



การเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ระยะที่ 1 และ 2 โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดอำนาจเจริญ*

กิ่งกมล พุทธิบุญ พย.ม.**
วิลาวัณย์ ชมนิรัตน์ ปร.ต.***

(วันรับบทความ: 20 สิงหาคม พ.ศ.2562 /วันแก้ไขบทความ: 20 มกราคม พ.ศ.2563/ วันตอบรับบทความ: 26 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2563)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลตนเอง ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตในระยะที่ 1 และ 2 ในชุมชน และศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วยโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน ค.ศ.1991 ในการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วยเพิ่มความสามารถในดูแลสุขภาพตัวเองได้ มีผู้ร่วมดำเนินการวิจัย จำนวน 39 คน ประกอบด้วย ผู้ป่วยจำนวน 10 คน สมาชิกครอบครัว จำนวน 10 คน อสม. จำนวน 8 คน ผู้นำชุมชน จำนวน 8 คน ตัวแทนจากเทศบาล จำนวน 1 คน และพยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 2 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แนวทางการสนทนากลุ่ม และแนวทางการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้วิธีวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) การทดสอบค่าสถิติใช้สถิตินอนพารามิตริก Wilcoxon Signed Ranks Test

ผลการวิจัย พบว่าผู้ป่วยไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต พฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสม ผู้ดูแลและอสม.ไม่เข้าใจเรื่องโรคและการดูแลผู้ป่วย ผู้นำชุมชนทราบสถานการณ์ปัญหาในชุมชนแต่ยังไม่มีการรณรงค์แก้ไขปัญหาระบบบริการสุขภาพขาดการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จากสภาพปัญหาได้ประชุมระดมสมองแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อวางแผนและดำเนินการดังนี้ 1) อบรมให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตแก่ ผู้ป่วยและผู้ดูแล 2) พัฒนากลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนเพื่อฝึกทักษะ การดูแลตนเอง ได้แก่ การติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง โภชนาการลดหวาน ลดมัน ลดเค็ม และการฝึกสมาธิบำบัด SKT 3) การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย 4) การพัฒนาศักยภาพ อสม.ในการเยี่ยมบ้าน 5) การเยี่ยมบ้านและการดูแลผู้ป่วยรายบุคคล 6) รณรงค์ชุมชนรวมพลัง ลดหวาน ลดมัน ลดเค็ม ลดโรคไตในชุมชน ภายหลังการดำเนินงานตามแผนงานเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ มีผลการดำเนินงานดังนี้ ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมสุขภาพ ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตัวเองได้ดีขึ้น ได้แก่ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การควบคุมการอาหารลดอาหารเค็มโดยเฉพาะเกลือโซเดียม เพิ่มการออกกำลังกายเป็น 3-5 วันต่อสัปดาห์ และ เครื่องครัวการรับประทานยามากขึ้น ค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ค่าน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง ค่าฮีโมโกลบินเอวันซี และอัตราการกรองของไต ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการพบว่าค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางคลินิกมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ทุกกิจกรรมสร้างการมีส่วนร่วมโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ส่งผลให้เกิดการดูแลผู้ป่วยในชุมชนร่วมกันของผู้ที่เกี่ยวข้อง เกิดผลลัพธ์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น ข้อเสนอแนะ ในกลุ่มผู้ป่วยที่ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการควรมีการหาแนวทางการเสริมสร้างพลังอำนาจและติดตามพฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

คำสำคัญ: การเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต

*วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**ผู้ประสานการตีพิมพ์เผยแพร่ Email: kingkamon.phuttaboon@gmail.com Tel: 090-2916242



Empowerment for Diabetic Nephropathy Stage 1 and 2 Patient through Family and Community Participation at One Community, Amnatcharoen province.*

Kingkamon Phuttaboon M.N.S.*

Wilawan Chomnirat PhD***

(Received Date: August 20, 2019, Revised Date: January 20, 2020, Accepted Date: February 26, 2020)

Abstract

The objective of action research were to analyze self-care management, problems and needs of diabetic nephropathy stage 1 and 2 patients and empowerment their to improve self-care management. Gibson's model was the theoretical framework to empowerment the patients to increase ability to self-care management. The participants include 10 patients, 10 family members, 8 village health volunteers, 8 community leaders, 1 municipality representative and 2 professional nurse from hospital. The tools used to collected data including in-depth interviews guideline, focus group discussion and participant observation guidelines. Descriptive statistic was used for quantitative data and content analysis was used for qualitative data and non parametric statistics Wilcoxon Signed Rank Test were utilized for analyzing data.

The results showed that patients don't understand about diabetic nephropathy. Self-care behavior is not appropriate. Caregiver and Public Health Volunteers don't understand about diabetic nephropathy and patient care. Community leader recognize the situation in the community but no problem solving activities. Health service system no continuous monitoring of patients in the community. This problem organized brainstorming sessions for those involved to plan and proceed as follows 1) Training workshop on diabetic nephropathy for patients and caregiver 2) Self help group to practice self-care skills, including self-monitoring of blood sugar levels, weight control, knowledge of nutrition, and SKT 3)Empowerment for caregiver in caring for diabetic nephropathy patients. 4) Empowerment for Public Health Volunteers in the home visit. 5) Home visit and individual patient care 6)Community campaign including power to reduce sweetness, reduce fat, reduce salty, reduce kidney disease in the community. After the implementation of the plan for a period of 12 weeks. Performance as follows patients can better manage their self-care behavior including blood sugar control, food control, reduce salty food especially sodium salt, increasing physical activity is 3-5 days a week and strictly taking more pills. Clinical results: After this study; Including fasting blood sugar levels (FBS) Hemoglobin A1C (HbA1C) and glomerular filtration rate (eGFR) did not difference had significantly higher mean score than before ($p < 0.05$). Every activity creates participation by using an action research process. Resulting in the care of patients in the community of those involved resulting in better self-care behavior And effective control of blood sugar levels. Recommendations for patients who are unable to control blood sugar levels. Service personnel should find ways to empowerment and monitor patient behavior continuously that is appropriate for eah patient.

