

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง  
ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะ 4 เครือข่ายสุขภาพอำเภอควนเนียง จังหวัดสงขลา  
Development of care model in Diabetes and Hypertension with stage 4  
renal complication in Khuan Niang District Health Network,  
Songkhla Province

Corresponding author E-mail: Jock2667@gmail.com\*  
(Received: January 27, 2022; Revised: June 7, 2022;  
Accepted: June 17, 2022)

อนุ อิศระพานิช (Anu Issarapanich)<sup>1</sup>  
กิตติพร เนาว์สุวรรณ (Kittiporn Nawsuwan)<sup>2\*</sup>

บทคัดย่อ

วิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพการณ์การดูแล พัฒนารูปแบบ และประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะ 4 เครือข่ายสุขภาพอำเภอควนเนียง จังหวัดสงขลา ระยะดำเนินการมี 3 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) เพื่อศึกษาสภาพการณ์การดูแลของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะ 4 จากกลุ่มตัวอย่าง 65 คน ซึ่งเป็นผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะ 4 ที่มารับบริการที่ รพ.ควนเนียง อำเภอควนเนียง จังหวัดสงขลา เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลโดยนำผลการวิจัยในขั้นตอนที่ 1 และการทบทวนวรรณกรรมมาสร้างเป็นรูปแบบการดูแล ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ 4 คนซึ่งเป็นทีมสหวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขาที่ร่วมปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะ 4 ขั้นตอนที่ 3 ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลในการเพิ่มอัตราการครองชีพและวิธีการปฏิบัติตัวที่ดีเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะ 4 ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบกึ่งทดลองชนิดหนึ่งกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ คือผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะ 4 ที่มารับบริการในโรงพยาบาลควนเนียง จังหวัดสงขลา จำนวน 29 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Paired t-test ผลการวิจัยพบว่า

1. ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะ 4 ในโรงพยาบาลควนเนียง จังหวัดสงขลา จำนวน 65 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.00 มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 88.70 โรคเบาหวานร้อยละ 73.60 ไชมันในเลือดสูงร้อยละ 64.20 มีน้ำหนักเฉลี่ย 60.35 กิโลกรัม ระยะเวลาที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตเฉลี่ยที่ 2.54 ปี มีผู้ดูแลเป็นบุตรร้อยละ 62.30 ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือในการดูแลตนเองด้านอาหาร ร้อยละ 62.30 แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะ 4 ผู้ป่วยจะได้รับการส่งต่อพบแพทย์อายุรกรรมทางไตที่โรงพยาบาล

1 โรงพยาบาลควนเนียง จังหวัดสงขลา

Khuan Niang Hospital Songkhla Province

2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Boromarajonani College of Nursing, Songkhla, Faculty of Nursing Praboromarajchanok Institute

ศูนย์หาดีใหญ่ ในผู้ป่วยที่ปฏิเสธการส่งต่อและผู้ป่วยที่แพทย์ส่งกลับมารักษาต่อที่โรงพยาบาลควนเนียงจึงยังไม่มีรูปแบบการดูแลที่ชัดเจน

2. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะ 4 (MSES Model) ประกอบด้วย M: Multidisciplinary team (ความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพ) S: Self management (การจัดการตนเอง) E: Empowerment (การเสริมสร้างพลังอำนาจ) และ S: Social support (การสนับสนุนทางสังคม)

3. หลังการใช้รูปแบบค่าอัตราการกรองของไตของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะ 4 ( $\bar{X}$  =25.23, SD=5.78) สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบ ( $\bar{X}$  =22.57 , SD=3.91) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีผู้ป่วยเปลี่ยนมาเป็นระยะ 3 จำนวน 6 คน สำหรับวิธีปฏิบัติที่ดีคือ กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนการจัดการตนเอง การตั้งเป้าหมาย การสังเกตตนเอง การติดตามตนเอง การแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับกลุ่มตัวอย่างด้วยกัน การมาตามนัดต่อเนื่อง ได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม ได้รับการดูแลจัดการรายการหนี้และคำปรึกษาจากทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความเชื่อมั่นในการตัดสินใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง มีกำลังใจนำไปสู่การจัดการตนเองที่ดีและเหมาะสม

**คำสำคัญ:** การจัดการตนเอง, ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง, โรคไตระยะ 4

## ABSTRACT

The objectives of this research and development were to study the conditions of care, to develop a model and the effectiveness of the care model for diabetic and hypertension patients with renal complications, stage 4, Khuan Niang District Health Network, Songkhla Province. There are 3 steps. Step 1: Survey research is used to study the condition of care among diabetic and hypertensive patients with stage 4 renal complications. From a sample of 65 people who are diabetic patients. High blood pressure that was diagnosed by a doctor. It was a patient with stage 4 renal complications who came to receive services at Khuan Niang Hospital, Khuan Niang District, Songkhla Province. Data were analyzed using descriptive statistics. Describe Step 2 Develop a care model by taking the findings of Step 1 and reviewing the draft literature into a peer-reviewed care model of four experts who are multidisciplinary teams with specific expertise. who participate in caring for diabetic patients High blood pressure that was diagnosed by a doctor. Patients with stage 4 renal Step 3: To study the effectiveness of a care model in increasing glomerular filtration rate and a good practice for slowing renal impairment in diabetic and hypertensive patients with stage 4 renal complications. Methodology was used. a group of quasi-experimental research Measured before and after the experiment The sample used There were 29 diabetic and hypertensive patients with stage 4 renal complications who

received services at Khuan Niang Hospital, Songkhla Province. Data were analyzed using descriptive statistics and Paired t-test statistics.

1. Patients with diabetes and hypertension with stage 4 renal complications in Khuan Niang Hospital. In Songkhla Province, 65 people were female, 66.00 percent had a history of illness. High blood pressure 88.70%, diabetes 73.60%, hyperlipidemia 64.20%, average weight 60.35 kg. 62.30% of patients need help in self-care, diet, Guidelines for caring for diabetic and hypertensive patients with stage 4 renal complications. Patients will be referred to a nephrologist at the hospital. Hat Yai Center In patients who refused referrals and those who were referred by doctors to Khuan Niang Hospital, there was no model of care.

2. The MSES Model for Diabetes and Hypertension with Renal Complications Stage 4 consists of M: Multidisciplinary team (multidisciplinary team collaboration) S: Self management (self-management) E: Empowerment (empowerment) and S: Social support (social support).

3. After using the model, the glomerular filtration rate of diabetic and hypertensive patients with stage 4 renal complications ( $\bar{X}$  =25.23, SD=5.78) was higher than before ( $\bar{X}$  =22.57, SD. =3.91) with statistical significance at the .01 level, with 6 patients transitioning to period 3 for Gain knowledge about self-management to slow down kidney failure. Ongoing case management and consultation from a multidisciplinary team This gave the sample group confidence in making decisions about their own health conditions. Encouragement leads to good and proper self-management.

**Keywords:** Self management, Diabetic and hypertension patient,  
Stage 4 renal complication

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease, CKD) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยและเป็นปัญหาสาธารณสุข เกิดได้จากหลายสาเหตุที่สำคัญ ได้แก่ โรคเบาหวาน ภาวะความดันโลหิตสูง (Thongtong, 2018) แนวโน้มการเจ็บป่วยของประชากรทั่วโลกเพิ่มขึ้นทุกปี 10% ของประชากรทั่วโลกได้รับผลกระทบจากภาวะไตเรื้อรัง (CKD) และหลายล้านคนเสียชีวิตในแต่ละปี (Haileamlak, 2018) เพราะไม่สามารถเข้าถึงการรักษาที่เหมาะสม นำไปสู่การสูญเสียการทำงานของไต ทำให้เกิดไตวายระยะสุดท้ายซึ่งผู้ป่วยจะต้องได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดหรือการปลูกถ่ายไต (Pantong, 2018) ซึ่งต้องใช้เทคโนโลยีขั้นสูงและค่าใช้จ่ายสูงในการบำบัดทดแทนไต (Renal replacement therapy) จากข้อมูลสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย (Thailand Renal Replacement Therapy Registry Report, 2020) สาเหตุหลักของผู้เข้ารับการรักษาบำบัดทดแทนไตปี 2563 ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 42.30 รองลงมา คือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 41.50 ซึ่งส่งผลกระทบทำให้ผู้ป่วยต้องทุกข์ทรมานกับการเผชิญโรค (Chuasuwat & Lumpaopong, 2020)

