67) ระยะเวลาในการเจ็บป่วยเฉลี่ย 11.53 ปี (S.D.=5.41) ยาที่รับประทานส่วนใหญ่เป็นยารักษาโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 60.00) ระยะเวลาในการรอรับบริการตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งรับยากลับบ้านใช้เวลาเฉลี่ย 49.83 นาที (S.D.=18.40)

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับซีรัมครีเอตินิน ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับซีรัมครีเอตินิน ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเท่ากับ 1.23 (S.D.=0.22) หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเท่ากับ 1.88 (S.D.=0.24) จากผลการเปรียบเทียบระดับค่าซีรัมครีเอตินินของผู้ป่วยก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยระดับค่าซีรัมครีเอตินิน ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อผลลัพธ์การบริการของผู้ป่วย และค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย พบว่า ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อผลการส่งเสริมการจัดการตนเองและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยหลังเข้าร่วมโปรแกรม ทั้งรายด้านและในภาพรวมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} <.01$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อผลลัพธ์การบริการของผู้ป่วย และค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยฯ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n=30)

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ๑		แปลผล	หลังเข้าร่วมโปรแกรม ๑		แปลผล	ผลต่าง		t	p-value
	(n=30)			(n=30)						
	$\bar{x}$	S.D.		$\bar{x}$	S.D.		$\bar{x}$	S.D.		
พฤติกรรมสุขภาพ										
การรับประทานอาหาร	2.47	0.63	พอใช้	4.53	1.77	ดีมาก	2.06	1.14	1.78	.01**
การออกกำลังกาย	2.34	0.75	พอใช้	4.04	1.31	ดี	1.70	0.56	1.61	.01**
การรับประทานยา	2.94	1.65	ปานกลาง	2.98	1.98	ปานกลาง	0.04	0.33	1.43	.01**
ค่าเฉลี่ยรวมความพึงพอใจ	2.58	1.42	พอใช้	3.85	1.77	ดี	1.27	0.35	2.14	.00**
พึงพอใจ										
การให้บริการ	2.41	0.68	พอใช้	4.34	1.01	ดีมาก	1.93	0.33	2.47	.01**

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วม โปรแกรม ฯ		แปลผล	หลังเข้าร่วม โปรแกรม ฯ		แปลผล	ผลต่าง		t	p- value
	(n=30)			(n=30)						
	$\bar{x}$	S.D.		$\bar{x}$	S.D.		$\bar{x}$	S.D.		
ติดตามเยี่ยมบ้าน	1.03	0.18	ไม่เหมาะสม	4.69	0.46	ดีมาก	3.66	2.28	2.98	.01**
ต่อการสื่อสาร	1.34	0.68	ไม่เหมาะสม	4.07	0.78	ดี	2.73	0.10	2.54	.01**
ค่าเฉลี่ยรวม	1.59	0.68	น้อย	4.37	1.05	มาก	2.77	0.37	1.68	.00**

P-Value <.01 *P-Value <.001

กลุ่มผู้ดูแล ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 83.33) อายุเฉลี่ย 52.27 ปี (S.D.=9.75) อายุส่วนใหญ่ 45-59 ปี (ร้อยละ 50.00) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 63.33) จบการศึกษาระดับอนุปริญญา ร้อยละ (46.67) อาชีพรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 50.00) ครอบครัวมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 17,766.67 บาท (S.D.=13132.48) ส่วนใหญ่มีรายได้ 10,001-15,000 บาท (ร้อยละ 40.00) ส่วนใหญ่บุตรเป็นผู้ดูแล (ร้อยละ 60.00) ผู้ดูแลเคยพาผู้ป่วยมารับบริการ (ร้อยละ 63.33) เวลาในการรอรับผู้ป่วย เวลาเฉลี่ย 48.17 นาที (S.D.=4.90) ส่วนใหญ่ไม่เคยร่วมกันวางแผนการรักษากับทีมสุขภาพ (ร้อยละ 76.67) และหลังเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ดูแลเข้าร่วมวางแผนกับทีมสุขภาพ (ร้อยละ 90.00) เวลาในการรอคอยการบริการ เวลาเฉลี่ย 24.83 นาที (S.D.=11.34) ใช้เวลารอคอย 15-30 นาที (ร้อยละ 80.00)

