

**ผลของการใช้การจัดการรายกรณีร่วมกับ
ชุดการดูแลผู้สูงอายุมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4
ต่อความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล
และความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ**

บทความวิจัย

วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ
Journal of Nursing Science & Health
ปีที่ 38 ฉบับที่ 3 (กรกฎาคม-กันยายน) 2558
Volume 38 No3 (July-September) 2015

**Effects of utilization of case management and care package
for Muslim older adults with stage IV Chronic Kidney Disease
on caregivers' ability in caring and functional abilities of older adults**

กศณียา ไช้บวบ พย.ม.* วิภาวี คงอินทร์ พศ.ด.** เพลินพิศ ธาณิวัฒนานนท์ พศ.ด.**

Thussaneeya Kulburd MSN.* Wipawee Kong-in Ph.D.** Plearnpit Thanawatnanont Ph.D.**

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของการใช้การจัดการรายกรณีร่วมกับชุดการดูแลผู้สูงอายุมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลและความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลและผู้สูงอายุมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 จำนวน 25 คู่ เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย ชุดการดูแลผู้สูงอายุมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินการรับรู้ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล และแบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา สถิติทดสอบค่าทีคู่ และสถิติวิลคอกซัน ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล และค่าเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 หลังได้รับการดูแลตามชุดการดูแลสูงกว่าก่อนได้รับการดูแลตามชุดการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

คำสำคัญ: การจัดการรายกรณี ผู้สูงอายุมุสลิมโรคไตเรื้อรัง ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล ความสามารถในการทำหน้าที่

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effects of utilization of case management and care package for Muslim older adults with stage 4 chronic kidney disease on caregivers' ability in caring, and older adults' functional abilities. The sample was 25 pairs of caretakers and Muslim older adults with stage 4 chronic kidney disease. The data collection tools were the questionnaires of caregivers' ability and Barthel ADL Index. Data analyses used were descriptive statistics, paired t-test and Wilcoxon test. Results showed that the averages of caregivers' ability in caring and functional ability of the Muslim older adults with stage 4 chronic kidney disease after receiving care package were significantly higher than that before intervention ($p < .001$).

Keywords: case management, Muslim older adults, caregivers' ability in caring, functional abilities

*Master of Nursing Science (Adult Nursing) Faculty of Nursing, Prince of Songkla University

**Assistant Professor Faculty of Nursing, Prince of Songkla University

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันโรคไตเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในผู้สูงอายุมุสลิม จากการศึกษาในสาธารณรัฐอิสลามอิหร่านและประเทศปากีสถานที่ประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลามพบว่า ผู้สูงอายุมุสลิมป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-5 ถึงร้อยละ 12.6-15 ต่อประชากรล้านคน¹ ซึ่งในประเทศไทยแม้จะไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับอัตราการเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้สูงอายุไทยพุทธและมุสลิมและที่แยกให้เห็นชัดเจน แต่พบว่าอัตราการเกิดโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4-5 ในผู้สูงอายุมากถึง ร้อยละ 18.3² สำหรับโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ พบว่า ในปี 2554-2556 มีผู้สูงอายุมุสลิมที่ป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4-5 มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคไต ร้อยละ 35.82 ร้อยละ 35.85 และร้อยละ 36.11 ตามลำดับ³ ซึ่งพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี

ผลกระทบต่อผู้สูงอายุเมื่อโรคไตเรื้อรังเข้าสู่ระยะที่ 4 ได้แก่ มีภาวะของเสียคั่ง เกิดภาวะน้ำเกิน อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ชีต ความดันโลหิตสูง⁴ และอาจมีภาวะซึมเศร้าจากการเจ็บป่วยตามมา⁵ และอาการดังกล่าวส่งผลต่อเนื่องกับความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่อาจลดลง จึงจำเป็นต้องพึ่งพาผู้ดูแล ดังนั้นผู้ดูแลจึงเป็นบุคคลสำคัญที่จะให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 เพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ⁶ สอดคล้องกับหลักคำสอนตามหลักศาสนาอิสลามว่า ผู้ดูแลที่เป็นบุตรหลานและคู่สมรสต้องให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุมุสลิมเป็นอย่างดีในเวลาเจ็บป่วย⁷ ดังนั้นเมื่อผู้สูงอายุมุสลิมป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ผู้ดูแลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลเกี่ยวกับควบคุมอาหาร น้ำ ยา และการออกกำลังกาย เนื่องจากถ้าปล่อยให้ไตเสื่อมจากระยะที่ 4 จนเข้าสู่ระยะสุดท้าย จะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และปฏิบัติศาสนกิจทางศาสนากระทำได้น้อยลง เช่น การละหมาด การถือศีลอด การเดินทาง

ไปประกอบพิธีฮัจญ์ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ถือว่าเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งสำหรับผู้สูงอายุมุสลิมเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตได้ตามวิถีทางของมุสลิม⁸

