

การพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน จังหวัดนนทบุรี

The Development of Caring Model for Patients with Chronic Kidney Disease in the Community, Nonthaburi Province

สุภัทลักษณ์ ธาณิรัตน์¹, เมทนี ระดาบุตร¹, สุจิรา วิเชียรรัตน์^{1*}, รัตนพร อาสนพรมณ²

Suppaluk Thanirat¹, Matanee Radabutr¹, Sujira Wichainrat^{1*}, Rattanaporn Assanaphun²

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข^{1*},

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดลำโพ²

Boromrajonani College of Nursing Changwat Nonthaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health^{1*},

Watlumpho Health Promotion Hospital²

(Received: February 29, 2024; Revised: May 12, 2024; Accepted: August 14, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยและการพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน จังหวัดนนทบุรี ดำเนินการวิจัย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบฯ และระยะที่ 3 ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบฯ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน จังหวัดนนทบุรี จำนวน 29 คน เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย คือ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชนที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และแบบบันทึกสมุดประจำตัว วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและอัตราการกรองของไตก่อนและหลังใช้รูปแบบฯ โดยใช้สถิติ Paired t-test และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองที่ผู้ป่วยประเมินตนเอง จำนวน 4 ครั้ง โดยใช้สถิติ Repeated Measure ANOVA

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน มีกระบวนการดูแล 5 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นที่ 1 สร้างความเข้าใจ ขั้นที่ 2 สร้างพลังบวก ขั้นที่ 3 ส่งเสริมการปฏิบัติที่ยั่งยืน ขั้นที่ 4 สร้างการมีส่วนร่วม และขั้นที่ 5 ประเมินและติดตาม ผลการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบฯ พบว่า 1) ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังหลังใช้รูปแบบฯ สูงกว่าก่อนใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) 2) ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างจากการประเมินทั้ง 4 ครั้ง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และ 3) ค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไตก่อนและหลังใช้รูปแบบฯ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.55$) จากผลการวิจัยนี้ บุคลากรด้านสาธารณสุขสามารถนำรูปแบบฯ นี้ไปปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในหน่วยงานของตนเอง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังที่ถูกต้องมากขึ้น และมีพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมและต่อเนื่องเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: การพัฒนา, รูปแบบการดูแล, โรคไตเรื้อรัง, ชุมชน

*ผู้ให้การติดต่อ สุจิรา วิเชียรรัตน์ e-mail: panat_20@bcnnon.ac.th

Abstract

This research and development study aimed to develop and evaluate the effectiveness of a care model for chronic kidney disease patients in the community of Nonthaburi Province. The research was conducted in three phases: Phase 1 - problem situation analysis, Phase 2 - developing the care model, and Phase 3 - evaluating the effectiveness of the care model. Participants consisted of 29 chronic kidney disease patients in the Nonthaburi Province community. The research tools included a care model for chronic kidney disease patients in the community. The data collection tools consisted of a questionnaire on chronic kidney disease perception, a self-care behavior assessment form for chronic kidney disease patients, and a personal record book. General data was analyzed using descriptive statistics. The average scores of chronic kidney disease perception and glomerular filtration rate before and after using the care model were compared using a Paired t-test. The average scores of self-care behaviors, as assessed by the patients themselves over four instances, were compared using Repeated Measure ANOVA.

The research results revealed that the care model for chronic kidney disease patients in the community comprises a five-step process: step 1 - building understanding, step 2 - empowering positivity, step 3 - promoting sustainable practices, step 4 - encouraging participation, and step 5 - evaluation and follow-up. The evaluation of the effectiveness of the care model for chronic kidney disease patients in the community showed that: 1) the average score of chronic kidney disease awareness after using the care model was significantly higher than before using it ($p\text{-value} < 0.001$); 2) the average self-care behavior scores of the sample group from the four assessments differed significantly ($p\text{-value} < 0.001$); and 3) the average glomerular filtration rate before and after using the care model did not differ significantly ($p\text{-value} = 0.55$). Based on the research results, healthcare personnel can adapt this care model to their own settings to improve chronic kidney disease patients' awareness and foster appropriate and continuous self-care behaviors.

Keywords: Development, Caring Model, Chronic Kidney Disease, Community

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease) เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศต่าง ๆ รวมทั้งประเทศไทย โดยทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังประมาณ 850 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตเฉลี่ยร้อยละ 2.40 พบมากที่สุดในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลางที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงการวินิจฉัยและการรักษาโรคในระยะเริ่มแรก

[2/17]

(International Society of Nephrology, 2023) สำหรับประเทศไทย จากรายงานของระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center (HDC)) เกี่ยวกับจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในเขตรับผิดชอบ จำแนกตามระยะของโรค โดยในปี พ.ศ. 2566 พบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จำนวน 1,062,756 คน มีผู้ป่วยอยู่ในระยะที่ 1-3 ร้อยละ 81.85 (กระทรวงสาธารณสุข, 2566) สาเหตุของโรคไตเรื้อรังมีทั้งการบริโภคอาหารที่มีโซเดียม ไม่ออกกำลังกาย และการมีโรคร่วม เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง รวมถึงการใช้ยาบางชนิดเป็นประจำ โดยเฉพาะกลุ่มยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2560)

