

การพัฒนาโปรแกรมการดูแลร่วมกันของผู้ป่วยและครอบครัวในการชะลอโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

Development of a Patient-Family Shared Care Program on Delaying the Progression of Chronic Kidney Disease in Uncontrolled Type 2 Diabetic Patients

กัลยาณี โนอินทร์^{1*}, อุดลย์ วุฒิจูพันธ์¹, เสาวภา เต็ดชาด¹, สายฝน อินศรีชื่น¹, ศรีแพร เข้มวิชัย¹
Kanlayanee No-in^{1*}, Adul Wuttijurepan¹, Saowapa Dedkhard¹, Saifon Insrichuen¹,
Sripare Khemwichai¹

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี แพร่ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹Boromarajonani College of Nursing, Phrae, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Insititute

(Received: December 23, 2022; Revised: December 1, 2023; Accepted: December 4, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลร่วมกันของผู้ป่วยและครอบครัวในการชะลอโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ การวิจัยมี 2 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นการศึกษาสถานการณ์และการพัฒนาโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจง เป็นพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบคลินิกโรคเรื้อรัง 1 คน ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้และสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มละ 3 คน รวม 7 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกและแนวคำถามการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา และ 2) ศึกษาผลของโปรแกรมที่ทดลองนำไปใช้ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ 23 คนและสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วย 23 คน รวม 46 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ โปรแกรมที่พัฒนาขึ้น แบบบันทึกผลระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิต และแบบบันทึกผลการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Paired t-test ผลการวิจัยพบว่า

1. โปรแกรมการดูแลร่วมกันโดยผ่านการปฏิบัติของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วย 3 เรื่อง ได้แก่ การแลกเปลี่ยนข้อมูลประสบการณ์ระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วย การค้นหาข้อมูลด้านบวกและด้านลบเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว การร่วมวางแผน การร่วมแก้ปัญหา การร่วมปฏิบัติ และการปฏิบัติของพยาบาลในการสนับสนุนการดูแลร่วมกันของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วย 4 เรื่อง ได้แก่ การให้ความรู้ การกระตุ้นให้มีการตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติร่วมกัน การทบทวนความรู้ และการติดตามเยี่ยมผู้ป่วย

2. หลังทดลองใช้โปรแกรม พบว่าค่าเฉลี่ยระดับความดันซิสโตลิกลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนค่าเฉลี่ยระดับความดันไดแอสโตลิกและระดับน้ำตาลในเลือดหลังดอาหารและน้ำอย่างน้อย 8 ชั่วโมงโดยเจาะปลายนิ้วก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมไม่แตกต่างกัน

โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นนี้ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีระดับความดันซิสโตลิกลดลงจึงเป็นอีกแนวทางหนึ่งที่จะนำไปใช้ในดูแลการชะลอโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

คำสำคัญ: โปรแกรมการดูแลร่วมกัน โรคไตเรื้อรัง โรคเบาหวานชนิดที่ 2

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: kanlayanee_n@bcnph.ac.th)

Abstract

This action research aimed to develop and study the effects of a patient-family shared care program on delaying the progression of chronic kidney disease (CKD) in uncontrolled type 2 diabetes mellitus (T2DM) patients. The research comprised 3 phases: 1) the analysis of the situation, 2) the development of the program, and 3) a pilot research to study the program's effects. During phase 1, an assessment of the current situation of diabetic care was performed, as well as reviewing the characteristics of shared-care and resuming the literature. At phase 2, a new program was developed, accordingly with the analysis conclusions. As for the pilot research, a total of 7 participants - one professional nurse from a chronic disease clinic, three uncontrolled T2DM patients, and three family members who cared for the T2DM patients - were purposively selected. The research instruments were patients record forms and semi-structured interviews. The data was analyzed using content analysis. A total of 46 participants – 23 uncontrolled T2DM patients, and 23 family members who cared for patients -- were recruited using the G*Power program and accordingly with inclusion criteria. The research instruments were the newly developed program, blood sugar and blood pressure levels results record forms, and patients home visits record forms. Data were analyzed using descriptive statistics, and paired t-test. The results showed that

1. The shared-care of patients could be divided in 3 areas: a) sharing experience and information between patients and family members who cared for patients, b) finding positive and negative information about their practice, and c) co-planning and co-solving problems. As for the practice of nurses in supporting shared-care of patients, there were 4 intervention areas: a) educating, b) encouraging decision-making in the choice of practices, c) reviewing knowledge, and d) patients visiting.

2. After a 4 - week program implementation, the systolic blood pressure mean was significantly less than before program implementation ($p < 0.05$). There were no statistical differences in the diastolic blood pressure mean, as well as in blood glucose after 8 hours fasting by fingertip peripheral puncture mean.

This new program can contribute to reducing blood pressure in uncontrolled T2DM patients. It is another way to be used in delaying the progression of CKD in uncontrolled T2DM patients.

Keywords: Shared Care Program, Chronic Kidney Disease, Type 2 Diabetes Mellitus Disease,

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีแนวโน้มเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างต่อเนื่องทั่วโลก โดยพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานมีจำนวน 108 ล้านคนในปี ค.ศ. 1980 เพิ่มขึ้นเป็น 463 ล้านคนในปี ค.ศ. 2019 และคาดการณ์ว่าจะมีจำนวน 700 ล้านคนในปี ค.ศ. 2045 (Cheng, Xu, Lim, & Hung, 2021) ประเทศไทยในปีพ.ศ. 2560 – 2562 พบว่ามีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานเท่ากับ 1,344.95, 1,439.04 และ 1,528.91 ต่อประชากร 100,000 คน ตามลำดับ และเขตบริการสุขภาพที่ 1 เท่ากับ 1,157.03, 1,246.55 และ 1,351.17 ต่อประชากร 100,000 คน ตามลำดับ (Department of Disease Control Ministry Of Public Health, 2020) ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานในประเทศไทยก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน

โรคเบาหวานทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนเรื้อรังต่างๆ ตามมา จำแนกเป็นโรคแทรกซ้อนที่เกิดกับหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่ (Macrovascular Complication) ที่สมองทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบชั่วคราว (Transient Ischemic

Attack) และโรคหลอดเลือดในสมอง (Stroke) ที่หัวใจทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (Angina Pectoris) กล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial Infarction) และหัวใจวาย (Cardiac Failure) และที่ขาทำให้เกิดโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบ (Peripheral Arterial Disease) ส่วนโรคแทรกซ้อนที่เกิดกับหลอดเลือดขนาดเล็ก (Microvascular Complication) ที่ตาทำให้เกิดโรคจอตาเสื่อมจากเบาหวาน (Diabetic Retinopathy) และที่ไตทำให้เกิดโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End Stage Renal Disease: ESRD) (Jiamjarasrangsri, 2017) ส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องการการบำบัดทดแทนไต (Renal Replacement Therapy) (Sagoo & Gnudi, 2020) จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เพิ่มขึ้นก็จะทำให้มีจำนวนผู้ป่วยภาวะไตเสื่อมจากโรคเบาหวาน (Diabetic Nephropathy: DN) เพิ่มขึ้นตามไปด้วย (Giral-Lopez, Molina-Van den Bosch, Vergara, Garcia-Carro, Seron, Jacobs-Cacha, et al., 2020) โดยพบว่าอัตราเสี่ยงรวมที่ปรับแล้ว (pooled adjusted risk ratio) ของการเกิดโรคไตเรื้อรังที่มีสาเหตุจากโรคเบาหวาน ในเพศหญิงเท่ากับ 3.34 และในเพศชายเท่ากับ 2.84 (Shen, Cai, Sun, Dong, Huang, Tian, et al., 2017)

การชะลอโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานได้อาศัยหลายแนวทางร่วมกัน ได้แก่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหารให้เหมาะสมตามระยะของโรค การควบคุมระดับความดันโลหิตไม่เกิน 130/80 มิลลิเมตรปรอท การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหารและน้ำอย่างน้อย 8 ชั่วโมงอยู่ระหว่าง 90-130 มิลลิกรัม/เดซิลิตร และระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA_{1c}) ต่ำกว่า 7% การออกกำลังกาย การปรับดัชนีมวลกายให้เหมาะสม การหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ การเลิกสูบบุหรี่ และการหลีกเลี่ยงการใช้ยาที่มีผลต่อการทำงานไต (Jirubapa, 2014; Sagoo & Gnudi, 2020) การจัดการโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ผ่านมามักจัดทำในรูปแบบของ โปรแกรมการให้ความรู้ (Sakulyuenyong, 2017; Sarin, Moolsart, & Chailimpamontree, 2019) และโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย (Phensuwan & Buaphan, 2021; Sarajarus & Sumano, 2018; Sarin, Moolsart, & Chailimpamontree, 2019) ซึ่งกลุ่มเป้าหมายที่มาร่วมโปรแกรมข้างต้นมีเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยเท่านั้น อีกทั้งไม่ได้นำสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยหรือครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ประกอบกับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุทำให้ไม่สามารถนำความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ได้รับไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพ เพื่อชะลอโรคไตเรื้อรังจากโรคเบาหวานได้ตามเป้าหมาย เช่น การรับประทานยา การรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย เป็นต้น การให้สมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยหรือครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ถือเป็นการสนับสนุนทางสังคมอีกรูปแบบหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และระดับความดันโลหิต ดีขึ้น เนื่องจากการให้ความรู้ การฝึกทักษะ และการแลกเปลี่ยนข้อมูล ส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจและการปฏิบัติที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน รวมทั้งการทำบทบาทของตนเอง (Supachaipanichpong, Attasopon, & Chumchuen, 2016)

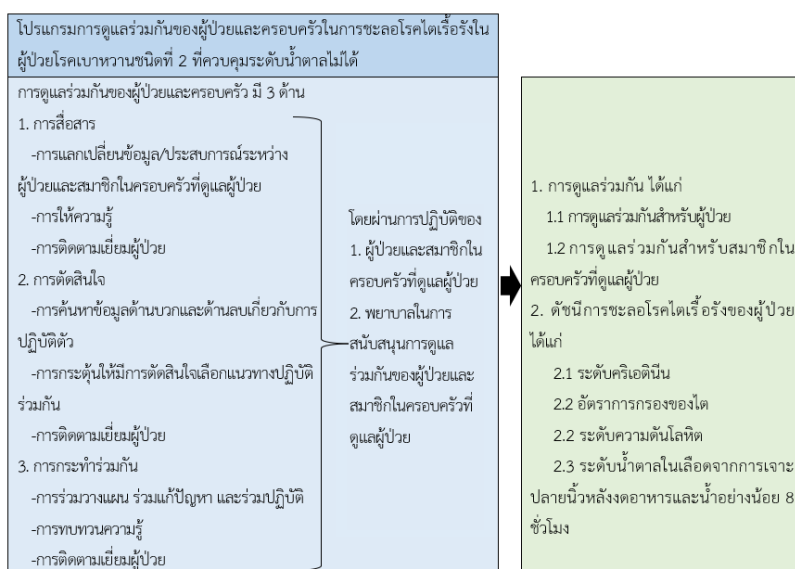
การจัดการโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่ได้ให้สมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วย หรือครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมนับว่าเป็นข้อจำกัดอย่างหนึ่งในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน แต่การให้สมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยตามแนวคิดการดูแลร่วมกัน (Shared Care) จะช่วยให้เกิดผลลัพธ์เป็นไปตามที่ตั้งเป้าหมายไว้เพิ่มขึ้น ดังเช่นการศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลร่วมกันต่อการดูแลร่วมกันของผู้ป่วยและครอบครัว ภาวะโภชนาการ และการติดเชื้อที่แผลช่องสายออกในผู้ป่วยล้างไตทางหน้าท้องแบบต่อเนื่อง (Pairojkittraku, Harnirattisai, & Thitiarchakul, 2014) ได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการดูแลร่วมกันของ Sebern (2005) ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการดูแลร่วมกันด้านการสื่อสาร การตัดสินใจและการมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันเพิ่มขึ้น ค่าเฉลี่ยคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการลดลง และค่าเฉลี่ยของระดับอัลบูมินในเลือดเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุม การวิจัยนี้จึงนำแนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลของครอบครัวหรือการดูแลร่วมกันของ Sebern (2005) มาพัฒนาเป็นโปรแกรมการดูแลร่วมกันของผู้ป่วยและครอบครัวในการชะลอโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ เนื่องจากแนวคิดนี้ให้ความสำคัญทั้งต่อผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วย โดยสร้างความร่วมมือหรือการมีส่วนร่วมระหว่างกันในการปฏิบัติเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อช่วยชะลอโรคไตเรื้อรังจากโรคเบาหวานและช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดีตามศักยภาพ

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการดูแลร่วมกันของผู้ป่วยและครอบครัวในการชะลอโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้
2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลร่วมกันของผู้ป่วยและครอบครัวในการชะลอโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการดูแลร่วมกัน (Shared Care) ของซีเบิร์น (Sebern, 2005) มี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การสื่อสาร (Communication) การตัดสินใจ (Decision-making) และการกระทำร่วมกัน (Reciprocity) ผ่านการปฏิบัติของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยโดยการแลกเปลี่ยนข้อมูล ประสพการณ์ การค้นหาผลกระทบด้านบวกและด้านลบ การวางแผนปฏิบัติ การแก้ปัญหาและการร่วมปฏิบัติในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตัว 4 เรื่อง ได้แก่ การบริโภคอาหารที่ชะลอไตเสื่อม การออกกำลังกาย การใช้ยา และการหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่ และผ่านการปฏิบัติของพยาบาลในการสนับสนุนการดูแลร่วมกันของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยโดยการให้ความรู้ การทบทวนความรู้ และการกระตุ้นให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยมีการตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติร่วมกัน และเพื่อส่งเสริมผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยให้มีการดูแลร่วมกันในการชะลอโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ระยะเวลาของโปรแกรมนาน 4 เดือน จัดกิจกรรมทั้งหมด 5 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 1 เดือน ดังภาพ 1 ส่วนการพัฒนาโปรแกรมผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มี 2 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นการศึกษาสถานการณ์และการพัฒนาโปรแกรม และ 2) ขั้นวิจัยนำร่องเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมที่ทดลองนำไปใช้ (Jirubapa, 2014)



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีขั้นตอนการดำเนินการวิจัยดังนี้

1. ขั้นการศึกษาสถานการณ์และการพัฒนาโปรแกรมโปรแกรมการดูแลร่วมกันของผู้ป่วยและครอบครัวในการชะลอโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร มี 3 กลุ่ม ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และญาติผู้ป่วยที่พาผู้ป่วยมารับบริการคลินิกโรคเรื้อรังใน รพ.สต.

