

การพัฒนาแบบแผนการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มี ภาวะไตเสื่อมระยะ 3 อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

Development of The Self-Management Program for Diabetes mellitus patients with third stage Chronic Kidney Disease at Somdet District, Kalasin Province

(Received: June 24,2023 ; Revised: June 25,2023 ; Accepted: June 26,2023)

คำแปลง ศรีซัง¹

Kumplang Srisong¹

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบแผนการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะ 3 ในโรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย 4 ระยะดังนี้ 1) ศึกษาสถานการณ์การและประเมินความต้องการพัฒนา จากการสัมภาษณ์ ทีมสหสาขาวิชาชีพจำนวน 9 คน กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 จำนวน 10 คน และทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือด 20 ฉบับ 2) พัฒนาแบบแผนการสนับสนุนการจัดการตนเอง ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ แบบประเมินความรู้ของผู้ป่วยไตเรื้อรัง แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเอง เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวาน แบบสอบถามความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และหาค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.80, 0.86 และ 0.80 และศึกษานำร่อง 3) นำรูปแบบที่พัฒนาไปใช้เพื่อตรวจสอบประสิทธิผล โดยใช้การทดลองแบบกลุ่มเดียว ทดสอบก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะ 3 จำนวน 100 ราย ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่ม ให้การสนับสนุนการจัดการตนเองโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ติดตามผล 12 เดือน 4) การประเมินผลลัพธ์ ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน มิถุนายน 2565 ถึงเดือน พฤษภาคม 2566 การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนน ความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยไตเรื้อรังและตัวชี้วัดทางคลินิกก่อนและหลังการใช้รูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม โดยใช้สถิติ paired t-tests ที่ระดับนัยสำคัญ .05

ผลการศึกษาพบว่า มีการพัฒนาแบบแผนการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมของโรงพยาบาลสมเด็จขึ้นซึ่งได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์ของระบบบริการสุขภาพ ตามกรอบแนวคิดของการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Chronic Care Model [CCM]) ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ การออกแบบระบบบริการสุขภาพ การสนับสนุนการจัดการตนเอง การจัดการระบบฐานข้อมูลสุขภาพ และการสนับสนุนการตัดสินใจ หลังจากใช้รูปแบบพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังการใช้รูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองก่อนและหลังการใช้รูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม โดยรวมและรายด้าน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ตัวชี้วัดทางคลินิก ได้แก่ ระดับ HbA1c, ระดับครีเอตินิน และอัตราการกรองของไต แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนค่าระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง ความดันโลหิตซิสโตลิก ไดแอสโตลิก และค่าดัชนีมวลกายไม่แตกต่างกัน ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพและทีมสหสาขาวิชาชีพ ต่อรูปแบบบริการผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 อยู่ในระดับมาก

คำสำคัญ: การสนับสนุนจัดการตนเอง,โรคไตเรื้อรังระยะที่ 3

Abstract

This research and development study aimed to develop self-management supporting process for slow progression of chronic kidney disease among patients with diabetes mellitus and third stage of chronic kidney disease patients. The study was conducted in somdet hospital of Kalasin province. Four phase of the program were 1) situational analysis phase form interview are 9 multidisciplinary teams and 10 diabetic patients and third stage of chronic kidney disease and review

¹ โรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

medical record 20 copies of hemodialysis patients. 2) development phase, validation and pilot study .clinical Indicator format, knowledge assessment model for chronic kidney patients, self-management behavior for diabetic patients and satisfaction questionnaire of professional nurses and multidisciplinary team. Examined by 5 experts and tests for reliability were 0.80, 0.86 และ 0.80 respectively. 3) implement by one group was tested before and after the experiment. The study group were 100 diabetes mellitus patients and third stage of chronic kidney disease patients which randomized into self-management support by a multidisciplinary team and followed up for 12 months. 4) evaluation phase and clinical outcomes. The program was carried out from June 2022 to May 2023. The data were analyzed using descriptive statistics compare the difference in average knowledge scores, self-management behavior of chronic kidney patients and clinical indicators before and after the use of paired t-tests at .05 significance level. And paired t-test.

The results revealed that from the situation analysis and based on the chronic care model was developed which has four components, including delivery system design, self-management support, clinical information system, and decision support. After the model was implemented score of knowledge after using the third stage chronic kidney disease model was higher than before the experiment. Mean scores of self-management behaviors before and after the use of the third-stage chronic kidney disease model as a whole and at the individual level were significantly different at the .05 level. Clinical indicators include HbA1c level, creatinine level and Glomerular filtration rate. There were statistically significant differences at .05 level. The systolic and diastolic blood pressure, BMI and fasting blood sugar are not different. Multidisciplinary team has satisfaction level at high level.

Keywords: Self-management supporting ,The third stage Chronic Kidney Disease

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease, CKD) เป็นโรคที่พบบ่อยและเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขของประเทศไทย เป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงมาก โดยเฉพาะเมื่อเข้าสู่ภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (End Stage Renal Disease, ESRD) ซึ่งจำเป็นต้องให้การรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis) การล้างไตทางช่องท้อง (peritoneal dialysis) หรือการผ่าตัดปลูกถ่ายไต (kidney transplantation)¹¹ จากข้อมูลของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยปี พ.ศ.2555พบว่า สาเหตุของโรคไตเรื้อรังในประเทศไทยที่พบบ่อยที่สุดเกิด จากโรคเบาหวาน (37.5%) รองลงมาเป็น hypertensive nephropathy (25.6%) ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงกำหนดให้ โรคไตอยู่ในแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Health service plan)² เน้นการตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงซึ่งได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และให้มีการชะลอความเสื่อมของไต เป้าหมายคือ ผู้ป่วย

ที่มีอัตราการกรองของไต (estimated glomerular filtration rate; eGFR) ลดลงน้อยกว่า 4 ml/min/1.73 m² โรคไตเสื่อมจากเบาหวานเป็นสาเหตุหลักของโรคไตระยะสุดท้าย (End Stage Renal Disease, ESRD) โดยมีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเมตาบอลิซึมของน้ำตาลกลูโคสในร่างกาย เกิดพยาธิสภาพในหลอดเลือดขนาดเล็กที่ไตและการเปลี่ยนแปลงที่เนื้อไต ทำให้มีโปรตีนในปัสสาวะ การทำงานของไตเสื่อม อัตราการกรองของไต (Estimated Glomerular Filtration Rate : eGFR) ลดลง นำไปสู่โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย¹² พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสื่อมของไตในผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ การมีโรคร่วม เช่น โรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง การชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานมีความจำเป็นที่ผู้ป่วยต้องควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตให้ได้ โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรค

