



การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจในการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

Development of a Program to Enhance the Motivation for Self-Management in Delaying the Diabetic Nephropathy Progression of Type 2 Diabetic Patients with Hypertension

นิสากร วิบูลชัย* รุ่งทิวา ศรีเดช**

Nisakorn Vibulchai,* Rungtiwa Sridech**

* วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม จ.มหาสารคาม

* Srimahasarakham Nursing College, Mahasarakham Province

** โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวเขาแตก จ.มหาสารคาม

** Hau Kao Tak Health Promoting Hospital, Mahasarakham Province

* Corresponding Author: nisakorn1@smnc.ac.th

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจในการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ดำเนินการวิจัยในพื้นที่ตำบลหนองเรือ อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1) ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการพัฒนา 2) สร้างโปรแกรม ตรวจสอบคุณภาพ และศึกษานำร่อง 3) นำโปรแกรมที่พัฒนาไปใช้เพื่อตรวจสอบประสิทธิผล โดยใช้แบบแผนการทดลองแบบหนึ่งกลุ่มทดสอบก่อน-หลัง กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง จำนวน 26 คน เลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด และ 4) ประเมินผลปรับปรุงแก้ไข และยืนยันคุณภาพโปรแกรม ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนตุลาคม 2560 ถึง มีนาคม 2562 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบที และการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัย ดังนี้

1. โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว 2) การเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3) การเสริมสร้างศักยภาพในการจัดการตนเอง และ 4) ความต่อเนื่องในการสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ระยะเวลา 12 เดือน ประกอบด้วยกิจกรรมรายกลุ่มโดยการประชุมประชาคมหมู่บ้าน การอภิปรายกลุ่ม การนำเสนอตัวแบบ และกิจกรรมรายบุคคลโดยให้ความรู้ การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ การฝึกทักษะการจัดการตนเอง และกิจกรรมเยี่ยมบ้านเสริมพลัง โปรแกรมได้รับตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญ พบว่า มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้

Received: May 8, 2020; Revised: July 28, 2020; Accepted: July 29, 2020

2. การนำโปรแกรมไปใช้กับกลุ่มผู้ป่วย พบว่า 1) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมโดยรวมและรายด้านสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1C) หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 3) หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีอัตราการกรองของไต (eGFR) อยู่ในระยะของโรคไตเรื้อรังเดิม และ 4) ตัวแทนผู้ป่วย ผู้ดูแล บุคลากรสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และแกนนำชุมชน ต่างมีความเห็นตรงกันว่า โปรแกรมมีคุณค่าและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ได้จริง ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการเสริมสร้างแรงจูงใจในการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

คำสำคัญ : การเสริมสร้างแรงจูงใจ การจัดการตนเอง ไตเสื่อม เบาหวานชนิดที่ 2

Abstract

This research and development aimed to develop a program to motivate type 2 diabetic patients with hypertension to self-manage in delaying the progression of diabetic nephropathy. The study was conducted in Nong Ruea Subdistrict, Na Chueak district, Maha Sarakham province. Four steps of the program were: 1) situational analysis; 2) program development, validation, and pilot study; 3) implementation to determine the program's effectiveness; and 4) program evaluation, improvement, and confirmation. Using 26 purposively sampled type 2 diabetic patients with hypertension and using one group pretest-posttest design, the program was carried out from October 2017 to March 2019. The data were analyzed using descriptive statistics, t-test, and content analysis. The results revealed as follows:

1. The program consisted of four parts conducted over 12 months: 1) participate to care by patients and families, 2) motivation for health behavior change, 3) enable patients to self-manage their diabetes and hypertension, 4) facilitate ongoing support for patients' self-management. Group activities were carried out through community meeting, group discussion, and role modeling. Individual activities were performed by health education, motivational interviewing, self-management skill training, and promoting empowerment during home visits. Prior to program implementation, experts reviewed and validated the program's content and found that the program was feasible for implementation.

2. The results for program implementation revealed that 1) The overall scores and each aspect of self-management after implementing the program were higher than at the baseline ($p < .05$), 2) The average HbA1C was lower than the baseline ($p < .05$), 3) After program implementation, all subjects were in the same stage of chronic kidney disease, when compared with baseline, and 4) A representative sample of the patients, caregivers,



healthcare providers, village health volunteers, and community leaders expressed that the program was valuable and feasible. The results indicated that the program was efficient and effective in motivating patients with type 2 diabetes mellitus and hypertension to delay diabetic nephropathy.

Keywords : motivational enhancing, self-management, diabetic nephropathy, type 2 diabetes mellitus

≡≡≡ ความเป็นมาและความสำคัญ ≡≡≡ ของปัญหา

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ยังเป็นปัญหาทางสาธารณสุขสำคัญทั่วโลก และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สหพันธ์โรคเบาหวานนานาชาติรายงานว่า ในปี พ.ศ. 2561 ทั่วโลกมีผู้ป่วยเบาหวานช่วงอายุระหว่าง 20 - 79 ปี จำนวน 463 ล้านคน คิดเป็น 9.3% ของประชากรช่วงอายุนี้ คาดว่าในปี พ.ศ. 2573 จำนวนผู้ป่วยเบาหวานจะเพิ่มขึ้นเป็น 578 ล้านคน (10.2%)¹ สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ. 2562 พบผู้ป่วยเบาหวานช่วงอายุ 20 - 79 ปี สูงถึง 4.3 ล้านคน มีความชุกร้อยละ 8.3 ของประชากรในช่วงอายุนี้² โดยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ถึงร้อยละ 90 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด¹ และพบภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ โรคไตจากเบาหวาน (Diabetic nephropathy) โดยพบความชุกสูงถึงร้อยละ 42.91³

โรคไตจากเบาหวานเป็นสาเหตุหลักของโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (End-Stage Renal Disease : ESRD) โดยภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเมตาบอลิซึมของน้ำตาลกลูโคสในร่างกาย เกิดพยาธิสภาพในหลอดเลือดขนาดเล็กที่ไตและการเปลี่ยนแปลงที่เนื้อไต ทำให้มีโปรตีนในปัสสาวะ การทำงานของไตเสื่อมมีอัตราการกรองของไต (Estimated Glomerular Filtration Rate : eGFR) ลดลง นำไปสู่โรคไตเรื้อรัง

ระยะสุดท้ายในที่สุด⁴⁻⁵ โดยพบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสื่อมของไตในผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ การไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ การมีโรคร่วม เช่น โรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูง อาหารที่มีรสเค็มจัด พฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วย เป็นต้น^{3,5} นอกจากนี้ยังพบว่า หากผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตสูงร่วมด้วยและภาวะไตเสื่อมหน้าที่เกิดขึ้นแล้ว ยังมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตวายเรื้อรังและเป็นตัวเร่งให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ทำให้เสียชีวิตก่อนวัยอันควร¹ ด้วยภาวะเจ็บป่วยที่เรื้อรังซับซ้อนนี้ยังทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้าและต้องการการดูแลจากบุคลากรทางสุขภาพและญาติมากขึ้น ส่งผลให้สูญเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น¹ ด้วยเหตุนี้จึงจำเป็นต้องมีการควบคุมน้ำตาลในเลือดเป็นสำคัญ เนื่องจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูงทำให้เกิดการทำลายและเสื่อมสภาพความยืดหยุ่นหลอดเลือดแดงเล็กและใหญ่ ส่งผลเชื่อมโยงนำไปสู่ความก้าวหน้าและรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง โรคไต รวมทั้งการเป็นโรคหลอดเลือดอื่นๆ เพิ่มขึ้น⁶

ค่าฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1C) เป็นค่าที่สำคัญค่าหนึ่งในการใช้ชีวิตปริมาณน้ำตาลในเลือดสะสมในช่วงเวลา 3 เดือน โดยระดับ HbA1C ที่ไม่เกิน 7% บ่งบอกถึงการควบคุมที่ดี¹ ทั้งนี้ผู้ป่วยโรคเบาหวานในประเทศไทยมีค่าเฉลี่ยของระดับ HbA1C อยู่ที่ 8.1%⁷ ซึ่งระดับที่สูงเกิน 7% นั้น

สัมพันธ์กับความเครียดที่เพิ่มมากขึ้นต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานโดยเฉพาะอย่างยิ่งการเกิดโรคไตจากเบาหวาน¹ จากสถิติข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการตรวจที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวเข้าแตก ตำบลหนองเรือ อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม ในปี พ.ศ. 2559 - 2561 พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 128, 130, 133 คน ตามลำดับ และระดับ HbA1C มากกว่า 7% สูงถึงร้อยละ 86.7, 92.3 และ 88.0 ตามลำดับ และผลการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไต พบว่า มีผู้ป่วยเบาหวานที่อยู่ในระยะของโรคไตเรื้อรังระยะ 4 (eGFR = 15 - 59 ml/min/1.73m²) สูงถึงร้อยละ 42.9, 39.8 และ 61.7 ตามลำดับ และผู้ป่วยเบาหวานเหล่านี้ต่างมีโรคร่วมที่สำคัญ คือ ความดันโลหิตสูง ซึ่งส่วนใหญ่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้² และเมื่อวิเคราะห์ถึงระบบการให้บริการผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นอยู่เดิม พบว่า เป็นการให้บริการแบบตั้งรับในคลินิกโรคเบาหวานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งผู้ป่วยมารับบริการเดือนละ 1 ครั้ง และให้บริการตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2560³ ที่ได้เสนอแนะวิธีการให้ความรู้โรคเบาหวานแบบผู้รับความรู้เป็นศูนย์กลางของการเรียนรู้และสร้างทักษะเพื่อการดูแลตนเองที่ดีเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ อย่างไรก็ตามพบข้อจำกัดในการให้บริการ คือ ยังคงใช้วิธีการให้ความรู้แบบเดิมที่มุ่งเน้นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาการเจ็บป่วยและวิธีการรักษาพยาบาล และพบปัญหาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยคือ ผู้ป่วยยังขาดความต่อเนื่องหรือการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมในการจัดการตนเองเพื่อการดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเอง¹⁰