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 1) พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบคลินิกโรคเรื้อรังของ รพ.สต. จำนวน 1 คน 2) ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ที่มารับบริการคลินิกโรคเรื้อรังของ รพ.สต. และ ยินดีให้ข้อมูล จำนวน 3 คน และ 3) ญาติผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งพาผู้ป่วยมารับบริการคลินิกโรคเรื้อรังของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และยินดีให้ข้อมูล จำนวน 3 คน รวมทั้งสิ้น 7 คน ใช้วิธีเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย แนวคำถามการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างเกี่ยวกับแนวทางการให้บริการผู้ป่วยโรคเบาหวานสำหรับพยาบาล จำนวน 3 ข้อ แนวคำถามการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างเกี่ยวกับลักษณะการดูแลร่วมกันของผู้ป่วยและครอบครัวในด้านการสื่อสาร การตัดสินใจและการกระทำร่วมกันที่เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในเรื่องการบริโภคอาหารที่ชะลอไตเสื่อม การออกกำลังกาย การใช้ยา และการหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่สำหรับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วย จำนวน 6 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แนวคำถามการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องและความเหมาะสมของภาษาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และหาความตรงเชิงเนื้อหา (Item Objective Congruence: IOC) มีค่าเท่ากับ 1

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ศึกษาข้อมูลผู้ป่วยจากสรุปรายงานประจำปีของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพื้นที่ทำวิจัยและจากเว็บไซต์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
2. สัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการจากพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบคลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเกี่ยวกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2
3. สัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการจากผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และญาติเป็นรายบุคคล กลุ่มละ 3 คน ใช้เวลาคนละ 5-10 นาที เกี่ยวกับลักษณะการดูแลร่วมกันของผู้ป่วยและครอบครัวในด้านการสื่อสาร การตัดสินใจ และการกระทำร่วมกันที่เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในเรื่องการบริโภคอาหารที่ชะลอไตเสื่อม การออกกำลังกาย การใช้ยา และการหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่ ณ คลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
4. ทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ เอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลร่วมกันของผู้ป่วยและครอบครัวในการชะลอโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยกำหนดคำสำคัญ แหล่งสืบค้น วิธีการสืบค้น และคัดเลือกงานวิจัยจากฐานข้อมูล เพื่อให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่นำมาใช้กำหนดเป็นกรอบโครงสร้าง เนื้อหาสาระ กิจกรรมต่างๆ และระยะเวลาของโปรแกรม
5. จัดทำร่างโปรแกรมการดูแลร่วมกันของผู้ป่วยและครอบครัวในการชะลอโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ และนำร่างโปรแกรมฯ ที่ผ่านความเห็นชอบของที่ปรึกษาโครงการแล้วเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา
6. การนำร่างโปรแกรมฯ ที่ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบแล้วนำไปศึกษานำร่อง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยแยกประเภทและจัดหมวดหมู่ของข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และลักษณะการดูแลร่วมกันของผู้ป่วยและครอบครัว วิเคราะห์สิ่งที่ค้นพบ แปลความหมาย และสรุปข้อค้นพบ

2. ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลร่วมกันของผู้ป่วยและครอบครัวในการชะลอโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ มีระยะเวลาเก็บรวบรวมข้อมูล 4 สัปดาห์ ระหว่างกลางเดือนกรกฎาคม ถึง กลางเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนและเข้ารับการรักษาใน รพ.สต.พื้นที่วิจัย จำนวน 446 คน (Ministry of Public Health, 2021)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้และสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วย ใช้การคำนวณขนาดตัวอย่างจากผลการวิจัยของ Sarin, Moolsart, & Chailimpamontree (2019) โดยใช้โปรแกรม G*Power กำหนดอำนาจทดสอบ (Power of Test) ที่ 0.8 ค่าความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ขนาดของอิทธิพลปานกลาง (Medium Effect Size) ที่ 0.43 ได้จำนวนตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยกลุ่มละ 35 คน มีการป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 ได้จำนวนตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยกลุ่มละ 42 คน กลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้นั้นเตรียมนำไปใช้ในขั้นการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมซึ่งแบ่งกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม ในขั้นที่ 2 การวิจัยนำร่องเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมที่ทดลองนำไปใช้นี้มีกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยเข้าร่วมโปรแกรมเพียง 1 กลุ่ม เนื่องจากผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนและเข้ารับการรักษาใน รพ.สต.มีจำนวนจำกัด แต่ผู้ป่วยที่ยินดีเข้าร่วมโปรแกรมครั้งนี้และเป็นไปตามเกณฑ์ในการคัดเลือกมีจำนวน 23 คน ส่วนกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยได้รับการคัดเลือกให้เข้าร่วมโปรแกรมพร้อมกับผู้ป่วยและเป็นไปตามเกณฑ์ในการคัดเลือกจำนวน 23 คน มีกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการทั้งสิ้นจำนวน 46 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัยคือ โปรแกรมการดูแลร่วมกันของผู้ป่วยและครอบครัวในการชะลอโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ใช้ระยะเวลา 16 สัปดาห์ จัดกิจกรรมทั้งหมด 5 ครั้ง ได้แก่ ครั้งที่ 1 การอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและการแลกเปลี่ยนข้อมูลประสบการณ์ (สัปดาห์ที่ 1) ครั้งที่ 2 การติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย (สัปดาห์ที่ 4) ครั้งที่ 3 การทบทวนความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว (สัปดาห์ที่ 8) ครั้งที่ 4 การติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย (สัปดาห์ที่ 12) และครั้งที่ 5 ระยะการติดตาม ไม่มีการแทรกแซงผู้ป่วย (สัปดาห์ที่ 16)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบบันทึกผลระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิต เครื่องเจาะน้ำตาลจากปลายนิ้ว และเครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องมือดังกล่าวมีการสอบเทียบเครื่องมือปีละ 1 ครั้งและมีการนำไปทดสอบความถูกต้องก่อนนำมาออกมาใช้

2.2 แบบบันทึกผลการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย มี 4 เรื่อง ได้แก่ การบริโภคอาหารที่ชะลอไตเสื่อม การออกกำลังกาย การใช้ยา และการหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

โปรแกรมการดูแลร่วมกันของผู้ป่วยและครอบครัวในการชะลอโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ และแบบบันทึกผลการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องและความเหมาะสมของภาษาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และหาความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) มีค่าเท่ากับ 1

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. กลุ่มตัวอย่างได้รับการประเมินร่างกายครั้งที่ 1 ก่อนเริ่มโปรแกรมฯ ได้แก่ การวัดความดันโลหิตและตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือดด้วยการเจาะปลายนิ้วหลังงดอาหารและน้ำอย่างน้อย 8 ชั่วโมง