การสนับสนุนการจัดการตนเอง (self-management support) เป็นการดูแลและส่งเสริมให้



ผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังและครอบครัวเกิดความเข้าใจในบทบาทของตนเอง เกี่ยวกับการจัดการความเจ็บป่วย การตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแล และการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมจัดให้เป็นองค์ประกอบสำคัญของรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (chronic care model: CCM)¹³ ตามแนวคิดของ Lorig และ Holman¹⁰ การสนับสนุนการจัดการตนเอง เป็นการจ้ดระบบบริการการดูแลที่มีแผนการดูแลอย่างต่อเนื่อง ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง สร้างการมีส่วนร่วมบูรณาการดูแลที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ที่มีการจัดสรรทรัพยากรบุคคล งบประมาณ วัสดุ และสิ่งของที่เอื้ออำนวยให้สามารถจัดบริการอย่างมีประสิทธิภาพ มีการควบคุมกำกับและติดตามประเมินผลการดำเนินงาน โดยให้ความสำคัญกับมิติการดูแลทั้งทางกาย จิต สังคม และสิ่งแวดล้อม การสร้างพลังและการสนับสนุนทางสังคมมาบูรณาการในการดูแลรายบุคคลเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วย เกิดการเรียนรู้และมีทักษะในการดูแลตนเองโดยสามารถตัดสินใจร่วมกับเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับโรค¹ องค์ประกอบที่สำคัญในการดูแลเพื่อชะลอการเสื่อมโทรมเน้นการให้ความรู้ภายใต้มาตรฐานการดูแลอย่างต่อเนื่องจากทีมสหสาขาวิชาชีพ (multidisciplinary team) ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร โภชนาการและนักกายภาพบำบัด ซึ่งมีบทบาทหน้าที่แตกต่างกัน มีแผนการดูแลที่กำหนดร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ (clinical pathway) โดยมีพยาบาลผู้จัดการรายกรณี (case manager) เป็นผู้ติดต่อประสานงานติดตามอย่างต่อเนื่อง

สถานการณ์โรคไตเรื้อรัง (CKD) จังหวัดกาฬสินธุ์ ในปี 2561 - 2564 มีอัตราผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD) จำนวนเท่ากับ 2,848.05 , 3,128.77 , 2,746.54 และ 2,670.68 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ในปี 2565 แยกตามระยะ (Stage) ของโรคไตเสื่อม พบมากที่สุดอันดับหนึ่ง คือ ระยะที่ 3 จำนวน 11,204 คน (42.93%) รองลงมา ระยะที่ 2 จำนวน 6,938 คน (26.59%) ระยะที่ 1 จำนวน 3,245 คน (12.43%) ระยะที่ 4 จำนวน

2,951 คน (11.31%) และน้อยที่สุด คือ ระยะที่ 5 จำนวน 1,759 คน (6.74)⁵ การคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไต ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ปี 2561 - 2564 ของอำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบผู้ป่วยที่ได้รับ การคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไต จำนวน 2,319 คน, 3,268 คน, 3,456 คน และ 3,526, คนตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 48.26, 66.64, 75.26 และ 79.45, ตามลำดับ แยกตามระยะ (Stage) ของโรคไตเสื่อม พบว่ากลุ่มที่ต้องได้รับการดูแลเพื่อชะลอการเสื่อมของไตมากที่สุด คือ ระยะที่ 3 จำนวน 398 คน, 648 คน, 835 คน และ 837 คน คิดเป็นร้อยละ 46.77, 43.93, 49.85 และ 50.33 ตามลำดับ⁵ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ผู้วิจัยเชื่อว่าการพัฒนารูปแบบการสนับสนุนจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 3 ที่ประกอบด้วย การให้ความรู้ร่วมกับการพัฒนาทักษะการดูแลสุขภาพตนเองด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยาและการใช้ยา การออกกำลังกาย และการสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ด้วยการเรียนรู้เชิงรุก การสาธิตและการฝึกปฏิบัติ การเยี่ยมบ้านโดยคู่มือดูแลไต เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียน จะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและช่วยชะลอความเสื่อมของไตเข้าสู่การเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ระยะที่ 5 ที่ต้องรับการบำบัดรักษาทดแทนไตต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหา และความ ต้องการเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะ 3 อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษารูปแบบการสนับสนุนจัดการตนเอง เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะ 3 อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วย

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะ 3
อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีดำเนินการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการสนับสนุนจัดการตนเอง
เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะ
ไตเสื่อมระยะ 3 อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการ
วิจัยและพัฒนา (Research and Development)
ระยะเวลาที่ทำการวิจัยตั้งแต่เดือน มิถุนายน 2565 ถึง
เดือน พฤษภาคม 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และกลุ่ม
ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วย

กลุ่มตัวอย่าง คือ

1. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม
ระยะ 3 มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาล
สมเด็จ ตั้งแต่เวลา 08.30 น.-12.00 น.วันจันทร์ถึงวัน
ศุกร์ ยกเว้นวันหยุดนักขัตฤกษ์ กลุ่มตัวอย่าง 100 ราย
โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่าง (random sampling) กำหนด
เกณฑ์การ คัดเข้า (inclusion criteria) ดังนี้ผู้ป่วยโรคไต
เรื้อรังระยะที่ 3 อายุ 40-75 ปี การรับรู้และการ
ติดต่อสื่อสารได้ปกติ ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยและ
สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดการศึกษา เกณฑ์การ
คัดออก (exclusion criteria) ต้องการยกเลิกการเข้า
ร่วมการศึกษา และระหว่างดำเนินการ มีภาวะเจ็บป่วย
ไม่สามารถเข้าร่วมในการศึกษา

2. กลุ่มทีมสหสาขาวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วย

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการสนับสนุนจัดการตนเอง
เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะ
ไตเสื่อมระยะ 3 อำเภอสมเด็จ เป็นการวิจัยและพัฒนา

(Research and Development) โดยแบ่งเป็น 4 ระยะ
คือ

ระยะที่ 1 ขั้นการวิเคราะห์สถานการณ์ของ
รูปแบบการสนับสนุนจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม
(Situational Analysis Phase) ประกอบด้วย การ
สัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 10 คน และทีมสห
สาขาวิชาชีพ 9 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ
เฉพาะเจาะจง มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน
อย่างน้อย