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า แรงจูงใจเป็นปัจจัยสำคัญในการเพิ่มความสามารถของ

บุคคลในการจัดการตนเองเพื่อการดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเอง เป็นแรงผลักดันหรือความต้องการในการปฏิบัติในสิ่งใดสิ่งหนึ่งอย่างแน่วแน่เพื่อให้ได้มาซึ่งผลสำเร็จในที่สุด โดยแรงจูงใจเป็นแรงผลักดันที่เคลื่อนไหวภายในตัวบุคคลและเกี่ยวข้องโดยตรงกับการกระตุ้นหรือริเริ่มพฤติกรรมและการคงไว้ซึ่งพฤติกรรม ซึ่งแรงจูงใจนั้น ประกอบไปด้วย 2 ส่วน คือ แรงจูงใจภายในเป็นแรงจูงใจที่เกิดจากภายในตัวบุคคลที่อยากรู้ อยากกระทำ เกิดขึ้นจากความต้องการของตนเอง และแรงจูงใจภายนอก ที่เป็นแรงจูงใจหรือความปรารถนาที่ส่งผลให้บุคคลแสดงพฤติกรรมซึ่งเป็นผลจากสิ่งเร้าภายนอก ซึ่งทั้งสองส่วนนี้ล้วนมีผลในการกระตุ้นหรือผลักดันให้บุคคลมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์¹¹ ดังนั้นในการสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความดันโลหิตสูงและภาวะไตเสื่อมหน้าที่เกิดขึ้นแล้วให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมได้นั้น จึงจำเป็นต้องเสริมสร้างแรงจูงใจทั้งจากภายในและภายนอก

การนำแนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing : MI) ของ Miller & Rollnick¹² และแนวคิดการจัดการตนเองของ Lorig & Holman¹³ และแนวคิดการสนับสนุนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) โดยผ่านแหล่งสนับสนุน 4 แหล่งของ Bandura¹⁴ มาบูรณาการร่วมกันในการเสริมสร้างแรงจูงใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงและภาวะไตเสื่อมหน้าที่เกิดขึ้นแล้ว ถือเป็นกลวิธีหนึ่งที่จะเชื่อว่าจะสามารถนำสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างยั่งยืน โดยแนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ เป็นเทคนิควิธีการที่ช่วยให้บุคคลเกิดแรงจูงใจจากภายใน การกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหาที่ชัดเจน และ



ตัดสินใจกระทำการเปลี่ยนแปลงตามแนวทางแก้ปัญหานั้นด้วยตนเอง สำหรับแนวคิดการจัดการด้วยตนเอง มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะในการจัดการตนเองที่มีประสิทธิภาพ ครอบคลุมการปฏิบัติในสิ่งที่ต้องกระทำ ทำให้เกิดแรงจูงใจจากภายในในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมจัดการตนเองในการดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเอง ส่วนแนวคิดการสนับสนุนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) ได้ถูกนำมาเป็นแนวทางในการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย โดยผ่านแหล่งเรียนรู้ 4 แหล่งซึ่งถือเป็นแรงจูงใจทั้งจากภายในและภายนอก ได้แก่ ประสบการณ์ที่ได้จากการประสบความสำเร็จโดยการลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง (Enactive mastery experience) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากการกระทำของผู้อื่น (Vicarious experience) การชักจูงด้วยคำพูด (Verbal persuasion) และสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ (Physical and emotional states) ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนที่จะจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดความมุ่งมั่นที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างไม่มีข้อต่ออุปสรรคและมีความยั่งยืน

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นความเชื่อมโยงและสอดคล้องกันระหว่างภาวะสุขภาพ ปัญหาความจำเป็นในการเสริมสร้างแรงจูงใจในการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยภายใต้การบูรณาการ 3 แนวคิดหลักข้างต้น และจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในผู้ป่วยเบาหวาน¹⁵ และได้มีการนำเทคนิค MI ไปใช้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้เป็นโรคเรื้อรังต่างๆ อย่างกว้างขวาง ผลการศึกษา พบว่า เกิดผลลัพธ์ที่ดีทั้งด้านคลินิกและ

ด้านพฤติกรรม¹⁶ อย่างไรก็ตามพบว่า โปรแกรมดังกล่าวเป็นโปรแกรมแบบแยกส่วนเฉพาะเจาะจงซึ่งมุ่งเน้นการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หรือเน้นการฝึกฝนทักษะการจัดการตนเองของผู้ป่วยเป็นหลักสำคัญ แต่ยังขาดการบูรณาการเสริมสร้างแรงจูงใจการจัดการตนเองและการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม นอกจากนี้โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นและนำมาใช้ทดสอบประสิทธิผลเป็นการดำเนินการตามระเบียบวิธีวิจัยเชิงทดลอง หรือกึ่งทดลองที่มีการพัฒนาโปรแกรมตามกรอบแนวคิด/ทฤษฎีที่กำหนด ซึ่งพบข้อจำกัดของความแตกต่างตามบริบทผู้ป่วย สภาพแวดล้อม ชุมชน และรูปแบบการให้บริการที่เป็นอยู่ โดยกลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษาวิจัยครั้งนี้อยู่ในพื้นที่เฉพาะการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวเขาแตก ตำบลหนองเรือ อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม เป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีความดันโลหิตสูงและมีภาวะไตเสื่อมหน้าที่เกิดขึ้นแล้วและมีปัญหาการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดซึ่งมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดไตวายเรื้อรัง และมีสภาพความเป็นอยู่ ชุมชน สิ่งแวดล้อมที่มีวิถีการดำเนินชีวิตในบริบทวัฒนธรรมพื้นถิ่นของตนเอง ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจในการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง โดยใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนาแบบผสมผสานที่ใช้การวิจัยเชิงคุณภาพนำมาซึ่งการพัฒนาโปรแกรมและใช้การวิจัยเชิงปริมาณควบคู่กับการวิจัยเชิงคุณภาพในการพัฒนาและทดสอบโปรแกรมฯ ซึ่งเชื่อว่าจะทำให้ได้มาซึ่งโปรแกรมที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทผู้ป่วย สภาพแวดล้อม ชุมชน และรูปแบบการให้บริการ อันจะส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาล

ในเลือดและชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการส่งเสริมภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจในการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจในการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง โดยศึกษาผล ดังนี้
 - 2.1 เปรียบเทียบพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ
 - 2.2 เปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1C) ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ
 - 2.3 เปรียบเทียบอัตราการกรองของไต (eGFR) ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ
3. เพื่อประเมินผล ปรับปรุงแก้ไข และ ยืนยันคุณภาพโปรแกรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้วางแผนการพัฒนาโปรแกรมโดยประยุกต์จากแนวคิดเชิงกระบวนการในกรอบแนวคิดเชิงกระบวนการในการขับเคลื่อนการพัฒนาโปรแกรมฯ ดังนี้

- 1) ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการพัฒนา
- 2) สร้างโปรแกรม ตรวจสอบคุณภาพ และศึกษานำร่อง โดยกำหนดองค์ประกอบของโปรแกรมฯ ได้แก่ (2.1) วัตถุประสงค์ (2.2) โครงสร้างเนื้อหา (2.3) การจัดการกระบวนการเรียนรู้ และ (2.4) วิธีการวัดและประเมินผล
- 3) นำโปรแกรมไป

ใช้เพื่อตรวจสอบประสิทธิผล และ 4) ประเมินผลปรับปรุงแก้ไข และยืนยันคุณภาพโปรแกรมสำหรับกรอบเชิงเนื้อหาผู้วิจัยใช้แนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจของ Miller & Rollnick¹² แนวคิดการจัดการตนเองของ Lorig & Holman¹³ และแนวคิดการสนับสนุนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) โดยผ่านแหล่งสนับสนุน 4 แหล่งของ Bandura¹⁴ เป็นกรอบแนวคิดในการกำหนดโครงสร้างเนื้อหาและแนวทางการจัดกระบวนการเรียนรู้ของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น โดยแนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจของ Miller & Rollnick¹² เป็นเทคนิควิธีจัดการกับความนึกคิดและพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมของผู้รับบริการ โดยผู้ให้คำปรึกษามีบทบาทในการชี้แนะ สนับสนุน ช่วยเหลือในการค้นหาปัญหาและแก้ไขความลังเลใจ (Ambivalence) ช่วยให้ผู้ใช้บริการเกิดแรงจูงใจจากภายในในการกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหาที่ชัดเจน และตัดสินใจกระทำการเปลี่ยนแปลงตามแนวทางแก้ปัญหาด้วยตนเอง ส่วนแนวคิดการจัดการด้วยตนเองของ Lorig & Holman¹³ มีฐานความคิดว่า บุคคลสามารถที่จะจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากมีความรู้ ทักษะในการจัดการตนเอง และมีความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนที่จะจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการจัดการตนเองที่มีประสิทธิภาพจะต้องครอบคลุมการปฏิบัติในสิ่งที่ต้องกระทำ (Self-management tasks) 3 ด้าน ได้แก่ 1) การจัดการทางการแพทย์ (Medical management) เช่น การใช้ยาอย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ การรับประทานอาหารเฉพาะโรค และการดูแลส่งเสริมสุขภาพอื่นๆ เช่น การเคลื่อนไหวออกแรงที่เหมาะสมในวิถีชีวิตประจำวัน การออกกำลังกาย การเฝ้าติดตามระดับน้ำตาลในเลือดและตัวชี้วัดอื่นๆ การป้องกันและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันและเรื้อรัง เป็นต้น