2. นำโปรแกรมฯ ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 2 ครั้ง โดยกิจกรรมที่เลือก ได้แก่

ครั้งที่ 1 การอบรมให้ความรู้และการแลกเปลี่ยนข้อมูลประสบการณ์การดูแลร่วมกัน เป็นกิจกรรมที่จัดต่อเนื่องกัน 2 กิจกรรมย่อย ระยะเวลาที่ใช้ในการจัดกิจกรรมฯ ละ 1 ชั่วโมง 30 นาที รวมทั้งหมด 3 ชั่วโมง ทีมวิจัยเป็นผู้ดำเนินการในการจัดกิจกรรม ดังนี้

1) การจัดอบรมให้ความรู้แก่กลุ่มตัวอย่างเรื่องโรคเบาหวานและโรคไตเรื้อรัง รวมถึงการปฏิบัติตัวเรื่องการบริโภคอาหารที่ชะลอไตเสื่อม การออกกำลังกาย การใช้ยา และการหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่

2) การแลกเปลี่ยนข้อมูลประสบการณ์การดูแลร่วมกันเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วย เป็นกิจกรรมกลุ่มที่สร้างบรรยากาศและกระตุ้นให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนข้อมูล/ประสบการณ์ภายในคู่ของตนเอง และภายในกลุ่มเกี่ยวกับพฤติกรรมปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยของสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วย รวมทั้งการวางแผนการดูแลร่วมกันเกี่ยวกับการชะลอไตเสื่อมระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล

ครั้งที่ 2 การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเป็นการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน ใช้ระยะเวลา 30 นาทีต่อครั้ง กิจกรรมนี้ดำเนินการหลังจากกิจกรรมครั้งที่ 1 ครบ 1 เดือน เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยร่วมกันทบทวนอาการและการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติตัวที่บ้าน รวมทั้งประเมินการดูแลร่วมกันที่บ้านระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่บ้าน โดยบันทึกข้อมูลที่ได้จากการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยลงในแบบบันทึกผลการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย

3. ภายหลังดำเนินการกิจกรรมที่ 2 เสร็จสิ้นลง กลุ่มตัวอย่างได้รับการประเมินร่างกายครั้งที่ 2 ทันที ได้แก่ การวัดความดันโลหิต และตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือดด้วยการเจาะปลายนิ้วหลังดื่มน้ำและน้ำอย่างน้อย 8 ชั่วโมง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลที่ได้จากการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยในระยะก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Shapiro-wilk test, Sig = .234)

จริยธรรมวิจัย

การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของวิจัยเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลร่วมกันของผู้ป่วยและครอบครัวในการชะลอโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ได้เอกสารรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ เลขที่ COE No.1/2565 ลงวันที่ 31 พฤษภาคม 2565

ผลการวิจัย

1. การพัฒนาโปรแกรมการดูแลร่วมกันของผู้ป่วยและครอบครัวในการชะลอโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ดังนี้

1.1 สถานการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้จากการสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการจากพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบคลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สรุปได้ดังนี้

1) การคัดกรองโรคเบาหวาน ทำการคัดกรองโรคเบาหวานทุกปีในผู้ที่มีอายุมากกว่า 35 ปีร่วมกับมีปัจจัยเสี่ยงตั้งแต่ 1 ข้อ หรือผู้ที่มีอายุ 15 - 35 ปีร่วมกับมีปัจจัยเสี่ยงตั้งแต่ 3 ข้อ ปัจจัยเสี่ยงได้แก่ 1) อ้วน (ดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25 กิโลกรัม/เมตร² และ/หรือ รอบเอวเท่ากับหรือมากกว่า 90 เซนติเมตรในผู้ชาย หรือ เท่ากับหรือมากกว่า 80 เซนติเมตรในผู้หญิง) 2) มีประวัติพ่อ แม่ พี่ หรือน้องเป็นโรคเบาหวาน 3) เป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือกำลังรับประทานยาควบคุมความดันโลหิตสูง 1.4) มีระดับไขมันในเลือดผิดปกติ (ระดับไตรกลีเซอไรด์มากกว่า 250 มิลลิกรัม/เดซิลิตร และ/หรือ ระดับเอชดีแอล (HDL) น้อยกว่า 35 มิลลิกรัม/เดซิลิตร) 1.5) มีประวัติ

เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์หรือเคยคลอดบุตรน้ำหนักแรกเกิดมากกว่า 4 กิโลกรัม 1.6) เคยได้รับการตรวจพบว่ามี ความทนต่อน้ำตาลบกพร่อง (Impaired Glucose Tolerance Test หรือ IGT) หรือ ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอด อาหารสูงกว่าปกติ (Impaired Fasting Glucose: IFG) และ 1.7) มีโรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular Disease) แล้วนำมาจัดกลุ่มเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งแต่ละกลุ่ม จะมีแนวทางการดูแลที่เฉพาะของแต่ละกลุ่ม ตัวอย่างคำกล่าวเช่น

“ทาง รพ.สต. จะออกไปคัดกรองโรคเบาหวานให้กับคนที่อายุ 35 ปีขึ้นไป ทุก ๆ ปี และทุก ๆ หมู่บ้าน ที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ จะประเมินร่วมกับแบบประเมินความเสี่ยง” (พยาบาลวิชาชีพ)

“พอได้ผลเลือดมาหมดแล้ว พี่จะต้องนำมาจัดกลุ่มเป็นสีเขียว สีเหลือง สีแดง มันจะช่วยทำให้เรา จัดการกับคนไข้ได้ง่ายขึ้น สีเขียวก็คือกลุ่มปกติ สีเหลืองก็คือกลุ่มเสี่ยง สีแดงก็คือกลุ่มป่วย” (พยาบาลวิชาชีพ)

1.2 การให้บริการคลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เปิดให้บริการสัปดาห์ละ 2 วัน ได้แก่ วันจันทร์และวันอังคาร เวลา 7.30 - 12.00 น ผู้ให้บริการหลักเป็นพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบคลินิกโรคเรื้อรัง ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และแพทย์จากโรงพยาบาลประจำจังหวัดที่หมุนเวียนมาให้บริการผู้ป่วย ทุก 1 - 2 เดือน การให้บริการโดยพยาบาล เมื่อตรวจพบความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่น อาการบวม ผู้ป่วยควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดหรือความดันโลหิตไม่ได้ พยาบาลจะใช้ระบบการปรึกษาผ่านโทรศัพท์หรือไลน์กับแพทย์ ที่อยู่โรงพยาบาลประจำจังหวัดเพื่อจัดการสิ่งผิดปกติที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ตัวอย่างคำกล่าวเช่น

“ถ้าคนไข้ที่มาตรวจที่ รพ.สต. แล้ว เราตรวจพบความผิดปกติ เช่น eGFR ลดลง หรือคุมน้ำตาลไม่ได้ พี่ก็จะ consult แพทย์ทางโทรศัพท์หรือไลน์” (พยาบาลวิชาชีพ)