2 ปี ประกอบด้วยแพทยศาสตร 1 คน พยาบาล
วิชาชีพ 5 คน นักกายภาพบำบัด 1 คนนักโภชนาการ 1
คน และเภสัชกร 1 คน รวม 9 คน ทำการสนทนา 1 ครั้ง
ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 5 ที่ได้รับการ
ฟอกเลือดที่หน่วยโรคไตเทียม โรงพยาบาลสมเด็จ 20
ฉบับ ในเดือน มิถุนายน 2565 กลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
ได้ทำการศึกษาจากเอกสาร/ฐานข้อมูลต่างๆของ
โรงพยาบาลที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ นโยบายของโรงพยาบาล
แนวปฏิบัติ/แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของ
โรงพยาบาล

ระยะที่ 2 ขั้นตอนการพัฒนา (Development
Phase) คือ ขั้นการวางแผน ปฏิบัติการ (plan and
action) ผู้วิจัยได้สะท้อนข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลที่สรุป
รวบรวมได้ในขั้นตอนที่ 1 ดำเนินการแก้ไข นำปัญหาเข้า
ปรึกษาในที่ประชุม PCT อายุรกรรมหาแนวทางปรับปรุง
แก้ไข เพื่อให้เกิดระบบการบริการที่มีความต่อเนื่องของ
การดูแลผู้ป่วย เมื่อได้รูปแบบกิจกรรมการสนับสนุน
จัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม แล้วจึงนำสู่การปฏิบัติ
ใช้จริง

ระยะที่ 3 นำรูปแบบที่พัฒนาไปใช้
(Implementation) และทบทวน ปรับปรุงรูปแบบการ
สนับสนุนการจัดการตนเอง ดำเนินงานในขั้นตอนนี้แบ่ง
ออกได้เป็น 3 ระยะ คือ

1.ระยะก่อนใช้รูปแบบการสนับสนุนการจัดการ
ตนเอง ดำเนินการระหว่างเดือน กรกฎาคม 2565 ถึง
เดือน สิงหาคม 2565 เป็นระยะเตรียมความพร้อมด้วย



การประชุมทีมสุขภาพ ซึ่งแจ้งทำความเข้าใจกับระบบบริการใหม่

ที่ใช้บนพื้นฐานของแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช (CKD Clinic) กำหนดวันให้บริการคลินิกโรคไตเรื้อรัง (CKD Clinic) ทุกวันอังคาร จากนั้นได้เตรียมความพร้อมของทีมโดยจัดอบรมให้ความรู้การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังสำหรับเจ้าหน้าที่และ อสม.ผู้ดูแล (คู่มือดูแลไต) เตรียมสื่อสุขภาพต่างๆ ได้แก่ คู่มือผู้ป่วย แผ่นพับ 1 ชุด ป้ายไว้นิลงเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและการป้องกันชะลอไตเสื่อม 5 เรื่อง สื่อการสอนภาพพลิก 1 ชุด และแบบฟอร์มติดตามการปรับพฤติกรรมเพื่อชะลอไตเสื่อมของคู่มือดูแลไต (Clean Kitchen) 1ชุด เตรียมสถานที่โดยมีศูนย์เรียนรู้ (NCD learning center) สำหรับการสอนผู้ป่วยเป็นกลุ่มหรือรายบุคคล กำหนดขั้นตอนการสอนให้ชัดเจน ดังนี้ 1) พยาบาลผู้จัดการรายกรณี (NCD) สอนความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง/การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง 2) นักโภชนาการสอนเรื่องอาหารที่เหมาะสม สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 3) นักกายภาพบำบัดสอนเรื่อง การยืดเหยียด กล้ามเนื้อ และการออกกำลังกาย 4) เภสัชกรสอนเรื่องยาที่มีพิษต่อไต 5) แพทย์แผนไทยสอนเรื่องสมาธิบำบัดและแพทย์ทางเลือก

2.ระยะดำเนินการเข้าถึงบริการ ตามแนวทางการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ดำเนินการระหว่างเดือน กรกฎาคม 2565 ถึงเดือน พฤษภาคม 2566 พบพยาบาลผู้จัดการรายกรณี และทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อเข้ารับบริการตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

3.ระยะการพัฒนาการดูแลต่อเนื่อง

1. ผู้วิจัยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพประเมินผลการพัฒนารูปแบบการสนับสนุนจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมที่ดำเนินการในโรงพยาบาล ปัญหาและอุปสรรคที่ยังเหลืออยู่

2. ประสานงานกับศูนย์ COC ส่งต่อการดูแลต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง

3. พัฒนาแบบบันทึกการส่งต่อผู้ป่วย ที่ต้องติดตามเยี่ยมร่วมกับทีมเยี่ยมบ้านและ อสม

ระยะที่ 4 การประเมินผล (Evaluation Phase)

สรุปถอดบทเรียน และประเมินผลลัพธ์ เป็นการติดตามการดำเนินงานในคลินิกโรคไตเรื้อรัง (CKD Clinic) ที่พัฒนาตามรูปแบบใหม่ ประเมินผลการดำเนินงานและการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ด้านต่างๆ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 3 ประเภท คือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือทางการแพทย์ ดังนี้

1.เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับ การศึกษา อาชีพ ประวัติการเจ็บป่วย ผู้มีหน้าที่ดูแลหลัก อาหารที่รับประทานในแต่ละวัน ประสิทธิภาพการได้รับความรู้ด้านโภชนาการ การใช้จ่าย ความรู้เรื่องไตเสื่อม การรักษาโรคเบาหวาน

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้เรื่องไตเสื่อมจากเบาหวานประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับหน้าที่ของไต ความหมายของโรคไตเรื้อรัง สาเหตุ พยาธิสรีรภาพ ปัจจัยเสี่ยงอาการ การรักษา และภาวะแทรกซ้อนจากโรคไตเรื้อรัง จำนวน 15 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก ได้แก่ ถูกและผิด การให้คะแนนตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน คำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) เท่ากับ 0.80 ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของ Kuder-Richardson (KR-20) = 0.74 ทดสอบความเชื่อมั่นของ เครื่องมือโดยนำไปทดสอบกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย แล้วคำนวณ หาค่าสัมประสิทธิ์

อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.85

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการรับประทานยาและการใช้ยา ด้านการออกกำลังกาย และการจัดการเรื่องความเครียด ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน คำนวณหา ดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) เท่ากับ 0.86 ทดสอบความเชื่อมั่นของ เครื่องมือโดยนำไปทดสอบกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย แล้วคำนวณ หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.85

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามสำหรับทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป และแบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมที่พัฒนาขึ้นใหม่ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 5 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยหาความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) =0.8 นำไปใช้เก็บข้อมูล