2) การจัดการกับบทบาท (Role management) เป็นการคงไว้หรือการปรับเปลี่ยนและการสร้างพฤติกรรมให้เหมาะกับภาวะการเจ็บป่วย และ 3) การจัดการกับอารมณ์ (Emotional management) นอกจากนี้ยังต้องอาศัยการสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self-management support) ที่ใช้กลยุทธ์ที่เหมาะสมจากเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพและผู้เกี่ยวข้อง โดยผ่านแหล่งการเรียนรู้ 4 แหล่ง¹⁴ ได้แก่ ประสบการณ์ที่ได้จากการประสบความสำเร็จ โดยการลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง (Enactive mastery experience) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากการกระทำของผู้อื่น (Vicarious experience) การชักจูงด้วยคำพูด (Verbal persuasion) และสถานะด้านร่างกายและอารมณ์ (Physical and emotional states) ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจตนเองเพิ่มขึ้น เกิดความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรมอย่างไม่ย่อท้อต่ออุปสรรคและมีความยั่งยืน

==== วิธีดำเนินการวิจัย =====

รูปแบบการวิจัย การวิจัยในครั้งนี้ดำเนินการโดยใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา (Research and development) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1) ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการพัฒนา 2) สร้างโปรแกรม ตรวจสอบคุณภาพ และศึกษานำร่อง 3) นำโปรแกรมไปใช้เพื่อตรวจสอบประสิทธิภาพ โดยใช้แบบแผนการทดลองแบบหนึ่งกลุ่มทดสอบก่อน-หลัง กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง จำนวน 26 คน โดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด และ 4) ประเมินผล ปรับปรุงแก้ไข และยืนยันคุณภาพโปรแกรม

ระยะเวลาดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือนตุลาคม 2560 ถึง มีนาคม 2562

พื้นที่ศึกษา คือ ตำบลหนองเรือในเขตอำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม เหตุผลในการ

เลือกตำบลหนองเรือเป็นพื้นที่ในการศึกษา เนื่องจากเป็นตำบลที่มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานมากถึง 133 คน ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ภาวะความดันโลหิตสูงถึง 89 คน ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่มีอัตราการกรองของไต (eGFR) 15 - 59 ml/min/1.73m² มากถึง 26 คน และประชาชนในพื้นที่ได้มีการประชุมและให้ความสำคัญของการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวาน

กลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย

1) เวชระเบียน จำนวน 26 ฉบับ เกณฑ์คัดเข้า คือ เป็นเวชระเบียนผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวเขาแตก ตำบลหนองเรือ อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม ระหว่างเดือนตุลาคม 2559 - พฤศจิกายน 2560 เกณฑ์คัดออก คือ ข้อมูลบันทึกในเวชระเบียนไม่สมบูรณ์

2) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ และมีภาวะไตเสื่อมแล้ว จำนวน 10 คน เกณฑ์คัดเข้า คือ (2.1) เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีระดับ HbA1c $\geq 7\%$ (2.2) ความดันโลหิต $> 120/80$ mmHg (2.3) ค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) 15 - 59 ml/min/1.73m² (2.4) มีผู้ดูแล และ (2.5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์คัดออก คือ มีภาวะแทรกซ้อนของโรคหรือภาวะเจ็บป่วยอื่นๆ ที่เป็นอุปสรรคต่อการให้ข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยกำหนดขนาดตัวอย่าง จำนวน 10 คน ตามหลักการกำหนดขนาดตัวอย่างในการวิจัยเชิงคุณภาพ (Rule of thumb) ตามแนวทางของ Nastasi & Schensul¹⁸ สำหรับการศึกษาระดับปริญญา ซึ่ง

กำหนดกลุ่มตัวอย่างควรประมาณ 10 คน หรือน้อยกว่า หากข้อมูลที่ได้มีความอึมัวเพียงพอ

3) ผู้ดูแล จำนวน 10 คน เกณฑ์การคัดเลือกเข้าคือ (3.1) เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยตามข้อ 2 ข้างต้น (3.2) เป็นญาติของผู้ป่วยหรือคนในชุมชนที่รับผิดชอบดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นหลักอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าผู้อื่นตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ที่บ้านโดยไม่ได้รับค่าจ้าง และพำนักอาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วยหรืออาศัยอยู่ห่างจากบ้านผู้ป่วยไม่เกิน 10 กิโลเมตร (3.3) อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง ในกรณีอายุมากกว่า 60 ปี ต้องได้คะแนนการประเมินสมรรถภาพทางสมองของผู้สูงอายุดังตามแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE - Thai 2002) ใช้เกณฑ์ตัดสิน ไม่มีภาวะเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อม (3.4) สามารถสื่อสารให้ข้อมูลการเป็นผู้ดูแลได้ และ (3.5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออกคือ เปลี่ยนผู้ดูแล ไม่สามารถติดต่อได้ และผู้ดูแลปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการด้วยเหตุผลใดๆ ก็ตาม ก่อนสิ้นสุดโครงการวิจัย

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนการทดลองนำร่อง คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงและมีภาวะไตเสื่อมแล้ว จำนวน 10 คน ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา โดยเป็นกลุ่มตัวอย่างจากพื้นที่ตำบลอื่น กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกเข้าและคัดออกเหมือนขั้นตอนที่ 1 ข้างต้น ซึ่งผู้วิจัยกำหนดขนาดตัวอย่าง จำนวน 10 คน ตามหลักการกำหนดขนาดตัวอย่างในการวิจัยเชิงคุณภาพ (Rule of thumb) ตามแนวทางของ Nastasi & Schensul¹⁸ สำหรับการศึกษากรณีศึกษา ซึ่งกำหนดกลุ่มตัวอย่างควรประมาณ 10 คน หรือน้อยกว่า หากข้อมูลที่ได้มีความอึมัวเพียงพอ

ขั้นตอนที่ 3 การนำโปรแกรมที่พัฒนาไปใช้ เพื่อตรวจสอบประสิทธิภาพของโปรแกรม กลุ่ม

ตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงและมีภาวะไตเสื่อมแล้ว จำนวน 26 คน โดยผู้วิจัยเลือกทุกคนเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าและคัดออกเหมือนขั้นตอนที่ 1 ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 26 คนนี้ ไม่เป็นกลุ่มเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนที่ 2

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล ปรับปรุงแก้ไข และยืนยันคุณภาพโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างคือ กลุ่มตัวแทนผู้ป่วยที่ศึกษา จำนวน 12 คน และกลุ่มผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ดูแล บุคลากรสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและแกนนำชุมชน จำนวน 12 คน เกณฑ์คัดเลือกสำหรับกลุ่มตัวแทนผู้ป่วย คือ 1) เป็นผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมตลอดและสามารถสื่อสารให้ข้อมูลในการเข้าร่วมโปรแกรมได้ดี 2) มีระดับ HbA1C < 7% 3) ความดันโลหิต < 120/80 mmHg 4) อัตราการกรองของไต (eGFR) อยู่ในระยะของโรคไตเรื้อรังเดิมและมีการลดลงของ eGFR น้อยกว่า 5 ml/min/1.73m² ต่อปี และ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยสำหรับเกณฑ์การคัดเลือกสำหรับกลุ่มผู้เกี่ยวข้อง คือ 1) เป็นบุคคลที่ได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยตลอดการเข้าร่วมโปรแกรม 2) สามารถสื่อสารให้ข้อมูลในการเข้าร่วมโปรแกรมได้ดี และ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออกสำหรับกลุ่มตัวแทนผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้อง คือ 1) มีปัญหาสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการให้ข้อมูล และ 2) ปฏิเสธการให้ข้อมูลด้วยเหตุผลใดๆ ก็ตาม ระหว่างการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องรวมทั้งประสบการณ์เชิงวิชาชีพของผู้วิจัย ดังนี้

1. **แบบสัมภาษณ์เชิงลึก** ใช้สำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึกในระยะเวลาการศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการพัฒนา ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับผู้ป่วย ลักษณะเป็นแนวคำถามปลายเปิด จำนวน 4 ข้อ



เกี่ยวกับความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยต่อภาวะเจ็บป่วย การรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคของผู้ป่วย และความต้องการการดูแล 2) แบบสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับผู้ดูแล ลักษณะเป็นแนวคำถามปลายเปิด จำนวน 3 ข้อ เกี่ยวกับความรู้สึกนึกคิดของผู้ดูแลต่อภาวะเจ็บป่วยของผู้ป่วย การสนับสนุนผู้ป่วยในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรค และความต้องการการช่วยเหลือสนับสนุน