ในปี พ.ศ. 2563 จังหวัดสงขลาพบผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตเรื้อรัง จำนวน 16,310 ราย มีภาวะแทรกซ้อนทางไตเรื้อรัง ระยะที่ 1 จำนวน 2,587 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.86 ระยะที่ 2 จำนวน 3,943 ราย คิดเป็นร้อยละ 24.18 ระยะที่ 3 จำนวน 6,951 ราย คิดเป็นร้อยละ 42.62 ระยะที่ 4 จำนวน 1,833 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.24 ระยะที่ 5 จำนวน 996 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.11 และจากข้อมูลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตเรื้อรังอำเภอควนเนียง จังหวัดสงขลา ปี 2563 มีจำนวน 426 คน ส่วนใหญ่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ร้อยละ 50.23 รองลงมา ระยะที่ 2 ร้อยละ 17.14 และระยะที่ 4 ร้อยละ 15.73 เมื่อพิจารณาความสามารถในการชะลอไตเสื่อมจาก estimated glomerular filtration rate; eGFR) ลดลงน้อยกว่า 5 มล./นาที 1.73 ตร.ม. มีจำนวน 106 ราย คิดเป็นร้อยละ 49.06 ซึ่งยังต่ำกว่าค่าเป้าหมายเกณฑ์กระทรวงสาธารณสุขกำหนดมากกว่า ร้อยละ 66 (Health Data Center – HDC กระทรวงสาธารณสุข)

ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะ 4 เป็นผู้ป่วยที่มีระดับอัตราการกรองของไต 15 – 29 มล./นาที/1.7 ตร.ม. ผู้ป่วยควรได้รับความรู้และข้อมูลสำหรับการเตรียมการบำบัดทดแทนไต และควรมีส่วนร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการกำหนดแนวทางและเป้าหมายของการรักษาของตนเอง ซึ่งแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะ 4 เครือข่ายสุขภาพอำเภอควนเนียง ผู้ป่วยจะได้รับการส่งต่อพบแพทย์อายุรกรรมทางไตโรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่เพื่อวางแผนการบำบัดรักษาทดแทนไต แต่จากข้อมูลมีผู้ป่วยที่ปฏิเสธการส่งรักษาต่อ ผู้ป่วยบางรายพบแพทย์เฉพาะอายุรกรรมทางไตแล้วปฏิเสธการรักษาขอกลับมารักษาต่อที่โรงพยาบาลควนเนียง และผู้ป่วยสูงอายุบางรายที่แพทย์อายุรกรรมทางไตพิจารณาส่งกลับมารักษาและรักษาต่อที่โรงพยาบาลควนเนียงเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและรักษาประคับประคอง ผู้วิจัยได้ทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะ 4 จะได้รับการส่งต่อส่งพบแพทย์เฉพาะทางไต ทำให้เครือข่ายสุขภาพอำเภอควนเนียง จังหวัดสงขลา ยังไม่มีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะ 4 ที่ชัดเจน รูปแบบการจัดบริการเมื่อผู้ป่วยมารับบริการจะได้รับการซักประวัติอาการเจ็บป่วย พบแพทย์ ปรึกษาและลงวันนัดเพื่อติดตามอาการ ผู้ป่วยและญาติไม่ได้มีส่วนร่วมในการวางแผนจัดการดูแลตนเอง เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพให้ความรู้และคำแนะนำตามสาขาวิชาชีพของตนเอง ไม่ได้ดูแลรายกรณีตามปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย ไม่ได้มีการประสานข้อมูลร่วมกัน ผู้วิจัยจึงได้ทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการตนเองในผู้ป่วยเรื้อรัง โดยมีความสนใจที่จะนำแนวคิดการจัดการตนเอง (self-management concepts) ของ Kanfer and Gaelick-Buys (Kanfer & Gaelick-Buys, 1991) มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะ 4 เนื่องจากเป็นแนวคิดที่เกิดจากกระบวนการตัดสินใจ ประเมินผล มองเห็นคุณค่าของสิ่งที่จะปฏิบัติด้วยตนเอง เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในทุกกระบวนการ และเป็นการพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ โดยทีมสุขภาพจะแนะนำพฤติกรรมจัดการตนเองโดยการให้ความรู้และฝึกทักษะที่จำเป็นในการจัดการโรค เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง และเมื่อสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นให้บรรลุเป้าหมายได้ จะเป็นแรงจูงใจให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้น จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า การส่งเสริมการจัดการตนเอง (Self – management) ที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพในการปรับปรุงผลลัพธ์ทางคลินิกและช่วยลดค่าใช้จ่ายได้มากกว่าการให้ความรู้เพียงอย่างเดียว แสดงให้เห็นว่าแนวคิดการจัดการตนเองเป็นกลวิธีหนึ่งที่ได้รับ ความสนใจในการนำมาเป็นแนวทางช่วยเหลือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยภาวะไตเรื้อรังให้เหมาะสมได้ (Phinage , Suwattanasin , Kongaun, , Namwong & Rengrila, 2020) นอกจากนี้ยังมีอีกองค์ประกอบที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและ

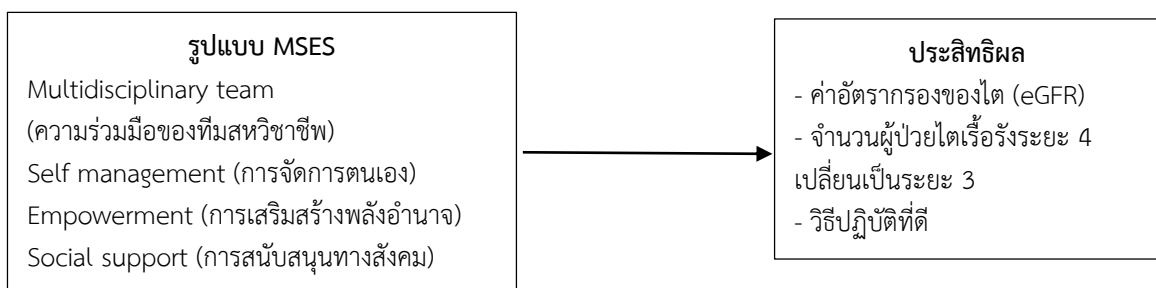
ความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะ 4 ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร โภชนากรและนักกายภาพบำบัด โดยแพทย์มีบทบาทสำคัญในการกำหนดแผนการรักษา ควบคุมโรคไตเรื้อรัง โรคร่วม และปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เภสัชกรมีหน้าที่ดูแลการใช้ยาที่เหมาะสมในด้านตัวยาระยะเวลา และขนาดยาที่เหมาะสมกับการทำงานของไต ให้ความรู้การใช้ยาแก่ผู้ป่วย รวมทั้งซักประวัติการใช้ยาที่ผู้ป่วยใช้ต่อเนื่อง โภชนากรมีหน้าที่ให้ความรู้และประเมินภาวะบกพร่องทางโภชนาการรวมทั้งการกำหนดอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง นักกายภาพบำบัดมีหน้าที่สอนแนะนำการออกกำลังกายที่เหมาะสม พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทเป็นผู้ค้นหาปัญหาและร่วมวางแผนการดูแลผู้ป่วยในทุกมิติ (Trisirichok , Uttarasart & Kankarn , 2019) ซึ่งหากผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการดูแลที่เหมาะสม โดยผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผน กำหนดแนวทางและเป้าหมายร่วมกับทีมสหวิชาชีพ มีการเรียนรู้ มีความสามารถในการจัดการตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไตที่ถูกต้อง ก็สามารถเพิ่มอัตราการกรองของไตให้มากขึ้น สามารถเปลี่ยนมาเป็นไตเรื้อรังระยะที่ 3 และสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีช่วยยืดระยะเวลาการดำเนินโรคเข้าสู่ภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพการณ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะ 4 ในโรงพยาบาลควนเนียง จังหวัดสงขลา
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะ 4 ในโรงพยาบาลควนเนียง จังหวัดสงขลา
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบในการเพิ่มอัตราการกรองของไตและวิธีการปฏิบัติตัวที่ดีเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะ 4 ในโรงพยาบาลควนเนียง จังหวัดสงขลา