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ รูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองและการจัดการผู้ป่วยรายกรณีประกอบด้วย 1) คู่มือการชะลอไตเสื่อมจัดทำโดยโครงการ CKDNET โดยการบรรยาย 2) สื่อนำเสนอภาพนิ่งใช้ในการให้ความรู้โรคไตเรื้อรัง 3) ป้ายไว้นิลเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและการป้องกันชะลอไตเสื่อม 5 เรื่อง 4) สื่อการสอนภาพพลิก 1 ชุด 5) แบบฟอร์มติดตามการปรับพฤติกรรมเพื่อชะลอไตเสื่อมของคู่หูดูแลไต (Clean Kitchen) และสมุดบันทึกพฤติกรรมกรรมการชะลอไตเสื่อมเพื่อติดตาม นำไปทดสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยนำเครื่องมือ ไปให้

ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านได้แก่ อายุรแพทย์โรคไต โภชนากร เภสัช พยาบาลผู้จัดการรายกรณี นักกายภาพบำบัด ตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของ ภาษา และความตรงของเนื้อหา และปรับปรุงก่อนนำไปใช้

3. เครื่องมือตรวจผลลัพธ์ทางคลินิกและเครื่องวัดความดันโลหิต

3.1 เครื่องตรวจวิเคราะห์ระดับน้ำตาลในเลือด ยี่ห้อ SD check Gold

3.2 เครื่องตรวจระดับฮีโมโกลบินเอวันซี ตรวจวิเคราะห์สารเคมีอัตโนมัติ Mindray รุ่น BS 600 บริษัทเฟอร์เมอร์ ประเทศจีน เครื่องมือที่ใช้วัดความดันโลหิต ได้แก่ เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดดิจิทัล ยี่ห้อ Omron HBP 9020

3.3 เครื่องตรวจและอ่านผลซีรัมครีเอตินินและอัตราการกรองของไต ซึ่งวัดและอ่านผลด้วยวิธี enzymatic method ด้วยการนำเลือดของผู้ป่วยมาแยกปั่นน้ำเหลืองและทำการตรวจวิเคราะห์ โดยใช้น้ำยาสำเร็จรูปชุดมาตรฐานและสารควบคุมคุณภาพ PCCC1,PCCC2 ของบริษัทเฟอร์เมอร์ ทำการตรวจวิเคราะห์สารเคมีในเลือดด้วยเครื่องอัตโนมัติ Mindray รุ่น BS 600

สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t-test

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถานการณ์ปัญหา และความต้องการเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะ 3 อำเภอสมเด็จจังหวัดกาฬสินธุ์ ผลการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มสรุปผลดังนี้

1.1 กลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตเสื่อมระยะ 3 จำนวน 10

คน เป็นเพศชาย 4 ราย (40%) เพศหญิง 6 ราย (60%) อายุเฉลี่ย 67.7 ปี มีโรคร่วม เบาหวานร้อยละ 20 ความดันโลหิตสูงและเบาหวานร้อยละ 80 ระยะเวลาการเจ็บป่วยมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 80 พบปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ดังนี้ 1) ผู้ป่วยต้องการหายจากโรคไม่ต้องการมีโรคอื่นที่รุนแรง ได้รับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการให้คำแนะนำให้ความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม และต้องการได้รับยาไปรับประทานอย่างต่อเนื่อง 2) มีสื่อที่เอากลับไปดูที่บ้านได้ ควรมีตัวอย่างอาหารที่แนะนำ เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นภาพชัดเจน

1.2 ทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 9 คน เป็นเพศหญิง 8 ราย เพศชาย 1 คน อายุเฉลี่ย 37.8 ปี ระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 80 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาปฏิบัติงาน มากกว่า 10 ปี ประกอบด้วยแพทย์ 1 คน พยาบาล 5 คน เภสัชกร 1 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน และนักโภชนาการ 1 คน พบปัญหาและความต้องการของทีมสุขภาพ 1) จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีจำนวนมาก การดูแลผู้ป่วยยังไม่เป็นระบบเนื่องจากภาระงานประจำและภาระงานอื่นมาก ทีมสุขภาพต้องทำงานทุกด้านที่เกี่ยวกับสุขภาพ 2) เครื่องมือสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ สื่อที่ใช้สอนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เพื่อให้เข้าใจถึงการดูแลสุขภาพตนเองก็ยังมีไม่เพียงพอ 3)

ระบบการดูแลต่อเนื่องและการติดตามที่ยังไม่เหมาะสม ระบบประสานการดูแลระหว่างแผนกผู้ป่วยนอก และศูนย์ COC เพื่อติดตามผู้ป่วยในชุมชน เช่น เยี่ยมบ้านหรือติดตามทางโทรศัพท์ เพื่อช่วยสนับสนุนการแก้ไขปัญหาในการดูแลและการปรับพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วย “ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำ แล้วก็ปล่อยกลับไปในชุมชนโดยไม่มีการติดตาม กลับมาอีกทีก็ไถวยา ระยะสุดท้ายแล้ว ควรมีการส่งต่อให้ชุมชนติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย” สัมภาษณ์เชิงลึก พยาบาลวิชาชีพ

1.3 ผลการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยไตเรื้อรัง ระยะที่ 5 ที่ได้รับการฟอกเลือดที่หน่วยโรคไตเทียม จำนวน 20 ฉบับ พบว่าเป็นเพศชาย 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 50 เพศหญิง 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 50 อายุเฉลี่ย 60.45 ปี มีโรคร่วม เบาหวานและความดันโลหิตสูงร้อยละ 80 โรคเบาหวาน ร้อยละ 20 และทำการทบทวนย้อนหลังจากระยะที่ 5 ไประยะที่ 3 พบ ว่าระยะเวลาของไถวยาเรื้อรังที่เปลี่ยนจากระยะ 3 เป็นระยะ 4 ใช้เวลาเฉลี่ย 25.25 เดือน เปลี่ยนจากระยะ 4 เป็น ระยะ 5 ใช้เวลาเฉลี่ย 14.05 เดือน รวมระยะเวลาจากระยะ 3 เป็นระยะ 5 ใช้เวลาเฉลี่ย 40.15 เดือน

สรุปประเด็นที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ

ตาราง 2 เปรียบเทียบรูปแบบบริการผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 แบบเดิมกับรูปแบบบริการที่พัฒนาขึ้น