จากการศึกษานำร่อง เกี่ยวกับปัจจัยด้านบุคลากรในการจัดการให้การดูแลผู้สูงอายุมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้ผู้สูงอายุมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ต้องมาได้รับการรักษา ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ โดยจากการสัมภาษณ์บุคลากร ได้แก่ แพทย์ และพยาบาล 2 ราย ให้ข้อมูลว่าการให้คำแนะนำผู้ป่วยและผู้ดูแลตามเอกสารและคู่มือแบบเดิมที่มีไม่ได้ปรับคำแนะนำให้สอดคล้องกับหลักปฏิบัติตามวิถีของมุสลิม อีกทั้งยังไม่มีการจัดการดูแลที่มีขั้นตอนชัดเจน ขาดการประเมินปัญหา วางแผนการร่วมกัน และขาดการติดตามผู้ป่วยและผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องเมื่อกลับบ้าน ส่วนผลการสัมภาษณ์ ผู้ดูแลและผู้สูงอายุมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 จำนวน 4 ราย พบว่า การที่ผู้ดูแลและผู้สูงอายุมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ยังไม่สามารถปฏิบัติตามให้สอดคล้องกับคำแนะนำที่ได้รับ เนื่องจากคำแนะนำและเอกสารที่แจกให้ส่วนใหญ่ไม่สอดคล้องกับหลักปฏิบัติของมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมซึ่งมีเอกลักษณ์เฉพาะ ทั้งหลักการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การปฏิบัติศาสนกิจทางศาสนา จากบริบททางต้นสะทอนให้เห็นว่าบุคลากรทางการแพทย์ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ที่ไม่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ขาดการชี้แนะสนับสนุนอย่างเป็นรูปธรรมจากทีมสหสาขาวิชาชีพที่จะนำไปสู่การปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ผู้ดูแลและผู้สูงอายุขาดการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นในการดูแลตนเอง ซึ่งถ้าผู้สูงอายุมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ยังได้รับการดูแลรักษาในรูปแบบเดิม คงไม่เป็นผลดีต่อผู้สูงอายุมุสลิมโรคไตเรื้อรังและอาจทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุลดลงตามไปด้วย

จากการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้องของผู้วิจัยพบว่า การศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่ในต่างประเทศมีแต่

การศึกษาเกี่ยวกับการจัดการอาการทางคลินิกและการรักษาภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากโรคไตเรื้อรัง โดยเน้นการแก้ไขอาการเฉพาะด้านร่างกายที่มีผลมาจากโรค^{9,10} สำหรับในประเทศไทยมีการสร้างแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะเริ่มต้นและผู้ป่วยก่อนการบำบัดทดแทนไต¹¹ โดยเน้นหาเน้นการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีปัญหาด้านร่างกายที่มีผลมาจากโรคเพียงด้านเดียว ขาดการดูแลด้านจิตใจ และไม่ได้กล่าวถึงการจัดการดูแลที่มีขั้นตอนเพื่อนำแนวปฏิบัติที่มีไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีการเสื่อมถอยของความสามารถในการทำหน้าที่ตามวัยร่วมกับความเสื่อมถอยและผลกระทบที่มาจากโรค นอกจากนี้แนวปฏิบัติหรือคู่มือที่มีอยู่ในปัจจุบันยังไม่สามารถเข้าถึงผู้รับบริการที่เป็นมุสลิมในจังหวัดชายแดนภาคใต้ เนื่องจากเนื้อหาและคำแนะนำไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและหลักปฏิบัติทางศาสนาทำให้ไม่สามารถนำไปใช้ได้จริง

ดังนั้นผู้วิจัยจึงทำการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบ และได้แนวความคิดการดูแลเพื่อป้องกันความเสื่อมถอยของความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรัง ของสภาที่ปรึกษารัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขออสเตรเลีย (Australian Health Ministers' Advisory Council [AHMAC], 2004; 2007)¹² ที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุโรคไตเรื้อรังแล้วสามารถชะลอความเสื่อมถอยของความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุได้ นอกจากนี้พบการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการดูแลผู้ป่วยโดยการนำแนวความคิดการจัดการรายกรณีมาเป็นกลยุทธ์สำหรับทีมสหสาขาวิชาชีพในการให้การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีขั้นตอนและมีประสิทธิภาพ โดยอาศัยการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพและให้ผู้ดูแลรวมทั้งผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ซึ่งการดูแลในรูปแบบนี้พบว่าได้ผลดี¹³ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการนำแนวคิดดังกล่าวข้างต้น มาใช้พัฒนาเป็นชุดการดูแลและนำชุดการดูแลที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย

สูงอายุมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และต้องการศึกษาผลของการใช้ต่อความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลและความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ของผู้ดูแล ก่อนและหลังการใช้ชุดการดูแล
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ก่อนและหลังได้รับการดูแลตามชุดการดูแล

คำถามการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ของผู้ดูแลสูงกว่าก่อนการใช้ชุดการดูแลหรือไม่
2. ค่าเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 คงที่หรือสูงขึ้นกว่าก่อนการได้รับการดูแลตามชุดการดูแลหรือไม่