2. แบบประเมินโครงสร้างโปรแกรม
ลักษณะเป็นแบบประเมินที่แบ่งออกเป็น 2 ตอน คือ ตอนที่ 1 ประเมินความเหมาะสมของโครงสร้างโปรแกรม จำนวน 10 ข้อ โดยเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (5 = มีความเหมาะสมมากที่สุด 1 = มีความเหมาะสมน้อยที่สุด) เกณฑ์การพิจารณาใช้เกณฑ์ค่าเฉลี่ย ข้อใดมีคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 3.50 คะแนนขึ้นไป ถือว่าใช้ได้ และตอนที่ 2 ประเมินความสอดคล้องของโครงสร้างโปรแกรม จำนวน 10 ข้อ โดยเป็นแบบให้คะแนน 3 ระดับ (-1 = มีความเห็นที่ไม่สอดคล้อง, 0 = มีความเห็นที่ไม่แน่ใจ, +1 หมายถึง มีความเห็นที่สอดคล้อง)

3. แบบประเมินความเป็นไปได้ในการนำโปรแกรมไปใช้ พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ 1) แนวทางการใช้โปรแกรม 2) แผนการจัดกิจกรรมของโปรแกรม 3) คู่มือการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจของผู้ป่วย 4) คู่มือการสนับสนุนพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วย 5) คู่มือการสนับสนุนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วย และ 6) สื่อ/อุปกรณ์ที่ใช้ในโปรแกรม โดยให้พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิเป็นผู้ประเมินความเป็นไปได้ของการนำโปรแกรมไปใช้ แบบประเมินมีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ ความยากหรือง่าย และโปรแกรมสามารถปฏิบัติตามได้

หรือไม่ได้ รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข

4. แบบสอบถามพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากข้อมูลเบื้องต้นการศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการพัฒนาในขั้นตอนที่ 1 ของการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งพบปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงที่สำคัญเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและการรับประทานยา แบบสอบถามจึงประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 20 ข้อ 2 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร จำนวน 10 ข้อ และด้านการใช้ยาอย่างเหมาะสม จำนวน 10 ข้อ ลักษณะเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ (1 = ไม่ปฏิบัติเลย 4 = ปฏิบัติสม่ำเสมอ) ค่าคะแนนโดยรวมระหว่าง 20 - 80 คะแนน และรายด้านระหว่าง 10 - 40 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนน คะแนนสูง หมายถึง มีพฤติกรรมจัดการตนเองดี

5. แบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิก ประกอบด้วยข้อมูลระดับ HbA1C และอัตราการกรองของไต (eGFR) ลักษณะเป็นช่องว่างให้เติมจำนวน 2 ข้อ โดยผู้วิจัยใช้ผลการวิเคราะห์ค่า HbA1C และ eGFR จากเครื่องตรวจระดับน้ำตาลในเลือดและเครื่องตรวจอัตราการกรองของไตของห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม

6. แนวคำถามการสนทนากลุ่ม สำหรับการสนทนากลุ่มตัวแทนผู้ป่วยที่ศึกษาและผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ดูแล บุคลากรสุขภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และแกนนำชุมชน ภายหลังโปรแกรมฯ สิ้นสุดในขั้นตอนการประเมินผล ปรับปรุงแก้ไข และยืนยันคุณภาพโปรแกรม ลักษณะเป็นแนวคำถามปลายเปิด จำนวน 5 ข้อ เกี่ยวกับคุณค่าและความเป็นไปได้ของโปรแกรม

7. ตัวผู้วิจัย ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือสำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพและ

วิเคราะห์ข้อมูล โดยในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัย ซึ่งเป็นผู้มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน มามากกว่า 10 ปี และมีประสบการณ์ในการทำ วิจัยเชิงคุณภาพ ได้มีการเตรียมตัวก่อนทำการ ศึกษาวิจัยครั้งนี้โดยการประชุม/อบรม/ศึกษาด้วย ตนเองในการเพิ่มพูนองค์ความรู้เกี่ยวกับการเก็บ รวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพและการวิเคราะห์ข้อมูล อย่างต่อเนื่อง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินโครงสร้าง โปรแกรม แบบประเมินความเป็นไปได้ในการนำ โปรแกรมไปใช้ และแบบสอบถามพฤติกรรม การจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม ไปตรวจสอบ ความตรงเชิงเนื้อหากับผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย พยาบาลที่มีประสบการณ์และ ความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน 2 ท่าน พยาบาลที่มีประสบการณ์และความ ขำนาญในการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญในด้านการ เสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน และการจัดการ ตนเอง 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ ด้านการพัฒนาเครื่องมือ 1 ท่าน ผลการตรวจสอบ ดังนี้

แบบประเมินโครงสร้างโปรแกรม ค่าเฉลี่ยความเหมาะสมของโครงสร้างโปรแกรม รายข้อเท่ากับ 3.60 - 5.00 และ ค่าดัชนีความ สอดคล้องของโครงสร้างโปรแกรมรายข้อ (IOC) ระหว่าง 0.80 - 1.00

แบบประเมินความเป็นไปได้ในการนำ โปรแกรมไปใช้ ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 1.00

แบบสอบถามพฤติกรรม การจัดการ ตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม ค่าดัชนีความตรงเชิง เนื้อหา (S-CVI) เท่ากับ 0.84 และนำไปทดลองใช้ กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะความดัน

โลหิตสูงและมีภาวะไตเสื่อมแล้ว จำนวน 30 คน ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างและอยู่ในพื้นที่ตำบลอื่น นำ ผลการทดสอบที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.90

เครื่องตรวจระดับน้ำตาลในเลือดและ เครื่องตรวจอัตราการกรองของไต เป็นเครื่องมือ ในห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลนาเชือก จังหวัด มหาสารคาม โดยเครื่องมือทั้งสองมีเมนูที่สามารถ ตรวจสอบความผิดพลาดได้ ได้รับการรับรอง คุณภาพว่า มีความตรงในการวัดสูง และมีการควบคุม คุณภาพของเครื่องโดยใช้น้ำยาควบคุมคุณภาพ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง งานวิจัยนี้ ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมในมนุษย์ของวิทยาลัย พยาบาลศรีมหาสารคาม เลขที่ SNC006/2560 วันที่ 2 พฤศจิกายน 2560 การวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัย ในชุมชนโดยทีมผู้วิจัยที่ปฏิบัติงานในพื้นที่การวิจัย ผู้วิจัยได้มีการดำเนินการเพื่อลดความไม่เป็นอิสระ ในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วม การวิจัยในกระบวนการขอความยินยอม โดยก่อน การวิจัยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอน การวิจัยให้กับกลุ่มตัวอย่างและให้ความมั่นใจกับ กลุ่มตัวอย่างในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือปฏิเสธ โดยไม่มีผลต่อประโยชน์ที่จะได้รับในชุมชน สิทธิ การได้รับการรักษาพยาบาลที่เป็นอยู่ และการ เลือกรักษาจากผู้วิจัยในการรักษาพยาบาล รวมทั้งมีการเก็บข้อมูลเป็นความลับ ไม่เปิดเผยชื่อ และนามสกุล และผลการวิจัยจะรายงานเป็น ภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t-test เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงแบบ โค้งปกติ และการวิเคราะห์เนื้อหา ซึ่งได้ตัดแปลง ขั้นตอนของการวิเคราะห์เชิงปรากฏการณ์วิทยา ดังนี้ 1) ทำการวิเคราะห์ข้อมูลในระหว่างเก็บ



ข้อมูล 2) สรุปข้อมูล และ 3) นำข้อมูลที่สรุปได้มาอธิบายภาพรวมของปรากฏการณ์ที่ศึกษา

กระบวนการดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล จำแนกตามขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการพัฒนา โดย 1) การศึกษาเวชระเบียนผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง โดยใช้แบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิก 2) สัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ จำนวน 10 คน เกี่ยวกับความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยต่อภาวะเจ็บป่วย การรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคของผู้ป่วย และความต้องการการดูแล 3) สัมภาษณ์เชิงลึกผู้ดูแล จำนวน 10 คนเกี่ยวกับความรู้สึกนึกคิดของผู้ดูแลต่อภาวะเจ็บป่วยของผู้ป่วย การสนับสนุนผู้ป่วยในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรค และความต้องการการช่วยเหลือสนับสนุน กำหนดการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแล จำนวน 1 ครั้งต่อคน ใช้เวลาประมาณ 30 - 45 นาที ต่อคน โดยผู้วิจัยได้มีการนัดสัมภาษณ์ที่บ้านของผู้ถูกสัมภาษณ์ตามช่วงเวลาที่ถูกสัมภาษณ์สะดวก

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมฯ ประกอบด้วย การสร้างโปรแกรม การตรวจสอบคุณภาพโปรแกรม และศึกษานำร่องการใช้โปรแกรมเป็นการนำข้อมูลจากขั้นตอนที่ 1 มากำหนดเป็นองค์ประกอบของการเสริมสร้างแรงจูงใจในการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงใน 4 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว (2) การเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (3) การเสริมสร้างศักยภาพในการจัดการตนเอง (4) ความต่อเนื่องในการสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ภายใต้กรอบแนวคิด

การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจของ Miller & Rollnick¹² แนวคิดการจัดการตนเองของ Lorig & Holman¹³ และแนวคิดการสนับสนุนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) โดยผ่านแหล่งสนับสนุน 4 แหล่งของ Bandura¹⁴ โดยดำเนินการรายกลุ่ม ได้แก่ การประชุมประชาคมหมู่บ้าน การอภิปรายกลุ่ม การนำเสนอตัวแบบ และกิจกรรมรายบุคคล ได้แก่ การให้ความรู้ การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ การฝึกทักษะการจัดการตนเอง และกิจกรรมการติดตามเยี่ยมบ้านเสริมพลังโดยการมีส่วนร่วมของบุคลากรสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุข และแกนนำชุมชน ระยะเวลา 12 เดือน

นำร่างโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจในการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงใน 4 องค์ประกอบหลักดังกล่าวข้างต้น ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วย พยาบาลที่มีประสบการณ์และความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน 2 ท่าน พยาบาลที่มีประสบการณ์และความชำนาญในการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการตนเอง 1 ท่าน รวมทั้งสิ้นจำนวน 5 ท่าน พิจารณาความเหมาะสมของโปรแกรมและเอกสารประกอบโปรแกรม ผลการตรวจสอบ พบว่า ร่างโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมีคุณภาพอยู่ในระดับมากที่สุด และได้นำไปทดลองนำร่องกับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงและมีภาวะไตเสื่อมแล้ว ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในเขตพื้นที่ตำบลอื่น จำนวน 10 คน โดยใช้วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis & McTaggart ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ วางแผน (Plan) ลงมือปฏิบัติ (Acting) สังเกต (Observe) และสะท้อนคิด (Reflecting)¹⁹ ซึ่งผู้วิจัยและผู้ป่วยจะร่วมมือกันทำงานอย่างต่อเนื่อง

โดยร่วมกันวางแผนนำร่างโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นไปใช้สู่การปฏิบัติจริง มีการสังเกตและสะท้อนผลของการปฏิบัติ จากนั้นจะเข้าสู่ขั้นตอนของการปรับปรุงร่างโปรแกรม

ขั้นตอนที่ 3 การนำโปรแกรมที่พัฒนาไปใช้เพื่อตรวจสอบประสิทธิผลของโปรแกรม โดยนำร่างโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงและมีภาวะไตเสื่อมแล้ว จำนวน 26 คน ใช้แบบแผนการทดลองแบบหนึ่งกลุ่มทดสอบก่อน - หลัง (One group pretest - posttest design) พื้นที่ศึกษาเป็นตำบลหนองเรือในเขตอำเภอนาเชือกจังหวัดมหาสารคาม ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนผู้ป่วยเข้าร่วมโปรแกรมโดยใช้แบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิก ประกอบด้วย ข้อมูลระดับ HbA1C และอัตราการกรองของไต (eGFR) และแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม โดยใช้เวลาในการสอบถามประมาณ 15 - 20 นาทีต่อผู้ป่วย 1 ราย ภายหลังจากผู้ป่วยเข้าร่วมโปรแกรมฯ จนครบระยะเวลา 12 เดือน ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลอีกครั้งภายใน 2 สัปดาห์นับจากวันสิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรมโดยใช้เครื่องมือวิจัยชุดเดิม

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล ปรับปรุงแก้ไข และยืนยันคุณภาพโปรแกรม โดยนำผลจากการประเมินตามสภาพจริงจากการนำโปรแกรมไปใช้และผลจากการสนทนากลุ่มมาปรับปรุงแก้ไขโปรแกรมเพื่อให้โปรแกรมมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น โดยผู้วิจัยทำการสนทนากลุ่มกับกลุ่มตัวแทนผู้ป่วยที่ศึกษา จำนวน 12 คน จำนวน 1 ครั้ง ใช้เวลาในการสนทนากลุ่มประมาณ 45 - 60 นาที และสนทนากลุ่มกับกลุ่มผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ดูแลบุคลากรสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและแกนนำชุมชน จำนวน 12 คน จำนวน

1 ครั้ง ใช้เวลาในการสนทนากลุ่มประมาณ 45 - 60 นาที

ผลการวิจัย

1. กระบวนการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจในการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

1.1 ผลการศึกษาในขั้นตอนการศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการพัฒนา

ผลการศึกษาจากข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะความดันโลหิตสูง จำนวน 26 ฉบับ พบปัญหาผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1C) สูงเกินค่าปกติ โดยมีค่า HbA1C เฉลี่ย 9.62% และมีระยะของโรคไตเรื้อรังระยะ 3 - 4

ผลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับสภาพปัญหาและความต้องการในการพัฒนาในกลุ่มผู้ป่วย พบว่า 1) ผู้ป่วยรับรู้การเจ็บป่วยว่าเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง ต้องการหายจากโรค และไม่ต้องการให้มีโรคร่วมอื่นที่รุนแรงเกิดขึ้นกับตนเอง โดยเฉพาะภาวะไตเสื่อม 2) พฤติกรรมเสี่ยงที่สำคัญคือ พฤติกรรมการรับประทานอาหารเค็ม ยาชุด และยาสมุนไพร ผู้ป่วยยังปฏิเสธที่จะงดอาหารหวานหรือเค็ม อาหารที่รับประทานส่วนใหญ่เป็นอาหารที่ซื้อมาจากร้านค้าหรือในตลาด ลืมรับประทานยาประจำ ยังคงซื้อยาชุดมารับประทานและรับประทานยาสมุนไพร 3) มีความรู้ความเข้าใจไม่เพียงพอเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนไตเสื่อมจากการที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้ 4) การรับรู้ถึงประโยชน์ในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคของผู้ป่วยไม่เพียงพอ 5) อุปสรรคที่สำคัญในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรค คือ ไม่ทราบถึงวิธีการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมและขาดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 6) ต้องการให้บุคลากรทางสุขภาพ ครอบครัว สนับสนุนช่วยเหลือให้ตนเองมีสุขภาพดีและสามารถควบคุมโรคได้ ต้องการให้



ผู้นำชุมชนและแกนนำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลและจัดการปัญหาสุขภาพผู้ป่วย

สำหรับมุมมองของผู้ดูแลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า ผู้ดูแลมองว่าการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเป็นเรื่องส่วนตัวของผู้ป่วย หากต้องการหายหรือป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยต้องปฏิบัติตัวเองเป็นสำคัญ ผู้ดูแลไม่ทราบถึงความสำคัญของตนเองในการสนับสนุนผู้ป่วยในการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม และมีความรู้ความเข้าใจไม่เพียงพอในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคได้ดี ต้องการให้บุคลากรสุขภาพมาสอนและให้คำแนะนำวิธีการในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมได้และต้องการให้ผู้นำชุมชนและแกนนำชุมชนมาร่วมดูแลผู้ป่วย

1.2 การสร้างโปรแกรม ตรวจสอบคุณภาพ และศึกษานำร่อง

จากข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพในขั้นตอนการศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการพัฒนาได้นำสู่การพัฒนาโปรแกรมฯ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ดังนี้

1) การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว ดำเนินกิจกรรมโดยการประชุมประชาคมหมู่บ้าน โดยผู้วิจัยคืนข้อมูลปัญหาสุขภาพและความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลแก่ผู้ป่วย ครอบครัว และแกนนำชุมชน และร่วมกันหาข้อสรุปและแนวทางการแก้ไข จำนวน 1 ครั้ง ระยะเวลา 45 - 60 นาที

2) การเสริมสร้างความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดำเนินกิจกรรมตามลำดับโดย

2.1 ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ป่วยและครอบครัวรายบุคคลเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและกำหนดเป้าหมาย โดยใช้หลัก A3B2 คือ Affirm : การแสดงความชื่นชม

ในสิ่งที่ดี Ask : การถามกระตุ้นแรงจูงใจ Advice : การแนะนำให้ข้อมูล Brief Advice (BA) : การให้คำแนะนำแบบสั้นใช้เวลา 5 - 10 นาที Brief Intervention (BI) : การให้คำปรึกษาแบบสั้น ใช้เวลา 20 - 30 นาที/ครั้ง จำนวนครั้งจนกว่าผู้ป่วยเริ่มคิดตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

2.2 ให้ความรู้เป็นรายบุคคล โดยผู้วิจัย ตามแนวทางการให้การศึกษาเพื่อการจัดการดูแลโรคเบาหวานด้วยตนเอง (Diabetes Self-Management Education หรือ DSME)²⁰ ได้แก่ การอธิบายเกี่ยวกับธรรมชาติและการดำเนินของโรคเบาหวาน และทางเลือกวิธีการผสมผสานด้านการบริโภคอาหารและการเคลื่อนไหว ออกแรงที่เหมาะสมในวิถีชีวิตประจำวัน การใชยาอย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ การเฝ้าติดตามระดับน้ำตาลในเลือดและตัวชี้วัดอื่นๆ การแปลผลและการนำผลไปใช้ในการตัดสินใจด้านการจัดการดูแลตนเอง การป้องกันและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันและเรื้อรัง เป็นต้น ทั้งนี้ในการให้ความรู้รายบุคคลนี้ผู้วิจัยได้คำนึงถึงความสอดคล้องกับปัญหา บริบท และความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นสำคัญ และกำหนดกิจกรรมการให้ความรู้รายบุคคล จำนวน 2 ครั้ง ระยะเวลา 20 - 30 นาที/ครั้ง