Keywords: empowerment, diabetic nephropathy

*Thesis for Master of Nursing Science in Community Nurse Practitioner, Graduate School, Khon Kaen University.

**Student, Master of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner. Faculty of Nursing, Khon Kaen University.

***Associate Professor Dr., Faculty of Nursing, Khon Kaen University.

**Corresponding Author, Email: kingkamon.phuttaboon@gmail.com Tel: 090-2916242



บทนำ

สถานการณ์โรคเบาหวาน ปี พ.ศ.2558 โรคเบาหวานทั่วโลก ประมาณ 415 ล้านคนทั่วโลกและประมาณปี พ.ศ.2583 โรคเบาหวานจะเพิ่มขึ้นประมาณ 642 ล้านคน หรือ 1 ใน 12 คนในผู้ใหญ่จะเป็นโรคเบาหวาน¹ ในประเทศสหรัฐอเมริกา ปี พ.ศ.2557 พบผู้ป่วยเบาหวาน 29.1 ล้านคน พบภาวะแทรกซ้อนทางไต ร้อยละ 44 ของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ และมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายจำนวน 228,924 คน ที่ได้บำบัดทดแทนไตและเปลี่ยนถ่ายไต² ประเทศไทยพบโรคเบาหวานประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปเป็นโรคเบาหวานและระดับน้ำตาลในเลือดผิดปกติ ในปี พ.ศ.2552 พบร้อยละ 6.9 ต่อมาในปี พ.ศ.2557 พบสูงขึ้นถึงร้อยละ 8.9³ สาเหตุของโรคไตวายระยะสุดท้าย ที่เข้ารับการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเกิดจากโรคเบาหวานมากที่สุดมากถึงร้อยละ 37.5 และร้อยละ 20-40 ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีโอกาสเกิดโรคไตเรื้อรัง⁴ จากการศึกษาการระบาดของโรคไตเรื้อรังในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2558 พบผู้ป่วยที่เป็นโรคไตเรื้อรังจากเบาหวานจำนวน 15,032 คน ผู้ป่วยเบาหวานมีความเสี่ยงในการเกิดโรคไตวายเพิ่มขึ้นร้อยละ 49 เมื่อเทียบกับผู้ป่วยกลุ่มอื่น⁵ ค่าใช้จ่ายในการบำบัดทดแทนไต ทั้งการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและการล้างไตทางช่องท้อง เฉลี่ยประมาณ 240,000 บาทต่อคนต่อปี⁶ ซึ่งมีผลต่อค่ารักษาทั้งส่วนภาครัฐ ผู้ป่วยและครอบครัว

สถานการณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตในจังหวัดอำนาจเจริญพบว่าแนวโน้มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วและพบภาวะแทรกซ้อนทางไตทุกระยะจากโรคเบาหวานมากที่สุด ในเขตตำบลเสนางคนิคม ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2558-2560 คิดเป็นร้อยละ 6.28; 8.95 และ 22.89 ตามลำดับ⁷ พบระยะของการเปลี่ยนแปลงความผิดปกติของไตพบว่า จากปี พ.ศ. 2558-2560 ระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงความผิดปกติของไตมากที่สุดคือระยะที่ 1 และ 2 ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ คิดเป็นร้อยละ 11.79; 13.6 และ 16.1 ตามลำดับ⁷ อำเภอเสนางคนิคมเป็นอำเภอหนึ่งของจังหวัดอำนาจเจริญบริบทพื้นที่เป็นลักษณะกึ่งเมืองกึ่งชนบทวิถีชีวิตคนส่วนใหญ่รับจ้างทำงานพึ่งพาอาหารในตลาด อาหารปรุงสำเร็จ มีการออกกำลังกายน้อยลงนำไปสู่การเกิดโรคเรื้อรังในชุมชนจากปัญหาของพื้นที่ ที่ศึกษา

พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ระยะที่ 1 และ 2 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วโดยผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่แสดงอาการที่ผิดปกติใดๆ ทำให้ผู้ป่วยละเลยในการดูแลตนเองอย่างเข้มงวดเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนทางไตที่เกิดขึ้น อีกทั้งครอบครัวและชุมชนไม่ทราบถึงความรุนแรงของโรค และแนวทางการดูแลผู้ป่วยในชุมชนทำให้ไม่สามารถสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม จากการศึกษาที่ผ่านมาการเสริมสร้างพลังของผู้ป่วยส่งเสริมพฤติกรรมในการดูแลตนเองดีขึ้นทำให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ อีกทั้งครอบครัวและชุมชนช่วยสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคเบาหวานได้ดีขึ้น ดังนั้นการศึกษครั้งนี้จึงเป็นการศึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ระยะที่ 1 และ 2 โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะที่ 1 และ 2 ในชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตในระยะที่ 1 และ 2 ในชุมชน ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ในการดูแลผู้ป่วย
2. เพื่อศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะที่ 1 และ 2 โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ภายใต้บริบทสังคมและวัฒนธรรม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้ (Action Research)⁹ เพื่อศึกษาสถานการณ์เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะที่ 1 และ 2 ในชุมชน การเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วยตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson¹⁰⁻¹² ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การค้นพบสภาพการณ์จริง (Discovering reality) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical reflection) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ (Taking charge) และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on) โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน



ผู้ร่วมวิจัย คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะที่ 1 และ 2 จำนวน 10 คน สมาชิกครอบครัว 10 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 8 คน ผู้นำชุมชน 8 คน ตัวแทนจากเทศบาล 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 2 คน รวมทั้งหมด 39 คน เกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะที่ 1 และ 2 เป็นผู้ที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สื่อสารตามปกติได้ ไม่มีภาวะซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แนวทางสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างเป็นคำถามปลายเปิด ข้อคำถามเกี่ยวกับความสามารถในการจัดการกับความเจ็บป่วย ประกอบด้วย การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การควบคุมความดันโลหิต การควบคุมระดับไขมันในเลือด การรับประทานยา การออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนัก การควบคุมการรับประทานอาหาร การหลีกเลี่ยงและการสัมผัสสุหรื การจัดการความเครียด ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลตนเอง สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะที่ 1 และ 2 สมาชิกในครอบครัว และผู้ให้บริการสุขภาพ 2) แนวทางสนทนากลุ่มสำหรับ อสม. ผู้นำชุมชน และตัวแทนจากเทศบาล ประเด็นเกี่ยวกับการช่วยเหลือสนับสนุน ส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยดังนี้ สถานการณ์ปัญหาของโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตในชุมชน นโยบาย/แผนชุมชนในการดูแลผู้ป่วย การดำเนินงานและการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย 3) แนวทางประชุมระดมสมองมีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน เพื่อให้ได้คำถามที่ตรงประเด็น

การดำเนินการวิจัย มีการดำเนินการ 2 วนรอบๆ ละ 4 ขั้นตอน คือ

วงรอบที่ 1 การศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วย ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน มีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ รวบรวมข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วย จำนวน 10 คน สมาชิกครอบครัว 10 คน อสม. จำนวน 8 คน ผู้นำชุมชน จำนวน 8 คน เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสุขภาพ จำนวน 2 คน ตัวแทนจากเทศบาล จำนวน 1 คน รวมทั้งหมด จำนวน 39 คน รวบรวมข้อมูลทุติยภูมิจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง การจัดประชุมเพื่อสะท้อนข้อมูลให้ผู้ป่วยและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้สรุปประเด็น

ปัญหา ซึ่งการดำเนินการขั้นตอนนี้ใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ขั้นตอนที่ 1 ค้นพบสภาพการณ์จริง (discovering reality) ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจเหตุการณ์และให้ความสำคัญกับปัญหาที่เกิดขึ้น และพยายามค้นหาปัญหาและสาเหตุปัญหาที่เกิดขึ้น

ขั้นตอนที่ 2 วางแผน ผ่านการจัดประชุมระดมสมองประกอบด้วย ผู้ป่วย จำนวน 10 คน สมาชิกครอบครัว จำนวน 10 คน อาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 6 คน ผู้นำชุมชน จำนวน 10 คน ตัวแทนจากเทศบาล จำนวน 1 คน รวมทั้งหมด 37 คน การดำเนินการขั้นตอนนี้ใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ขั้นตอนที่ 2 สะท้อนคิดอย่างมีวิจรณ์ญาณ (Critical reflection) รับรู้สภาพปัญหาเกิดความคิดวิเคราะห์ถึงสถานการณ์ทำให้เกิดการเข้าใจปัญหาได้อย่างชัดเจน จนผู้ป่วยรับรู้และตระหนักว่าการดูแลตนเองเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของตนเองนำไปสู่การวางแผนการปฏิบัติ และการออกแบบบริการสุขภาพ ผู้วิจัยบันทึกข้อคิดเห็นของกลุ่ม การเสนอแนวทางแก้ปัญหา ผลลัพธ์ในขั้นตอนนี้คือแผนการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต^{13,14} ในชุมชน ได้แก่ 1) แผนเพิ่มความรู้และทักษะการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยได้แก่ ทักษะการออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร และการเจาะเลือดด้วย และการควบคุมน้ำหนัก 2) แผนเพิ่มการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และประสบการณ์ผ่านกิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน 3) แผนครอบครัวรวมพลังดูแลคนรักด้วยหัวใจการมีส่วนร่วมของครอบครัว 4) แผนออกกำลังกายผ่อนคลายความเครียด ผักสมาริ SKT¹⁵ 5) แผนพัฒนาศักยภาพเครือข่ายสุขภาพ อสม. วัชรไคในการเยี่ยมบ้าน 6) แผนชุมชนรวมพลังลดหวาน ลดมัน ลดเค็มลดโรคไตในชุมชน 3) ขั้นตอนติดตามแผน ใช้รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ (Taking charge) เกิดการปฏิบัติตามแผนตามที่กำหนด ระยะเวลาดำเนินงาน 12 สัปดาห์