รูปแบบบริการเดิม	รูปแบบบริการที่พัฒนาขึ้น
- ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพ - ไม่มีสื่อเฉพาะและคู่มือผู้ป่วย เฉพาะโรค ไตเรื้อรัง	- ปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง - นักโภชนาการสอนเรื่องอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคไต เรื้อรัง - เภสัชกรสอนเรื่องยาที่มีพิษต่อไต - นักกายภาพบำบัดสอนเรื่อง การยืดเหยียดกล้ามเนื้อและการ ออกกำลังกาย - สื่อสุขภาพต่างๆ ได้แก่ คู่มือผู้ป่วย แผ่นพับ 1 ชุด ป้ายไว้นิล เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง และการป้องกันชะลอไตเสื่อม 5 เรื่อง สื่อการสอนภาพพลิกร้อยใบสู่ไตดี 1 ชุด และแบบติดตามการ ปรับพฤติกรรมเพื่อชะลอไตเสื่อมของศูนย์ดูแลไต (Clean Kitchen) - จัดสถานที่ให้บริการโดยมีศูนย์เรียนรู้ (NCD learning center) สำหรับการสอนผู้ป่วยเป็นกลุ่มหรือรายบุคคล
2. ด้านระบบบริการและการเข้าถึงบริการ	2) ด้านระบบบริการและการเข้าถึงบริการ

ตาราง 2 เปรียบเทียบรูปแบบบริการผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 แบบเดิมกับรูปแบบบริการที่พัฒนาขึ้น

รูปแบบบริการเดิม	รูปแบบบริการที่พัฒนาขึ้น
- ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 ในคลินิกอื่น เช่น ศัลยกรรม คลินิกโรคหัวใจ ไม่ได้รับคำแนะนำ เนื่องจากไม่มีการส่งปรึกษาทำให้ผู้ป่วยขาดข้อมูลที่สำคัญในการดูแลตนเอง 3) ด้านการดูแลต่อเนื่อง - ระบบการดูแลต่อเนื่องและการติดตามที่ยังไม่เหมาะสม ประสานการดูแลระหว่างแผนกผู้ป่วยนอก และศูนย์ COC เพื่อติดตามผู้ป่วยในชุมชน	- ปรับแนวทางการให้บริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก โดยมีวัตถุประสงค์ให้ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 เข้าถึงบริการอย่างทั่วถึง (แผนภาพที่ 1) - มีการนำแนวทางการให้บริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ไปปฏิบัติในคลินิกที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 เข้าถึงบริการ ได้มากที่สุด 3) ด้านการดูแลต่อเนื่อง - มีการประสานงานกับศูนย์ COC เพื่อส่งต่อข้อมูลให้มีการดูแลต่อเนื่องในชุมชน - ปรับแบบบันทึกการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ ที่ 3 ในชุมชน - พยาบาลผู้จัดการรายกรณี สรุประเบียบปัญหาที่ต้องการติดตามต่อเนื่องในบันทึกการติดตามเยี่ยม - ติดตามผู้ป่วยโดยทีมเยี่ยมบ้าน และ อสม. คู่มือดูแลหรือทีมสห สาขาวิชาชีพและผู้จัดการรายกรณี ตามปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย

การวิเคราะห์หลังการนำรูปแบบการสนับสนุนจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะ ไปใช้พบปัญหาและอุปสรรคดังนี้

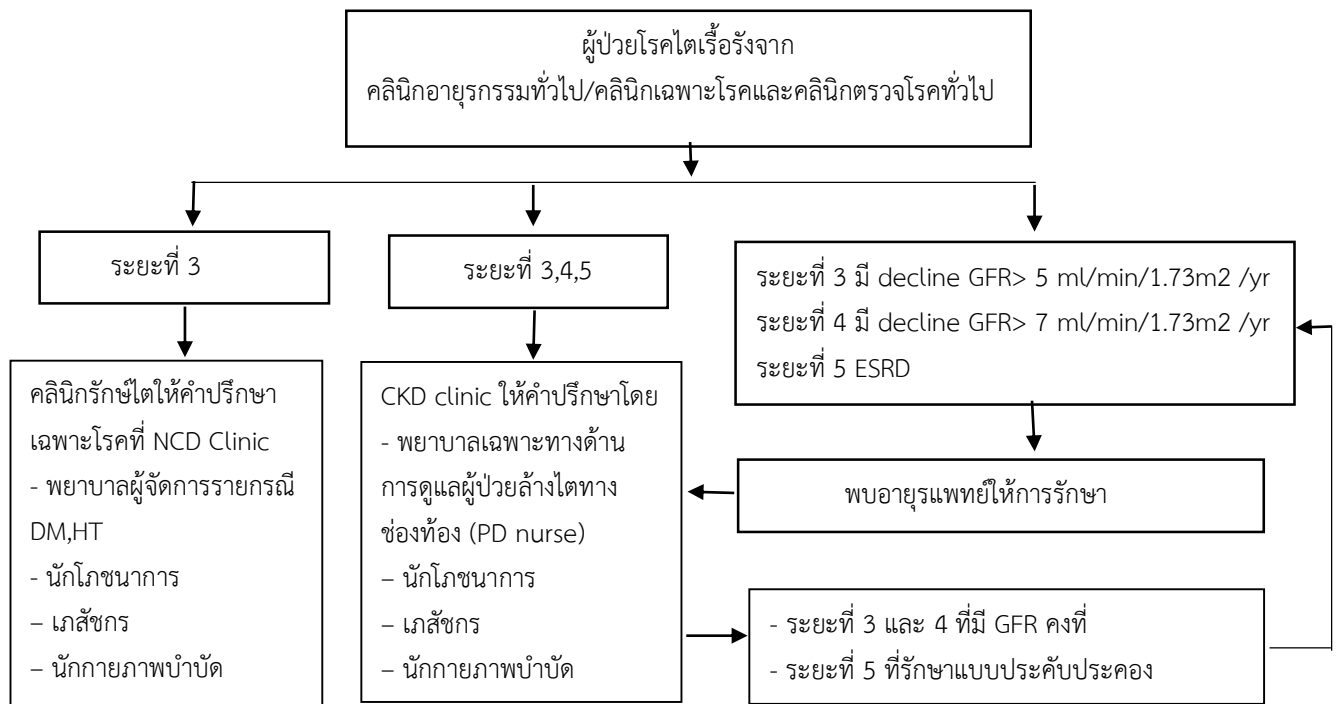
1. พยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพที่สอนผู้ป่วยมีการะงานมากไม่สามารถสอนได้ทุกวัน
 2. การจัดกิจกรรมกลุ่ม ต้องใช้เวลานานประมาณ 2 ชั่วโมง ทำให้ผู้ป่วยไม่สะดวก
 3. สถานที่ให้บริการร่วมกับคลินิกตรวจโรคทั่วไป
- การดำเนินการแก้ไข**