โรคไตเรื้อรัง แบ่งเป็น 5 ระยะ ตามระดับของอัตราการกรองของไต (eGFR) โดยระยะที่ 1-3 จะพบภาวะไตผิดปกติ เช่น มีโปรตีนในปัสสาวะและมีอัตราการกรองของไตไม่น้อยกว่า 30 mL/min/1.73m² อาการของโรคยังไม่รุนแรง หากผู้ป่วยสามารถควบคุมหรือดูแลตนเองในระยะนี้ได้ จะช่วยชะลอความเสื่อมของไตไม่ให้เข้าสู่ระยะที่ 4-5 ซึ่งเป็นระยะที่อาการของโรคมีความชัดเจนและรุนแรงขึ้น เช่น การบวมตามตัว ชีต เหนื่อย เสียสมดุลของน้ำและเกลือแร่ และต้องรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2560; ยิ่งยศ อวิหิงสานนท์ และปิยะวรรณ กิตติสกุลนาม, 2561) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลง สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา ผู้ดูแลและครอบครัวต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น (Tuckey, Duncanson, Chur-Hansen, & Jesudason, 2022) ดังนั้นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะที่ 1-3 จึงควรได้รับการดูแลด้วยรูปแบบที่เหมาะสม เพื่อสร้างการรับรู้เกี่ยวกับการเกิดโรค และมีพฤติกรรมในการควบคุมโรคที่ถูกต้อง เช่น ลดการรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม ไม่รับประทานยาที่มีผลต่อโรค ไม่สูบบุหรี่ และออกกำลังกายเป็นประจำ (ยิ่งยศ อวิหิงสานนท์ และปิยะวรรณ กิตติสกุลนาม, 2561; Datta & Ogbeide, 2019) ซึ่งการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการเกิดโรค และการมีพฤติกรรมที่เหมาะสม จะช่วยลดความรุนแรงของโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ตามมาได้ (สุนิรัตน์ สาคำ, 2559)

จังหวัดนนทบุรี มีรายงานในระบบคลังข้อมูลสุขภาพ พบการเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังในปี พ.ศ. 2566 ทั้งสิ้น 15,456 คน ในจำนวนนี้อยู่ในระยะที่ 1-3 จำนวน 12,883 คน คิดเป็นร้อยละ 83.35 ซึ่งมีสัดส่วนที่สูงกว่าระดับประเทศ และมีจำนวนเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2565 จำนวน 1,230 คน ในขณะที่มีผู้ป่วยระยะที่ 4-5 เพิ่มขึ้นจำนวน 436 คน (กระทรวงสาธารณสุข, 2566) จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าจังหวัดนนทบุรีมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรายใหม่เพิ่มขึ้น รวมถึงมีผู้ป่วยที่ไม่สามารถชะลอความเสื่อมของไตจนทำให้โรคเข้าสู่ระยะที่รุนแรงเพิ่มขึ้นเช่นกัน ประกอบกับการศึกษาการรับรู้และประสบการณ์ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชนจังหวัดนนทบุรี พบว่า ผู้ป่วยทราบว่าตนเองเป็นโรคไตเรื้อรังจากผลการตรวจเลือดและแพทย์แจ้งให้ทราบ ไม่ทราบสาเหตุของการเกิดโรคหรือทราบเพียงบางสาเหตุ ภายหลังทราบว่าตนเป็นโรคมีความพยายามในการดูแลตนเองในด้านต่าง ๆ แต่ยังมีบางพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ต้องการการดูแลและคำแนะนำจากบุคลากรด้านสาธารณสุข (สุกฤษณ์ ธาณิรัตน์, เมทณี ระดาบุตร, สุจิรา วิเชียรรัตน์ และวิญญา สุมาวัน, 2564) และจากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วย พบว่า ส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังและไม่ทราบระยะของโรค ไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคและวิธีการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้อง รวมทั้งไม่มีเวลาในการดูแลผู้ป่วย จึงต้องการ

คำแนะนำและแหล่งข้อมูลที่ทำให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการดูแลผู้ป่วย ในส่วนของเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพมีอัตรากำลังไม่เพียงพอ ไม่มีผู้ที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยตรง ระบบสารสนเทศไม่พร้อม และพบปัญหาจากการที่ผู้ป่วยยังไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง

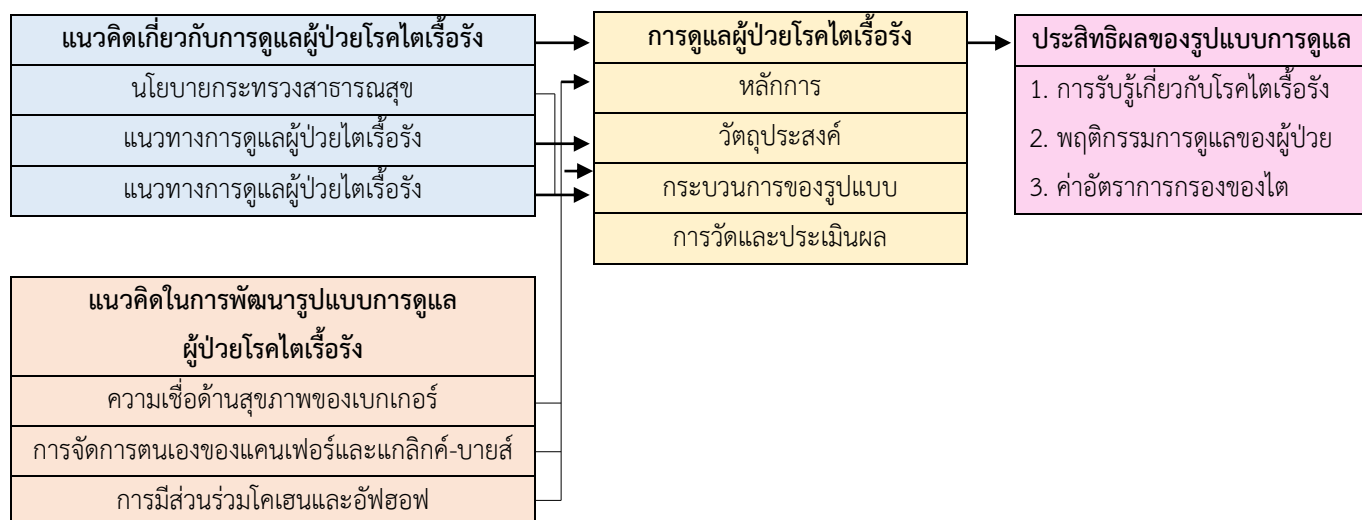
จากข้อมูลข้างต้น จึงควรมีการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วย และการให้บริการในชุมชนของจังหวัดนนทบุรี ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชนที่ผ่านมาพบว่า ส่วนใหญ่เป็นการพัฒนารูปแบบในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะที่ 3-5 ซึ่งส่วนหนึ่งมีการรักษาด้วยการล้างไต โดยกระบวนการดูแลและมุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ หรือ ภาควิชาหรือหน่วยงานในระดับต่าง ๆ (สุนิรัตน์ สาคำ, 2559; สุภาภรณ์ แก้วชนะ และวนรัตน์ อนุสรณ์เสงี่ยม, 2564; สุวรรณ สุรวาทกุล, สุคนธ์ เหล่าราช และละออง เดิมทำรัมย์, 2563; กนก เจริญพันธ์, 2566) ซึ่งรูปแบบดังกล่าวนี้ อาจไม่สอดคล้องกับบริบทของการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ที่ควรมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง อีกทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลในชุมชน จังหวัดนนทบุรี ต้องการการดูแลและคำแนะนำในการดูแลตนเอง ด้วยความรู้ที่ถูกต้อง มีแหล่งข้อมูล เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมโรคที่เหมาะสม ผู้วิจัยจึงได้พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน จังหวัดนนทบุรี ขึ้น เพื่อชะลอความเสื่อมของไต ลดความรุนแรงของโรค และช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้มากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน จังหวัดนนทบุรี
2. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน จังหวัดนนทบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ศึกษาปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้ป่วย และประยุกต์ใช้แนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของเบกเกอร์ (Becker & Clark, 1998) ที่เชื่อว่าการรับรู้สุขภาพที่ถูกต้องจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคที่เหมาะสม ผสมผสานกับแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-Management Concepts) ของแคนเฟอร์ และกาลิค-บายส์ (Kanfer & Gaelick-Buys, 1991) ที่มุ่งให้ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะที่จำเป็นในการจัดการตนเอง ด้วยการตั้งเป้าหมาย การติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง ร่วมกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของโคเฮนและอัฟฮอฟ (Cohen & Uphoff, 1980) ที่อาศัยการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผลของผู้ป่วย และผู้เกี่ยวข้อง มาเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยและการพัฒนา (Research and Development) ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึง เดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 ณ ตำบลละหาร และตำบลลำโพ อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่อาศัยอยู่ในตำบลละหาร และ ตำบลลำโพ อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี จำนวน 367 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคโควิด-19 ระยะที่ 1-3 ที่อาศัยอยู่ในตำบลละหาร และตำบลลำโพ อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power Version 3.1.9.7 (Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang, 2009) กำหนดขนาดอิทธิพล (Effect Size) เท่ากับ 0.80 ค่าความคลาดเคลื่อน (α) เท่ากับ 0.05 และค่าอำนาจทดสอบ (Power) เท่ากับ 0.80 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 24 คน (Cohen, 1988) เพื่อป้องกันข้อมูลสูญหายจึงเพิ่มเป็น 30 คน ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้มีผู้เข้าร่วมวิจัย จำนวน 30 คน แต่ก่อนสิ้นสุดการวิจัย มีผู้ป่วยจำนวน 1 คน ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จึงมีผู้เข้าร่วมวิจัยคงเหลือ จำนวน 29 คน ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก

1. เป็นผู้ป่วยโรคโควิด-19 ระยะที่ 1-3
2. มีผู้ดูแล เช่น บุตร สามี/ภรรยา อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกัน
3. สามารถสื่อสารด้วยการพูดหรือเขียนภาษาไทยได้
4. ยินยอมเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์การคัดออก

1. เข้าร่วมวิจัยได้ไม่ครบทุกครั้ง และ/หรือมีโรคประจำตัวที่มีอาการรุนแรงต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชนที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย
 - 2.1 แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง เป็นแบบเลือกตอบ ใช่ ไม่ใช่ จำนวน 27 ข้อ หากตอบ ใช่ ให้ 1 คะแนน หากตอบไม่ใช่ ให้ 0 คะแนน มีคะแนนเต็ม 27 คะแนน
 - 2.2 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเป็นมาตรฐานค่า 5 ระดับ แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ ด้านการรับประทานอาหาร จำนวน 17 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 14 ข้อ ด้านการใช้ยา จำนวน 12 ข้อ และด้านการควบคุมพฤติกรรมอื่น จำนวน 10 ข้อ รวม 53 ข้อ โดยในแต่ละด้านมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.00-5.00 และแปลผลคะแนนโดยใช้วิธีแบ่งตามอันตรภาคชั้น (Best & Kahn, 2006) ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00 หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20 หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 2.61-3.40 หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60 หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับน้อย และคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80 หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับน้อยที่สุด
 - 2.3 แบบบันทึกสมุดประจำตัว เป็นการบันทึกค่า eGFR ผลการตรวจต่าง ๆ เช่น ระดับ Creatinine, FBS, HbA1c และการบันทึกการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไต พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโรคไต โภชนากร เภสัชกร และอาจารย์พยาบาล อย่างละจำนวน 1 ท่าน มีดังนี้
 - 1.1 ความเหมาะสมของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชนและแผนการดูแลในรูปแบบการดูแล ได้ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.67 (S.D. = 0.47) และ 4.62 (S.D. = 0.57) จากคะแนนเต็ม 5
 - 1.2 ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา Item Objective Congruence (IOC) ของแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง และ แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง อยู่ระหว่าง 0.80-1.00
2. ทดสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 1-3 ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง โดยใช้สูตร KR 20 มีค่าเท่ากับ 0.71 และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพฤติกรรมการ

ดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.83

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ประกอบด้วย 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน ผู้วิจัยได้ทำการศึกษา วิเคราะห์สภาพการณ์ การรับรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้และประสบการณ์ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ในชุมชน จังหวัดนนทบุรี พบว่า ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นโรคที่เกิดจากการสะสมของยาที่ไต ทำให้ไต สูญเสียหน้าที่ ต้องรักษาด้วยการล้างไตและสุดท้ายต้องเสียชีวิต และรับรู้ว่าเป็นโรคไตเรื้อรัง จากผลการตรวจเลือดหรือแพทย์แจ้งให้ทราบ สำหรับการรับรู้และประสบการณ์ในการดูแลตนเองของผู้ป่วย สรุปได้เป็น 5 ประเด็นหลัก คือ 1) สาเหตุของการเกิดโรคไตเรื้อรัง 2) ผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต 3) การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 4) ความคาดหวังขณะป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง และ 5) การดูแลช่วยเหลือ ด้านสุขภาพ (สุภลักษณ์ ธาณิรัตน์, เมทนี ระดาบุตร, สุจิรา วิเชียรรัตน์ และวิญญา สุมาวัน, 2564) จากผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังยังมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง รวมทั้งมีการ ดูแลตนเองขณะป่วยที่ไม่ถูกต้อง นอกจากนี้มีการศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับโรค ปัญหาและความต้องการในการดูแล ผู้ป่วยของผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลยังไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคและวิธีการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้อง และไม่มีเวลาในการดูแล ผู้ป่วย ในขณะที่เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพพบปัญหาการดูแลผู้ป่วยจากการที่ผู้ป่วยยังไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน โดยสังเคราะห์ผลการศึกษา การรับรู้ และประสบการณ์ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จากระยะที่ 1 ตลอดทั้งปัญหา และความต้องการ ในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลและเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ ร่วมกับการสังเคราะห์แนวคิดที่เกี่ยวข้องตามกรอบแนวคิด การวิจัย ได้องค์ประกอบของรูปแบบการดูแล 4 องค์ประกอบ คือ หลักการของรูปแบบ วัตถุประสงค์ของรูปแบบ กระบวนการดูแล และการวัดและประเมินผลของรูปแบบ จากนั้นสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือ ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแล ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย และปรับปรุงรูปแบบการดูแล ก่อนนำไปใช้จริง

ระยะที่ 3 การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน เป็นการทดลองใช้ รูปแบบการดูแล โดยมีกิจกรรม ดังนี้

3.1 ก่อนดำเนินการทดลอง กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง และ แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองและผู้วิจัยบันทึกผลการตรวจ eGFR ที่บันทึกไว้ในสมุดประจำตัว ของกลุ่มตัวอย่างก่อนใช้รูปแบบการดูแล

3.2 ดำเนินการใช้รูปแบบการดูแล ที่พัฒนาขึ้น โดยเริ่มจากอบรมให้ความรู้แก่กลุ่มตัวอย่าง และ ผู้ดูแล เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ตามแผนการดูแลที่กำหนด

ในรูปแบบการดูแล ใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยกลุ่มตัวอย่างบันทึกข้อมูลการบันทึกการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองในสมุดประจำตัวทุก 1 สัปดาห์

3.3 กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินพฤติกรรม的自我ดูแลระหว่างใช้รูปแบบการดูแล สัปดาห์ที่ 4, 8 และ 12

3.4 กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง และเจาะเลือดเพื่อหาค่า eGFR หลังใช้รูปแบบการดูแล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยการหาความถี่ และร้อยละ
2. วิเคราะห์ข้อมูลการรับรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และค่า eGFR ด้วยการคำนวณหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง และค่าเฉลี่ย eGFR ก่อนและหลังใช้รูปแบบการดูแล โดยใช้สถิติ Paired t-test
4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ผู้ป่วยประเมินตนเอง จำนวน 4 ครั้ง ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measure ANOVA)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี เลขที่ 63/003 ต่ออายุครั้งที่ 3 วันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2566 ผู้วิจัยมีการแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการเข้าร่วมวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย ก่อนดำเนินการวิจัย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 65.52 มีอายุอยู่ในช่วงระหว่าง 60-70 ปี ร้อยละ 41.38 รองลงมาอยู่ในช่วง 71-80 ปี ร้อยละ 27.59 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 82.76 รองลงมา คือ ศาสนาอิสลาม ร้อยละ 17.24 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 58.62 รองลงมา คือ หม้าย/แยกกันอยู่ ร้อยละ 37.93 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 72.41 รองลงมา คือ ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 13.79 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 48.27 รองลงมา คือ อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 24.14 มีรายได้ไม่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 48.27 รองลงมา คือ มีรายได้ 5,0001-10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 37.93 มีโรคประจำตัวทั้งโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 55.17 รองลงมา คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 34.00

2. ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน จังหวัดนนทบุรี

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน จังหวัดนนทบุรี มีกระบวนการดูแล 5 ขั้นตอน ดังนี้

- 1) สร้างความเข้าใจ เป็นการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล ด้วยการสอน สาธิต มอบคู่มือ/แผ่นพับ และแนะนำแหล่งข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและวิธีการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้อง
- 2) สร้างพลังบวก เป็นการทำให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญในการดูแลสุขภาพ โดยการตรวจสอบความคิดและความคาดหวังของตนเอง เพื่อนำไปสู่การตั้งเป้าหมาย วางแผนและกำกับตนเองในการดูแลสุขภาพขณะเจ็บป่วย
- 3) ส่งเสริมการปฏิบัติที่ยั่งยืน เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยนำความรู้ที่ได้รับไปสู่การปฏิบัติในการดูแลตนเองตามบริบทจริง จนเกิดความต่อเนื่องและเป็นวิถีปกติ
- 4) สร้างการมีส่วนร่วม เป็นการให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผน เตรียมความพร้อมในด้านต่าง ๆ และประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อสนับสนุนการปฏิบัติหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย
- 5) ประเมิน ติดตาม ผลการประเมินภาวะสุขภาพ และติดตามผลที่เกิดขึ้นจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย รวมถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อชะลอความเสื่อมของไต ดังแสดงในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน จังหวัดนนทบุรี

3. ประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน จังหวัดนนทบุรี

3.1 การรับรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง

พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง ก่อนใช้รูปแบบการดูแลฯ เท่ากับ 12.90 (S.D. = 2.78) และหลังใช้รูปแบบการดูแลฯ เท่ากับ 18.66 (S.D. = 3.15) ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง (n=29)

ผลการประเมิน	Mean	S.D.	t	P-value
ก่อนใช้รูปแบบการดูแลฯ	12.90	2.78	-14.43	<0.001*
หลังใช้รูปแบบการดูแลฯ	18.66	3.15		

* $p\text{-value} < 0.05$

3.2 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนใช้รูปแบบการดูแลเท่ากับ 3.50 (S.D. = 0.74) และระหว่างใช้รูปแบบสัปดาห์ที่ 4, 8 และ 12 มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเท่ากับ 4.06 (S.D. = 0.58), 4.30 (S.D. = 0.57) และ 4.38 (S.D. = 0.52) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านจำนวน 4 ครั้ง พบว่า ก่อนและระหว่างใช้รูปแบบการดูแล ในสัปดาห์ที่ 4 กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการใช้ยาสูงสุด เท่ากับ 4.05 (S.D. = 0.77) และ 4.39 (S.D. = 0.50) ตามลำดับ รองลงมา คือ ด้านการควบคุมพฤติกรรมอื่น ๆ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.80 (S.D. = 0.72) และ 4.13 (S.D. = 0.57) ตามลำดับ โดยด้านการรับประทานอาหารมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด เท่ากับ 2.95 (S.D. = 0.70) และ 3.79 (S.D. = 0.64) ตามลำดับ และระหว่างใช้รูปแบบการดูแล ในสัปดาห์ที่ 8 และสัปดาห์ที่ 12 กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการใช้ยาสูงสุด เท่ากับ 4.53 (S.D. = 0.51) และ 4.57 (S.D. = 0.46) ตามลำดับ รองลงมา คือ ด้านการควบคุมพฤติกรรมอื่น ๆ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.30 (S.D. = 0.56) และ 4.41 (S.D. = 0.46) ตามลำดับ ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ด้านการออกกำลังกาย ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.15 (S.D. = 0.58) และ 4.20 (S.D. = 0.61) ตามลำดับ ดังแสดงตารางในที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 4 ระยะ (n=29)

รายการพฤติกรรม	ก่อนใช้รูปแบบ		ระหว่างใช้รูปแบบ สัปดาห์ที่ 4		ระหว่างใช้รูปแบบ สัปดาห์ที่ 8		ระหว่างใช้รูปแบบ สัปดาห์ที่ 12	
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	Mean	S.D.	Mean	S.D.
ด้านการรับประทานอาหาร	2.95	0.70	3.79	0.64	4.21	0.62	4.35	0.54
ด้านการออกกำลังกาย	3.49	0.78	3.94	0.62	4.15	0.58	4.20	0.61
ด้านการใช้ยา	4.05	0.77	4.39	0.50	4.53	0.51	4.57	0.46
ด้านการควบคุมพฤติกรรมอื่น	3.80	0.72	4.13	0.57	4.30	0.56	4.41	0.46
รวม	3.50	0.74	4.03	0.59	4.28	0.57	4.37	0.52

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างจากการประเมิน 4 ครั้ง โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measure ANOVA) ใช้การประมาณค่าแบบ Greenhouse-Geisser และทดสอบรายคู่ โดยใช้วิธี Least Significant Difference (LSD) พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจากการประเมิน 4 ครั้ง (n=29)

(I) Time	(J) Time	Mean Difference (I-J)	Std. Error	P-value
1	2	-0.53	0.03	<0.001*
	3	-0.78	0.04	<0.001*
	4	-0.87	0.04	<0.001*
2	1	0.53	0.03	<0.001*
	3	-0.25	0.02	<0.001*
	4	-0.34	0.02	<0.001*
3	1	0.78	0.04	<0.001*
	2	0.25	0.02	<0.001*
	4	-0.09	0.01	<0.001*
4	1	0.87	0.04	<0.001*
	2	0.34	0.02	<0.001*
	3	0.09	0.01	<0.001*

*p-value < 0.05

3.3 ค่าอัตราการกรองของไต (eGFR)

พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ย eGFR ก่อนใช้รูปแบบการดูแล เท่ากับ 64.88 mL/min/1.73m² (S.D.=17.68) และหลังใช้รูปแบบการดูแล มีค่าเฉลี่ย eGFR เท่ากับ 63.99 mL/min/1.73 m² (S.D.=19.55) ซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.55) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าอัตราการกรองของไตก่อนและหลังใช้รูปแบบการดูแล (n=29)

ค่า eGFR	Mean	S.D.	t	P-value
ก่อนใช้รูปแบบการดูแล	64.88	17.68	0.60	0.55
หลังใช้รูปแบบการดูแล	63.99	19.55		

p-value < 0.05

เมื่อพิจารณาระยะของโรค พบว่า หลังใช้รูปแบบการดูแล กลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนระยะของโรคจากระยะที่ 2 เป็นระยะที่ 1 จำนวน 3 คน เปลี่ยนจากระยะที่ 2 เป็นระยะที่ 3a จำนวน 2 คน และเปลี่ยนจากระยะที่ 3a เป็นระยะที่ 3b จำนวน 2 คน ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ระยะของโรคก่อนและหลังใช้รูปแบบการดูแลฯ (n=29)

ระยะของโรค	ก่อนใช้รูปแบบ (คน)	ร้อยละ	หลังใช้รูปแบบ (คน)	ร้อยละ
ระยะที่ 1	0	0	3	10.34
ระยะที่ 2	17	58.62	12	41.38
ระยะที่ 3a	8	27.59	8	27.59
ระยะที่ 3b	4	13.79	6	20.69