ขั้นตอนที่ 4 สะท้อนการปฏิบัติหรือประเมินผล จากปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน ได้แก่ ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวยังไม่เข้าใจในเนื้อหาความรู้ ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการเลือกรับประทานอาหาร กิจกรรมการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดเองที่บ้าน การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายสุขภาพ อสม. วัชรไค และการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย นำไปสู่การแก้ไขปัญหาในกระบวนการพัฒนางานรอบที่ 2 ต่อไป



วงรอบที่ 2 การพัฒนาการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วยโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ผู้วิจัยได้นำเสนอปัญหาต่อผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องประกอบด้วยผู้ป่วย จำนวน 10 คน ผู้ดูแลหลัก จำนวน 6 คน อาสาสมัครสาธารณสุขจำนวน 8 คน ผู้นำชุมชน 12 คน รวมทั้งหมด 36 คน ร่วมวิเคราะห์สถานการณ์ **ขั้นที่ 1 รวบรวมข้อมูล** ปัญหาที่เกิดขึ้นจากวงรอบที่ 1 และออกแบบแนวทางการแก้ไขปัญหา ได้แก่การให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตในแต่ละครอบครัว จัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยสำหรับสมาชิกครอบครัว แนวทางการติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตัวเองและกำหนดให้มี อสม.รักษไตเป็นที่เลี้ยง แนวทางการเยี่ยมบ้านและแผนการดูแลผู้ป่วยรายบุคคล การประสานข้อมูลของผู้ป่วยระหว่าง อสม.รักษไตและหมอครอบครัวที่รับผิดชอบหมู่บ้าน **ขั้นที่ 2 การปฏิบัติการ (Action)** วงรอบที่ 2 มีการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ดังนี้ กิจกรรมครอบครัวรวมพลังดูแลคนที่รักด้วยหัวใจ กิจกรรมพัฒนาศักยภาพ อสม.รักษไตและการเยี่ยมบ้าน ชุมชนรวมพลัง ลดหวาน ลดมัน ลดเค็ม ลดโรคไตในชุมชน **ขั้นที่ 3 การสะท้อนกลับและการประเมินผล (Reflection)** การพัฒนางวงรอบที่ 2 เกิดผลลัพธ์การพัฒนา ซึ่งเป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจในขั้นตอนที่ 4 **ผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชนคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on)** ในวงรอบที่ 2 การประเมินผลได้ผลลัพธ์ 2 อย่าง ได้แก่ 1) การประเมินผลกระบวนการมีการประเมินระหว่างการทำงานโดยการสังเกตลักษณะและความเหมาะสมของกลุ่มในแต่ละกิจกรรมที่ได้ดำเนินการ มีการควบคุมกำกับกับการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องโดยมีการวางแผนและกำหนดแนวทางปฏิบัติการตามแผนที่ได้วางไว้ และให้ข้อมูลย้อนกลับนำไปสู่การปรับปรุงการปฏิบัติงาน โดยการนำแผนที่กำหนดไว้มาอภิปรายร่วมกัน ให้เกิดการแลกเปลี่ยนกัน ปัจจัยอะไรที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ได้ และดำเนินการปรับปรุงแผนปฏิบัติใหม่ตามรูปเกลียวของการวิจัยเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่วางไว้ดำเนินการต่อไปจนกว่าจะได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ 2) การประเมินผลลัพธ์ของผู้ป่วย

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ด้วยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ยร้อยละและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

จริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE612263 ในการดำเนินการผู้วิจัยได้คำนึงหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ในด้านต่างๆ ดังนี้ 1) หลักความเคารพในบุคคล (Respect for person) ได้รับความยินยอมจากผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนก่อนเข้าร่วมกระบวนการวิจัยซึ่งมีการบันทึกความยินยอมเข้าร่วมโครงการไว้อย่างเป็นลายลักษณ์อักษร 2) หลักการให้ประโยชน์ไม่ก่อให้เกิดอันตราย (Beneficence/Non-maleficence) การวิจัยนี้ไม่ส่งผลเสียหรือเกิดความเสี่ยงใดๆ แก่ผู้ให้ข้อมูลไม่ขัดต่อกฎหมายหรือศีลธรรมอันดีของสังคม 3) หลักความยุติธรรม (Justice) ผู้ร่วมวิจัยทุกคนมีสิทธิเท่าเทียมกันในการได้รับคำเชิญในการเข้าร่วมโครงการวิจัยและไม่มีผลต่อการได้รับการบริการจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ให้บริการตามปกติ พร้อมทำหนังสือขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่นส่งถึงผู้อำนวยการหน่วยบริการและผู้นำชุมชน

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์การดูแลของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะที่ 1 และ 2 ในชุมชน

1.1 ผู้ป่วย ผู้ป่วยเป็นเพศหญิง จำนวน 7 คน มีอายุเฉลี่ย 58.3 ปี มีสถานภาพสมรสคู่จำนวน 8 คน จบการศึกษาระดับประถมศึกษาจำนวน 9 คน ประกอบอาชีพค้าขายเป็นส่วนใหญ่ จำนวน 4 คน ข้อมูลภาวะสุขภาพ ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานเฉลี่ย 8.5 ปี รักษาด้วยยาเม็ดรับประทาน จำนวน 8 คน มีระดับไขมันในเลือดชนิดแอลดีแอล (LDL) สูง จำนวน 7 คน และข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้ป่วย