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้และบทบาทในการดูแลผู้ป่วย และค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อผลลัพธ์การบริการของผู้ป่วย พบว่า ค่าเฉลี่ยหลังเข้าร่วมโปรแกรมทั้งรายด้านและในภาพรวม สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-Value<.01) แสดงในตารางที่ 2 และ 3

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้และบทบาทในการดูแลผู้ป่วย และค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อผลลัพธ์การบริการของผู้ป่วย ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n=30)

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วม		แปลผล	หลังเข้าร่วม		แปลผล	ผลต่าง		t	p- value
	โปรแกรม			โปรแกรม						
	(n=30)			(n=30)						
	$\bar{x}$	S.D.		$\bar{x}$	S.D.		$\bar{x}$	S.D.		
ความรู้และบทบาท										
การปฏิบัติตัวของผู้ป่วย	0.73	0.16	สูง	0.98	0.45	สูง	0.25	0.29	1.14	.01**
ภาวะแทรกซ้อนของโรค	0.57	0.34	ปานกลาง	0.87	0.50	สูง	0.30	0.16	1.75	.01**
บทบาทการจัดการอาหาร	0.63	0.31	ปานกลาง	0.89	0.49	สูง	0.26	0.18	2.26	.01**
ดูแลตนเองการมาตามนัด	0.58	0.24	ปานกลาง	0.94	0.50	สูง	0.36	0.26	1.43	.01**
ค่าเฉลี่ยรวม	0.63	0.48	ปานกลาง	0.92	0.27	สูง	0.29	0.21	2.14	.01**

p-value <.01

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้และบทบาทในการดูแลผู้ป่วย และค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อผลลัพธ์การบริการของผู้ป่วย ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n=30)

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (n=30)		แปลผล	หลังเข้าร่วมโปรแกรม (n=30)		แปลผล	ผลต่าง		t	p-Value
	$\bar{x}$	S.D.		$\bar{x}$	S.D.		$\bar{x}$	S.D.		
ความพึงพอใจ										
ระบบการให้บริการ	1.85	0.75	น้อย	4.18	0.95	มาก	2.33	0.21	3.61	.01**
ติดตามเยี่ยมบ้าน	1.00	1.00	น้อยที่สุด	4.76	0.43	มากที่สุด	3.76	0.43	2.97	.01**
การสื่อสาร	1.30	0.66	น้อยที่สุด	4.30	0.68	มาก	3.00	0.02	3.87	.01**
ค่าเฉลี่ยรวม	1.55	0.71	น้อย	4.31	0.86	มาก	2.76	0.15	1.68	.01**

**P-Value <.01

อภิปรายผล

จากผลจากการวิจัยครั้งนี้ พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพและค่าเฉลี่ยความพึงพอใจ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$) และระดับค่าซีรัมครีเอตินินหลังเข้าร่วมโปรแกรมต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของ Khuanphet et al. (2019) พบว่า หลังได้รับการสนับสนุนให้ความรู้การดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) โดยพบว่า ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด ระดับเซรัมครีเอตินินของกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และอัตราการกรองของไตมีค่าเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าซีรัมครีเอตินินลดลงไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($p>0.05$) และอัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้นไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($p>0.05$) ที่อธิบายว่า การจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพเรื่องอาหาร มีการรับประทานอาหารที่เหมาะสม ทำให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตสูงได้ ทำให้ไม่มีภาวะแทรกซ้อนของโรค จึงส่งผลให้สมรรถภาพไตดีขึ้น มีความสอดคล้องกับการวิจัยของ Kunakote (2023) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 ที่มีโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงต่อพฤติกรรมจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิก พบว่า 1) ความรู้โรคไตเรื้อรังและพฤติกรรมจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่าง หลังการได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) 2) ผลลัพธ์ทางคลินิก พบว่า ระดับน้ำตาลในกระแสเลือด (HbA1C) และระดับความดันโลหิตซิสโตลิกของกลุ่มทดลองหลังการได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) แต่ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกระหว่างก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$) นอกจากนั้นหลังการได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในกระแสเลือด (HbA1C) ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) แต่ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$) และ 3) ครีเอตินินและอัตราการกรองของไตหลังการได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองของกลุ่มทดลองดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

ผลการศึกษายังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Phulthong et al. (2023) พบว่า การส่งเสริมพฤติกรรม การจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 สามารถช่วยลดระดับ ค่าซีรั่มครีเอตินินและมีประสิทธิผลในการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดการตนเอง เพื่อชะลอไตเสื่อมได้อย่างมีนัยสำคัญ และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Chen et al. (2011) ที่พบว่า การจัด โปรแกรมสนับสนุนการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังสามารถช่วยเพิ่มความรู้ ทักษะ และการมีส่วนร่วมใน การดูแลตนเอง ส่งผลให้สามารถควบคุมโรคและชะลอการเสื่อมของไตได้ ในส่วนของผู้ดูแล ผู้ที่เข้าร่วม โปรแกรมมีความรู้และบทบาทในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การมีส่วนร่วมของ ผู้ดูแลเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมให้การจัดการตนเองของผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับแนวคิด ของ World Health Organization [WHO] (2002) ที่กล่าวว่า การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและเครือข่ายทางสังคมในการสนับสนุนการดูแล จากผลการวิจัย สามารถสรุปได้ว่า การส่งเสริมการจัดการตนเองไม่เพียงแต่เป็นแนวทางที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดีขึ้น แต่ยังเป็น กลยุทธ์สำคัญในการเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ โดยเฉพาะในบริบทของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เป็นหน่วยบริการใกล้ชิดชุมชน

นอกจากนั้นความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อผลลัพธ์การบริการของผู้ป่วยของผู้ป่วย หลังเข้า โปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม โดยเน้นส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วย มีการติดตามประเมิน การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเป็นระยะ ๆ โดยพยาบาลวิชาชีพ อสม. และติดตามทางโทรศัพท์ พิจารณาถึงปัญหาที่ยังทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้อง ให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ ถูกต้องเหมาะสม สามารถลดระดับซีรั่มครีเอตินินเพื่อชะลอไตเสื่อมได้ ญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา ร่วมกับทีมสุขภาพ มีการจัดตั้งคลินิกชะลอไตเสื่อม (Mini CKD Clinic) ทุกวันอังคารที่ 2 ของเดือนเพื่อตรวจ รักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเสียหน้าที่ระยะที่ 3 โดยเฉพาะ ซึ่งแตกต่างจากรูปแบบเดิมที่เคยปฏิบัติ คือ แพทย์ตรวจรักษาให้คำแนะนำ พยาบาลให้คำแนะนำเป็นรายกลุ่ม ผู้ป่วยรับยาแล้วกลับบ้าน ผู้ป่วยนัดมาตรวจ รักษาพร้อมกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ส่งผลให้การพูดคุยเพื่อค้นหาปัญหามีน้อย ทำให้ทราบข้อมูลพฤติกรรมไม่ มาก ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ Maneenin (2023) ที่ได้ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 3 โดยใช้การจัดการตนเองและการจัดการรายกรณี ในการชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลวังยาง จังหวัด นครพนม เพื่อพัฒนาและประเมินผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 โดยใช้การจัดการ ตนเองและการจัดการรายกรณีในการชะลอไตเสื่อม ใช้แบบประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก แบบวัดพฤติกรรม การจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม แบบประเมินคุณภาพชีวิต ผลการวิจัยพบว่า 1. ผลเชิงกระบวนการเกิด รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ประกอบด้วย 1) การส่งเสริมพฤติกรรมจัดการตนเองใช้ทักษะ การกำกับตนเอง (Self-regulation) 2) การให้ความรู้โรคไตเรื้อรัง 3) การติดตามต่อเนื่องที่บ้าน โดยทีม สหวิชาชีพ และ 4) ภาควิชาเครือข่ายระดับชุมชนดูแลแบบองค์รวม 2. ผลเชิงผลลัพธ์ 1) หลังพัฒนารูปแบบผู้ป่วย โรคไตเรื้อรังมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองในการชะลอไตเสื่อม และคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูง กว่าก่อนพัฒนารูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) และ 2) ผลลัพธ์ทางคลินิกหลังพัฒนารูปแบบ ผู้ป่วยโรคไต มีอัตราการกรองของไตสูงกว่าก่อนพัฒนารูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) ค่าเฉลี่ย ความดันโลหิต Systolic และค่าความดันโลหิต Diastolic ต่ำกว่าก่อนพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) ส่วนค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว ไม่แตกต่างกัน