1.3 แนวทางการตรวจประเมินภาวะแทรกซ้อนและการตรวจทางห้องปฏิบัติการประจำปี การตรวจ ประเมินภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้แก่ การตรวจเท้า ตาและฟัน โดยบุคลากรสาธารณสุขปีละ 1 ครั้ง ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามแผนที่กำหนดไว้ และเมื่อตรวจพบความผิดปกติ ผู้ป่วยจะได้รับการส่งต่อเพื่อ ไปรับการตรวจเพิ่มเติมที่ศูนย์เบาหวานของโรงพยาบาลประจำจังหวัด รวมทั้งมีการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรค เส้นเลือดหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ในระยะเวลา 10 ปี โดยใช้โปรแกรม Thai CV Risk Score ส่วนการตรวจ ทางห้องปฏิบัติการประจำปี ได้แก่ การตรวจหาระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA_{1c}) ระดับครีเอตินินในเลือด (Serum Creatinine) และระดับแอลดีแอล (LDL) ในกรณีผู้ป่วยรายใหม่ที่ได้รับประทานยาเจมไฟโบรซิล (Gemfibrozil) หรือฟิโนไฟเบรต (Fenofibrate) จะตรวจหาระดับไตรกลีเซอไรด์ (Triglycerides) เพิ่ม ตัวอย่างคำกล่าวเช่น

“เราจะมีการประเมินเท้าให้คนไข้เบาหวานทุกปี” (พยาบาลวิชาชีพ)

“จะนัดคนไข้มาเจาะ yearly lab ปีละครั้ง” (พยาบาลวิชาชีพ)

1.4 ลักษณะการดูแลร่วมกันของผู้ป่วยและครอบครัวในการชะลอโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ได้จากผลการสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการจากผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยสรุปได้ว่า ปัญหาการดูแลร่วมกันของผู้ป่วยและครอบครัวในการชะลอโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มี 3 ด้านดังนี้

1.4.1 ด้านการสื่อสาร ได้แก่ ไม่ได้แลกเปลี่ยนข้อมูลบางอย่างระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ที่ดูแลผู้ป่วย เช่น อาการผิดปกติของผู้ป่วย ผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด และการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ ตัวอย่างคำกล่าวเช่น

“บางครั้งก็รู้สึกมีอาการหน้ามืดแต่ไม่ได้บอกให้ลูกรู้ เพราะเป็นแล้วมันก็หายไปเอง” (ผู้ป่วยรายที่ 1)

1.4.2 ด้านการตัดสินใจ ได้แก่ ขณะผู้ป่วยมาการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แล้วมีการปรับเปลี่ยนแผนการรักษา ผู้ป่วยมักจะตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาไม่ได้แจ้งให้ญาติมีส่วนร่วม ในการตัดสินใจล่วงหน้า เช่น การไปพบแพทย์เฉพาะทางที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด ตัวอย่างคำกล่าวเช่น

“คราวก่อนหมอบอกว่าผลเลือดมันไม่ดี ค่าไตก็ลด ก็เลยให้ไปหาหมอใหญ่ที่โรงพยาบาลต่อ” (ผู้ป่วยรายที่ 2)

1.4.3 ด้านการกระทำร่วมกัน ได้แก่ สมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยบางคนไม่ได้เข้ามามีส่วนร่วม ดูแลผู้ป่วยในบางเรื่อง เช่น การจัดการอาหารที่ผู้ป่วยบริโภคและการออกกำลังกาย เป็นต้น ตัวอย่างคำกล่าวเช่น

“บางครั้งพี่ก็ต้องรีบไปทำงานในตอนเช้า ตอนเย็นก็จะไปแวะซื้ออาหารปรุงสุกที่ตลาดมาแช่ในตู้เย็นไว้ให้” (บุตรสาวของผู้ป่วยรายที่ 2)

“เขาจัดยากินเองได้” (ภรรยาของผู้ป่วยรายที่ 3)

1.5 โปรแกรมการดูแลร่วมกันของผู้ป่วยและครอบครัวในการชะลอโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ที่พัฒนาขึ้นนี้ ได้บูรณาการแนวคิด 3 แนวคิด ประกอบด้วย 1) แนวคิดทฤษฎีการดูแลร่วมกันของซีเบิร์น (Sebern, 2005) 2) แนวคิดการปฏิบัติของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยในการดูแลร่วมกันจำนวน 3 เรื่อง ได้แก่ 2.1) การแลกเปลี่ยนข้อมูลประสบการณ์ระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วย (Pairojkittraku, Harnirattisai, & Thitiarchakul, 2014; Sebern, Brown, & Flatley-Brennan, 2016; Yuychim, 2016) 2.2) การค้นหาข้อมูลด้านบวกและด้านลบเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว (Yuychim, 2016) 2.3) การร่วมวางแผน การร่วมแก้ปัญหา (Bennich, Roder, Overgaard, Egerod, Munch, Knop, et al., 2017; Pairojkittraku, Harnirattisai, & Thitiarchakul, 2014) และการร่วมปฏิบัติ (Nakhamin, Luankaew, Thongsombut, & Thingchure, 2018; Suparatangool, 2018) 3) แนวคิดการปฏิบัติของพยาบาลในการสนับสนุนการดูแลร่วมกันของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยจำนวน 4 เรื่อง ได้แก่ 3.1) การให้ความรู้ (Pairojkittraku, Harnirattisai, & Thitiarchakul, 2014; Wanna, Samseemoung, Bouttongcome, & Charoenpiboonlab, 2020; Yuychim, 2016) 3.2) การกระตุ้นให้มีการตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติร่วมกัน (Wanna, Samseemoung, Bouttongcome, & Charoenpiboonlab, 2020) 3.3) การทบทวนความรู้ (Pairojkittraku, Harnirattisai, & Thitiarchakul, 2014) และ 3.4) การติดตามเยี่ยมผู้ป่วย (Pairojkittraku, Harnirattisai, & Thitiarchakul, 2014; Wanna, Samseemoung, Bouttongcome, & Charoenpiboonlab, 2020; Yuychim, 2016) สำหรับ การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเป็นการปฏิบัติของพยาบาลที่สนับสนุนการดูแลร่วมกันของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยให้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด โดยใช้หลายเทคนิคร่วมกัน ได้แก่ การให้คำแนะนำ การกระตุ้นให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยทบทวนอาการและพฤติกรรมการปฏิบัติตัว การวางแผนและการตัดสินใจเลือกปรับเปลี่ยนการปฏิบัติตัว และเป็นการผสมผสานแนวคิดการดูแลร่วมกันทั้งด้านการสื่อสาร การตัดสินใจ และการกระทำร่วมกัน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดการดูแลร่วมกัน ดังภาพ 2



ภาพ 2 ลักษณะของโปรแกรมการดูแลร่วมกันของผู้ป่วยและครอบครัวในการชะลอโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

2. ผลของโปรแกรมการดูแลร่วมกันของผู้ป่วยและครอบครัวในการชะลอโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

2.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 23 ราย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 60.90 สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 69.60 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 78.30 อายุระหว่าง 60 - 69 ปี ร้อยละ 60.90 อายุเฉลี่ย 65.48 ± 6.15 ปี ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 39.10 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลพบว่าเป็นเพศหญิงร้อยละ 60.90 สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 73.90 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 34.80 มีอายุระหว่าง 45 - 54 ปี ร้อยละ 26.10 อายุเฉลี่ย 49.00 ± 18.57 ปี ประกอบอาชีพค้าขายและรับจ้างจำนวนเท่ากันคือ ร้อยละ 26.10