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะที่ 1 และ 2 จำแนกตามภาวะสุขภาพ (n = 10)

ภาวะสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับน้ำตาลในเลือด ครั้งสุดท้าย		
≤ 130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร	6	60.0
131-200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร	3	30.0
> 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร	1	10.0
$\bar{X}$ =153.6, S.D =70.3, Min = 92, Max = 330		
ระดับฮีโมโกลบินเอวันซี		
< 7 เปอร์เซนต์	2	20.0
7-7.9 เปอร์เซนต์	1	10.0
≥ 8 เปอร์เซนต์	7	70.0
$\bar{X}$ =10.0, S.D =3.2, Min = 6.6, Max = 15.43		
ระยะของภาวะแทรกซ้อนทางไต		
ระยะที่ 1 อัตราการกรองของไต ≥ 90 (ml/min/1.73m ²) ร่วมกับ มีโปรตีนรั่วในปัสสาวะมากกว่า 30-300มก./วัน	7	70.0
ระยะที่ 2 อัตราการกรองของไต 60-89 (ml/min/1.73m ²) ร่วมกับ มีโปรตีนรั่วในปัสสาวะมากกว่า 30-300มก./วัน	3	30.0

1.2 ครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยเป็น เพศหญิง จำนวน 6 คน สมาชิกครอบครัวเป็นผู้สูงอายุ มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 6 คน มีสถานภาพสมรสอยู่ จำนวน 10 คน การศึกษาระดับประถมศึกษาจำนวน 8 คน ส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพค้าขายจำนวน 4 คน มีความสัมพันธ์กับ ผู้ป่วยเป็นสามีหรือภรรยา จำนวน 7 คน ปัญหาและความ ต้องการของครอบครัวได้แก่ ขาดความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ไม่ค่อยมีเวลาดูแลกันต่างคนต่าง ทำมาหากิน และไม่ทราบว่าผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนทางไต เกิดขึ้น จึงไม่เกิดการส่งเสริมหรือสนับสนุนผู้ป่วยในการดูแล ตนเอง

1.3 ชุมชน ประกอบด้วยผู้นำชุมชนและ อสม. เพศชาย ร้อยละ 50.0 มีอายุระหว่าง 40-59 ปี ร้อยละ 50.0สถานภาพสมรสอยู่ ร้อยละ 68.8 จบการศึกษาระดับ ประถมศึกษา ร้อยละ 68.8 ทุกคนไม่มีประสบการณ์ในการ ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ยังไม่มี แนวทางการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ผู้นำชุมชนรับรู้สถานการณ์ แต่ยังไม่มีการดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหาโรคเบาหวานที่มี ภาวะแทรกซ้อนทางไตในชุมชน ข้อดีในชุมชนนี้มีโครงการ ต่างๆ ได้ดำเนินการในชุมชนได้แก่ มีการปลูกผักกินเอง

ลดการใช้สารเคมี กระตุ้นให้ประชาชนได้ออกกำลังกายกัน มากขึ้น เกิดการพัฒนาและดำเนินการต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน จึงเป็นต้นทุนทางสังคมในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรค เบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตในชุมชน

2. รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วย โรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะที่ 1 และ 2 ดังนี้

กลุ่มผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ค่าระดับน้ำตาลในเลือด 80-130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร มีจำนวน 6 คน ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการควบคุมอาหารเป็น ประจำหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารหวานและอาหาร มัน มีการควบคุมน้ำหนัก มีการควบคุมน้ำตาลในเลือด การ ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1-3 วัน รับประทานยา ตามแผนการรักษาเป็นประจำ มีความเครียดเล็กน้อย ผู้ป่วย มีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลตนเองรู้สึกกลัวว่าถ้าไม่ปฏิบัติตาม คำแนะนำอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้ รูปแบบการ เสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ ได้แก่ การให้ความรู้ เรื่อง การควบคุมอาหาร การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย เพิ่มขึ้นเป็นสัปดาห์ละ 5 วันๆ ละ 30 นาที แลกเปลี่ยน เรียนรู้กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน กระตุ้นและส่งเสริมการดูแล



ตนเองอย่างสม่ำเสมอ เปิดช่องทางการเข้าถึงข้อมูลและให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ทางไลน์ เยี่ยมบ้านเดือนละ 1 ครั้ง

กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ค่าระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 130 มิลลิกรัม จำนวน 4 คน ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการควบคุมอาหารได้บ้างแต่ไม่ได้คุมแบบเข้มงวด มีการรับประทานอาหารหวานมันและเค็ม บางครั้งมีการลืมนินยา มีชีวิตเร่งรีบทำมาหาเลี้ยงชีพ มีภาวะเครียดจากภาวะเศรษฐกิจ ไม่มีการออกกำลังกายที่เป็นแบบแผนแต่มีกิจกรรมทางกายในการทำงาน ไม่มีการควบคุมน้ำหนัก มีการใช้ยาสมุนไพรร่วมด้วย เป็นผู้สูงอายุ มีข้อจำกัดในด้านร่างกาย เช่น ข้อเข่าเสื่อม สายต้ามัวมองไม่ชัด มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำมากหรือสูงมาก มีภาวะของการเจ็บป่วย เหนื่อยเพลีย วิงเวียนบ่อย จนไม่สามารถทำงานหนักได้ รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ได้แก่ การให้ความรู้เรื่อง การควบคุมอาหาร การควบคุมน้ำหนัก การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เน้นการออกกำลังกายที่เหมาะสมเนื่องจากส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ ได้แก่ การบริหารร่างกาย การฝึกสมาธิบำบัด SKT ให้ได้สัปดาห์ละ 5 วันๆ ละอย่างน้อย 30 นาที การจัดการความเครียด แลกเปลี่ยนเรียนรู้กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นเพื่อนช่วยแนะนำและเสริมสร้างกำลังใจในการดูแลตัวเอง เน้นให้ความรู้แก่ผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยรายกรณี เปิดช่องทางการเข้าถึงข้อมูลและให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ทางไลน์ ติดตามเยี่ยมบ้านเดือนละ 1-2 ครั้ง

3. ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมสุขภาพ ดังนี้

กลุ่มที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จำนวน 6 คน ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น ผู้ป่วยมีการควบคุมการอาหารเข้มงวดมากขึ้น

เช่น ควบคุมอาหารประเภทข้าวและอาหารที่มีไขมันสูง เช่น ไข่ทอด การเปลี่ยนจากกินข้าวเหนียวมากกินข้าวสวยแทนในตอนเย็น มีการควบคุมน้ำหนัก เพิ่มการออกกำลังกายเป็น 3-5 วันต่อสัปดาห์ และเคร่งครัดการรับประทานมากขึ้น

กลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จำนวน 4 คน ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น ได้แก่ การควบคุมการรับประทานอาหาร เช่น ควบคุมอาหารหวานลดลง เปลี่ยนการกินข้าวเหนียวมาเป็นข้าวสวยในตอนเย็น เพิ่มรับประทานผัก ลดกินเค็มโดยเฉพาะเกลือและผงชูรส แต่ยังมีผู้ป่วยรับประทานอาหารไม่ตรงเวลาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการจัดเตรียมอาหารไว้ตามอาหารมื้อหลัก เพิ่มการออกกำลังกายได้แก่ การปั่นจักรยาน การเดินแอโรบิก วันละ 30 นาที จำนวน 3-5 วันต่อสัปดาห์ ผู้ป่วยผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในร่างกาย เช่น ข้อเข่าเสื่อม สายต้ามัวมองไม่ชัด มีภาวะของการเจ็บป่วย เหนื่อยเพลีย วิงเวียนบ่อย ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น ได้แก่ มีการควบคุมอาหารอย่างเข้มงวดมากขึ้นลดการรับประทานขนมหวาน ผู้ดูแลเป็นผู้เตรียมอาหารให้ ลดอาหารเค็มโดยเฉพาะเกลือและผงชูรส เคร่งครัดการรับประทานยาและมีการปรับยาให้เหมาะสมหลีกเลี่ยงการใช้ยาแก้ปวด ยาสมุนไพรและยาชุดเพิ่มการออกกำลังกายแบบเบา เช่น การบริหารร่างกายที่บ้าน ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการสนับสนุนจากผู้ดูแลหลักในครอบครัวเป็นส่วนสำคัญ

4. ผลลัพธ์ทางด้านคลินิก หลังการเข้าร่วม

โครงการ ได้ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ระดับฮีโมโกลบินเอวันซี และค่าอัตราการกรองของไตเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบผลระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ระดับฮีโมโกลบินเอวันซี และค่าอัตราการกรองของไตของผู้ป่วยก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการ ด้วยสถิติ Wilcoxon signed rank test

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	ก่อนเข้าร่วมโครงการ (n=10)		หลังเข้าร่วมโครงการ (n=10)		Z	p-Value
	M	SD	M	SD		
ค่าระดับน้ำตาลในเลือด	153.60	70.32	132.70	41.89	^a -1.071 ^{ns}	.284
ระดับฮีโมโกลบินเอวันซี	10.0	3.2	9.70	3.2	^a -0.089 ^{ns}	.929
อัตราการกรองของไต (eGFR)	91.36	14.24	91.85	19.49	^b -0.255 ^{ns}	.799

a = based on negative rank, ns = not significant



ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ค่าน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง ค่าฮีโมโกลบินเอวันซี และอัตราการครองของไต ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ ผลการศึกษาพบว่า หลังเข้าร่วมโครงการค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางคลินิกแตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

การอภิปรายผล

สถานการณ์ปัญหาผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนในชุมชน ผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสะสมสูงกว่าเกณฑ์ปกติจะทำให้เกิดภาวะไตเสื่อมหรือภาวะแทรกซ้อนทางไตได้เร็วขึ้น¹⁶ ผู้ป่วยเบาหวานซึ่งเป็นผู้สูงอายุส่วนใหญ่เกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต ซึ่งการศึกษาของเกตแก้ว จันทร์จรัส และ ดวงเนตร พิพัฒน์สถิตพงศ์¹⁷ บ่งชี้ถึงเสี่ยงด้านอายุที่มากขึ้นมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตคืออายุ 60 ปีขึ้นไป ระยะเวลาในการเจ็บป่วยนานทำให้ผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยมากขึ้น ผู้ป่วยเกิดความเครียดทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้สอดคล้องกับ ประเมษฐ์ นามชู⁹ ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ยาวนานตั้งแต่ 5 ปีเกิดความล้มเหลวในการควบคุมระดับน้ำตาลซ้ำๆ เกิดความไม่มั่นใจ เกิดความเครียด เบื่อหน่ายในการควบคุมการเจ็บป่วยของตนเอง การปรับพฤติกรรมสุขภาพไม่ต่อเนื่องเกิดขึ้น

กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วย โดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ของ Gibson เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ป่วย ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ **ขั้นตอนที่ 1 ค้นพบสภาพการณ์จริง (Discovering reality)** ได้แก่การสะท้อนข้อมูลแก่ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ปัญหา เกิดการระบายความรู้สึกคับข้องใจ ทำให้รู้สึกโล่งใจที่ได้รับระบายออกมา สมาชิกกลุ่มเห็นอกเห็นใจกันได้เห็นสภาพจริงของชีวิตและปัญหาที่เกิดขึ้นของแต่ละครอบครัว นำสู่**ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical reflection)** ผ่านกิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน กิจกรรมครอบครัวรวมพลังดูแลคนรักด้วยหัวใจ ร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ที่เกิดขึ้น และหาแนวทางการแก้ไขได้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย มีแนวทางแก้ไขปัญหาเกิดความรู้สึกมีทางเลือกที่เหมาะสมกับตนเองมากขึ้น **ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและลงมือ**

ปฏิบัติ (Taking charge) ผู้ป่วย ผู้ดูแลและชุมชนได้ลงมือปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ ในระยะนี้ผู้วิจัยได้ติดตามผู้ป่วยจนทราบปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ที่เกิดขึ้น ผู้วิจัยได้ให้คำปรึกษาจนผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามแผนได้สำเร็จและผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติตัว ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น จนกระทั่งสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ในรายที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้สำเร็จเนื่องจากการเจ็บป่วยเกิดขึ้น ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำบ่อยๆ มีข้อจำกัดทางด้านร่างกาย เช่น มีอาการวิงเวียนบ่อย มีการเสริมสร้างศักยภาพสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย การให้กำลังใจ ติดตามและให้การดูแลเป็นรายบุคคล จนผู้ดูแลมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรมีการติดตามในชุมชนต่อไป

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on) การติดตามพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยรายบุคคล ผู้ป่วยมีความรู้สึกมั่นใจในตนเอง รู้สึกว่าตนประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ประเมษฐ์ นามชู และชินกรณ์ แดนกาไสย และเพชรไสว ลิ้มตระกูล¹⁸ เมื่อผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการดูแลตัวเองมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง การสนับสนุนจากครอบครัวอย่างเหมาะสมและต่อเนื่องสามารถทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีขึ้นสอดคล้องกับชนิษฐา สุระชาวุธ, ยาวลักษณ์ อ่ำรำไพ และเจริญ ตรีศักดิ์¹⁹ ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความเจ็บป่วยได้ดีขึ้นโดยครอบครัวมีส่วนร่วมสนับสนุนให้ผู้ดูแลตนเอง คอยสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม ชุมชนมีส่วนช่วยในการสนับสนุนทรัพยากร ได้แก่ แหล่งให้ชุมชนได้ใช้ประโยชน์ มีลานกีฬา ออกกำลังกาย สร้างสิ่งแวดล้อมที่ดีในการดูแลตนเอง มีเครือข่าย อสม.รักชาติ มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยในชุมชน มีระบบการเยี่ยมบ้าน และเชื่อมต่อการดูแลระหว่างชุมชนและเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงาน สอดคล้องกับ อรพินท์ นาคกลุ่ม²⁰ และ มินตรา สารรักษ์²¹ การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยในชุมชนได้แก่ มีระบบการติดตามเยี่ยมบ้าน แบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน และคู่มือการดูแลผู้ป่วยของ อสม. การพัฒนาศักยภาพ อสม. เปิดโอกาสให้ อสม. เข้าร่วมวิเคราะห์ปัญหาและวางแผนการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ทำให้เกิดแนวทางการดูแลผู้ป่วยในชุมชนเกิดขึ้น



การเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วยช่วยให้ควบคุมผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือด หลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง ระดับฮีโมโกลบินเอวันซี และอัตราการกรองของไต ไม่สามารถควบคุมให้เกิดความแตกต่างได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ ด้วยจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่น้อยเกินไป และการเปลี่ยนแปลงของผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ภายใน 12 สัปดาห์ทำให้ไม่เห็นผลทางคลินิกที่เปลี่ยนแปลง ได้ชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริลักษณ์ ฤงทอง และคณะ²²ระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานเป็นเวลานาน ค่าเฉลี่ยในการป่วยด้วยโรคเบาหวานระยะเวลานาน 8.5 ปี จะส่งผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของจิตติภัทร จันเกษมและปัทมา สุพรรณกุล²³

ข้อเสนอแนะ

1. การนำใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ควรศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยของแต่ละชุมชน ภายใต้เงื่อนไขบริบท สังคม และวัฒนธรรมของชุมชนก่อน เนื่องจากบริบทของแต่ละชุมชน ได้แก่ ทุนทางสังคม สิ่งแวดล้อม ขนบธรรมเนียมประเพณีวัฒนธรรม มีความแตกต่างกันซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งของความสำเร็จ
2. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต้องอาศัยระยะเวลา และข้อมูลเชิงลึกในพฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องจึงจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงนามซึ่งผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ เช่น ผลระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1C) อัตราการกรองของไต (eGFR) เป็นไปในทางที่ดีขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลและอำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัยจนสำเร็จลุล่วงด้วยดี ขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้คำแนะนำในการทำวิทยานิพนธ์จนเสร็จสมบูรณ์