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

การศึกษาครั้งนี้ พบว่าโปรแกรมการจัดการตนเอง โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) ของ Kanfer & Gaelick-Buys (1991) ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการส่งเสริมการจัดการตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมมารับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยา ได้อย่างเหมาะสม และผู้ป่วยสามารถชะลอความเสื่อมของไตได้ดี การนำโปรแกรมการจัดการตนเองไปใช้จะเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย ได้แก่ 1) ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะในการจัดการพฤติกรรมสุขภาพของตนเองส่งผลลัพธ์ที่ดีทางคลินิก คือ ผู้ป่วยมีค่าระดับซีรัมครีเอตินินลดลง อัตราการกรองของไตเพิ่มมากขึ้น และ 2) ผู้ดูแลมีความรู้ ทักษะและมีส่วนร่วมในการดูแลพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลวิชาชีพเวชปฏิบัติที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สามารถนำโปรแกรมฯ ไปใช้ในการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์การบริการของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเสียหน้าที่ระยะ 3
2. ผู้รับผิดชอบงานในคลินิกโรคเรื้อรัง ในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ สามารถนำแนวทางที่เกิดขึ้นไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินกิจกรรมการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์การบริการของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเสียหน้าที่ระยะ 3 ได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานปกติและกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบโปรแกรมการจัดการตนเอง
2. ทำการศึกษาโปรแกรมฯ ในพื้นที่อื่น ๆ และนำผลการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบมาพัฒนาเป็นต้นแบบระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเสียหน้าที่ระยะ 3 ในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิต่อไป

References

- Bang Phai Subdistrict Health Promoting Hospital. (2023). *Report for chronic disease screening. Nonthaburi, Thailand.*
- Chen, S. H., Tsai, Y. F., Sun, C. Y., Wu, I. W., Lee, C. C., & Wu, M. S. (2011). The impact of self-management support on the progression of chronic kidney disease--a prospective randomized controlled trial. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 26(11), 3560–6. <https://doi.org/10.1093/ndt/gfr047>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Department of Medical Sciences, Ministry of Public Health. (2020). *Handbook for caring in early stage of chronic kidney disease patients*. O Vit (Thailand) Co., Ltd.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175-191. <https://doi.org/10.3758/BF03193146>
- Kanfer, F. H., & Gaelick-Buys, L. (1991). Self-management methods. In F. H. Kanfer & A. P. Goldstein (Eds.), *Helping people change: a textbook of methods* (4th ed., pp. 285-315). Pergamon Press.

- Khuanphet, P., Kawila, R., & Makanantachote, M. (2019). Integrated health care results on clinical outcome in patients with renal disease level 3 from diabetes, Mae Lao hospital. *Chiangrai Medical Journal*, 11(2), 93-9. (in Thai)
- Kunakote, N. (2024). Effects of self-management program among patients with chronic kidney disease stage 3 and 4 with diabetes mellitus and hypertension on self-management behaviours and clinical outcomes. *Journal of Environmental and Community Health*, 9(5), 117-28. (in Thai)
- Maneenin, A. (2024). Model development of chronic kidney disease patients stage 3 care by self-management and case management for slow progression of chronic kidney disease in Wangyang hospital Nakhon Phanom province. *Journal of Environmental and Community Health*, 9(1), 79–89. (in Thai)
- Naka, P. (2024). The effects of a self-management program on self-management behaviors, blood pressure, and eGFR in hypertensive patients with stage kidney disease. *Academic Journal for Primary Care and Public Health Development*, 2(2), 155-62. (in Thai)
- Phulthong, S., Muangkote, S., & Lakkhet, w. (2023). The effect of a self-management behavior promoting program for delayed progression of kidney disease and clinical outcomes in patients with chronic kidney disease stage 3. *Journal of Health Science, Boromarajonani College of Nursing, Saraphisitprasong*, 7(1), 91-102. (in Thai)
- Trisirichok, P., Uttarasart, L., & Kankarn, W. (2019). The impact of self-management support by a multidisciplinary team on delaying chronic kidney disease progression in primary care, Khon Kaen regional hospital. *Srinagarind Medical Journal*, 34(6), 552-7. (in Thai)
- Vijitsoonthornkul, K. (Ed.). (2022). *Epidemiology and review of preventive measures for chronic kidney disease*. https://ddc.moph.go.th/dncd/journal_detail.php?publish=13088 (in Thai)
- World Health Organization. (2002). *Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action*. <https://www.who.int/publications/i/item/innovative-care-for-chronic-conditions-building-blocks-for-actions>
- World Health Organization. (2023). *World health statistics 2023: Noncommunicable diseases*. <https://www.who.int/newsroom/factsheets/detail/noncommunicable-diseases>