2.3 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวเรียนรู้จากตัวแบบที่ประสบความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้งตัวแบบที่มีชีวิตในชุมชน (Life model) และตัวแบบสัญลักษณ์ (Symbolic model) จากตัวอย่างกรณีศึกษา โดยตัวแบบที่มีชีวิตในชุมชน เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตสูงและมีภาวะไตเสื่อมหนักที่แล้วที่มีอยู่จริงในชุมชน จำนวน 2 คน ซึ่งมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่ดีและมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี สามารถชะลอไตเสื่อมได้ การนำเสนอตัวแบบที่มีชีวิตทำเป็นรายกลุ่ม 1 กลุ่ม จำนวน 26 คน 1 ครั้ง

ระยะเวลา 30 - 45 นาที สำหรับตัวแบบสัญลักษณ์ จากตัวอย่างกรณีศึกษา ผู้วิจัยได้เรียบเรียงขึ้นแล้ว นำมาเล่าเรื่องในกลุ่มผู้ป่วยประกอบรูปภาพ ซึ่งตัวแบบตัวอย่างกรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตสูงและมีภาวะไตเสื่อมหน้าที่แล้ว เนื้อหาสาระของตัวแบบเกี่ยวกับการจัดการกับปัญหาและอุปสรรคที่ส่งผลต่อพฤติกรรม การจัดการตนเอง การนำเสนอตัวสัญลักษณ์จากตัวอย่างกรณีศึกษาทำเป็นรายกลุ่ม 1 กลุ่ม จำนวน 26 คน 1 ครั้ง ระยะเวลา 30 - 45 นาที/ครั้ง

2.4 จัดกิจกรรมการอภิปรายในกลุ่มผู้ป่วยเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและความสำเร็จที่เกิดขึ้น โดยทำเป็นรายกลุ่ม 1 กลุ่ม จำนวน 26 คน เดือนละ 1 ครั้ง จำนวน 3 ครั้งๆ ละ 45 - 60 นาที

3) การเสริมสร้างศักยภาพในการจัดการตนเอง ดำเนินกิจกรรมโดยให้ความรู้ ควบคู่กับการฝึกทักษะการจัดการตนเองรายบุคคล เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การรับประทานยา และการดูแลสุขภาพในการควบคุมโรคในสถานการณื บริบทจริงที่บ้าน โดยผู้วิจัยและทีมบุคลากรสุขภาพออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเพื่อสอนและฝึกทักษะ การจัดการตนเองแก่ผู้ป่วย จำนวน 4 ครั้งๆ ละ 45 - 60 นาที ขณะออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในแต่ละครั้ง ผู้วิจัยและทีมบุคลากรสุขภาพได้ให้คำแนะนำ ชี้แนะและฝึกทักษะในการเป็นผู้สนับสนุน การจัดการตนเองของผู้ป่วยทั้งในด้านเวลา คำแนะนำ สิ่งแวดล้อม และวัสดุอุปกรณ์ แก่ผู้ดูแลใน ครอบครัวและแกนนำชุมชน ตามแผนการสนับสนุน การจัดการตนเองของผู้ป่วยที่ได้กำหนดร่วมกัน

4) ความต่อเนื่องในการสนับสนุน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดำเนินกิจกรรมโดย การเยี่ยมบ้านเสริมพลังผู้ป่วยและครอบครัวของ บุคลากรสุขภาพพร้อมกับแกนนำชุมชน โดยใช้ สุนทรียสารก (Appreciation inquiry) ซึ่งเริ่มต้น

จากการเข้าไปค้นหาเรื่องราวดีๆ ของผู้ป่วยและ ทีมผู้ดูแล ได้แก่ ผู้ดูแล แกนนำชุมชน และบุคลากร สุขภาพ เพื่อสืบค้นคว้า ศักยภาพของแต่ละบุคคล อยู่ตรงไหน โดยการศึกษาผ่านเรื่องเล่าประสบการณ์ การทำงานที่ดีที่สุด ภายใต้กระบวนการ 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) Discover : เริ่มต้นจากการให้ผู้ป่วย ผู้ดูแล แกนนำชุมชน และบุคลากรสุขภาพ แต่ละคนบอก เล่าเรื่องราว แรงบันดาลใจที่ดีที่สุด และช่วงเวลาที่ดีที่สุด จากประสบการณ์ในการส่งเสริมสนับสนุนผู้ป่วยใน การจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม 2) Dream : สร้าง/ทบทวนฝันหรือเป้าหมายในการจัดการตนเอง เพื่อชะลอไตเสื่อมที่ต้องการอยากให้เป็นร่วมกัน 3) Design : ออกแบบวิธีการเพื่อก้าวสู่ฝันหรือ เป้าหมายที่วางไว้ และ 4) Deliver หรือ Destiny ลงมือปฏิบัติการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม เพื่อการเปลี่ยนแปลงตนเองในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรม สุขภาพ โดยกำหนดกิจกรรมการเยี่ยม บ้านทุก 2 สัปดาห์ ในระยะ 1 เดือนแรก ทุก 3 สัปดาห์ ในระยะ 12 สัปดาห์ จากนั้นเป็นการเยี่ยมติดตาม ต่อเนื่องทุก 1 เดือน จนครบระยะเวลา 12 เดือน ใช้ระยะเวลาการเยี่ยมแต่ละครั้ง 30 - 45 นาที

ผลการตรวจสอบคุณภาพโปรแกรม ที่พัฒนาขึ้นโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย พยาบาลที่มีประสบการณ์ และ ความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน 2 ท่าน พยาบาลที่มีประสบการณ์และความชำนาญ ในการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการเสริมสร้าง สมรรถนะแห่งตน 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาล ผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการตนเอง 1 ท่าน พบว่า ทุกองค์ประกอบของโปรแกรมมีความเหมาะสม อยู่ในระดับมาก และโครงสร้างโปรแกรมมีความ สอดคล้องกันทุกองค์ประกอบมีค่าตั้งแต่ 0.60 ถึง 1.00 รวมทั้งได้มีการวิพากษ์โปรแกรมและมี ข้อเสนอแนะให้เพิ่มเติมในประเด็นของเนื้อหาใน



การดำเนินกิจกรรมรายกลุ่มและรายบุคคลรวมทั้งระยะเวลา แล้วจึงนำมาจัดทำเป็นร่างโปรแกรมและร่างเอกสารประกอบโปรแกรมฉบับสมบูรณ์ จากนั้นได้นำไปศึกษานำร่องในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงและมีภาวะไตเสื่อมแล้ว ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในเขตพื้นที่ตำบลอื่น จำนวน 10 คน ระยะเวลา 3 เดือน ผลการประเมินความเป็นไปได้โดยพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล จำนวน 5 ท่าน พิจารณาเกี่ยวกับความยาก-ง่าย และความสามารถในการปฏิบัติตามโปรแกรม พบว่าโปรแกรมฯ ความเป็นไปได้ โดยมีความเห็นตรงกันว่าสามารถใช้งานได้ง่ายสะดวก และสามารถนำไปใช้งานได้จริง

2. ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจในการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง โดยศึกษาผลดังนี้

2.1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงและมีภาวะไตเสื่อมแล้ว จำนวน 26 คน พบว่า มีอายุเฉลี่ย 56.37 ปี (SD = 14.23) เป็นเพศหญิงทั้งหมด มีค่า HbA1C เฉลี่ย 9.4% ค่าความดันโลหิต systolic ระหว่าง 120 - 129 mmHg จำนวน 4 คน (ร้อยละ 15.38) 130 - 139 mmHg จำนวน 10 คน (ร้อยละ 38.46) \geq 140 mmHg จำนวน 12 คน (ร้อยละ 46.15)

ค่าความดันโลหิต diastolic ระหว่าง 80 - 84 mmHg จำนวน 4 คน (ร้อยละ 15.38) 85 - 89 mmHg จำนวน 8 คน (ร้อยละ 30.77) \geq 90 mmHg จำนวน 14 คน (ร้อยละ 53.85) อยู่ในระยะของโรคไตเรื้อรังระยะ 3a (eGFR 45 - 59 mL/min/1.73m²) จำนวน 6 คน (ร้อยละ 23.08) ระยะ 3b (eGFR 30 - 44 mL/min/1.73m²) จำนวน 15 คน (ร้อยละ 57.69) และระยะ 4 (eGFR 15 - 29 mL/min/1.73m²) จำนวน 5 คน (ร้อยละ 19.23) กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพ และมีญาติเป็นผู้ดูแล

2.2 เปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมและค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1C) ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ

ผลการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมโดยรวมหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรายด้าน พบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านการรับประทานอาหารและด้านการรับประทานยา หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สำหรับค่าเฉลี่ย HbA1C พบว่า ค่าเฉลี่ย HbA1C หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมและค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1C) ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง (n = 26)

พฤติกรรมการจัดการตนเอง	ก่อน		หลัง		Mean difference	t	p-value
	M	SD	M	SD			
พฤติกรรมการจัดการตนเอง							
พฤติกรรมโดยรวม	61.00	7.23	75.62	2.64	14.62	14.59	< .001
ด้านการรับประทานอาหาร	30.08	3.84	37.50	1.75	7.42	14.76	< .001
ด้านการรับประทานยา	30.92	3.76	38.12	1.37	7.19	12.65	< .001
HbA1C	9.62	1.75	8.32	1.05	1.30	6.35	< .001