2.2 ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือดหลังงดอาหารและน้ำอย่างน้อย 8 ชั่วโมง โดยเจาะปลายนิ้วก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ตาราง 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือดหลังงดอาหารและน้ำอย่างน้อย 8 ชั่วโมงโดยเจาะปลายนิ้ว ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มตัวอย่าง (n=23)

ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด	ก่อน		หลัง		t	p-value (1-tailed)
	M	SD	M	SD		
ความดันซิสโตลิก (Systolic Blood Pressure) (มิลลิเมตรปรอท)	138.17	22.23	127.13	11.26	2.244	.016
ความดันไดแอสโตลิก (Diastolic Blood Pressure) (มิลลิเมตรปรอท)	74.04	10.30	77.17	7.36	-1.526	.070
ระดับน้ำตาลในเลือดหลังงดอาหารและน้ำอย่างน้อย 8 ชั่วโมงโดยเจาะปลายนิ้ว (DTX) (มิลลิกรัม/เดซิลิตร)	147.43	32.30	132.30	30.86	1.637	.058

จากตาราง 1 พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับความดันซิสโตลิกหลังการเข้าร่วมโปรแกรมน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนค่าเฉลี่ยระดับความดันไดแอสโตลิก และระดับน้ำตาลในเลือดหลังงดอาหารและน้ำอย่างน้อย 8 ชั่วโมงโดยเจาะปลายนิ้วก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมไม่มีความแตกต่างกัน

2.3 การติดตามเยี่ยมผู้ป่วย

ตาราง 2 ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติตัวของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยและในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน (n=23)

ปัญหาการปฏิบัติตัว/การเยี่ยมบ้าน	จำนวน (คน)	ร้อยละ (100)
1. การบริโภคอาหาร		
ไม่พบปัญหา/ปฏิบัติได้ตามโปรแกรมฯ	20	87.10
พบปัญหา	3	12.90
- รับประทานบะหมี่กึ่งสำเร็จรูป	(1)	(4.30)
- รับประทานอาหารที่มีรสเค็ม	(1)	(4.30)
- รับประทานอาหารที่มีรสหวาน	(1)	(4.30)
2. การออกกำลังกาย		
ไม่พบปัญหา/ปฏิบัติได้ตามโปรแกรมฯ	20	87.10
พบปัญหา	3	12.90
- ไม่ชอบออกกำลังกาย	(3)	(12.90)

ปัญหาการปฏิบัติตัว/การเยี่ยมบ้าน	จำนวน (คน)	ร้อยละ (100)
3. การใช้จ่าย		
ไม่พบปัญหา/ปฏิบัติได้ตามโปรแกรมฯ	12	57.30
พบปัญหา	11	47.70
- ลืมรับประทานยาเบาหวานบางครั้ง	(8)	(34.69)
- ปรับยาเบาหวานเองเป็นบางครั้ง	(3)	(13.01)
4. การหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่		
ไม่พบปัญหา/ปฏิบัติได้ตามโปรแกรมฯ	11	47.70
พบปัญหา	12	57.30
- สูบบุหรี่	(1)	(4.78)
- สัมผัสควันบุหรืจากสิ่งแวดล้อม เช่น สามีหรือบุคคลในครอบครัวที่สูบบุหรี่	(5)	(23.88)
- ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นบางครั้ง เช่น ดื่มขณะไปร่วมงานเลี้ยงสังสรรค์	(6)	(28.65)
5. การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน		
เยี่ยมบ้านได้ตามที่โปรแกรมฯ กำหนด	21	91.30
พบปัญหา	2	8.70
- ไม่พบผู้ป่วยหรือสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยขณะไปติดตามเยี่ยม	(2)	(8.70)

จากตาราง 2 ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยด้านการบริโภคอาหาร พบว่า พบปัญหาร้อยละ 12.90 ได้แก่ รับประทานบะหมี่กึ่งสำเร็จรูป อาหารมีรสเค็ม และอาหารที่มีรสหวาน ด้านการออกกำลังกาย พบว่า พบปัญหาร้อยละ 12.90 ได้แก่ ไม่ชอบออกกำลังกาย ด้านการใช้จ่าย พบว่า พบปัญหาร้อยละ 47.70 ได้แก่ ลืมรับประทานยาเบาหวานบางครั้ง และปรับยาเบาหวานเองเป็นบางครั้ง และด้านการหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรื พบว่า พบปัญหาร้อยละ 57.30 ได้แก่ สูบบุหรี่ สัมผัสควันบุหรืจากสิ่งแวดล้อม เช่น สามีหรือบุคคลในครอบครัวที่สูบบุหรี่ และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นบางครั้ง เช่น ดื่มขณะไปร่วมงานเลี้ยงสังสรรค์ เป็นต้น ส่วนปัญหาอุปสรรคในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน พบว่า พบปัญหาร้อยละ 8.70 ได้แก่ ไม่พบผู้ป่วยหรือสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยขณะไปติดตามเยี่ยม

อภิปรายผล

1. โปรแกรมการดูแลร่วมกันของผู้ป่วยและครอบครัวในการชะลอโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ที่พัฒนาขึ้นนี้ สามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในการศึกษานี้ได้จริง สอดคล้องกับการศึกษาของ Baig, Benitez, Quinn, & Burnet (2015) ที่กล่าวว่า สมาชิกในครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการจัดการโรคของผู้ป่วย การให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยส่งผลเชิงบวกต่อผลลัพธ์ของโรคเบาหวานของผู้ป่วย และการศึกษาของ Bennich, Roder, Overgaard, Egerod, Munch, Knop, et al. (2017) ที่กล่าวว่า ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวมีบทบาทสำคัญในปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตและการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า มีการพัฒนาโปรแกรมเพื่อนำไปใช้การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โดยให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมหรือมีการดูแลร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว เช่น โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพโดยครอบครัวมีส่วนร่วมในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ซึ่งเป็นโปรแกรมที่เน้นให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานและสมาชิกในครอบครัวได้ทำกิจกรรมร่วมกัน 5 กิจกรรมๆ ละ 2 ชั่วโมง เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานและสมาชิกในครอบครัวได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง เลือกแนวทางปฏิบัติในการจัดการโรคเบาหวาน และนำไปวางแผนร่วมกัน (Kaewmoon, Nanthamongkolchai, Munsawengsub, Pitikultang, & Yodmai, 2020) ส่วนโปรแกรมฯ ที่ใช้ศึกษาครั้งนี้ พัฒนามาจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และลักษณะการดูแลร่วมกันของผู้ป่วยและครอบครัวในการชะลอโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบคลินิก

โรคเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และสมาชิกในครอบครัวที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยได้เข้ามามีส่วนร่วมในการให้ข้อเสนอแนะตามสถานการณ์ที่พบ ประกอบด้วย 1) การดูแลร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการสื่อสาร ด้านการตัดสินใจ และด้านการกระทำร่วมกัน ตามแนวคิดทฤษฎีการดูแลร่วมกันของซีเบิร์น (Sebern, 2005) 2) การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อชะลอโรคเรื้อรัง 4 เรื่อง ได้แก่ การบริโภคอาหารที่ชะลอไตเสื่อม การออกกำลังกาย การใช้ยา และการหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่ และ 3) การปฏิบัติการดูแลร่วมกัน 2 แนวทาง ได้แก่ การปฏิบัติของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยในการดูแลร่วมกัน ถือเป็นการปฏิบัติหลักที่ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวพึงปฏิบัติต่อกันโดยตรง และการปฏิบัติของพยาบาลในการสนับสนุนการดูแลร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วย เป็นการปฏิบัติหรือบทบาทของพยาบาลที่ใช้ในการสนับสนุนหรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลซึ่งกันและกัน ซึ่งช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยมีโอกาสในการดูแลร่วมกันเพิ่มขึ้น การปฏิบัติของพยาบาลที่นำมาใช้ในโปรแกรมฯ นี้สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลร่วมกันทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการสื่อสาร เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว (ประกอบด้วย การบริโภคอาหารที่ชะลอไตเสื่อม การออกกำลังกาย การใช้ยา และการหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่) ด้านการตัดสินใจเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยได้ตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติร่วมกันเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและด้านการกระทำร่วมกัน เป็นการทบทวนความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว รวมทั้งการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่เป็นการผสมผสานแนวคิดการดูแลร่วมกันทั้ง 3 ด้าน โดยการให้คำแนะนำ การกระตุ้นให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยทบทวนอาการและพฤติกรรมการปฏิบัติตัว การวางแผนและการตัดสินใจเลือกวิธีปรับเปลี่ยนการปฏิบัติตัว นอกจากนี้การปฏิบัติของพยาบาลข้างต้นยังสอดคล้องกับการปฏิบัติของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยในการดูแลร่วมกันด้วย ทำให้โปรแกรมฯ ที่พัฒนาขึ้นนี้สามารถนำไปใช้ได้กับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยจริง

2. ผลของโปรแกรมฯ จากการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือดหลังงดอาหารและน้ำอย่างน้อย 8 ชั่วโมงโดยเจาะปลายนิ้วก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับความดันซิสโตลิกหลังการเข้าร่วมโปรแกรมลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) คล้ายคลึงกับการศึกษาด้านการแทรกแซงโรคเบาหวานโดยใช้ครอบครัวเป็นฐานสำหรับผู้ใหญ่ชาวฮิสปานิก (Hispanic) และสมาชิกในครอบครัว (Hu, Wallace, McCoy, & Amirehsani, 2014) ทั้งนี้อธิบายได้ว่า โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นนี้ทำให้ผู้ป่วยได้รับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ซึ่งใช้เป็นข้อมูลนำเข้าสำหรับการสื่อสารแลกเปลี่ยนกับสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วย นำไปสู่การค้นหาลักษณะทั้งด้านบวกและด้านลบที่เกิดจากการปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ เกิดการเรียนรู้ และนำไปสู่การตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมของตนเอง รวมทั้งทำให้เกิดการกระทำหรือการปฏิบัติร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติ ในขณะที่ค่าเฉลี่ยระดับความดันไดแอสโตลิกและระดับน้ำตาลในเลือดหลังงดอาหารและน้ำอย่างน้อย 8 ชั่วโมงโดยเจาะปลายนิ้วก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมไม่มีความแตกต่างกัน อภิปรายได้ดังนี้ ระยะเวลาที่นำโปรแกรมฯ มาทดลองใช้มีระยะเวลาสั้นเพียง 4 สัปดาห์ ประกอบกับข้อมูลที่ได้จากการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่ชะลอไตเสื่อม พบว่า รับประทานบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปอาหารที่มีรสเค็ม และอาหารที่มีรสหวานร้อยละ 12.90 การออกกำลังกายพบว่า ไม่ชอบออกกำลังกายร้อยละ 12.90 การใช้ยา พบว่า ลืมรับประทานยาเบาหวานบางครั้งร้อยละ 34.80 รับประทานเบาหวานเองเป็นบางครั้งร้อยละ 12.90 และการหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่ปพบว่า ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นบางครั้ง เช่น ดื่มขณะไปร่วมงานเลี้ยงสังสรรค์ร้อยละ 26.10 สัมผัสควันบุหรี่จากสิ่งแวดล้อม เช่น สามีหรือบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่ร้อยละ 21.70 และสูบบุหรี่ร้อยละ 4.30 (ตาราง 2) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องเหมาะสมกับภาวะโรค ซึ่งปัจจัยทั้ง 2 ประการข้างต้นนี้ อาจทำให้ไม่เห็นการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจนของผลลัพธ์ดังกล่าว อย่างไรก็ตามระดับน้ำตาลในเลือดหลังงดอาหารและน้ำอย่างน้อย 8 ชั่วโมง โดยเจาะปลายนิ้วมีแนวโน้มลดลง

โดยพบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดเท่ากับ 147.43 ± 32.30 มิลลิกรัม/เดซิลิตร และหลังเข้าร่วมโปรแกรมค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดเท่ากับ 132.30 ± 30.46 มิลลิกรัม/เดซิลิตร

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. พัฒนาแนวทางการดูแลร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยให้เป็นรูปธรรม ทั้งในด้านการสื่อสารโดยกระตุ้นให้แลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรักษาและการปฏิบัติตัวอย่างต่อเนื่อง ด้านการตัดสินใจโดยกระตุ้นให้มีการตัดสินใจร่วมกันเกี่ยวกับการจัดการโรค การรักษาและการปฏิบัติตัว และด้านการกระทำร่วมกันโดยสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในเรื่องต่าง ๆ เพิ่มขึ้น เพราะการส่งเสริมด้านการสื่อสาร การตัดสินใจ และการกระทำร่วมกันเป็นบทบาทของพยาบาลในการสนับสนุนการดูแลร่วมกันของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วย ประกอบกับจากการวิจัยครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรักษาและการปฏิบัติตัวไม่มากเท่าที่ควร การตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาเป็นเรื่องของคนใดคนหนึ่ง และสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยบางคนไม่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเท่าที่ควร

2. พัฒนาระบบการเยี่ยมผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยทางโทรศัพท์หรือแอปพลิเคชันไลน์ เพราะการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเป็นบทบาทที่สำคัญบทบาทหนึ่งของพยาบาลในการสนับสนุนการดูแลร่วมกันของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วย ประกอบกับจากการวิจัยครั้งนี้พบว่า ขณะไปติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยไม่พร้อมให้เยี่ยมบ้าน เพราะมีอาชีพรับจ้างก่อสร้างรายวัน และมีอาชีพค้าขายที่ต้องเดินทางไปขายสินค้าในต่างจังหวัด ส่วนสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยติดภารกิจหรือออกไปทำงาน

3. พัฒนาการเยี่ยมบ้านให้เหมาะสมกับผู้ป่วยเฉพาะราย โดยผู้ป่วยแต่ละรายควรมีหลายวิธีให้ผู้ป่วยเลือกได้เอง เช่น เยี่ยมที่บ้าน เยี่ยมที่ทำงาน เยี่ยมทางโทรศัพท์ เยี่ยมแบบวิดีโอคอล โดยต้องมีการนัดหมายร่วมกัน เพื่อให้การเยี่ยมบ้านเกิดประสิทธิภาพสูงสุด