References

1. IDF diabetes atlas-Home. [Internet] 2017 [cited 2017 May 24]. Available from: <http://www.diabetesatlas.org/>.

2. National Diabetes Statistics Report. [Internet] 2017 [cited 2017 May 24]. <https://www.cdc.gov/diabetes/pubs/statsreport14/national-diabetes-report-web.pdf>.
3. Thanaphan Suksa-ard, Wansuda Ngam-aroon, Wichukorn Suriyawongpaisal editor. Disease situationa report NCDs kick off to the goals. Nonthaburi: n.p; 2016.
4. Warangkana Pichaiwong. Diabetic Kidney Disaese. Journal of Department of Medical Services 2015; 40(5): 19-24.
5. Pisit Wetchakama, Atiporn Insathit, Attia, John, AmmarinThakkestian, Epidemiological Study of Chronic Kidney Disease Progression: A large-Scale Population-Based Cohort Study. Health Systems Research Institute (HSRI) [Internet] 2015 [cited 2017 May 24]. Available from: <http://kb.hsri.or.th/dspace/discover>.
6. Bureau of Non Communicable Diseases. Model preventing and controlling CKD -NCDs. Bangkok: The War Veterans Organization of Thailand Under Royal Patronage of His majesty the King; 2016.
7. Amnatcharoen Provincial Health Office (2017). Data Center. [Internet]. 2017 [cited 2017 May 24]. Available from: <http://www.amno.moph.go.th/>.
8. Paramet Namchoo. The Effect of Empowerment Program on Physiological Adaptation Mode and HbA1C in Type 2 Diabetic patients [dissertation] KhonKean: KhonKean University; 2010.
9. KessarawanNilvarangkul. Action Researchfor Community Nurse. KhonKaen: Klangnanavittaya Press; 2015.
10. Nit Tassana niyom, Somphon Tassana niyom. Health promotion: Empowerment. Khon Kaen: L.P. Klungnana Vitthaya Press; 2012.
11. Apinya Lunnakan. The effects of the family empowerment program on prevention behaviors of diabetes type 2 of families at risk at Kasetwisai Sub-district, Kasetwisai District, Roi Et Province. [dissertation] KhonKean: KhonKean University; 2015.



12. Perkins DD, Zimmerman MA. Empowerment theory, research, and application. *American Journal of Community Psychology* 1995; 23(5): 569-579.
13. Diabetes Association of Thailand under The Patronage of Her Royal Highness Princess Maha Chakri Sirindhorn. *Clinical Practice Guideline for Diabetes* 2017. Pathumthani: Romyen Media; 2017.
14. The Nephrology Society of Thailand. *Practice guideline for chronic kidney disease before renal replacement therapy* 2015. Bangkok: Boehringer-ingenheim-thai-ltd; 2015.
15. Somporn Kantaradusdi- Triamchaisri. *Meditation practice for healing*. Bangkok : Samcharoen Panich Co., Ltd; 2009.
16. Bancha Satirapoj, Amnat Chaiprasert, Naowanit Nata, Prajest Ruengkanchanaset, Upathum Suppasin and Panbubpa Choovichian editors. *Essential Nephrology* 2nd edition. Bangkok: Nam Akson Printing House; 2014.
17. Katekaw Janjumras and Duangnate Pipatsatitpong. Prevalence of Diabetic Nephropathy in Type 2 Diabetes Mellitus at Somdejprapinklao Hospital. *Journal of the Medical Technologist Association of Thailand* 2016; 44(1): 5508-5521.
18. Chinnakorn Dankasaiand and Petchsavai Limtragool. Delay of Renal Funtion Deterioationtion in Diabetic Nephropathy Patients in Praklangung Subdistrict's Community, That Panom District, NakhonPanom Province. *Journal of Nursing and Health Care* 2016; 34(2): 6-13.
19. Chanissada Suradechawut, YaowalakAmrumpai, Charoen Treesak. Empowerment Process for Individual Diabetic Patients. *Isan Journal of Pharmaceutical Sciences* 2011; 7(2): 60-69.
20. Orapin Nakklom. Competency Enhancement of Village Health Volunteers in Caring Hypertensive Patients. *Journal of Nursing Science & Health* 2014; 37(3): 76-83.
21. MintraSarakruk. Empowerment of Village Health Volunteers (VHV). *Journal of Ubon Ratchathaniuniversity* 2010; 12(2): 39-48.
22. Siriluk Thungtong, Tippamas Chinnawong and Ploenpit Thaniwattananon. Effects of Self-Management Support Program for Delayed Progression of Diabetic Nephropathy on Self-Management Behaviors and Clinical Outcomes in Patients with Uncontrolled Type 2 Diabetes Mellitus. *Songklanagarind Journal of Nursing* 2015; 35(1): 67-84.
23. Thitipat Jankasem and Pattama Suphunnakul. Factors predicting blood glucose levels among type2 diabetes patients in Klong Lan Hospital, Kam Pheag Phet Province. *EAU HERIGE Journal Science and Technology* 2019; 13(1): 95-106.