1.แยกคลินิก NCD ออกจาก OPD โดยจัดบริการคลินิกโรคไตทุกวันจันทร์ ให้บริการผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะที่ 3 โดยนัดผู้ป่วยเป็นกลุ่ม เพื่อให้ความรู้ตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น และทำกิจกรรมกลุ่มเสริมพลังเพื่อให้ผู้ป่วยมีเป้าหมายในการจัดการตนเอง และมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้อง

2. ให้บริการคลินิกโรคไตเรื้อรัง (CKD Clinic) ทุกวันอังคาร

3.การติดตามการปรับพฤติกรรมเพื่อชะลอไตเสื่อม ของคู่มือดูแลและบุคลากรสาธารณสุข โดยมีรายละเอียด ดังนี้ 1) คู่มือดูแลที่ผ่านการอบรม ดูแลติดตามเพื่อกระตุ้น ให้กำลังใจ ให้คำแนะนำ ติดตามการลงบันทึกของกลุ่มตัวอย่างทุกสัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และเจาะเลือดปลายนิ้ว เพื่อวัดระดับน้ำตาลในเลือด วัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก และบันทึกลงในบันทึกโรคไตทุกสัปดาห์

2. พัฒนาระบบการเข้าถึงบริการการดูแล
ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 มีการจัดทำแนวทางการให้บริการ ผู้ป่วยไตเรื้อรัง เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึงดังนี้ (แผนภาพที่ 1)
แผนภาพที่ 1 แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จ



การวิเคราะห์หลังนำแนวทางการดูแลต่อเนื่องไปใช้พบ
ปัญหา

1. ทีมสหสาขาวิชาชีพ และ อสม. ลง เยี่ยมผู้ป่วย
จำนวน 20 ราย พบปัญหาดังนี้
 - ยังพบผู้ป่วยจำนวน 12 ราย ใช้ผงปรุงรสในการ
ประกอบอาหาร
 - ปัญหาในการควบคุมโรคร่วม ได้แก่ เบาหวาน เช่น พบ
ขวดน้ำตาลสูง ผลเลือดในตู้เย็น น้ำอัดลม กาแฟซอง
 - ปัญหาเรื่องการใช้จ่ายและผลิตภัณฑ์ที่ไม่พึงประสงค์
เช่น มีผู้ป่วย 1 ราย ใช้ผลิตภัณฑ์อาหารเสริม ที่โฆษณา
ขายในชุมชน ลักษณะเป็นน้ำผลไม้ ผู้ป่วย 1 รายใช้ใบ
กัญชาต้มดื่มก่อนอาหารเช้าวันละ 1 แก้ว

การดำเนินการแก้ไข ให้คำแนะนำ ส่งต่อ รพ.สต. และ
อสม. ในพื้นที่ติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อดูแลต่อเนื่อง

3.ประเมินผลลัพธ์การดำเนินการ

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
 - 1.1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ
79 อายุเฉลี่ย 64.13 ปี สถานภาพสมรสร้อยละ 68
ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 90 ประกอบ

อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 68 โรคร่วมความดันโลหิตสูงและ
ไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 79 ผู้ดูแลเป็นคู่สมรส ร้อยละ
55 ดัชนีมวลกายอยู่ในภาวะน้ำหนักเกินถึงอ้วน ร้อยละ
56 ได้รับความรู้ ประกอบอาหารทานเองร้อยละ 65
ได้รับความรู้ด้านโภชนาการ ร้อยละ 73 ได้รับความรู้
เรื่องโรคไต ร้อยละ 68 ได้รับความรู้ด้านการใช้จ่าย 78
รักษาด้วยยารับประทานร้อยละ 56 ระยะเวลาเป็น
โรคเบาหวานมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 72

1.2 กลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการ จำนวน 9 คน เป็น
เพศหญิง 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 88.88 เพศชาย 1 คน
คิดเป็นร้อยละ 11.11 อายุเฉลี่ย 37.8 ปี ระดับการศึกษา
ปริญญาตรี ร้อยละ 80 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาปฏิบัติงาน
มากกว่า 10 ปี ประกอบด้วยแพทย์ 1 คน คิดเป็นร้อยละ
11.11 พยาบาล 5 คน คิดเป็นร้อยละ 55.55 เภสัชกร 1
คน คิดเป็นร้อยละ 11.11 นักกายภาพบำบัด 1 คน คิด
เป็นร้อยละ 11.11และ นักโภชนาการ 1 คน คิดเป็น
ร้อยละ 11.11

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนน
ความรู้ คะแนนพฤติกรรมจัดการตนเอง และตัวชี้วัด

ทางคลินิกก่อนและหลังการใช้รูปแบบการการสนับสนุน
การจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวาน
ชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะ 3 พบว่า (ตารางที่ 3)

2.1 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังการใช้รูปแบบ
การสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมใน
ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะ 3 สูง
กว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ
.05

2.2 ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเอง
ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการสนับสนุนการจัดการ
ตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มี
ภาวะไตเสื่อมระยะ 3 โดยรวม แตกต่างกันอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิก ก่อนและหลังการใช้
รูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเอง

ผลลัพธ์	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		Paired t –test	P-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
1.ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง	9.00	2.06	13.17	1.40	-19.22	.000*
2.พฤติกรรมจัดการตนเองโดยรวม	3.76	0.51	4.23	0.33	-14.63	.000*
3.ผลลัพธ์ทางคลินิก						
3.1 ระดับ FBS	149.56	52.40	144.07	44.61	0.92	.360
3.2 ระดับ HbA1c	9.35	7.52	7.91	2.02	1.99	.049*
3.3 ความดันโลหิตซิสโตลิก	132.78	11.95	133.57	12.35	-4.61	.646
3.4 ความดันโลหิตไดแอสโตลิก	70.84	8.95	71.06	12.60	-170	.865
3.5 ระดับซีรัมครีเอตินิน	1.37	0.25	1.32	0.28	2.50	.014*
3.6 อัตราการกรองของไต (eGFR)	44.91	7.61	47.35	10.32	-2.99	.004*
3.7 ดัชนีมวลกาย (BMI)	25.24	4.40	25.29	4.60	-.340	.734

P < 0.05, วิเคราะห์โดย Paired t –test

2. การประเมินความพึงพอใจของทีมสหสาขา
วิชาชีพ ต่อรูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อ
ชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไต
เสื่อมระยะ 3 ที่พัฒนาขึ้น พบว่าพยาบาลวิชาชีพและ
ทีมสหสาขาวิชาชีพมีความพึงพอใจโดยรวมร้อยละ
75.55 โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนรวม 3.81 และมีระดับ
ความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ในรายชื่อพบว่ามีความ