2.3 เปรียบเทียบอัตราการกรองของไต (eGFR) ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ

พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีผู้ป่วยอยู่ในระยะ 3a (eGFR 45 - 59 ml/min/1.73m²) จำนวน 6 คน ระยะ 3b (eGFR 30 - 44 ml/min/1.73m²) จำนวน 15 คน และระยะ 4 (eGFR 15 - 29 ml/min/1.73m²) จำนวน 5 คน หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า ทุกคนมีอัตราการกรองของไต (eGFR) อยู่ในระยะของโรคไตเรื้อรังเดิม และทุกคนมีการลดลงของ eGFR น้อยกว่า 5 ml/min/1.73m² ต่อปี ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์การมี eGFR คงที่ ในการชะลอไตเสื่อม

3. ผลการปรับปรุงแก้ไขและยืนยันคุณภาพโปรแกรมฯ

จากข้อมูลความคิดเห็นต่อโปรแกรมฯ ในกลุ่มตัวแทนผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ดูแล บุคลากรสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและแกนนำชุมชน มีความเห็นตรงกันว่า โปรแกรมมีคุณค่าและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ได้จริง ทั้งในด้านองค์ประกอบของโปรแกรมกิจกรรม การเรียนรู้และการปฏิบัติ การมีส่วนร่วมของผู้ดูแล และชุมชน และการประเมินผลลัพธ์ นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังได้สะท้อนการเรียนรู้ในกระบวนการ

จัดการตนเอง ตั้งแต่การสัมภาษณ์ พูดคุย วิเคราะห์ถึงปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรค ชี้แนะแนวทางที่ตรงกับปัญหาและความต้องการของตนเอง ทำให้เกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการจัดการตนเอง มีการตั้งเป้าหมายในการจัดการตนเองร่วมกัน การสอนให้ความรู้โดยบุคลากรสุขภาพ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากการอภิปรายกลุ่ม การเรียนรู้จากผู้ป่วยตัวอย่าง การลงมือฝึกปฏิบัติทักษะการจัดการตนเองพร้อมกับผู้ดูแล และได้กำลังใจและแรงจูงใจจากทีมเยี่ยมบ้าน ดังตัวอย่างคำบอกเล่า

“โปรแกรมนี้ดี มีคุณค่า ทำได้ ที่แรกก็คิดว่ายาก แต่เมื่อเข้าโปรแกรมตามที่จัดให้แล้วก็สามารถปฏิบัติตามได้ รู้สึกมีกำลังใจในการปฏิบัติมากขึ้น ตั้งใจว่าจะทำได้ แล้วก็ผ่านมาได้ น้ำตาลก็ลดลง ไตก็ดีขึ้น รู้สึกพอใจ ดีใจ และมีกำลังใจจะทำต่อไป” (ผู้ป่วย 1)

“โปรแกรมนี้ดี มีคุณค่ามาก ในการปรับตนเองและให้คนในครอบครัวและในชุมชนของเราเข้ามารับรู้และเรียนรู้ไปด้วยกัน ขอตรงที่มีการพูดคุยกัน ชี้แนะ ตั้งเป้าหมายด้วยกันตั้งแต่ต้น และมีทีมมาเยี่ยมที่บ้าน มาติดตาม มาสอนและแนะนำ รู้สึกว่าไม่โดนทอดทิ้ง” (ผู้ป่วย 2)



“โปรแกรมนี้มีองค์ประกอบและการเรียงลำดับกิจกรรมเป็นขั้นตอนที่เหมาะสม การประเมินผลที่ค่า HbA1C กับ eGFR มีความเหมาะสมสอดคล้องกับกิจกรรมในโปรแกรมและยังสอดคล้องกับที่ระยะเวลาที่ได้ประเมินผู้ป่วยจริงของ รพ.สต. เรา ซึ่งเราก็ประเมินผู้ป่วยใน 1 ปี อยู่แล้ว” (บุคลากรสุขภาพ 1)

“โปรแกรมที่พัฒนานี้ดีตรงที่ให้ความสำคัญกับปัญหาผู้ป่วยและครอบครัวของแต่ละคน และดึงเอาผู้ดูแลในครอบครัวและชุมชนเข้ามาส่วนร่วมด้วย” (ตัวแทนชุมชน 1)

การอภิปรายผลการวิจัย

การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจในการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง มีประเด็นที่น่าสนใจนำมาอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจในการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

กระบวนการพัฒนาโปรแกรมผู้วิจัยได้เริ่มต้นด้วยการวิเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการในการพัฒนา โดยการศึกษาข้อมูลผู้ป่วยและการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแลพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงและมีภาวะไตเสื่อมแล้วยังประสบปัญหาระดับน้ำตาลในเลือดสูง เสี่ยงต่อภาวะไตวายเรื้อรัง โดยมีพฤติกรรมจัดการตนเองในการควบคุมโรคที่ไม่เหมาะสม จำเป็นต้องมีการพัฒนาคุณภาพการดูแลโดยการเสริมสร้างแรงจูงใจและศักยภาพในการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมทั้งมิติความรู้ความเข้าใจ เจตคติ และทักษะปฏิบัติ อย่างไรก็ตามในสถานการณ์ปัจจุบันกลับพบว่ารูปแบบการดูแลแบบเดิมที่ตั้งรับการให้บริการ

เฉพาะในคลินิกโรคเบาหวานและวิธีการให้ความรู้ที่มุ่งเน้นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาการเจ็บป่วยและวิธีการรักษาพยาบาลนั้นไม่สามารถเสริมสร้างศักยภาพของผู้ป่วยในการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมได้อย่างเพียงพอและไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างแท้จริง รวมทั้งยกระดับผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยได้ดีเท่าที่ควร ดังนั้นโปรแกรมที่สร้างขึ้นนี้จึงเป็นโปรแกรมที่มีเป้าหมายเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมที่มุ่งให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ เจตคติ และทักษะปฏิบัติในการจัดการตนเอง

กิจกรรมการเรียนรู้ในโปรแกรม เป็นกระบวนการที่มีความสำคัญในการพัฒนาผู้ป่วยให้เกิดการเรียนรู้และมีพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมที่เหมาะสม โดยการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ในโปรแกรมฯ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing : MI) ของ Miller & Rollnick¹² แนวคิดการจัดการด้วยตนเองของ Lorig & Holman¹³ และแนวคิดการสนับสนุนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) โดยผ่านแหล่งสนับสนุน 4 แหล่งของ Bandura¹⁴ มาบูรณาการร่วมกันในการออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้ทั้งรายกลุ่ม รายบุคคล และมีการติดตามเยี่ยมบ้านเสริมพลังอย่างต่อเนื่องและเชื่อมโยงกันสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน โดยสามารถยืนยันถึงคุณภาพของโปรแกรมที่สร้างขึ้นด้วยผลการตรวจสอบความเหมาะสมและความสอดคล้องของโปรแกรมที่อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

จากการทบทวนงานวิจัยเชิงทดลองที่ผ่านมา¹⁵⁻¹⁶ พบว่า โปรแกรมการจัดการตนเองหรือโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจมีประสิทธิภาพ และได้ผลลัพธ์ที่ดี ในงานวิจัยครั้งนี้เป็นการพัฒนาโปรแกรมที่มีจุดเด่นในการเริ่มต้นด้วยการ

วิเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการในการพัฒนาภายใต้บริบทและสถานการณ์จริง ทำให้ได้ข้อมูลนำเข้าสู่การออกแบบกิจกรรม โดยมีกิจกรรมหรือกลยุทธ์ที่แตกต่างจากงานวิจัยที่ผ่านมา นอกจากนี้ในการพัฒนาโปรแกรมผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนการพัฒนาอย่างมีระบบรวมทั้งมีการทดลองใช้โปรแกรมก่อนนำไปใช้จริงจึงส่งผลให้โปรแกรมนี้มีคุณภาพ

2. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจในการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ผลการศึกษา พบว่า 1) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมโดยรวมและรายด้านสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม 2) ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1C) หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่า ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผู้ป่วยสามารถชะลอไตเสื่อมได้ โดยมีอัตราการกรองของไต (eGFR) อยู่ในระยะของโรคไตเรื้อรังเดิม และทุกคนมีการลดลงของ eGFR น้อยกว่า 5 ml/min/1.73m² ต่อปี ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์การมี eGFR คงที่ ในการชะลอไตเสื่อม แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การเข้าร่วมโปรแกรมฯ ของผู้ป่วย ผู้ดูแล และผู้เกี่ยวข้อง ตามองค์ประกอบหลัก 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว 2) การเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3) การเสริมสร้างศักยภาพในการจัดการตนเอง และ 4) ความต่อเนื่องในการสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้นำสู่การเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม ระดับ HbA1C และ eGFR ได้นั้นเกิดจากกิจกรรมในแต่ละองค์ประกอบของโปรแกรมฯ ที่เริ่มต้นด้วยการพบปะพูดคุยและ