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ ระยะที่ 3 ประเมินผล แล้วจึงนำมากำหนดเป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะ 4 (MSES Model) ประกอบด้วย M: Multidisciplinary team หมายถึง ความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพ S: Self management หมายถึง การจัดการตนเอง E: Empowerment หมายถึง การเสริมสร้างพลังอำนาจ และ S: Social support หมายถึง การสนับสนุนทางสังคม ทั้งนี้ผลของการดำเนินงานตามรูปแบบจะส่งผลต่อค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) จำนวนผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 4 เปลี่ยนเป็นระยะ 3 และวิธีปฏิบัติที่ดีของผู้ป่วยไตระยะ 4 ที่สามารถเปลี่ยนเป็นระยะ 3 ได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดำเนินการวิจัยเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1** ศึกษาสภาพการณ์การดูแลของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะ 4 ในโรงพยาบาลควนเนียง จังหวัดสงขลา โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) มีขั้นตอน ดังนี้

### ประชากร

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะ 4 อาศัยในเขตอำเภอควนเนียงและมารับบริการที่โรงพยาบาลควนเนียง จังหวัดสงขลาในปี 2562 - 2563 จำนวน 65 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 4 ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ สิทธิบัตร ประวัติการเจ็บป่วย ผู้ดูแลหลัก ผู้ประกอบอาหาร

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพถามเกี่ยวกับระยะเวลาการเจ็บป่วย ดัชนีมวลกาย โรคร่วม ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง การได้รับความรู้ด้านอาหาร ยา อุปสรรคในการดูแลตนเอง ความต้องการการดูแลช่วยเหลือ ความต้องการให้ครอบครัว/ ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ลักษณะของคำตอบให้เลือกตอบ

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ได้เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านวิจัย 1 คน อาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข 1 คน และอาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพ 1 คน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ได้ค่าความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) ระหว่าง .67-1.00

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลควนเนียง เพื่อขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลวิจัยชี้แจงขั้นตอนตามระเบียบวิธีวิจัย ตลอดจนการวางแผนการดำเนินงานเก็บข้อมูลทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพแก่ผู้ช่วยวิจัย แล้วจึงเก็บข้อมูล โดยแจกแบบสอบถามให้กับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะ 4 ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเพื่อทำแบบสอบถามแล้วจึงเก็บกลับ นำแบบสอบถามที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลพบว่าได้รับแบบสอบถามคืนมาจำนวน 53 ชุด คิดเป็นร้อยละ 81.53 ก่อนนำไปบันทึกข้อมูลในโปรแกรมสำเร็จรูป

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยไตเรื้อรัง ระยะ 4 โดยใช้ค่าความถี่ และค่าร้อยละ
2. วิเคราะห์ข้อมูลด้านสุขภาพโดยใช้ความถี่ และค่าร้อยละ

**ขั้นตอนที่ 2** พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะ 4 ในโรงพยาบาลควนเนียง จังหวัดสงขลา มีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

1. ผู้วิจัยศึกษา วิเคราะห์ สังเคราะห์เอกสารจากงานวิจัยที่เกี่ยวกับแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต

2. จัดสนทนากลุ่ม (Focus Group) จำนวน 1 ครั้ง โดยจัดสนทนาเป็นกลุ่มย่อยเพื่อความปลอดภัยในสถานการณ์โควิด -19 ผู้วิจัยนัดผู้เข้าร่วมวิจัยครั้งละ 3-5 คน และขออนุญาตบันทึกการสนทนา ใช้เวลา

ประมาณ 30 นาที เมื่อสนทนาเสร็จผู้วิจัยสรุปใจความสำคัญแล้วให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้อง หลังจากนั้นมีการถอดเทปแบบคำต่อคำ

ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ที่เกี่ยวข้องที่ร่วมดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ระยะ 4 ประกอบด้วย

1) ผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะแทรกซ้อนทางไต ระยะ 4 จำนวน 29 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และกาลิก-บายส์ (Kanfer & Gaelick-Buys, 1991) ได้แก่ การติดตามตนเอง (self – monitoring) การประเมินตนเอง (self – evaluation) การเสริมแรงตนเอง (self – reinforcement) นอกจากนี้ยังมีประเด็นคำถามซึ่งเป็นคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับข้อมูลด้านพฤติกรรมสุขภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนตำรา เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต และคำถามเกี่ยวกับการดูแลและการจัดการตนเองด้านการรับประทานอาหาร ด้านการรับประทานยา ด้านการออกกำลังกาย ด้านสุขภาพจิตโดยเครื่องมือประเมินสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

2) ผู้ดูแลหลักที่ร่วมดูแลผู้ป่วย จำนวน 20 คน ประเด็นคำถามเป็นข้อมูลปลายเปิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยด้านพฤติกรรมสุขภาพ การเสริมสร้างพลังอำนาจ การสนับสนุนทางสังคม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนตำรา เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต

3) ทีมสหวิชาชีพที่ปฏิบัติงานคลินิกเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และร่วมดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ระยะ 4 ได้แก่ แพทย์ พยาบาลผู้จัดการรายกรณีเบาหวาน ความดันโลหิตสูง พยาบาลที่ปฏิบัติงานคลินิกชะลอไตเสื่อม เภสัชกร โภชนากร และกายภาพบำบัด

3. ผู้วิจัยนำผลวิจัยจากขั้นตอนที่ 1 และข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มในขั้นตอนที่ 2 มาสรุปวิเคราะห์และสังเคราะห์ เพื่อยกร่างเป็นรูปแบบการจัดการตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะ 4 ของอำเภอ ควนเนียง จังหวัดสงขลา

4. นำรูปแบบที่ได้ไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ ซึ่งประกอบด้วยหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล 1 คน แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว 1 คน เภสัชกร 1 คน และโภชนากร 1 คน มีข้อเสนอแนะในประเด็นการเสริมรายการอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไต การบันทึกติดตามการวัดความดันโลหิตและการเจาะเลือดติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองที่บ้าน จากนั้นผู้วิจัยได้แก้ไขรูปแบบโดยนำรายการอาหารจากโภชนากรมาใช้ในการให้ความรู้และเสริมพลัง ตลอดจนสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการวัดความดันโลหิตและการเจาะน้ำตาลตนเองที่บ้าน เนื่องจากในระหว่างการเก็บข้อมูลเป็นช่วงของการระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ผู้เชี่ยวชาญแนะนำการปรับเปลี่ยนวิธีการติดตามเยี่ยมบ้านเป็นการติดตามทางโทรศัพท์และไลน์แอปพลิเคชันเพื่อเพิ่มความปลอดภัยให้ผู้รับบริการ

5. นำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ระยะ 4 ในโรงพยาบาลควนเนียง จังหวัดสงขลา ฉบับสมบูรณ์หาความเหมาะสม ความเป็นไปได้และประโยชน์ต่อผู้รับบริการ ผลการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญพบว่าการดูแลที่ยกร่างขึ้นมีความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และประโยชน์ต่อผู้รับบริการร้อยละ 100

6. นำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ระยะ 4 ในโรงพยาบาลควนเนียง จังหวัดสงขลา ฉบับสมบูรณ์ไปใช้ทดลองในขั้นตอนที่ 3

**ขั้นตอนที่ 3** ศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะ 4 ในโรงพยาบาลควนเนียง จังหวัดสงขลา ขั้นตอนนี้เป็นใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ชนิดหนึ่งกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (One Groups Pre-test Post-test Design)