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาผลของโปรแกรมฯ ในระยะยาว โดยวัดผลการวิจัยหลายระยะ เช่น ระยะ 2 เดือน 4 เดือน หรือ 6 เดือน เป็นต้น เพื่อประเมินผลของโปรแกรมฯ ให้ชัดเจนมากขึ้น

2. ศึกษาผลของโปรแกรมฯ ในรูปแบบการวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลอง แบบมีกลุ่มควบคุม เพื่อประเมินผลของโปรแกรมฯ ให้ชัดเจนมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม (สกสว.) กระทรวงอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม (อว.) งบประมาณเพื่อสนับสนุนงานมูลฐาน (Fundamental Fund) ประเภท Basic Research Fund สำหรับโครงการพัฒนาศักยภาพนักวิจัยรุ่นใหม่ ปีงบประมาณ 2565 สถาบันพระบรมราชชนก

References

- Baig, A. A., Benitez, A., Quinn, M. T., & Burnet, D. L. (2015). Family interventions to improve diabetes outcomes for adults. *Ann N Y Acad Sci*, 1353, 89-112. doi:10.1111/nyas.12844
- Bennich, B. B., Roder, M. E., Overgaard, D., Egerod, I., Munch, L., Knop, F. K. et al. (2017). Supportive and non-supportive interactions in families with a type 2 diabetes patient: an integrative review. *Diabetol Metab Syndr*, 9, 57. doi:10.1186/s13098-017-0256-7

- Cheng, H. T., Xu, X., Lim, P. S., & Hung, K. Y. (2021). Worldwide epidemiology of diabetes-related end-stage renal disease, 2000-2015. *Diabetes Care*, 44(1), 89-97. doi:10.2337/dc20-1913
- Department of Disease Control Ministry Of Public Health. (2020). *Non-communicable Disease Data*. Retrieved from <http://thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=13893&tid=32&gid=1-020> (in Thai)
- Giralt-Lopez, A., Molina-Van den Bosch, M., Vergara, A., Garcia-Carro, C., Seron, D., Jacobs-Cacha, C., & Soler, M. J. (2020). Revisiting experimental models of diabetic nephropathy. *International Journal of Molecular Sciences*, 21(10), 3587. doi:10.3390/ijms21103587
- Hu, J., Wallace, D. C., McCoy, T. P., & Amirehsani, K. A. (2014). A family-based diabetes intervention for hispanic adults and their family members. *Diabetes Educ*, 40(1), 48-59. doi:10.1177/0145721713512682
- Jiamjarasrangsri, W. (2017). "Chapter 1 Basic medical knowledge about type 2 diabetes. In Jiamjarasrangsri, W." *Type 2 Diabetes: Epidemiology, Prevention, and Self-manangement Support*. (pp. 3-14) Bangkok: Text and Journal Publication. (in Thai)
- Jirubapa, M. (2014). The slowly progressive chronic kidney disease from adult to elder persons. *The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima*, 20(2), 5-16. (in Thai)
- Kaewmoon, P., Nanthamongkolchai, S., Munsawengsub, C., Pitikultang, S., & Yodmai, K. (2020). Health promotion program with family participation among uncontrolled type 2 diabetic elderly. *Thai Journal of Health Education*, 43(2), 119-133. (in Thai)
- Ministry of Public Health. (2021). *HDC Service Database*. Retrieved December 22, 2022 from <https://hdcservice.moph.go.th>. (in Thai)
- Nakhamin, K., Luankaew, M., Thongsombut, T., & Thingchure, B. (2018). Family participation in providing care to delay in progression of chronic kidney disease patients. *Princess of Naradhiwas University Journal of Humanities and Social Sciences*, 5(supplement), 160-171. (in Thai)
- Pairojkitrakul, S., Harnirattisai, T., & Thitiarchakul, S. (2014). The effect of a shared care-promoting program on shared care, nutritional status and, exit site infection among continuous ambulatory peritoneal dialysis patients. *Nursing Research and Innovation Journal*, 20(3), 325-340. (in Thai)
- Phensuwan, A., & Buaphan, B. (2021). The impact of self-management on delaying chronic kidney disease progression for type 2 diabetic patients in rural community, Ban Saeng Laem Health Promoting Hospital, Roi-Et. *Journal of Research and Health Innovative Development*, 2(2), 213-224. (in Thai).
- Sagoo, M. K., & Gnudi, L. (2020). Diabetic nephropathy: An overview. *Methods Mol Biol*, 2067, 3-7. doi:10.1007/978-1-4939-9841-8_1
- Sakulyuenyong, S. (2017). Effects of behaviors modification educational program to decrease the progression of chronic kidney disease in diabetic patients at Takfa Hospital, Nakhonsawan Province. *Journal of Disease and Health Risk DPC* 3, 11(2), 1-14. (in Thai)

- Sarajarus, V., & Sumano, A. (2018). Effects of self-management supporting process for slow progression of chronic kidney disease among diabetes mellitus with chronic kidney disease patients at Laem Chabang Hospital, Chonburi. *Thai Journal of Public Health and Health Sciences*, 1(3), 13-26. (in Thai)
- Sarin, S., Moolsart, S. & Chailimpamontree, W. (2019). The effectiveness of a health literacy development program in patients with type 2 diabetes risking to chronic kidney disease. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 29(2), 86-101. (in Thai)
- Sebern M. (2005). Shared care, elder and family member skills used to manage burden. *Journal of Advanced Nursing*, 52(2), 170–179. doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03580.x
- Sebern, M., Brown, R., & Flatley-Brennan, P. (2016). Shared care contributions to self-care and quality of life in chronic cardiac patients. *Western Journal Of Nursing Research*, 38(7), 837-857. doi:10.1177/0193945915626877
- Shen, Y., Cai, R., Sun, J., Dong, X., Huang, R., Tian, S., & Wang, S. (2017). Diabetes mellitus as a risk factor for incident chronic kidney disease and end-stage renal disease in women compared with men: a systematic review and meta-analysis. *Endocrine*, 55(1), 66-76. doi:10.1007/s12020-016-1014-6
- Supachaipanichpong, P., Attasopon, L. & Chumchuen, P. (2016). Effectiveness of social support to change health behavior in glycemic control for diabetic patients type ii in Phaengphuai Sub-district, Damnoensaduak District, Ratchaburi Province. *Maharakham Hospital Journal*, 13(2), 36-46. (in Thai)
- Suparatangool, S. (2018). The family patterns of response to slowing the rate of decline in kidney function in chronic kidney disease patients. *Disease Control Journal*, 44(1), 92-101. (in Thai)
- Wanna, S., Samseemoung, K., Bouttongcome, T., & Charoenpiboonlab, N. (2020). Effect of caregivers participation program in taking medication chronically to control the behaviors of taking medication chronically among older adults in Phetchabun Province. *Journal of Disease Prevention and Control : DPC. 2 Phitsanulok*, 7(2), 40-53. (in Thai)
- Yuychim P. (2016). *Effects of a Family Participation Program in Managing Drug Use on the Drug Use Behaviors Among Older Adults with Chronic Disease in the Community*. (A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of Nursing Science), Thammasat University, Bangkok. (in Thai)