สัมภาษณ์ผู้ป่วยโดยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing : MI) ของ Miller & Rollnick¹² ซึ่งเป็นการสัมภาษณ์ที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ช่วยให้ผู้ป่วยค้นหาสาเหตุของปัญหาและความพร้อมในการปรับเปลี่ยนตนเอง ซึ่งผู้วิจัยมีการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามขั้นของการเปลี่ยนแปลงตนเอง (Stage of change) พร้อมทั้งทำแผนการปรับเปลี่ยนได้อย่างเป็นเหมาะสมเป็นระยะๆ ตามขั้นของการเปลี่ยนแปลงตนเองจนถึงขั้นการเปลี่ยนแปลงด้วยตนเอง ซึ่งกระบวนการนี้ทำให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน สอดคล้องกับงานวิจัยของ Salimi, Momtazi & Zenuzian²¹ ที่ได้นำเทคนิค MI ไปใช้เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวาน ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีขึ้นและสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้นเช่นกัน เช่นเดียวกับผลการสังเคราะห์อย่างเป็นระบบ (Systemic review) และการวิเคราะห์อภิมาน (Meta-analysis) ของ Lundahl, Moleni, Burke & Butters¹⁶ ในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง และการวิเคราะห์อภิมาน (Meta-analysis) ของ Ren และคณะ²² ที่พบว่า เทคนิค MI สามารถสร้างเสริมแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น

ขณะเดียวกัน ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมจะได้รับความรู้ที่จำเป็นเบื้องต้นเพื่อเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจและตระหนักในภาวะสุขภาพตนเอง ตามแนวทางการให้การศึกษาเพื่อการจัดการดูแลโรคเบาหวานด้วยตนเอง (Diabetes self-management education หรือ DSME)²⁰ ได้แก่ การอธิบายเกี่ยวกับธรรมชาติและการดำเนินของโรคเบาหวาน และทางเลือกวิธีการผสมผสาน



ด้านการบริโภคอาหารและการเคลื่อนไหวออกแรงที่เหมาะสมในวิถีชีวิตประจำวัน การใช้ยาอย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ การเฝ้าติดตามระดับน้ำตาลในเลือดและตัวชี้วัดอื่นๆ การแปลผลและการนำผลไปใช้ในการตัดสินใจด้านการจัดการดูแลตนเอง การป้องกันและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันและเรื้อรัง เป็นต้น และได้รับการฝึกทักษะการจัดการตนเอง 6 ประการ ตามแนวคิดการจัดการตนเองของ Lorig & Holman¹³ ได้แก่ 1) การแก้ไขปัญหา 2) การตัดสินใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว 3) การใช้แหล่งข้อมูล 4) การมีส่วนร่วมระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล บุคลากรทางสุขภาพ และแกนนำชุมชน 5) การลงมือปฏิบัติ และ 6) การปรับทักษะการจัดการตนเองให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล ทำให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจและมีทักษะในการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองเพิ่มขึ้น ร่วมกับผู้วิจัยได้บูรณาการกลยุทธ์การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนให้แก่ผู้ป่วย ได้แก่ การเปิดโอกาสและจัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยได้ลงมือฝึกทักษะปฏิบัติด้วยตนเอง การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่น การชักจูงด้วยคำพูดโดยใช้เทคนิค MI และการเยี่ยมบ้านเสริมพลังเพื่อให้เกิดภาวะความพร้อมด้านอารมณ์ และการให้ความรู้ตามแนวทางของ DSME เป็นผลให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเจตคติที่ดี และทักษะปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเอง นำไปสู่ความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน และมีพลังอำนาจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมที่ดีขึ้นและมีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น คือ ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1C) ลดลง และอัตราการกรองของไต (eGFR) อยู่ในระยะของโรคไตเรื้อรังเดิม และมีการลดลงของ eGFR น้อยกว่า 5 ml/min/1.73m² ต่อปี ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์การมี eGFR คงที่ ในการชะลอไตเสื่อม ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับผล

การศึกษาในหลายงานวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน¹⁵ ซึ่งต่างพบว่า โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองมีประสิทธิผลในการส่งเสริมพฤติกรรมจัดการตนเอง ก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี

เมื่อพิจารณาความคิดเห็นต่อโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นที่ประเมินโดยตัวแทนผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ดูแล บุคลากรสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และแกนนำชุมชน ต่างมีความเห็นตรงกันว่า โปรแกรมมีคุณค่าและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ได้จริง ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมโปรแกรม โดยประเมินว่า โครงสร้างองค์ประกอบและกิจกรรมของโปรแกรมมีความเหมาะสม โปรแกรมสามารถเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและส่งเสริมการเรียนรู้ทั้งด้านความรู้ ทักษะ และทัศนคติ ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่เหมาะสมกับตนเอง และเห็นผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน ข้อมูลนี้สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นนี้สามารถเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อให้เกิดพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพที่จะนำโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นนี้ไปใช้จำเป็นต้องผ่านการอบรมเกี่ยวกับเทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ การจัดการตนเอง และการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน พร้อมทั้งศึกษาคู่มือการใช้โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นนี้อย่างละเอียดเพื่อการใช้โปรแกรมเกิดประสิทธิผลมากที่สุด และควรนำไปผสมผสานกับการดูแลที่มีอยู่ในปัจจุบัน



2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป
ควรประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมฯ
โดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบ Randomized controlled
trial (RCT) และติดตามพฤติกรรมการจัดการ

ตนเอง ค่า HbA1C และค่า eGFR หลังเสร็จสิ้น
โปรแกรม 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อประเมิน
การคงอยู่ของพฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลงของ
ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas Ninth edition 2019. [Internet]. [cited 2017 September 1]. Available from: <https://www.diabetesatlas.org/>.
2. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas Ninth edition 2019: factsheets. [Internet]. [cited 2017 September 1]. Available from: <https://www.diabetesatlas.org/>.
3. Ngarmukos C, Bunnag P, Kosachunhanun N, Krittiyawong S, Leelawatana R, Prathipanawat T, et al. Thailand diabetes registry project: prevalence, characteristics and treatment of patients with diabetic nephropathy. *J Med Assoc Thai* 2006;89(Suppl 1):S37-42. (in Thai).
4. Satirapoj B. Diagnosis and management of diabetic nephropathy. *Royal Thai Army Medical Journal* 2011;64(1):53-63. (in Thai).
5. Thungtong S. Delayed progression diabetic nephropathy in patients with uncontrolled type 2 diabetes mellitus. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2017;18(Suppl 2):S17-24. (in Thai).
6. Petrie JR, Guzik TJ, Touyz RM. Diabetes, hypertension, and cardiovascular disease: clinical insights and vascular mechanisms. *Can J Cardiol* 2018;34(5):575-84.
7. Thai National Health Examination Survey V Study Group. Thai National Health Examination Survey, NHES V. Nonthaburi, Thailand: National Health Examination Survey Office, Health System Research Institute; 2016. (in Thai).
8. Hau KaoTak Health Promoting Hospital. The diabetic annual statistics report 2016-2018. Mahasarakham: Mahasarakham Hospital; 2018. (in Thai).
9. Diabetes Association of Thailand, The Endocrine Society of Thailand, Department of Medical Services, National Health Security Office. Clinical practice guideline for diabetes 2017. Pathum Thani: Romyen Media; 2017. (in Thai).
10. Hau Kao Tak Health Promoting Hospital. The focus-group for diabetic care development report. Mahasarakham: Mahasarakham Hospital; 2018. (in Thai).
11. Kruglanski A, Chernikova M, Kopetz C. Motivation science. In: Scott R, Kosslyn S, editors. *Emerging trends in the social and behavioral sciences*. New York: Wiley; 2015.
12. Miller WR, Rollnick S. Applications of motivational interviewing. *Motivational interviewing: helping people change*. 3rd ed. New York: Guilford Press; 2013.

13. Lorig KR, Holman HR. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *The Society of Behavioral Medicine* 2003;26(1):1-7.
14. Bandura A. *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: W. H. Freeman; 1997.
15. Schaffler J, Leung K, Tremblay S, Merdsoy L, Belzile E, Lambrou A, et al. The effectiveness of self-management interventions for individuals with low health literacy and/or low income: a descriptive systematic review. *J Gen Intern Med* 2018;33:510-23.
16. Lundahl B, Moleni T, Burke BL, Butters R, Tollefson D, Butler C, et al. Motivational interviewing in medical care settings: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Patient Educ Couns* 2013;93(2):157-68.
17. Taba H. *Curriculum development: theory and practice*. New York: Harcourt, Brace World; 1962.
18. Nastasi BK, Schensul SL. Contributions of qualitative research to the validity of intervention research. *Journal of School Psychology* 2005;43(3):177-95.
19. Kemmis S, McTaggart R, editors. *The action research planner*. Victoria, Australia: Deakin University Press; 1988.
20. Powers MA, Bardsley J, Cypress M, Duker P, Funnell MM, Fischl AH, et al. Diabetes self-management education and support in type 2 diabetes: a joint position statement of the American Diabetes Association, the American Association of Diabetes Educators, and the Academy of Nutrition and Dietetics. *Clin Diabetes* 2016;34(2):70-80.
21. Salimi C, Momtazi S, Zenuzian S. A review on effectiveness of motivational interviewing in the management of diabetes mellitus. *Journal of Psychology and Clinical Psychiatry* 2016;5(4):00294.
22. Ren Y, Yang H, Browning C, Thomas S, Liu M. Therapeutic effects of motivational interviewing on blood pressure control: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Int J Cardiol* 2014;172(2):509-11.