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวความคิดการป้องกันความเสื่อมถอยของความสามารถในการทำหน้าที่ของสภาที่ปรึกษารัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขออสเตรเลีย (Australian Health Ministers' Advisory Council [AHMAC], 2004) ปรับปรุงล่าสุดในปี 2007 มาใช้ในการพัฒนาและสร้างชุดการดูแลผู้สูงอายุมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ร่วมกับการนำแนวความคิดการจัดการรายกรณี (case management) นำมาเป็นกลยุทธ์สำหรับทีมสหสาขาวิชาชีพในการนำชุดการดูแลที่พัฒนาขึ้นไปใช้เพื่อส่งเสริมความสามารถให้ผู้ดูแล โดยแนวความคิดการป้องกันความเสื่อมถอยของความสามารถในการทำหน้าที่ของสภาที่ปรึกษารัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขออสเตรเลียของเดิม มีองค์ประกอบในการดูแล 5 ด้าน ได้แก่ (1) การรับรู้และสุขภาพทางอารมณ์

(2) การเคลื่อนไหวและการดูแลตนเอง (3) การกลั้นปัสสาวะและอุจจาระ (4) ภาวะโภชนาการ และ (5) ความสมบูรณ์ของผิวหนัง ซึ่งจากการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้ปรับหัวข้อโดยไม่ได้เรียงลำดับในรูปแบบเดิม แต่มีการปรับหัวข้อองค์ประกอบของเนื้อหาในการดูแลให้มีความเหมาะสมสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยสูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 โดยปรับเพิ่มเป็น 6 ด้าน ได้แก่ (1) การควบคุมอาหาร น้ำ และการรับประทานยา (2) กิจกรรมประจำวันและการออกกำลังกาย (3) การขับถ่าย (4) การดูแลผิวหนัง (5) การควบคุมโรคและป้องกันโรคร่วม และ (6) อารมณ์จิตใจ และจิตวิญญาณ ซึ่งได้เพิ่มเนื้อหาการดูแลด้านที่ 5 ด้านการควบคุมโรคและป้องกันโรคร่วม เข้าไปเนื่องจากผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจะมีปัญหาเกี่ยวกับโรคร่วมต่าง ๆ ซึ่งมีความซับซ้อนในการดูแล จึงควรมีเพิ่มเนื้อหาในด้านดังกล่าวขึ้นมา เพื่อป้องกันภาวะโรคร่วมที่อาจจะส่งผลกระทบต่อเนื่องต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุได้

สำหรับแนวคิดการจัดการรายการกรณีของผู้วิจัยนำมาใช้เป็นกลยุทธ์สำหรับทีมสหสาขาวิชาชีพในการนำชุดการดูแลที่พัฒนาขึ้นไปใช้นั้น ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ (1) ประเมินปัญหาของผู้ดูแลและผู้สูงอายุมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 (2) วางแผนการดูแลร่วมกัน (3) จัดการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแล ได้แก่ แพทย์เป็นผู้ให้การดูแลเรื่องโรคและการรักษาพยาบาลคลินิกโรคไตเป็นผู้ให้ความรู้และฝึกทักษะในเรื่องการควบคุมอาหารและน้ำ การปฏิบัติกิจกรรมประจำวันและการออกกำลังกาย การขับถ่าย การดูแลผิวหนัง การควบคุมโรคและป้องกันโรคร่วม และการดูแลอารมณ์จิตใจ และจิตวิญญาณ เกสซกรให้คำปรึกษาเรื่องการรับประทานยา โภชนาการให้คำปรึกษาเรื่องอาหารและน้ำในกรณีที่เกินศักยภาพของพยาบาล (4) ติดตาม ประเมินผลลัพธ์หลังให้การดูแล

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลและผู้สูงอายุมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ตามการคำนวณกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแล จำนวน 25 ราย และผู้สูงอายุมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 จำนวน 25 ราย เป็นคู่เคียงกันการศึกษาครั้งนี้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยประมาณค่าขนาดอิทธิพลจากค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม คำนวณได้จากสูตรของแกส (Glass)¹⁴ และพิจารณาจากงานศึกษางานวิจัยที่ใกล้เคียงกันจากงานวิจัยของเกสร คมดี¹⁵ นำมาคำนวณตามสูตร ได้ค่า Effect Size เท่ากับ 1.19 เนื่องจากค่าขนาดอิทธิพลที่คำนวณจากงานวิจัยที่ใกล้เคียงนั้นอาจมีลักษณะที่ไม่เหมือน กับการศึกษาในครั้งนี้ทั้งหมด ค่า Effect Size ที่ได้มีค่ามากกว่า 0.80 ประมาณค่าอิทธิพลขนาดใหญ่ จึงใช้ค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size) = 0.80 มาเปิดตารางประมาณค่าขนาดตัวอย่างแบบทดสอบสมมุติฐานทางเดียว และกำหนดให้ค่า $\alpha = 0.5$ ค่า power = 0.8 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 25 คนต่อกลุ่ม¹⁶ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างโดยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกไตโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ โดยผู้วิจัยประเมินการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแล และ ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Barthel ADL index) ผู้สูงอายุมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ก่อนการทดลองนำชุดการดูแลไปใช้รวมทั้งเก็บผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อดูค่าอัตราการกรองของไต ก่อนให้การดูแลตามชุดการดูแล หลังจากนั้นมีการดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนดังนี้

ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 (เป้าหมาย) เพื่อประเมินและให้ความรู้แก่ผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 โดยดำเนินการวิจัยกับกลุ่มทดลองตามกระบวนการจัดการรายการกรณี ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ประเมินปัญหาของผู้สูงอายุและผู้ดูแลใน 6 ด้านตามแบบประเมินปัญหาที่ผู้วิจัยสร้าง

ขึ้น โดยพยาบาลประจำคลินิกโรคไตและผู้วิจัยเพื่อรวมรวมปัญหาในครั้งแรก

ขั้นตอนที่ 2 วางแผนการดูแลร่วมกันระหว่างพยาบาล แพทย์ประจำคลินิกโรคไต โดยให้ผู้ดูแลและผู้สูงอายุมีส่วนร่วมและให้แพทย์ทำการตรวจรักษาตามปัญหา

ขั้นตอนที่ 3 พยาบาลประจำคลินิกโรคไตให้ความรู้และคำแนะนำตามชุดการดูแลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นใน 6 ด้านเพื่อให้สอดคล้องกับหลักปฏิบัติของมุสลิมและประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เพื่อมาให้ความรู้และคำแนะนำในการปฏิบัติตัวนอกเหนือจากที่แพทย์และพยาบาลจะได้ เช่น เภสัชกรให้คำปรึกษาเรื่องการรับประทานยาในเดือนถือศีลอด โภชนากรให้คำปรึกษาเรื่องอาหารและน้ำในกรณีที่เกินศักยภาพของพยาบาล

ขั้นตอนที่ 4 ผู้วิจัยและพยาบาลประจำคลินิกโรคไต ติดตามและประเมินผลการดูแลทางโทรศัพท์เพื่อสอบถามอาการ ปัญหา สัปดาห์ละครั้ง รวมทั้งให้กำลังใจและนัดหมายที่โรงพยาบาลในสัปดาห์ที่ 4 โดยในระหว่างสัปดาห์ที่ 2 และ สัปดาห์ที่ 3 ถ้าผู้ดูแลมีปัญหาในการดูแล สามารถโทรศัพท์มาปรึกษาผู้วิจัยและพยาบาลได้ตลอดเวลา

ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 4 (เป้าหมาย) เพื่อประเมินปัญหาเพิ่มเติมจากเดิมและช่วยแก้ปัญหาาร่วมกัน โดยดำเนินการวิจัยตามกระบวนการการจัดการรายกรณีใน 4 ขั้นตอนเหมือนครั้งแรก แต่ในครั้งนี้พยาบาลประจำคลินิกโรคไตและผู้วิจัยทำการรวบรวมปัญหาเพิ่มเติมใน 6 ด้าน ต่อจากครั้งแรก และให้การดูแลเพื่อช่วยแก้ปัญหาให้แก่ผู้ดูแลและผู้สูงอายุมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ตามลำดับขั้นตอนร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และนัดครั้งต่อไปใน สัปดาห์ที่ 8 โดยในระหว่างสัปดาห์ที่ 5-7 ถ้าผู้ดูแลมีปัญหาในการดูแล สามารถโทรศัพท์มาปรึกษาผู้วิจัยและพยาบาลได้ตลอดเวลา

ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 8 (เป้าหมาย) เพื่อติดตามประเมินผลหลังทดลองนำชุดการดูแลไปใช้

โดยประเมินการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแล และประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานของผู้สูงอายุ รวมทั้งเก็บผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อประเมินค่าการทำงานของไตในระยะ 8 สัปดาห์ จากนั้นผู้วิจัยแจ้งและสรุปผลให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลรับทราบ และมีการวางแผนการดูแลร่วมกันกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อจัดการปัญหาที่ยังมีอยู่และประสานทีมเวชกรรมติดตามเยี่ยมบ้านหลังสิ้นสุดการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย เครื่องมือ 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล มีทั้งหมดจำนวน 12 ข้อ และแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 มีทั้งหมดจำนวน 10 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบและแบบประเมินผู้ดูแลและผู้สูงอายุตามกระบวนการจัดการรายกรณีในการดูแลผู้สูงอายุมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน หรือดัชนีบาร์เทิลเอดีแอล (Barthel ADL index) ของมาร์โธนีและบาร์เทิล¹⁷ ที่แปลเป็นภาษาไทยและปรับโดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล¹⁸ มีค่าความเที่ยง เท่ากับ .98 ประกอบด้วย การประเมินใน 10 กิจกรรม มีคะแนน 0-20 คะแนน สำหรับผู้ดูแลใช้แบบประเมินการรับรู้ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือ เท่ากับ 0.96

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ (1) คู่มือสำหรับพยาบาลในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล (2) คู่มือสำหรับผู้ดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความ

สามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 (3) แผนการสอนสำหรับพยาบาลในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลและ (4) แผนพลิกสำหรับพยาบาลที่ใช้ในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลโดยเนื้อหาภายในชุดการดูแลประกอบการดูแลใน 6 ด้าน คือ (1) การควบคุมอาหาร น้ำ และการรับประทานยา (2) กิจกรรมประจำวันและการออกกำลังกาย (3) การขับถ่าย (4) การดูแลผิวหนัง (5) การควบคุมโรคและป้องกันโรคร่วม และ (6) อารมณ์ จิตใจ และจิตวิญญาณ ที่มีความสอดคล้องตามหลักการของมุสลิม

เครื่องมือในส่วนข้อ 1 ถึง 4 ทำการตรวจสอบดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของคำแนะนำใน 6 ด้าน โดยกลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านโรคไตเรื้อรัง จำนวน 3 ท่าน ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาได้เท่ากับ 1.0 ซึ่งถือว่ามีความตรงเชิงเนื้อหาเหมาะแก่การนำไปใช้ วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ส่วนผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ของผู้ดูแล และผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ก่อนและหลังการใช้ชุดการดูแล 8 สัปดาห์ ใน 6 ด้าน วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired t-test ในกรณีที่ข้อมูลมีการกระจายแบบโค้งปกติ ส่วนข้อมูลที่มีการกระจายของข้อมูลแบบไม่เป็นโค้งปกติ วิเคราะห์ด้วยสถิติ Wilcoxon Sign-Rank test

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลมากกว่าครึ่งหนึ่งเป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 19-67 ปี การศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ผู้ดูแลหนึ่งในสามประกอบอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ มีรายได้อยู่ที่ 5,000-10,000 บาท/เดือน ระยะเวลาที่ผู้ดูแลดูแลผู้สูงอายุมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 นานมากกว่า 1 ปี ผู้ที่ดูแลเป็นบุตรมากที่สุด รองลงมาเป็นคู่สมรส ผู้ดูแลโดยส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว และเคยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ในส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 พบว่า มากกว่าครึ่งหนึ่งเป็นเพศชาย มีอายุตั้งแต่ 60-83 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา มีสถานภาพสมรสคู่ ผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งหนึ่งไม่ได้ประกอบอาชีพ ส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน ผู้สูงอายุหนึ่งในสามทราบว่าตนเองเป็นโรคไตเรื้อรัง มากกว่า 1 ปี และเกือบทั้งหมดมีโรคร่วมมากกว่า 1 โรค

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุมุสลิม โรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ของผู้ดูแล ก่อนและหลังการใช้ชุดการดูแล จากการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลโดยรวม หลังการใช้ชุดการดูแลสูงกว่าก่อนใช้ชุดการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=15.24$, $p < .001$) โดยค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลก่อนการใช้ชุดการดูแลเท่ากับ 70.64 คะแนน (SD = 12.52) และหลังการใช้ชุดการดูแลเท่ากับ 120.64 (SD = 12.20) ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลก่อนและหลังใช้ชุดการดูแล เพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล (N=25)

ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
M	SD	M	SD		
70.64	12.52	120.64	12.20	15.24	.001***

*** $p < .001$

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ก่อนและหลังการใช้ชุดการดูแล จากผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ในระยะก่อนการใช้ชุด

การดูแลและหลังการใช้ชุดการดูแลโดยรวม พบว่าหลังการใช้ชุดการดูแลความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 สูงกว่าก่อนใช้ชุดการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z = 3.688, p < .001$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ในระยะก่อนการและหลังใช้ชุดการดูแล (N=25)

กลุ่มตัวอย่าง	N	Z	Asymp.Sig (2-tailed)
ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ก่อนและหลังทดลอง	25	3.688 ^a	.001***

a. Based on negative rank, *** $p < .001$

อภิปรายผลการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ของผู้ดูแลก่อนและหลังการใช้ชุดการดูแล

ผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 โดยรวมหลังการใช้ชุดการดูแลสูงกว่าก่อนใช้ชุดการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลรายด้าน ทั้ง 6 ด้าน พบว่า หลังการใช้ชุดการดูแลสูงกว่าก่อนการใช้ชุดการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล ด้านที่สูงขึ้นในลำดับที่ 1, 2 และ 3 ได้แก่ การควบคุมอาหาร น้ำ และการรับประทานยา กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย และการควบคุมโรค

และป้องกันโรคร่วม สามารถอภิปรายผลได้ว่า การรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลที่เพิ่มสูงขึ้น เป็นผลจากหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล แหล่งสนับสนุนการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแล และกระบวนการที่ทีมสุขภาพนำชุดการดูแลไปใช้โดยปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องกับการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล ได้แก่ ด้านอายุและวัยมีผลต่อการรับรู้ที่แตกต่างกัน โดยผู้ดูแลจากกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้มีทั้งวัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และวัยสูงอายุตอนต้น มีอายุระหว่าง 19-67 ปี ซึ่งจากการศึกษาของจินตนา¹⁹ พบว่า ผู้ดูแลที่เป็นวัยรุ่นน่าจะมีประสบการณ์ในการดูแลน้อยแต่จะมีความจำดี สามารถจดจำสิ่งที่แนะนำได้ดี ผู้ดูแลที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง จะมีความพร้อมในการเป็นผู้ดูแลได้มากกว่าวัยอื่น ส่วนผู้ดูแลที่เป็นผู้สูงอายุจะมีประสบการณ์ใน