2.3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยตัวชี้วัดทางคลินิก
ได้แก่ ค่า FBS, HbA1c, Creatinine ,eGFR ,Systolic
BP, Diastolic BP และ BMI ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ
การสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมใน
ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จัดการ2 ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะ
3 โดยใช้สถิติ Paired t-test พบว่า ค่า HbA1c, Cr
,eGFR ความรู้ และพฤติกรรม มีความแตกต่างกันอย่าง
มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังจัดกิจกรรม
มีค่าคะแนนเฉลี่ยดีกว่าก่อนการทดลอง ส่วนค่า FBS
,BMI ,Systolic BP และ Diastolic BP ไม่แตกต่างกัน

ระยะที่ 4 สรุปถอดบทเรียน และประเมิน ผลลัพธ์

พึงพอใจในระดับ มาก 4 ข้อ และระดับปานกลาง 1 ข้อ
คือ การมีพยาบาลวิชาชีพเพียงพอ สนับสนุนการทำงาน
ตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

สรุปและอภิปรายผล

การอภิปรายผลการศึกษาเสนอตาม
วัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. จากการศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 ของโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช พบว่ายังไม่มี การดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ โรงพยาบาลเป็นผู้ให้ คำแนะนำเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 3 ซึ่งไม่ครอบคลุมการส่งเสริมการปรับพฤติกรรม และจาก การทบทวนเวชระเบียนพบว่า ผู้ป่วยบางรายมีการดูแล สุขภาพไม่ถูกต้อง ทำให้การดำเนินของโรคเร็วขึ้น จาก ไตเรื้อรังระยะที่ 3 ไปเป็นระยะที่ 4 และระยะที่ 5 ใช้ เวลาสั้นที่สุดเพียง 1 เดือน และ 6 เดือน ตามลำดับ กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้โรคไตอยู่ในแผนพัฒนา ระบบบริการสุขภาพ (Service plan) เน้นให้มีการชะลอ ความเสื่อมของไต ดังนั้นจึงได้มีการพัฒนารูปแบบการ สนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วย เบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะ 3 โดยเน้นการ ให้ความรู้โดย ทีมสหสาขาวิชาชีพ และจัดกิจกรรมกลุ่ม เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ร่วมกับผู้ป่วยอื่น เสริมพลัง ให้เกิดแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพตนเอง และการดูแล ต่อเนื่องในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถชะลอความเสื่อม ของไต สอดคล้องกับการศึกษาของ ไพศาล ไตรสิริโชค และคณะ (2562)⁴ พบว่า การสนับสนุนการจัดการ ตนเองโดยทีมสหสาขาวิชาชีพทำให้พฤติกรรม การจัดการตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคไต เรื้อรังดีขึ้น

2. การพัฒนารูปแบบการสนับสนุนการจัดการ ตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มี ภาวะไตเสื่อมระยะ 3 ซึ่งมีแนวทางปฏิบัติในการดูแล ผู้ป่วย ด้วยการให้ความรู้แบบบูรณาการของทีมสห วิชาชีพ และการจัดกิจกรรมกลุ่มเสริมพลัง เน้นบทบาท ของพยาบาลผู้จัดการรายกรณี เป็นผู้ประเมินผู้ป่วยแต่ละ รายถึงปัญหาและแนวทางการดูแลเพื่อชะลอการ เสื่อมของไต จัดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างทีมสห วิชาชีพ บุคลากรในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผู้ป่วยและ ญาติ เพิ่มศักยภาพในการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพ มากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ และมีการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการรับประทาน

อาหารที่เหมาะสม การใช้ยาสมเหตุสมผล สามารถควบคุม ระดับน้ำตาลและความดันโลหิตสูงได้ สอดคล้องกับ การศึกษาของ Chosivasakul และคณะ⁵ ศึกษาผลของ โปรแกรมการบูรณาการ ดูแลโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับ การจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีปัญหา ขับซ้อน พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 มีคะแนน เฉลี่ยความรู้ และพฤติกรรมการจัดการตนเองมากกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และ มีผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วม โปรแกรมและก่อนการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. ผลการใช้รูปแบบการสนับสนุนการจัดการ ตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มี ภาวะไตเสื่อมระยะ 3 พบว่า ค่าเฉลี่ย คะแนนความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วย และตัวชี้วัดทาง คลินิก ได้แก่ HbA1c, Cr ,eGFR ความรู้ และพฤติกรรม มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังจัดกิจกรรมมีค่าคะแนนเฉลี่ยดีกว่าก่อน การทดลอง อธิบายได้ว่า รูปแบบการสนับสนุนการ จัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะ 3 ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับ โรค และมีพฤติกรรมดูแลตนเองดี ส่งผลให้ค่าเฉลี่ย ฮีโมโกลบินเอวันซีลดต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ พร เพ็ญ ศรีสวัสดิ์³ ที่พบว่าค่าฮีโมโกลบินเอวันซีที่ลดลง 1 เปอร์เซ็นต์ จะลดการเสื่อมของไตได้ร้อยละ 35 สอดคล้องกับการศึกษาของ อัมพร จันทชาติ⁷ การ พัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไต เรื้อรังระยะที่ 3 โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเอง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การจัดการตนเอง และตัวชี้วัดทางคลินิก HbA1C, FBS 8 hrs, Cr และ GFR) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง คลินิก .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ วินัส สาระจรัส และ แอนนา สุมะโน⁶ ผลของกระบวนการสนับสนุนการ จัดการตนเองต่อการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานที่มี ภาวะไตเรื้อรัง พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนน

พฤติกรรมจัดการตนเองและค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไต สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ซึ่ง Kanfer & Gaelick-Buys⁹ อธิบายว่ากระบวนการจัดการตนเอง เน้นการกำกับตนเอง สร้างทักษะ การคิดแก้ไขปัญหาและทักษะการวางแผนจัดการปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับอาการเจ็บป่วยได้ ทำให้สามารถควบคุมโรคได้ และประสิทธิภาพการทำงานของไตดีขึ้น