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะ 4 ที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอควนเนียง และมารับบริการที่โรงพยาบาลควนเนียง จังหวัดสงขลา ในปี 2562 - 2563 จำนวน 65 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะ 4 ที่มารับบริการในโรงพยาบาลควนเนียง จังหวัดสงขลา ระหว่างเดือนมกราคม – พฤษภาคม 2564 จำนวน 29 คน คำนวณโดยใช้โปรแกรม G\* Power Analysis (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) ใช้ Test family เลือก t-tests, Statistical test เลือก Means: Differences between two independent means (matched paired) กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) = .5 ซึ่งเป็นระดับปานกลาง Cohen ได้กล่าวว่า การกำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบไม่อิสระต่อกัน สามารถกำหนดอิทธิพลของกลุ่มตัวอย่างได้ตั้งแต่ระดับปานกลางถึงระดับสูง (Cohen, 1988) ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และค่า Power = .8 ได้กลุ่มตัวอย่าง 27 คน (Cohen, 1977) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถควบคุมการออกจากกลุ่มขณะทำการทดลองได้จึงเผื่อกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่าง 33 คน ดังสูตร

$$n = \frac{27}{(1-.1)^2} = 33.33$$

กำหนดเกณฑ์คัดเข้า คือ 1) ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะ 4 2) ผู้ป่วยปฏิเสธการส่งต่อ และ 3) แพทย์จากโรงพยาบาลแม่ข่ายพิจารณาส่งกลับมารักษาต่อที่โรงพยาบาลควนเนียงเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต 4) ผู้ป่วยสามารถพูด ฟัง อ่านภาษาไทยเข้าใจและรู้เรื่อง ยินดีให้เยี่ยมบ้าน สามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้

เกณฑ์การคัดออก คือ 1) ขณะทดลองมีอาการเปลี่ยนแปลงจนต้องส่งต่อ เช่น หายใจหอบเหนื่อย อ่อนเพลีย มีการลดลงของค่า EGFR เป็นต้น

ทั้งนี้มีการระบาดของโรคโควิด -19 ขณะทำการทดลองใช้รูปแบบ มีกลุ่มตัวอย่างปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยจำนวน 4 คน คงเหลือกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมหลังเสร็จสิ้น จำนวน 29 คน

การสุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive) ตามคุณสมบัติเกณฑ์คัดเข้าคัดออก

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ รูปแบบการดูแลเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะ 4 (MSES Model) ประกอบด้วย M: Multidisciplinary team หมายถึง ความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพ S: Self management หมายถึง การจัดการตนเอง E: Empowerment หมายถึง การเสริมสร้างพลังอำนาจ และ S: Social support หมายถึง การสนับสนุนทางสังคม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการดำเนินการวิจัยขั้นตอนที่ 2

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบบันทึกค่าอัตราการกรองของไต (estimated glomerular filtration rate eGFR)



2.2 ประเด็นคำถามเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติที่ดีของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตของผู้ป่วย ไตรระยะ 4 ที่สามารถเปลี่ยนเป็นระยะ 3 ประกอบด้วย คำถามปลายเปิดเกี่ยวกับวิธีการจัดการตนเองที่ดีที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีค่าอัตราการครองไตดีขึ้น และคำถามด้านพฤติกรรมสุขภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการ ทบทวนตำรา เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการรับประทานยา ด้านการออกกำลังกาย ด้านสุขภาพจิต

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

##### ขั้นก่อนการทดลอง

1. ผู้วิจัยทำเรื่องขอพิจารณาเก็บข้อมูลการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา ทำหนังสือถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสงขลา
2. ผู้วิจัยอธิบายลักษณะงานวิจัย ลักษณะรูปแบบการดูแล วิธีการเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่ม ตัวอย่าง และการเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนการวิจัยให้ผู้ช่วยผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างได้รับทราบพร้อมลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย
3. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง อธิบายกระบวนการวิจัย ขั้นตอนการทำกิจกรรมให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ พร้อมสอบถามและตอบข้อสงสัยหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อคำถาม
4. ผู้วิจัยนำรูปแบบมาดำเนินกิจกรรมภายใต้แนวคิด MSES Model มีกิจกรรม ดังนี้

| MSES Model                                             | กิจกรรม              | รายละเอียดกิจกรรม        | ระยะเวลา | การประเมินผล          |
|--------------------------------------------------------|----------------------|--------------------------|----------|-----------------------|
| M: Multidisciplinary<br>ความร่วมมือของ<br>ทีมสหวิชาชีพ | - ประชุมทีมสหวิชาชีพ | - ประเมินสมรรถนะด้าน     | มกราคม – | - เครื่องมือ          |
|                                                        | เพื่อร่วมสร้างระบบ   | ความรู้และทักษะของ       | พฤษภาคม  | สนับสนุนการ           |
|                                                        | สนับสนุนการจัดการ    | ทีมสหวิชาชีพในการ        | 2564     | จัดการตนเองโดย        |
|                                                        | ตนเอง                | สนับสนุนการจัดการ        |          | ทีมสหวิชาชีพ          |
|                                                        | - จัดโครงการเพิ่ม    | ตนเอง                    |          | -                     |
|                                                        | ศักยภาพของทีมสห      | - จัดอบรมให้ความรู้ทาง   |          |                       |
|                                                        | วิชาชีพในการสนับสนุน | วิชาการและทักษะแก่       |          |                       |
|                                                        | การจัดการตนเองของ    | ทีมสหวิชาชีพ             |          |                       |
| S: Self<br>management                                  | ผู้ป่วยเบาหวาน ความ  | - ทีมสหวิชาชีพสร้าง      |          |                       |
|                                                        | ดันโลหิตสูง          | เครื่องมือเพื่อนำไปใช้ใน |          |                       |
|                                                        |                      | การสนับสนุนการจัดการ     |          |                       |
|                                                        |                      | ตนเอง                    |          |                       |
|                                                        |                      | - ดูแลจัดการรายกรณี      |          |                       |
|                                                        |                      | และประสานทีมสห           |          |                       |
|                                                        |                      | วิชาชีพโดย case          |          |                       |
|                                                        |                      | manager DM, HT           |          |                       |
|                                                        | ผู้วิจัยใช้แนวคิดการ | - ให้ความรู้เรื่องแนวคิด | มกราคม – | แบบบันทึกการ          |
|                                                        | จัดการตนเอง (Self-   | การจัดการตนเองแก่        | พฤษภาคม  | จัดการตนเอง           |
|                                                        | Management) ของ      | ผู้รับบริการและผู้ดูแล   | 2564     | - ผลการติดตาม         |
|                                                        | Kanfer & Gaelick-    | - ผู้รับบริการกำหนด      |          | เยี่ยมผู้ป่วย/ผู้ดูแล |
|                                                        | Bays (1991)          | เป้าหมาย ติดตามตนเอง     |          | - การเสริมแรง         |
|                                                        | - การติดตามตนเอง     | และประเมินผลด้วย         |          | ชื่นชม การให้         |
|                                                        | (self – monitoring)  | ตนเอง                    |          | กำลังใจ               |
|                                                        | - การประเมินตนเอง    |                          |          |                       |