การดูแลมากกว่าวัยอื่นสามารถนำความรู้และประสบการณ์ที่ผ่านมาเพื่อปรับใช้ในการดูแลได้ดี นอกจากอายุและวัยแล้ว ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี ซึ่งการศึกษามีผลต่อการรับรู้ของบุคคล สอดคล้องกับการศึกษาเกศญา²⁰ พบว่าผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีความได้เปรียบในการเรียนรู้ มีผลต่อการรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีขึ้น และมีความสามารถในการตั้งประสบการณ์ในอดีตมาช่วยในการแปลความหมาย คิดวิเคราะห์ต่อการปฏิบัติและนำไปสู่การรับรู้ที่ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย และผู้ดูแลส่วนใหญ่มีสถานภาพการสมรสคู่ การที่ผู้ดูแลอาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตรหลานเป็นครอบครัว สมาชิกภายในครอบครัวจะคอยดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุร่วมกัน ช่วยกันคิดและแก้ปัญหาทำให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ดีกว่าการอาศัยอยู่เพียงลำพัง²¹

สำหรับปัจจัยด้านแหล่งสนับสนุนการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแล²² ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ตัวบุคคล และสื่อต่าง ๆ โดยตัวบุคคล ได้แก่ ทีมสุขภาพทั้งหมด ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร โภชนากร นักกายภาพ ทีมเวชกรรม ซึ่งทำงานประสานความช่วยเหลือกันเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ ส่วนสื่อต่าง ๆ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นชุดการดูแล ประกอบด้วย คู่มือสำหรับพยาบาลและผู้ดูแล แผนการสอน และแผ่นพลิกที่นำมาใช้ในการส่งเสริม สนับสนุน ความสามารถของผู้ดูแล โดยสื่อทั้งหมดที่ใช้ในการสอนนั้น มีรูปภาพประกอบชัดเจน ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย มีความสอดคล้องกับหลักปฏิบัติของมุสลิมทั้งหมดอาหารและน้ำ ที่เน้นการบริโภคอาหารตามหลักฮาลาล มีตัวอย่างอาหารที่นิยมบริโภคกันในชุมชนมุสลิม การออกกำลังกายตามหลักมุสลิม การปฏิบัติตัวในช่วงเดือนถือศีลอดที่ไม่มีผลกระทบต่อโรค รวมทั้งในกระบวนการส่งเสริมความสามารถให้แก่ผู้ดูแลได้มีการฝึกทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและแจกคู่มือให้น่ากลับไปไว้ใช้อ่านที่บ้าน ทำให้ผู้ดูแลและผู้สูงอายุจดจำและทำความเข้าใจได้ง่ายในการนำไปปฏิบัติจริง

นอกจากชุดการดูแลที่มีความเฉพาะเจาะจงกับวิถีชีวิตของมุสลิมแล้ว กระบวนการนำชุดการดูแลไปใช้ในครั้งนี้ยังมีรูปแบบการจัดการที่มีแบบแผน โดยผู้วิจัยได้นำกระบวนการจัดการรายกรณีเข้ามาเป็นกลยุทธ์สำหรับทีมสหสาขาวิชาชีพในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุให้แก่ผู้ดูแล ตั้งแต่ประเมินปัญหาของผู้สูงอายุและผู้ดูแล ร่วมวางแผนการดูแลร่วมกับผู้ดูแลและผู้สูงอายุ จากนั้นการประสานการทำงานร่วมกันในทีมสหสาขาวิชาชีพในการให้คำปรึกษาและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยแพทย์จะเป็นผู้ให้คำแนะนำเรื่องโรคและการรักษา พยาบาลคลินิกโรคไตให้ความรู้เรื่องการควบคุมอาหารและน้ำ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย การขับถ่าย การดูแลผิวหนัง การควบคุมโรคและป้องกันโรคร่วม และการดูแลอารมณ์ จิตใจ และจิตวิญญาณ เภสัชกรให้คำปรึกษาเรื่องการรับประทานยา โดยเฉพาะในช่วงเดือนถือศีลอดที่มักมีปัญหาการขาดยาทำให้โรคกำเริบมากขึ้น และมีการประสานทีมเวชกรรมเพื่อติดตามต่อเนื่องหลังสิ้นสุดการวิจัย ซึ่งกิจกรรมตามกระบวนการเหล่านี้ช่วยในการเพิ่มความสามารถของผู้ดูแลให้เพิ่มขึ้น ทั้งนี้การส่งเสริมความสามารถให้แก่ผู้ดูแลและการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังจำเป็นต้องอาศัยการทำงานร่วมกันเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีแบบแผนเพื่อนำไปสู่การดูแลที่มีคุณภาพ ดังการศึกษาของศิริอรและพิเชต¹³ ที่นำการจัดการรายกรณีมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง หลังนำกระบวนการนี้ไปใช้ พบว่า ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของศศิพัฒน์²³ ที่พบว่า การที่ผู้ดูแลได้รับความรู้ที่มีแบบแผนจะทำให้เกิดความรู้และทักษะในการปฏิบัติเพื่อนำไปดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม ผู้ดูแลจะเกิดความมั่นใจในการดูแล รวมทั้งเป็นการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมปฏิบัติตนได้ดีขึ้น นอกจากนี้การมีคู่มือไว้สำหรับผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่บ้านจะทำให้ผู้

ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมได้ง่ายขึ้น และผู้สูงอายุมีการปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลตนเองดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ จิราภรณ์และเจียมจิต²⁴ ที่ศึกษาผู้ป่วยที่มาพอกไตด้วยเครื่องไตเทียมพบว่า การให้ความรู้ทางด้านสุขภาพแบบรายบุคคล ร่วมกับการมีคู่มือการดูแลตนเองให้ที่บ้าน มีส่วนสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับความรู้จนกลับไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมยิ่งขึ้น

2. ค่าเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ก่อนและหลังได้รับการดูแลตามชุดการดูแล

จากผลการศึกษา พบว่าค่าเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 หลังการได้รับการดูแลตามชุดการดูแลโดยรวมและรายด้านสูงกว่าก่อนใช้ชุดการดูแลสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจากหลายปัจจัย ได้แก่ ด้านตัวผู้สูงอายุและผู้ดูแล การมีชุดการดูแลที่เหมาะสมสอดคล้องกับการดำเนินชีวิตตามวิถีของมุสลิม และมีความเฉพาะในการดูแลโดยให้ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ทำให้ผู้สูงอายุมีการยอมรับการดูแลและยอมรับปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเอง จึงสามารถชะลอการเสื่อมของไตและป้องกันความเสื่อมถอยของความสามารถในการทำหน้าที่ไม่ให้ลดลงได้ ซึ่งสอดคล้องจากการศึกษาของสุปริดาและคณะ²⁵ พบว่า การเตรียมญาติและการให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ทำให้ผู้สูงอายุยอมรับในการช่วยเหลือและมีแรงผลักดันในการช่วยเหลือตนเองในการทำหน้าที่ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น จะช่วยป้องกันความเสื่อมถอยของความสามารถในการทำหน้าที่ได้ นอกจากนี้การที่ผู้ดูแลได้รับการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตามชุดการดูแลโดยผ่านกระบวนการจัดการรายกรณี ร่วมกับการได้รับการสนับสนุนจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการให้คำปรึกษาร่วมกับมีการแจกคู่มือสำหรับผู้ดูแลนำกลับไปใช้ที่บ้าน และมีการติดตามให้คำปรึกษาต่อเนื่องทางโทรศัพท์ ทำให้ผู้ดูแลและผู้สูงอายุมีที่พึ่งและแหล่งสนับสนุนเมื่อมีปัญหา ทำให้เกิดการดูแลที่มี

ประสิทธิภาพในการชะลอการเสื่อมของไตและป้องกันการเสื่อมถอยของความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ สมิตและคณะ²⁶ พบว่า หลังจากที่ยาบาลได้ส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลตามแนวทางและแจกคู่มือให้ผู้สูงอายุมุสลิมโรคไตเรื้อรังกลับไปใช้ที่บ้านเป็นเวลา 8 สัปดาห์ พบว่าความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น

จากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่าชุดการดูแลผู้สูงอายุมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 เป็นเครื่องมือสำคัญในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลและคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 โดยผ่านกระบวนการจัดการรายกรณีที่เป็นระบบ ส่งผลให้ผู้ดูแลให้การดูแลผู้สูงอายุมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีความเฉพาะเจาะจงเหมาะสมกับวิถีชีวิตและบริบทของผู้สูงอายุมุสลิมที่สามารถนำไปใช้ได้จริง ทำให้เกิดแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุมุสลิมที่มีความแตกต่างจากการดูแลผู้ป่วยอื่นๆ ทั่วไป สิ่งต่างๆ เหล่านี้เป็นตัวสะท้อนถึงประโยชน์และประสิทธิภาพของการมีชุดการดูแลที่ควรนำไปใช้อย่างต่อเนื่องต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติกรพยาบาล ควรนำรูปแบบการพยาบาลในลักษณะนี้มาใช้ในการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพและสอดคล้องกับวิถีชีวิตและบริบทของผู้ป่วย

2. ด้านการวิจัยทางการพยาบาล ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมโดยการติดตามประเมินผลในระยะเวลา 3 เดือน และ 6 เดือน เนื่องจากจะได้ประเมินผลที่ชัดเจนว่าความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุดีขึ้นจากการได้รับการดูแลตามชุดการดูแล และควรมีการติดตามค่าการทำงานของไตเพื่อประเมินประสิทธิผลของชุดการดูแลต่อการชะลอการเสื่อมของไต