การศึกษาครั้งนี้ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก และระดับ ความดันโลหิตไดแอสโตลิก ดัชนีมวลกาย ยังไม่มีความแตกต่างหลังการทดลอง เนื่องจากมีหลายปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองได้แก่ การมีไขมันในเลือดสูง ซึ่งพบมากกว่าร้อยละ 60 ของกลุ่มตัวอย่างระยะเวลาการเป็นเบาหวาน และพฤติกรรมบริโภคที่ซับซ้อนโดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดการด้านอาหาร ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้เลือกวิธีการจัดการตามความพร้อม ตามแนวคิดการจัดการตนเองสอดคล้องกับสภาพปัญหาหรือพฤติกรรมเดิม เช่น การหลีกเลี่ยงการบริโภคโซเดียม มีทั้งเลือกควบคุมด้วยการลดปริมาณ ลดความถี่ หรือเลือกชนิด เช่น งดหรือลดบริโภคผงชูรส รสดี ผงปรุงรส แต่เลือกใช้น้ำปลา ซอส ซีอิ๊วขาว แทนเป็นต้นรับประทานอาหารประจำวันและผลไม่ตามฤดูกาล ที่ส่งผลต่อการชะลอไตเสื่อมโดยเฉพาะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด สำหรับการจัดการด้านยา พบว่า กลุ่มตัวอย่างนำยาออกจากห่อฟรอยด์ หักแบ่งตามขนาดการรักษาเพื่อความสะดวกในการรับประทานยา มีทั้งแบ่งบางส่วน หักแบ่งยาทั้งหมดที่ได้รับ และรับยาตามนัดแต่ไม่รับประทานยาบางรายการที่คิดว่าไม่จำเป็นเพราะไม่มีอาการผิดปกติ ใช้น้ำสมุนไพรสำเร็จรูป นำสมุนไพรสดมาต้มดื่มแทนน้ำ เป็นต้น สำหรับการจัดการตนเองด้านออกกำลังกาย มีการเปลี่ยนแปลงน้อยเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ดัชนีมวลกายอยู่ในระดับน้ำหนักเกินถึงอ้วน

ข้อเสนอแนะ

1. การนำรูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะ 3 ที่พัฒนาขึ้นไปปรับใช้ ควรศึกษาบริบทของโรงพยาบาล และปรับแนวทางการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสม จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากครอบครัว ชุมชนและบุคลากรทีมสุขภาพ พยาบาลผู้จัดการรายกรณีและทีมสหสาขาวิชาชีพ ควรบริหารเวลาให้เอื้อต่อการให้บริการผู้ป่วย

2. ควรมีการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลผู้จัดการรายกรณี กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น และมอบหมายงานให้พยาบาลผู้จัดการรายกรณี ได้ดำเนินงานในการดูแลกลุ่มผู้ป่วยได้เต็มศักยภาพ

ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาในระยะยาวต่อไปว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง สามารถคงไว้ซึ่งการจัดการตนเองที่ยั่งยืนในการชะลอโรคไตเรื้อรัง

2. รูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 มีประสิทธิผลในการเพิ่มความรู้ และพฤติกรรมปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อม จึงควรพัฒนารูปแบบการดูแลป้องกันโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่มีอุบัติการณ์สูง ได้แก่ รูปแบบการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ในผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1 และ 2 สามารถดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น จะทำให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพไตไปเป็นปกติได้ มีอัตราการกรองของไตที่ดีขึ้น ความเสื่อมของไตช้าลง คุณภาพชีวิตผู้ป่วยจะดีขึ้นตั้งแต่ระยะแรก

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ คณะกรรมการสาธารณสุขอำเภอสมเด็จที่สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน ผู้ทรงคุณวุฒิที่ช่วยตรวจสอบเครื่องมือให้คำแนะนำ

ทีมสหสาขาวิชาชีพทุกท่าน รวมทั้งผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่
เข้าร่วมโครงการ ซึ่งทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จบรรลุตาม
วัตถุประสงค์ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. จุฑามาศ เทียนสอาด,และนิโรบล กนกสุนทรรัตน์ (2559) การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ แนวคิดและการประยุกต์ใช้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
รามธิบดีพยาบาลสาร ;22(3):223-232.
2. ประเสริฐ ธนกิจจารุ.สถานการณ์ปัจจุบันโรคไตเรื้อรังในประเทศไทย.ฉบับประจำเดือนกันยายน-ตุลาคม 2558. (เข้าถึงเมื่อ 15 กันยายน
2560). เข้าถึงได้จาก http://www.dms.moph.go.th/dmsweb/dmsweb_v2
3. พรเพ็ญ ศรีสวัสดิ์ (2550). Glycated hemoglobin standardization. วารสารเทคนิคการแพทย์, 35 (1), 1763-1766.
4. ไพศาล ไตรศิริโชค , หลั่งพร อุตศาสตร์ และ วราทิพย์ แก่นการ (2561) ผลของการสนับสนุนการจัดการตนเองโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ
เพื่อชะลอ โรคไตเรื้อรังในหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น.ศรีนครินทร์เวชสาร 2562, 34(6) : 552-5585.
5. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center): ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงสาธารณสุข;
[สืบค้นเมื่อ 1 มิ.ย.2565]. แหล่งข้อมูล
6. วินัส สารจรัสและ แอนนา สุมะโน (2561) ผลของกระบวนการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานที่มี
ภาวะ ไตเรื้อรัง โรงพยาบาลแหลมฉบัง ชลบุรี.วารสารสาธารณสุขและ วิทยาศาสตร์สุขภาพ.2561,1(3) : 13 -26.
7. อัมพร จันทชาติ, มาลี มีแป้นและเพ็ญศรี จาประไพ (2560) การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยไต เรื้อรังระยะที่ 3 โดยใช้แนวคิดการ
จัดการตนเองวารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย. 2560;7(3):280-290.
8. Chosivasakul K, Piaseu N, Sakdanupab S. Effects of a programme integrating multidisciplinary approach and self-
management on chronic kidney disease patients with complications. Thai Journal of Nursing Council 2017;
32: 79-93
9. Kanfer, F. H., &Gaelick-Buys, L. Self management methods. In F. H. Kanfer, & A. Goldstein (Eds.). Helping people change:
A textbook of methods. New York: Pergamon. 1991.pp. 305-360
10. Lorig KR, Holman H. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. Ann Behav Med
2003; 21: 1-7
11. Thailand Renal Replacement Therapy Registry 2012 Report. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย (เข้าถึงเมื่อ 24 เมษายน 2559).
เข้าถึงได้จาก :<http://www.nephrothai.org/trt/trt-Lasp>
12. Thungtong S, Chinnawong T, Thaniwattananon P. Effects of Self-management support program for delayed
progression of diabetic nephropathy on self-management behaviors and clinical outcomes in patients with
uncontrolled type 2 diabetes mellitus.Songklanagarind Journal of Nursing 2015; 35: 67-84.
13. Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: translating evidence
into action. Health Aff (Millwood) 2001; 20: 64-78.