| MSES Model        | กิจกรรม                                                                                                                 | รายละเอียดกิจกรรม                                                                                                                                                                                                               | ระยะเวลา                    | การประเมินผล                                                                                                    |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                   | (self – evaluation)<br>- การเสริมแรงตนเอง<br>( self –<br>reinforcement)                                                 | - สอนวิธีการบันทึก<br>SMBG, SMBP<br>- ผู้รับบริการบันทึกผล<br>ค่าระดับน้ำตาลในเลือด<br>ค่าระดับความดันโลหิต<br>ด้วยตนเอง (SMBG,<br>SMBP)<br>- ทีมสหวิชาชีพร่วมดูแล<br>และติดตามผู้รับบริการ<br>- เสริมแรง ชื่นชม ให้<br>กำลังใจ |                             |                                                                                                                 |
| E: Empowerment    | - ให้ความรู้ผู้ป่วย /<br>ผู้ดูแล<br>- ระดมความคิดเห็น<br>- สร้างการมีส่วนร่วม /<br>สนับสนุนตัดสินใจใน<br>การจัดการตนเอง | - ให้ความรู้เรื่องโรคและ<br>แนวทางดูแลผู้ป่วยเพื่อ<br>ชะลอไตเสื่อม<br>- ให้คำปรึกษา สร้าง<br>แรงจูงใจ กระบวนการ<br>ตัดสินใจ<br>- ผู้ป่วยและผู้ดูแล<br>แลกเปลี่ยน<br>ประสบการณ์การจัดการ<br>ตนเองและอุปสรรคการ<br>แก้ไขปัญหา     | มกราคม –<br>พฤษภาคม<br>2564 | ผู้ป่วยและผู้ดูแลมี<br>ส่วนร่วมในการ<br>กำหนดเป้าหมาย<br>จัดการตนเอง<br>และเข้าร่วม<br>แลกเปลี่ยน<br>ประสบการณ์ |
| S: Social support | ทีมสหวิชาชีพและ<br>เจ้าหน้าที่ รพ. สต. /<br>อสม.ร่วมดูแลผู้ป่วยและ<br>ครอบครัว                                          | - สื่อ/ วิดิทัศน์<br>- คู่มือการปฏิบัติตัวของ<br>ผู้ป่วย / ผู้ดูแล<br>- การนัดติดตามอาการ<br>และผลการจัดการ<br>ตนเอง<br>- ติดตามเยี่ยมบ้าน<br>- ติดตามผ่านโทรศัพท์ /<br>ไลน์<br>- การให้กำลังใจ ชื่นชม<br>- การให้คำปรึกษา      | มกราคม –<br>พฤษภาคม<br>2564 | - การมาตรงตาม<br>วันนัด<br>- การดูแลผู้ป่วย<br>ร่วมกันของทีมสห<br>วิชาชีพ                                       |

### ขั้นหลังการทดลอง

หลังจากดำเนินการตามรูปแบบ MSES model ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างที่มีค่าการกรองไตดีขึ้น เปลี่ยนค่าไตจากระดับที่ 4 เป็นระดับที่ 3 จำนวน 6 ราย ถอดบทเรียนถึงวิธีการปฏิบัติตัวที่ดีที่ทำให้การกรองของไตดีขึ้น ทำการวิเคราะห์ข้อมูลและจัดโปรแกรมนี้ให้แก่กลุ่มที่สนใจ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) ของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะ 4 ในโรงพยาบาลควนเนียง ระหว่างก่อนและหลังใช้รูปแบบโดยใช้สถิติ Paired t-test เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Shapiro-wilk, p-value= .145)

3. ข้อมูลคุณภาพวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ตามขั้นตอนของ Crabtree & Miller (1992) ได้แก่ การจัดแฟ้ม การลงรหัสข้อมูล การจัดประเภทของข้อมูล การสร้างหมวดหมู่ การเชื่อมโยงหาความสัมพันธ์ของหมวดหมู่ การตรวจสอบความถูกต้อง (Verify)

#### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา ได้เลขจริยธรรมหมายเลข 13/2564 ลงวันที่ 10 มีนาคม 2564

### **ผลการวิจัย**

1. สภาพการณ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะ 4 ในโรงพยาบาลควนเนียง จังหวัดสงขลา พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะ 4 ในโรงพยาบาลควนเนียง จังหวัดสงขลา ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.00 เป็นเพศชาย ร้อยละ 34.00 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 98.10 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 56.60 จบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 54.70 มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 88.70 โรคเบาหวาน ร้อยละ 73.60 ไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 64.20 ผู้ป่วยจะมีผู้ดูแลเป็นบุตร ร้อยละ 62.30 รองลงมาเป็นภรรยา ร้อยละ 34.00 ผู้ที่ประกอบอาหารส่วนใหญ่เป็นบุตร ร้อยละ 37.70 ผู้ป่วยจัดเตรียมอาหารเอง ร้อยละ 35.80 ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือในการดูแลตนเองด้านอาหาร ร้อยละ 62.30 สำหรับข้อมูลสุขภาพพบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีน้ำหนักเฉลี่ย 60.35 กิโลกรัม รอบเอวเฉลี่ย 92.81 ซม. มีค่า BMI เฉลี่ย 41.51 กก./ม<sup>2</sup> ระยะเวลาที่ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงมีภาวะแทรกซ้อนทางไตเฉลี่ยที่ 2.54 ปี เมื่อศึกษาข้อมูลด้านแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะ 4 ผู้ป่วยจะได้รับการส่งต่อพบแพทย์อายุรกรรมทางไตที่โรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่ ในกรณีผู้ป่วยปฏิเสธการส่งต่อและผู้ป่วยที่แพทย์โรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่ส่งกลับมารักษาต่อที่โรงพยาบาลควนเนียงยังไม่มีรูปแบบการดูแลที่ชัดเจนในผู้ป่วยกลุ่มนี้ เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพให้ความรู้และคำแนะนำตามสาขาวิชาชีพของตนเอง ไม่ได้ดูแลรายกรณีตามปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย ไม่ได้มีการประสานข้อมูลร่วมกัน ผู้ป่วยและญาติไม่ได้มีส่วนร่วมในการวางแผนจัดการดูแลตนเอง

2. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะ 4 เครือข่ายสุขภาพอำเภอควนเนียง จังหวัดสงขลา (MSES Model) ประกอบด้วย M: Multidisciplinary team หมายถึง ความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพ S: Self management หมายถึง การจัดการตนเอง E: Empowerment หมายถึง การเสริมสร้างพลังอำนาจ และ S: Social support หมายถึง การสนับสนุนทางสังคม



ภาพที่ 2 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะ 4

3. ประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะ 4 ในโรงพยาบาลควนเนียง จังหวัดสงขลา

3.1 เปรียบเทียบค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) ของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะ 4 ในโรงพยาบาลควนเนียง ระหว่างก่อนและหลังใช้รูปแบบ พบว่า หลังการใช้รูปแบบค่าอัตราการกรองของไตของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะ 4 ( $\bar{X}$  =25.23, SD= 5.78) สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบ ( $\bar{X}$  =22.57, SD=3.91) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ตาราง 3)

ตาราง 3 เปรียบเทียบค่าอัตราการกรองของไต (EGFR) ของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะ 4 ในโรงพยาบาลควนเนียงระหว่างก่อนและหลังใช้รูปแบบ

| ค่าอัตราการกรองของไต | n  | $\bar{X}$ | SD   | t      | df | P- value (1-tailed) |
|----------------------|----|-----------|------|--------|----|---------------------|
| ก่อนการใช้รูปแบบ     | 29 | 22.57     | 3.91 | -3.630 | 28 | .001                |
| หลังการใช้รูปแบบ     | 29 | 25.23     | 5.78 |        |    |                     |

3.2 จำนวนผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตเรื้อรังระยะ 4 เปลี่ยนเป็นระยะ 3 พบว่า หลังการใช้รูปแบบมีผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงยังมีภาวะแทรกซ้อนทางไตเรื้อรังระยะ 4 จำนวน 23 คน โดยเปลี่ยนมาเป็นระยะ 3 จำนวน 6 คน (ตาราง 4)

ตาราง 4 จำนวนผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตเรื้อรังระยะ 4 เปลี่ยนเป็นระยะ 3

|        | ก่อนการใช้รูปแบบ | หลังการใช้รูปแบบ |
|--------|------------------|------------------|
| ระยะ 4 | 29               | 23               |
| ระยะ 3 | 0                | 6                |

3.3 วิธีปฏิบัติที่ดีของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะ 4 ในโรงพยาบาลควนเนียง คือ กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนการจัดการตนเอง ได้แก่ การติดตามตนเอง (self – monitoring) การประเมินปัญหาและวางแผนพฤติกรรมสุขภาพตามการรับรู้ของผู้ป่วย การประเมินตนเอง (self – evaluation) กลุ่มตัวอย่างได้เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของตนเองกับเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้ การเจาะเลือดติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง การวัดความดันโลหิตที่บ้าน การเสริมแรงตนเอง (self – reinforcement) การให้กลุ่มตัวอย่างได้รู้จักชื่นชมตนเอง มีการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่มตัวอย่างด้วยกัน การมาตามนัดต่อเนื่อง ทีมสหวิชาชีพดูแลจัดการผู้ป่วยรายบุคคลโดยมีพยาบาลจัดการรายการเป็นผู้ประสานการดูแล การติดตามเยี่ยมต่อเนื่อง ให้กำลังใจ ชมเชย เสริมแรง ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจในการตัดสินใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองนำไปสู่การจัดการตนเองที่ดีและเหมาะสม เมื่อศึกษาข้อมูลคุณภาพเชิงลึกเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและการดูแลการปฏิบัติตัวที่ดีที่ทำให้อัตราการกรองไตดีขึ้น พบข้อมูล ดังนี้

1) การรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรค โดยผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตเรื้อรังระยะ 4 ได้นำความรู้ที่ได้จากโภชนาการมาปรับพฤติกรรมด้านอาหารโดยการจดบันทึกอาหารที่รับประทานแต่ละวัน ผู้ป่วยได้สะท้อนคิดด้วยตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมบริโภค ผู้ดูแลได้ปรับรสชาติและเข้มงวดกับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ดังต่อไปนี้

“ปรับรสชาติ ให้อ่อนลง ไม่เค็มเพิ่ม คิดว่าที่ไตดีขึ้นก็เรื่องของกินนี่แหละ แรกก่อนไม่ได้ อะไร เค็มทำให้อ้วนก็กินไม่หรรยาก็เค็มให้กินได้ตามใจเรา เมื่อหมอเจ้าหน้าที่เค็มพาไปสอนเรื่อง อาหาร คนโรคไตที่ควรงด หรือไม่ควรกิน ก็จำไปบอกคนที่บ้าน และพามาพบโภชนาการกัน ให้เค็มฟังเอง เค็มเข้าใจ กลับไปเค็มก็ปรับกินไปๆ ก็กินได้ กินทั้งบ้าน พอมารพ, หมอชมเราก็กินใจ ยิ่งรู้ค่าไตดีขึ้นมันก็ดีใจ ใจขึ้น” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่3)

“ต้องเข้มงวดเรื่องอาหารการกิน เมื่อก่อนกลับจากทำงาน คนที่บ้านเค็มซื้อแกงที่ตลาด สะตอก ได้กินเลย อยากกินแกงไหนก็ได้ พอโภชนาการถามและรู้ว่ากินแกงถุง เค็มให้อาหารที่คนไตเสื่อมกินได้ ไม่อยากล้างไตให้ทำกับข้าวกินเองดีหว่า เราก็กินล้างไต ไม่ใช่เรื่องเล่น ๆ หลายเรื่อง ไม่ได้เดือดร้อนคนเดียวเห็นคุณที่บ้าน พอทำตามทีเค็มบอก แล้วรู้ว่าค่าไตดีขึ้นก็สบายใจ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

2) การรับประทานยา เน้นการรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ไม่รับประทานยาสมุนไพร ไม่รับประทานยาตามโฆษณาในโทรทัศน์ และไม่รับประทานอาหารเสริม ดังคำสัมภาษณ์ดังต่อไปนี้

“ไม่กินยาอื่นที่ไม่ใช่หมอสั่ง หมอย้ำทุกครั้งที่มาว่าคนไตเสื่อมต้องกินยาตามที่หมอให้ หมอที่ห้องยาบอกว่าไม่ให้กินยาสมุนไพรที่โฆษณาว่าดี ที่ทำให้ไตดีขึ้น เมื่อก่อนเคยสั่งซื้อในโทรทัศน์ลูกสั่งให้ แต่กินไปก็เห็นไม่ดีขึ้น และก็แพงมาก ๆ ตอนหลังพอบอกหมอบอกพยาบาลเค็มสั่งห้ามเด็ดขาดไม่ให้กิน เค็มบอกว่าถ้ามันดีแล้ว เราก็กินด้วยถึงหยุด บอกลูกว่าไม่ต้องซื้อแล้ว” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1, 5)

“กินยาตามหมอสั่งต่อเนื่อง ไม่ใช่กินมั่งหยุดมั่งเหมือนเมื่อก่อน เพราะไม่ได้มีอาการอะไรให้เห็นก็สบายดี แต่พอเห็นค่าไตต้องปรับใหม่เปลี่ยนใหม่ เห็นคุณที่พามา รพ. พอเรามีปัญหาที่ซ้ำกว่าคนอื่นกว่าจะได้กลับบ้าน” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4, 6)

3) การออกกำลังกาย เน้นการเดินแกว่งแขน การปั่นจักรยาน โดยการออกกำลังกายร่วมกับสมาชิกในครอบครัวทั้งในช่วงเช้าและเย็น

“ลูกชวนไปเดินหน้าบ้าน เดินไปพบเพื่อนบ้าน เดินเรื่อย ๆ ไม่ได้ขับไปไหน เดินหลงกันไปเพลิน ๆ บางวันตอนเช้า บางวันตอนเย็นแล้วแต่ลูก” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3)

“เดินเก็บยางหลังบ้านช่วยลูก และเดินแกว่งแขนตอนเย็น หลังทำกับข้าวเสร็จ ประมาณครึ่งชั่วโมงได้ แต่ว่าไม่ได้เดินทุกวัน” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

4. การจัดการกับความเครียด มีการสร้างกำลังใจให้คนในครอบครัว การแสดงความห่วงใย การถามไถ่สุขภาพเพื่อให้เกิดความหวังของสมาชิกในครอบครัว พาไปหาหมอตตามนัด เจ้าหน้าที่บอกค่าไตทุกครั้งตลอดจนการทำงานอดิเรกเพื่อผ่อนคลาย ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ดังต่อไปนี้

“เจ้าหน้าที่ให้กำลังใจว่าไตมันดีขึ้นได้ ทำให้เรามีความหวัง ถ้าช่วยกันทั้งเค้าทั้งเรา เราทำตามพาลูกมาช่วยฟังที่รพ. บางทีเจ้าหน้าที่ก็โทรไปคุย ถามอาการ กำลังใจมันก็มา เห็นดูหมอ เห็นดูลูก” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3)

“นั่งคุยกับคนที่เขาเหมือนเรา ได้ถาม ๆ คุย ๆ กัน บายใจรอหมอเข้าตรวจ บางคนค่าไตต่ำหว่าเราเราก็มีกำลังใจมากขึ้น” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

“หาไรทำที่เพลิน ๆ ปลูกผัก ปลูกดอกไม้ข้างบ้าน ไม่มากแต่บายใจ เพลิน ๆ ลืม ๆ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

5. มีผู้ป่วยชายจำนวน 2 คนเล็กสูบบุหรี่และเลิกดื่มสุรามากกว่า 10 ปี

## การอภิปรายผล

1. ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะ 4 เครือข่ายสุขภาพอำเภอควนเนียง จังหวัดสงขลา จำนวน 65 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.00 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 54.7 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 98.1 ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 37.7 สิทธิการรักษาใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพ ร้อยละ 81.1 มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 88.70 โรคเบาหวาน ร้อยละ 73.60 ไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 64.20 มีผู้ดูแลเป็นบุตร ร้อยละ 62.30 มีน้ำหนักเฉลี่ย 60.35 กิโลกรัม ระยะเวลาที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตเฉลี่ยที่ 2.54 ปี สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนล้างไต ของ ชวมัย ปินะแก, อมฤต สุวัฒน์ศิลป์, วรณพร คงอุ่น, นิธิยา นามวงศ์, และ สุนทรทิพย์ เรียงริลา (Phinage, Suwattanasin, Kongaun, Namwong & Rengrila, 2020) ที่ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะก่อนล้างไตเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย มีอายุระหว่าง 61- 80 ปี สถานภาพสมรสคู่ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา นับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรมีรายได้เพียงพอ ใช้สิทธิการรักษาหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ นิยมล สบายสุข, ปิ่นหทัย ศุภเมธพร และ นิชกานต์ ทรงไทย (Sabysook, Supametaporn & Songthai, 2019) ที่ผลการศึกษพบว่า ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและอัตราการครองชีพในผู้ป่วยเบาหวานชนิด