References

1. Leila M, Parviz K, Maryam, Alieza P, Hamideh M, & Jamshid R. (2013). Prevalence of chronic kidney disease and its related risk factors in elderly of Southern Iran: A population-based study. *ISRN Nephrology*, 1–6. Doi.org/10.5402/2013/427230
2. Ingsathit A, Thakkinstian A, Chaiprasert A, Sangthawan P, Gojaseni P, Kiattisunthorn K, Ongaiyooth L, Vanavan S, et al. Prevalence and risk factors of chronic kidney disease in the Thai adult population: Thai SEEK study. *Nephrol Dial Transplant* 2010; 25:1567–75.
3. Kidney Clinic: Out-patient record, 2011–2012 statistic of older adults with stage 4 chronic kidney disease. Naradhiwas: Naradhiwasrajanagarindra Hospital; 2012. (in Thai)
4. Krieng Tungsanga. Medication and nutritional therapy for chronic kidney disease. in Somchai Eiam-ong, Krieng Tungsanga, & Karkiat praditpornsilpa, Eds. Mechanism, pathophysiology and treatment of kidney disease. Bangkok: Text and General Ablication; 2007. pp. 191–218. (in Thai)
5. Feng L, Yap KB, Yeoh LY, & Ng TP. Kidney Function and Cognitive and Functional Decline in Elderly Adults: Findings from the Singapore Longitudinal Aging Study. *Journal of American Geriatrics Society* 2012; 60: 1208–14.
6. Academic and research working group, Thai Islamic Medical Association. Integrated knowledge of Islamic provisions and health promotion: chronic disease (Cardiovascular disease Diabetes Hypertension). Health promotion project through Muslim lifestyle in Southern border provinces, Prince of Songkla University 2008. Songkla: Southern Health System Research Institute, Prince of Songkla University; 2009. (in Thai)
7. Srimorakot P. Medical-surgical nursing: clinical management for positive outcomes Volume 2. Bangkok: IS Group Press; 2010. (in Thai)
8. Institute of Geriatric Medicine, Ministry of Public Health. (2008). Rehabilitation care handbook of Muslim community for mosque leader. Bangkok: The Agricultural Co-cooperative Federation of Thailand.
9. Leipzig, Whitlock EP, Wolff TA, et al. (2011). Guidelines for older adults with CKD. *Am J Kidney Diseases*, 58(2)
10. Phoon KR. Chronic kidney disease in the elderly. *Assessment and management*, 2012; 41(12): 940–4.
11. The Nephrology Society of Thailand, National Health Security Office. Case management: Handbook for early stage chronic kidney disease. Bangkok: Union Ultra Violet; 2012. (in Thai)
12. Australian Health Ministers' Advisory Council. (AHMAC). (2004, 2007). Best practice approaches to minimize functional decline in the older person across the acute, sub-acute and residential aged care settings: Update 2007. *This version updated by the Victorian Government Department of Human Services*. Retrieved form <http://docs.health.vic.gov.au/docs/.../functional-decline-update.pdf>.
13. Sindhu S, Wongrod P, editor. Case management for patients with diabetes and hypertension. Bangkok: Wattana Printing; 2013. (in Thai)

14. Glass GV. Primary, secondary, and meta-analysis of research. *Educational Researcher*; 1976, 5, 3-8.
15. Komdee K. Effects of exercise program on quadriceps muscle strength and functional capacity among end-stage renal disease patients receiving hemodialysis. Master thesis in adult nursing, Faculty of Nursing, Chiang-Mai University, Chiang Mai; 2006. (in Thai)
16. Polit DF, Beck CF. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice* (9th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott William & Wilkins; 2012.
17. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal* 1965; 14:61-65.
18. Sutthichai J. Principles of geriatric medicine. Bangkok: Prince of Chulalongkorn University; 1999. (in Thai)
19. Damkliang J. Spiritual care for Muslim elders as valued and perceived by nurses and hospitalized Muslim elders [Thesis for Master of Nursing Science Program]. Songkla: Prince of Songkla University; 2005. (in Thai)
20. Petchthong K. Social support: needs and received responses of middle old aged with hypertension, perceived by the elderly and their families [Thesis for Master of Nursing Science Program]. Songkla: Prince of Songkla University; 2006. (in Thai)
21. Sasat, S. Care of chronically ill elderly in family and caregivers. In: Siriphun Sasat. (editors). Common gerontological nursing care and care guidelines. 3rd ed. Bangkok: Prince of Chulalongkorn University; 2001.p. 275-309. (in Thai)
22. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Reviews* 1997;84: 191-215.
23. Yodpet S. Caregivers of older persons: Knowledge synthesis. Bangkok: Faculty of Social Administration; 2006. (in Thai)
24. Chuwong J, Sophonsuksathit J. Effects of health education on self-care behaviors of chronic renal failure with hemodialysis patients. *Journal of Health Science Research* 2011; 5: 41-50. (in Thai)
25. Monkong S, Ratanaruengwatana S, Pongmongko P, Soonthorn Na Cholburi J, Poolponthup L, Deeying S. Development of elder persons' capability after surgery and preparation for home caring by relatives [Thesis for Master of Nursing Science Program]. Bangkok: Ramathibodi Hospital, Mahidol University; 2006. (in Thai)
26. Smyth A, Glynn LG, Murphy AW, Mulqueen J, Canavan M, Reddan DN, et al. Mild chronic kidney disease and functional impairment in community-dwelling older adults. *Age and Ageing Advance Access published* 2013; 24:1-6.