การอภิปรายผล

1. ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังหลังใช้รูปแบบการดูแลฯ สูงกว่าก่อนใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการวิจัยครั้งนี้ มีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังกับผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นรายกลุ่ม มีการสอบถามความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล และให้คำอธิบายเพิ่มเติมในประเด็นที่ผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ไม่ถูกต้องขณะไปเยี่ยมที่บ้านและผ่านทางโทรศัพท์มือถือ ประกอบกับการมอบคู่มือให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองที่มีภาพประกอบและใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถอ่านด้วยตนเองหรือผู้ดูแลอ่านให้ฟัง จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้น ซึ่งการได้รับข้อมูลและความรู้ที่เหมาะสมเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและปัจจัยเสี่ยง จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและวิถีการดำเนินชีวิต (Narva, Norton, & Boulware, 2016) สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาภรณ์ แก้วชนะ และวนรัตน์ อนุสรณ์เสงี่ยม (2564) ที่พบว่า หลังให้ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังเป็นแบบกลุ่มกับผู้ป่วยและญาติ ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ก่อนและหลังใช้รูปแบบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) นอกจากนี้การให้ความรู้แก่ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง อาจจะช่วยชะลอไตเสื่อมได้ สอดคล้องกับการศึกษาของธวัช วิเชียรประภา (2566) กล่าวว่า การใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถนำไปใช้ในการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในชุมชนได้

อย่างไรก็ตามหากพิจารณาค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังหลังใช้รูปแบบการดูแลฯ มีค่าเท่ากับ 18.66 (คะแนนเต็ม 27 คะแนน) สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยควรได้รับการติดตามและทำความเข้าใจในบางประเด็นที่ยังมีความสับสนหรือรับรู้ไม่ถูกต้อง อาทิ ค่าอัตราการกรองของไตในแต่ละระยะของโรค อาการของโรคไตเรื้อรัง ซึ่งความสับสนเกี่ยวกับระยะหรือการลุกลามของโรค จะส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้ตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม รวมถึงไม่ทราบอาการหรือปัญหาที่เกิดจากโรคไตของตนเอง และกังวลเกี่ยวกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต (Selman, Bristowe, Higginson, & Murtagh, 2019) ดังนั้นบุคลากรด้านสาธารณสุขจึงควรสร้างการรับรู้ที่ถูกต้องให้กับผู้ป่วยและมีการติดตามเป็นระยะ ๆ เพื่อทราบในสิ่งที่ผู้ป่วยยังเข้าใจไม่ถูกต้องและสามารถให้ข้อมูลที่ถูกต้องได้ทันทั่วทั้งที่

2. ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง ก่อนและระหว่างใช้รูปแบบการดูแลฯ สัปดาห์ที่ 4, 8 และ 12 เท่ากับ 3.50, 4.03, 4.26, 4.37 ตามลำดับ และค่าเฉลี่ยจากการประเมินทั้ง 4 ครั้ง

แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้นเป็นลำดับ ทั้งนี้ น่าจะมาจากผู้ป่วยได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองขณะป่วยทั้งรายกลุ่มและรายบุคคล จึงมีความรู้พื้นฐานในการปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง ซึ่งจากการศึกษาของ ศิริวรรณ พายพัตร, น้ำอ้อย ภักดีวงศ์ และวารินทร์ บินโหเซ็น (2564) พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเองในการชะลอความเสื่อมของไตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สอดคล้องกับการศึกษาของ Schrauben และคณะ (2020) ที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคไตมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง นอกจากนี้ อาจเป็นเพราะในการปฏิบัติเพื่อปรับพฤติกรรมของผู้ป่วยเกิดขึ้นภายใต้บรรยากาศที่ผ่อนคลาย ค่อยเป็นค่อยไป ไม่รู้สึกว่าเป็นการบังคับ แต่เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจทำกิจกรรมต่าง ๆ และตั้งเป้าหมายในการดูแลตนเองเพื่อนำมาวางแผนการดูแลตนเองในทุก ๆ ด้าน ซึ่งเป้าหมายหลักของผู้ป่วย คือ การดูแลตัวเองเพื่อไม่ให้ระยะของโรครุนแรงจนต้องล้างไต เหตุผลสำคัญอีกประการน่าจะเป็นเพราะกิจกรรมการดูแลมีลำดับขั้นตอน โดยเริ่มจากการทำกิจกรรมที่ง่ายไปสู่กิจกรรมที่ยากขึ้น มีการให้คำแนะนำเป็นรายบุคคล เกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตัวในด้านต่าง ๆ อาทิ การเลือกชนิดอาหาร การประเมินความเค็มในอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยาที่จำเป็น รวมทั้งยังมีการติดตามโดยการเยี่ยมบ้านและสอบถามทางโทรศัพท์เป็นระยะ ๆ และให้คำแนะนำเพื่อแก้ไขปัญหาที่พบ ซึ่งกระบวนการดูแลดังกล่าวช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับพฤติกรรมได้ถูกต้องและต่อเนื่องขึ้น

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน จะพบว่า ทั้งก่อนและระหว่างใช้รูปแบบการดูแล ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยด้านการใช้จ่ายสูงสุด ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะผู้ป่วยทุกคนต้องรับประทานยารักษาโรคประจำตัวอย่างต่อเนื่องมานานกว่า 5 ปี ได้รับคำแนะนำและตรวจสอบความถูกต้องในการรับประทานยาจากแพทย์เมื่อมาตรวจตามนัดทุกครั้ง และมีความเชื่อว่ายาจะช่วยควบคุมโรคไม่ให้รุนแรงขึ้น จึงให้ความสำคัญในการรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ สอดคล้องกับการศึกษาของวันชัย พันศรี, พาณี สีตกะสิน และสมจิตต์ สุพรรณทัศน์ (2562) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีค่าเฉลี่ยในการปฏิบัติตัวด้านการใช้จ่ายหลังใช้โปรแกรมสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ การออกกำลังกาย ทั้งนี้ อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยร้อยละ 89.66 เป็นวัยสูงอายุ มีโรคประจำตัว และมีสภาพร่างกายที่ไม่เอื้อต่อการออกกำลังกาย เช่น ปวดเข่า มีอาการเหนื่อยง่าย เมื่อออกแรง ตามองเห็นไม่ชัด และเมื่อทำการทดสอบการเดิน 6 นาที พบว่ามีผู้ป่วยจำนวน 18 คน ที่เดินได้ระยะทางน้อยกว่าที่กำหนด จึงทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการทำกิจกรรมหรือออกกำลังกายในระดับเบา เช่น การทำงานบ้าน หรือออกกำลังกายด้วยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ

3. ค่าเฉลี่ย eGFR ก่อนและหลังใช้รูปแบบการดูแล ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.55$) ทั้งนี้ อธิบายได้ว่าในผู้ที่มีสุขภาพดี ค่า eGFR จะลดลงอย่างช้า ๆ ตามอายุที่เพิ่มขึ้น ซึ่งจะเริ่มต้นที่อายุ 30-40 ปี โดยผู้ที่มีอายุ 33-53 ปี จะมีค่า eGFR ลดลง $1.07 \pm 0.42 \text{ mL/min/1.73m}^2$ ต่ออายุที่เพิ่มขึ้น 1 ปี (Baba et al., 2015) หรือค่ามัธยฐานของ eGFR ที่ลดลงมีค่าประมาณ 1 mL/min/1.73m^2

ต่ออายุที่เพิ่มขึ้นทุก ๆ 1 ปี (Noronha, Santa-Catharina, Andrade, Coelho, Jacob-Filho, & Elias, 2022) ในผู้ที่เป็โรคความดันโลหิตสูงแต่ไม่ได้เป็นโรคเบาหวาน ค่า eGFR จะลดลงประมาณ 2.4 mL/min/1.73m² ต่ออายุ 1 ปี แต่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับ ค่า eGFR จะลดลงประมาณ 3.3 mL/min/1.73m² ต่ออายุ 1 ปี และมีร้อยละ 16.20 ที่ระยะของโรคไตเรื้อรังจะแย่งลงไป 1 ระยะ (Polonia, Jorge, Azevedo, Monte, Silva, & Bertoquini, 2017) หากพิจารณาอายุของผู้ป่วยในการวิจัยครั้งนี้ จะพบว่า เป็นวัยสูงอายุถึงร้อยละ 89.66 ซึ่งเป็นช่วงวัยที่มีความเสื่อมของไตมากกว่าวัยอื่น ๆ อีกทั้งผู้ป่วยเกือบทั้งหมดมีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิต และ/หรือโรคเบาหวาน จากความเสื่อมของร่างกายและพยาธิสภาพของโรคดังกล่าว จึงมีผลต่อการลดลงของค่า eGFR ประกอบกับผู้ป่วยบางคนยังไม่สามารถหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การสูบบุหรี่ การควบคุมระดับค่าความดันโลหิต และควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดไม่ได้ ดังนั้น ในระยะเวลา 12 สัปดาห์ที่ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองภายใต้ข้อจำกัดด้านสุขภาพ จึงอาจจะทำให้ไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงของค่า eGFR ในภาพรวมที่สูงขึ้น อย่างไรก็ตามแม้ว่าค่าเฉลี่ย eGFR จะไม่เพิ่มขึ้น แต่หากพิจารณาระยะของโรคก็จะพบว่า ผู้ป่วยทั้งหมดมีระยะของโรคทั้งก่อนและหลังใช้รูปแบบการดูแลอยู่ในระยะ 1-3 ไม่ลดระยะไปจากเดิม จึงน่าจะสะท้อนให้เห็นว่ารูปแบบการดูแลนี้ช่วยให้ระยะของโรคไม่แย่งลงจนต้องล้างไต ซึ่งเป็นเป้าหมายที่ผู้ป่วยคาดหวัง สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาภรณ์ แก้วชนะ และวนรัตน์ อนุสรณ์เสียม (2562) ที่พบว่าผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยของ eGFR ก่อนและหลังใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยสหวิชาชีพ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งแตกต่างจากสุคนธ์ เหล่าราช และละออง เดิมทำรัมย์ (2564) ที่พบว่า หลังใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ย eGFR เพิ่มขึ้นกว่าก่อนใช้โปรแกรม เช่นเดียวกับการศึกษาของพันธ์ศักดิ์ บาลนคร, นกษา สิงห์วีรธรรม, กิตติพร เนาว์สุวรรณ และมารุต ภูพะเนียด (2566) ที่พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ย eGFR สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามารถนำรูปแบบการดูแลฯ ไปปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยมีการปรับกิจกรรมการดูแล เครื่องมือในการประเมินหรือติดตามผู้ป่วย ให้สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยและพื้นที่ในการให้บริการ
2. หน่วยงานปฐมภูมิสามารถนำรูปแบบการดูแลฯ ไปใช้เป็นแนวทางในการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และบุคลากรสาธารณสุขในชุมชน เพื่อดูแล ติดตามผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอย่างมีประสิทธิภาพ และมีความต่อเนื่อง
3. สถาบันการศึกษาสามารถนำรูปแบบการดูแลฯ ไปเป็นแนวทางในการฝึกปฏิบัติการพยาบาล การเยี่ยมบ้านหรือการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชนและครอบครัว

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาติดตามผลการใช้รูปแบบการดูแลฯ ในระยะยาว เพื่อประเมินประสิทธิผลและประเมินการคงอยู่ของพฤติกรรมการดูแลตนเองในการชะลอไตเสื่อม
2. ควรศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังวัยสูงอายุที่มีโรคร่วมหลายโรค
3. ควรพัฒนารูปแบบการให้ความรู้ การติดตามการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังผ่านอุปกรณ์สื่อสารเคลื่อนที่ เช่น สมาร์ทโฟน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี ที่สนับสนุนทุนการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- กนก เจริญพันธ์. (2566). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 17(2), 543-558.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2566). *ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center: HDC): จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในเขตรับผิดชอบ จำแนกตาม Stage*. สืบค้นเมื่อ 17 พฤศจิกายน 2566 จาก <https://shorturl.asia/xQY47>.
- ธวัช วิเชียรประภา. (2566). ผลของรูปแบบการชะลอไตเสื่อมด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง อำเภอขลุง จังหวัดจันทบุรี. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี*, 17(3), 65-76.
- พันธ์ศักดิ์ บาลนคร, นกษา สิงห์วีระธรรม, กิตติพร เนาว์สุวรรณ และมารุต ภูพะเนียด. (2566). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อค่าอัตราการกรองของไตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมไตเรื้อรังระยะที่ 3. *วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข*, 3(2), 52-62.
- ยิ่งยศ อวิหิงสานนท์ และปิยะวรรณ กิตติสกุลนาม. (2561). *โรคไต: คู่มือป้องกันและดูแลผู้ป่วยโรคไต ฉบับสมบูรณ์*. กรุงเทพฯ: อมรินทร์เฮลท์ อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- วันชัย พันศรี, พาณิ สีดกะลิน และสมจิตต์ สุพรรณทาสัน. (2562). การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการยาของผู้ป่วยไตเรื้อรังในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดอุดรธานี. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี*, 27(3), 261-271.
- ศิริวรรณ พายพัตร, น้ำอ้อย ภักดีวงศ์ และวารินทร์ บินโฮเซ็น. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพสสอท*, 3(2), 22-36.

- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2560). *คำแนะนำสำหรับการดูแลรักษาโรคไตเรื้อรังแบบองค์รวมชนิด*
ระดับประคอง. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด.
- สุนิรัตน์ สิงห์คำ. (2559). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชนโดยการเสริมสร้างพลังภาคี
เครือข่ายแบบมีส่วนร่วม. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 13(3), 92-99.
- สุภลักษณ์ ฉานิรัตน์, เมทนี ระดาบุตร, สุจิรา วิเชียรรัตน์ และวิญญา สุมาวัน. (2564). การรับรู้และประสบการณ์
ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 15(3), 83-94.
- สุภาภรณ์ แก้วชนะ และวนรัตน์ อนุสรณ์เสงี่ยม. (2564). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
โดยสหวิชาชีพ ณ โรงพยาบาลนางรอง. *วารสารเภสัชกรรมไทย*, 12(4), 195-206.
- สุวคนธ์ เหล่าราช และละออง เดิมทำรัมย์. (2564). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3
ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารวิจัยและ
พัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ*, 2(1), 99-111.
- สุวรรณ สรวาทกุล, สุวคนธ์ เหล่าราช และละออง เดิมทำรัมย์. (2563). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย
โรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 อำเภอนาดูน. *วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม*, 4(7),
129-143.
- Baba, M., et al. (2015). Study of the decline in renal function in healthy subjects. *PLoS One*,
10(6), e0129036. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0129036>
- Becker, M. H., & Clark, N. M. (1998). Theoretical model and strategies for improving adherence
and diseases management. In A. S. Sally, B. S. Elenor, K. O. Judith, & L. M. Wendy (Eds.),
The Handbook of Health Behavior Change (2nd ed.). (pp. 5-26). New York: Springer.
- Best, J. W., & Kahn, J. V. (2006). *Research in education*. (10th ed.) Boston: Pearson education Inc.
- Cohen, J. & Uphoff, N.T. (1980). Participation in rural development: Seeking clarity through
Specificity. *World Development*, 8(13), 219-221. [https://doi.org/10.1016/0305-750X\(80\)90011-X](https://doi.org/10.1016/0305-750X(80)90011-X)
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. (2nd ed.) Hillsdale, NJ:
Lawrence Erlbaum Associates.
- Datta, P., & Ogbeide, S. A. (2019). Managing chronic kidney disease: Considerations for behavioral
health intervention in primary care. *Practice Innovations*, 4(4), 255-264.
<https://doi.org/10.1037/pri0000101>

- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A.-G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41, 1149-1160.
- International Society of Nephrology. (2023). *ISN-Global Kidney Health Atlas 2023*. Retrieved August 10, 2023 from <https://shorturl.asia/0jLeF>.
- Kanfer, F. H., & Gaelick-Buys, L. (1991). Self-management methods. In R. B. Taylor (Ed.), *Health Psychology*. New York: McGraw-Hill.
- Narva, A. S., Norton, J. M., & Boulware, L. E. (2016). Educating patients about CKD: The Path to Self-Management and Patient-Centered Care. *Clinical Journal of The American Society of Nephrology: CJASN*, 11(4), 694-703. <https://doi.org/10.2215/CJN.07680715>
- Noronha, I. L., Santa-Catharina, G. P., Andrade, L., Coelho, V. A., Jacob-Filho, W., & Elias, R. M. (2022). Glomerular filtration in the aging population. *Frontiers in Medicine*, 9, 769329. <https://doi.org/10.3389/fmed.2022.769329>
- Polonia, J., Azevedo, A., Monte, M., Silva, J. A., & Bertoquini, S. (2017). Annual deterioration of renal function in hypertensive patients with and without diabetes. *Vascular Health and Risk Management*, 13, 231-237. <https://doi.org/10.2147/VHRM.S135253>
- Schrauben, S. J., et al. (2019). The Relationship of Disease-Specific Knowledge and Health Literacy with the Uptake of Self-Care Behaviors in CKD. *Kidney International Reports*, 5(1), 48-57. <https://doi.org/10.1016/j.ekir.2019.10.004>
- Selman, L.E., Bristowe, K., Higginson, & Murtagh, F.E. (2019). The views and experiences of older people with conservatively managed renal failure: A qualitative study of communication, information and decision-making. *BMC Nephrol*, 20(38), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12882-019-1230-4>
- Tuckey, N., Duncanson, E., Chur-Hansen, A., & Jesudason, S. (2022). Using an international online forum to explore perspectives of caregivers of patients with chronic kidney disease. *Journal of Nephrology*, 35(1), 267-277. <https://doi.org/10.1007/s40620-021-01216-6>