ที่ 2 ที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 3 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุ 65 – 69 ปี เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลหลักเป็นบุตรหลาน นอกจากนี้การศึกษาผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 และระยะที่ 4 จำนวน 30 ราย ของ อุไรวรรณ พานทอง (Pantong, 2018) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 64.32 ปี (SD = 8.01) ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 70 ปี มีระยะเวลาเป็นโรคไตเรื้อรัง 1-2 ปี ร้อยละ 58.8 ระยะเวลา 2-3 ปี ร้อยละ 16.2 มีประวัติเป็นทั้งเบาหวานและความดันโลหิตสูง ร้อยละ 45.5 เป็นความดันโลหิตสูง ร้อยละ 38.5 และเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 16.0 กลุ่มตัวอย่างทุกรายมีโรคร่วมเป็นโรคไขมันในเลือดสูง

2. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะ 4 เครือข่ายสุขภาพอำเภอควนเนียง จังหวัดสงขลา (MSES Model) ประกอบด้วย M: Multidisciplinary team (ความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพ) การจัดอบรมให้ความรู้ทางวิชาการเรื่องการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต การสร้างเครื่องมือในการสนับสนุนการจัดการตนเอง การประเมินปัญหารายบุคคล S: Self management (การจัดการตนเอง) การส่งเสริมการจัดการตนเอง การติดตามตนเอง โดยการให้ผู้ป่วยประเมินปัญหาและวางแผนโดยมีผู้ดูแลร่วมประเมินปัญหา การเตรียมความพร้อม สอนวิธีการจดบันทึกคู่มือการดูแลตนเอง ผู้ป่วยและผู้ดูแลติดตามการบันทึกพฤติกรรมและประเมินผลความสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ การบันทึกผลค่าระดับน้ำตาลในเลือด ค่าระดับความดันโลหิตด้วยตนเอง โดยทีมสหวิชาชีพร่วมดูแลและติดตามต่อเนื่อง การเสริมแรง ชื่นชม ให้กำลังใจ E: Empowerment (การเสริมสร้างพลังอำนาจ) โดยการให้ความรู้ ให้คำปรึกษา สร้างแรงจูงใจ สนับสนุนให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์การจัดการตนเองและอุปสรรคการแก้ไขปัญหา และ S: Social support (การสนับสนุนทางสังคม) การจัดทำคู่มือการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและผู้ดูแล การนัดติดตามอาการและผลการจัดการตนเองการติดตามเยี่ยมบ้านติดตามผ่านโทรศัพท์ /ไลน์ การให้กำลังใจ ชื่นชม การให้คำปรึกษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ไพศาล ไตรศิริโชค, หลั่งพร อุตระศาสตร์, และ วราทิพย์ แก่นการ (Trisirichok, Uttarasart & Kankarn, 2019) พบว่า การสนับสนุนการจัดการตนเองโดยทีมสหวิชาชีพทำให้พฤติกรรม การจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังดีขึ้น และการศึกษาของ ไพรัช เผือกส่วสดี (Puaksawat, 2021) พบว่า ค่าเฉลี่ย Systolic Blood Pressure (SBP) ลดลง, Creatinine ลดลง, eGFR เพิ่มขึ้นมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. หลังการใช้รูปแบบคำอรรถาการกรองของไตของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะ 4 ( $\bar{X}$  =25.23, SD=5.78) สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบ ( $\bar{X}$  =22.57, SD=3.91) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับความรู้และการสนับสนุนการจัดการตนเอง ได้กำหนดเป้าหมายติดตามบันทึกค่าระดับน้ำตาลในเลือด ค่าระดับความดันโลหิตด้วยตนเอง และประเมินผลด้วยตนเอง โดยมีทีมสหวิชาชีพร่วมดูแลและติดตามต่อเนื่อง มีการเสริมแรง ชื่นชม ให้กำลังใจ ให้ความรู้ ให้คำปรึกษา สร้างแรงจูงใจ สนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การจัดการตนเองและอุปสรรคการแก้ไขปัญหา และการจัดทำคู่มือการปฏิบัติตัว การนัดติดตามอาการและประเมินผลการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง การติดตามเยี่ยมบ้านติดตามผ่านโทรศัพท์ /ไลน์ การให้กำลังใจ ชื่นชมทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจ เชื่อมั่นในการตัดสินใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง นำไปสู่การจัดการตนเองที่ดีเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย ส่งผลให้อัตราการกรองของไตดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา เรื่อง การพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนล้างไตของ ชวมัย ปินะแก, อมฤต สุวัฒนศิลป์, วรณพร คงอ่อน, นิธิยา นามวงศ์, และ สุคนธ์ทิพย์ เรียงริลา (Phinage, Suwattanasin ,

Kongaun , Namwong & Rengrila, 2020) โดยศึกษาจากกลุ่มเป้าหมาย 3 กลุ่ม คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะก่อนล้างไต ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนล้างไต และทีมสหวิชาชีพและพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมโดยใช้แนวคิดสนับสนุนการจัดการตนเองของ Kanfer & Gaelik Buys (1991) ได้แก่ 1) การติดตามตนเอง (self monitoring) โดยการให้ความรู้ ให้คำปรึกษา การให้สื่อการเรียนรู้ ซึ่งจะลดพฤติกรรมเสี่ยง ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี 2) การประเมินตนเอง (self evaluation) โดยการฝึกทักษะ การจัดการตนเองเข้ากลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ มีต้นแบบที่ดี (role model) ผู้ป่วยที่ดูแลตนเองดีเล่าประสบการณ์ให้ฟัง 3) การเสริมแรงตนเอง ( self reinforcement) การติดตามการสนับสนุนการจัดการตนเอง โดยใช้สมุดประจำตัวผู้ป่วย เยี่ยมทางโทรศัพท์ การกระตุ้นเตือนการเสริมแรงการให้คำปรึกษาเมื่อมีอุปสรรค ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนล้างไต สามารถใช้เป็นแนวทางเครื่องมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนได้ดี โดยผู้ป่วยและญาติต้องเข้าใจและให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตัวให้ถูกต้องตามคำแนะนำของทีมวิจัย (ทีมสหวิชาชีพ) ผู้ป่วยที่ใช้โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง มีอัตราการกรองของไตลดลง <4 cc/ min 1.73 m<sup>2</sup>/ปี ร้อยละ 78.12 และสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ < 140 / 90 mm.Hg ร้อยละ 84.37

จากผลการวิจัยครั้งนี้มีผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะ 4 เปลี่ยนมาเป็นระยะที่ 3 จำนวน 6 ราย สำหรับวิธีปฏิบัติที่ดี คือ กลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลต่อเนื่องโดยทีมสหวิชาชีพมีส่วนร่วมในการจัดการตนเอง มีคู่มือการจัดการตนเอง สมุดจดบันทึกติดตามระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิตของตนเอง ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่มตัวอย่างด้วยกัน การมาตามนัดต่อเนื่อง ได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม การดูแลจัดการรายกรณีและคำปรึกษาจากทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความเชื่อมั่นในการตัดสินใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง มีกำลังใจไปสู่การจัดการตนเองที่ดีและเหมาะสม ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์เชิงลึกถึงวิธีปฏิบัติตัวที่ด้านพฤติกรรมสุขภาพ พบว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลได้ปรับรสชาติอาหารตามคำแนะนำของโภชนาการ เน้นการรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ไม่รับประทานยาสมุนไพร ยาโสมและอาหารเสริม การได้เห็นระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตที่ลดลง ทำให้มีกำลังใจในการดูแลตนเอง การได้ออกกำลังกายร่วมกับสมาชิกในครอบครัว ตลอดจนกำลังใจจากคนในครอบครัว การแสดงความห่วงใย การถามไถ่สุขภาพ การพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัด สอดคล้องกับการศึกษาของ สังคม ศุภรัตน์กุล (Suparatangool, 2018) พบว่า แบบแผนครอบครัวในการควบคุมอาหารและน้ำหนักตัว โดยสมาชิกในครอบครัวดูแลการควบคุมอาหาร การประกอบอาหารเองในครอบครัว งดอาหารประเภทหวานจัด ลดเค็ม ลดมัน โดยสมาชิกในครอบครัวจะคอยตักเตือนเมื่อผู้ป่วยบริโภคอาหารเกินความจำเป็น แบบแผนครอบครัวในการออกกำลังกาย สมาชิกในครอบครัวชักชวนให้ผู้ป่วยออกกำลังกายอย่างง่ายที่บ้าน ยืดหยุ่นระยะเวลาไม่มีกำหนดเกณฑ์เงื่อนไข ในรายที่ผู้ป่วยมีข้อจำกัดด้านภาวะสุขภาพ ครอบครัวปรับแบบแผนการบริหารร่างกาย ได้แก่ กายบริหาร การเหยียดแขน การยืนแกว่งแขนไปมา โดยมีครอบครัวคอยเฝ้าให้กำลังใจเป็นเพื่อน ทำให้ระยะเวลาในการออกกำลังกายเพิ่มมากขึ้น แบบแผนการใช้ยา สมาชิกในครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลตักเตือนในการใช้ยาที่เหมาะสม ควบคุมกำกับกับการรับประทานยาให้ตรงตามแผนการรักษา อำนวยความสะดวกการจัดเตรียมยา ส่งผลให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการทานยา แบบแผนครอบครัวในการจัดการความเครียด เช่น การพาผู้ป่วยไปพบเพื่อน การไปตามสถานที่ต่าง ๆ ตามความเหมาะสม การไปดูบรรยากาศธรรมชาติ แบบแผนการจัดการทั่ว ๆ ไป ได้แก่ การจัดเตรียมสมุดประจำตัวผู้ป่วย การอำนวยความสะดวกพาไปพบแพทย์ตามนัด การที่ครอบครัวห่วงใยสมาชิก ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกอ้างว้าง มีคุณค่า รับรู้ถึงความห่วงใย



## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ระยะ 4 เครือข่ายสุขภาพอำเภอควนเนียง จังหวัดสงขลา ครั้งนี้ เป็นการติดตามการเปลี่ยนแปลงของค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) จากระยะ 4 เปลี่ยนเป็นระยะที่ 3 ซึ่งเห็นประสิทธิผลของรูปแบบที่เปลี่ยนแปลงอัตราการกรองของไตของกลุ่มตัวอย่างเพียงจำนวน 6 ราย หากมีผู้สนใจที่จะนำผลการวิจัยไปใช้ ควรติดตามการเปลี่ยนแปลงของค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) ในระยะค่าไตเดียวกันก็จะเห็นการถึงประสิทธิผลของรูปแบบได้ชัดเจนมากขึ้น นอกจากนี้ผู้วิจัยควรมีการติดตามผลลัพธ์ทางคลินิกด้านอื่น ๆ ด้วยเพื่อแสดงให้เห็นประสิทธิผลของรูปแบบที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ระยะที่ 4 เครือข่ายสุขภาพอำเภอควนเนียง จังหวัดสงขลา ใช้ระยะเวลา 16 สัปดาห์ ควรศึกษารายละเอียดต่อเนื่องระยะยาวเพื่อให้เห็นประสิทธิผลของรูปแบบที่ชัดเจนยิ่งขึ้น

## References

- Allen, D. (2020). Global Facts: About kidney disease. National Kidney Foundation Inc. Retrieved (2020, January 9) from <https://www.kidney.org/kidneydisease/global-facts-about-kidney-disease>.
- Chosivasakul, K., Piaseu, N. & Sakdanupab, S. (2017). Effects of a programme integrating multidisciplinary approach and self- management on chronic kidney disease patients with complications. Thai Journal of Nursing Council, 32(4), 79-93. (in Thai).
- Chuasuwana A., Lumpaopong A., (2020). Thailand renal replacement therapy year 2020. Retrieved from <http://www.nephrothai.org/wp-content/uploads/2021/Final-TRT-report-2020.pdf>. (in Thai).
- Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences. (2<sup>nd</sup>). NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G\*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behavior Research Methods, 39(2), 175-191.
- Hair, F. J., Black, C.W., Babin, J.B., & Anderson, E.R. (2010). Multivariate Data Analysis. (7<sup>th</sup> ed). New Jersey: Pearson Education.
- Haileamlak, A. (2018). Chronic kidney disease is on the rise. Ethiopian Journal of Health Sciences, 28(6), 681-682.
- Ministry of Public Health. (2564). Service plan response information for NCD DM, HT, CVD branches. Retrieved (2021, March 22) from <https://hdcservice.moph.go.th>. (in Thai).

- Juntachat, A., Meepan, M. ,& Jabprapai, P. (2017). The development of the self-management program for diabetes mellitus patients with third stage chronic kidney disease. *Journal of Preventive Medicine Association of Thailand*, 7(3), 280-291. (in Thai).
- KanKarn, W., Damnok, K. & Anutrakulchai, S. (2019). Effectiveness of care model for chronic kidney disease patients using interated disease management and case management in primary care units, northeast. *Journal of Nursing and Health Care*, 37(3), 173-182. (in Thai).
- Lumboot, U. , Phinphart, P. , Chaisuvannarat, P. , Chokchaimadol, J. , Janma, J. & Changsirikulchai, S. (2017). Management of the network in CKD care in Pahumthani province. *Journal of Medical and Public Health Region 4*, 7(1), 17-26. (in Thai).
- Nilmanat, K., Thasaneesuan, S. & Tinkaew, P. (2021). Palliative care for chronic renal failure patients: issues and recommendations for development. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*, 36(4), 5-15. (in Thai).
- Pantong, U. (2018). Chronic kidney disease management with chronic care model at primary care in Nakorn si thammarat Province. *Maharaj Nakorn Si Thammarat Medical Journal*, 1(2), 48–58. (in Thai).
- Phinage, C. , Suwattanasin, A. ,Kongaun, W. , Namwong, N. & Rengrila, S. ( 2020) . The development of self management support program for chronic kidney disease patients at pre-dialysis stage. *Maharakham Hospital Journal*, 17(3), 64-75. (in Thai).
- Praying, C. (2020). Development of a model for prevention and resolution of chronic kidney disease in Banthi District, Lamphun Province, Thailand. *Journal of Health Science*, 29(6), 1035-1043. (in Thai).
- Puaksawat, P. (2021). Clinical outcomes of a home care case management for patients with chronic kidney disease stage 3. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 8(2), 110 –122. (in Thai).
- Sabysook, N., Supametaporn, P. & Songthai, N. ( 2019) . The effects of a self-management support program on health behaviors and glomerular filtration rates among type 2 diabetes mellitus patients with stage III chronic kidney disease. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal*, 137-150. (in Thai).
- Sanee, A. ( 2014) . Self management program in chronic disease. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 15(2), 129-134. (in Thai).
- Sarajarus, V. & Sumano, A. (2019). Effects of self- management supporting process for slow progression of chronic kidney disease among diabetes mellitus with chronic kidney disease patients at Learn Chabang Hospital, Choburi. *Thai Journal of Public Health and Health Sciences*, 1(3), 13-26. (in Thai).

- Supapan, S. (2019). Development of model to delay renal impairment in patients with diabetes and hypertension using case management process in Phusing Hospital, Sisaket Province. *Journal of Health Science*, 28(5), 857–866. (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).
- Teemueangsai, W. & Paksupasin, P. (2021). Development of delayed chronic kidney disease model in primary CKD clinic Mueang District Mahasarakham Province. *Mahasarakham Hospital Journal*, 18(3), 125–135. (in Thai).
- Thongtong, S. (2018). Nursing role in supporting self-management of continuous ambulatory peritoneal dialysis patients. *Journal of Health Research and Innovation*, 1(1), 46–57. (in Thai).
- Trisirichok, P., Uttarasart, L. & Kankarn, W. (2019). The impact of self – management support by a multidisciplinary team on delaying chronic kidney disease progression in primary care, Khon kaen Regional Hospital. *Srinagarind Medical Journal*, 34(6), 552–558. (in Thai).
- Varitsakul, R. (2017). Strategies for empowermen in patients with chronic kidney disease. *Thai Red Cross Nursing Journal*, 10(1), 1-12. (in Thai).
- Wongsaree, C. (2018). Factors predicting health self- management in end stage renal disease patient receiving hemodialysis in a private hospital, Thailand. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University*, 30 (3), 66-77. (in Thai).