

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
ระยะที่ 1-3a โรงพยาบาลโพสวรรณ จังหวัดนครพนม

The effect of a health care behavior promotion program to delay kidney deterioration
in patients with chronic kidney disease stage 1-3a

Phonsawan Hospital Nakhon Phanom Province

(Received: August 24,2023 ; Revised: August 28,2023 ; Accepted: August 29,2023)

พิศิษฐ์ เสรีธรรมะพิทักษ์¹

Pisit Sereethammapithak¹

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรม
การดูแลสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3a โรงพยาบาลโพสวรรณ จังหวัดนครพนม ศึกษา
ในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3a ที่มารับบริการในคลินิกโรคเรื้อรัง กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาล
โพสวรรณ ทำการศึกษาในระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง กรกฎาคม 2566 จำนวน 40 คน เปรียบเทียบก่อนและหลังการได้รับ
โปรแกรมฯ ของกลุ่มตัวอย่าง ชนิดแบบ 1 กลุ่ม (one sample t-test design) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่
แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสุขภาพ แบบประเมินการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แบบสอบถามพฤติกรรม
การปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไต การวิเคราะห์ข้อมูล โดยการใช้อยู่สถิติเชิงพรรณนาหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วน
เบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบข้อมูลโดยใช้สถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า 1) การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3a ของกลุ่มตัวอย่าง
หลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3a มากกว่าก่อน
การทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($\bar{x}=87.03$, S.D.=2.75; $\bar{x}=59.05$, S.D.=3.09) 2) พฤติกรรมการปฏิบัติตัว
เพื่อชะลอการเสื่อมของไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3a ของกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม
การปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3a มากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ
0.05 ($\bar{x}=114.50$, S.D.=3.22; $\bar{x}=91.05$, S.D.=6.35) 3) ผลลัพธ์ทางคลินิก ประกอบด้วยค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย (BMI)
ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ความดันโลหิต และอัตราการกรองของไต (eGFRs) ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3a หลังการ
ทดลองมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($\bar{x}=21.28$, S.D.=1.21; $\bar{x}=23.57$,
S.D.=1.60; $\bar{x}=7.01$, S.D.=0.53; $\bar{x}=8.97$, S.D.=1.47; $\bar{x}=123.65/75.70$, S.D.=8.84/4.62; $\bar{x}=144.68/92.48$, S.D.=11.65/5.65; $\bar{x}=129.60$, S.D.=20.47; $\bar{x}=202/25$, S.D.=39.82; $\bar{x}=86.25$, S.D.=6.91; $\bar{x}=73.03$, S.D.=8.89 ตามลำดับ)

คำสำคัญ : โรคไตเรื้อรัง, การส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ, การชะลอการเสื่อมของไต

Abstract

This research is a quasi-experimental research. This quasi-experimental research aimed to study the
effects of a health care behavior promotion program to delay renal deterioration in patients with chronic
kidney disease stage 1-3a at Phonsawan Hospital. Nakhon Phanom Province This study was conducted in a
group of chronic kidney disease stage 1-3a patients attending a chronic disease clinic. Primary and Holistic
Services Group Phonsawan Hospital The study was conducted during May to July 2023 with 40 people
comparing before and after receiving the program. of the sample, one-group type (one sample t-test design).
The tools used for data collection were general information questionnaires and health information
questionnaires. Health Belief Perception Assessment Form behavioral questionnaire for slowing renal

¹โรงพยาบาลโพสวรรณ จังหวัดนครพนม

degeneration. Data were analysis by descriptive statistics were used to find frequency, percentage, mean and standard deviation. and compared the data using Paired t-test statistics, the level of statistical significance was set at 0.05.

The results showed that 1) the perceived health belief patterns of CKD patients stage 1-3a of the post-experimental subjects had the mean scores of the perceived health belief patterns of patients with chronic kidney disease stage 1-3a. chronic kidney disease stage 1-3a more than before the experiment statistically significant at the 0.05 level ($\bar{X}$ =87.03, S.D.=2.75; $\bar{X}$ =59.05, S.D.=3.09). After the experiment, the mean scores of behaviors to slow down renal deterioration of patients with chronic kidney disease stage 1-3a were higher than before the experiment. statistically significant at the 0.05 level ($\bar{X}$ = 114.50, S.D.=3.22; $\bar{X}$ = 91.05, S.D.=6.35) 3) Clinical outcomes It consisted of mean body mass index (BMI), blood glucose, blood pressure and glomerular filtration rates (eGFRs) of patients with chronic kidney disease stage 1-3a after the trial. test statistically significant at the 0.05 level ($\bar{X}$ = 21.28, S.D.=1.21; $\bar{X}$ = 23.57, S.D.=1.60; $\bar{X}$ = 7.01, S.D.=0.53; $\bar{X}$ = 8.97, S.D.=1.47; $\bar{X}$ = 123.65/75.70, S.D.=8.84/4.62; $\bar{X}$ = 144.68/92.48, S.D.=11.65/5.65; $\bar{X}$ = 129.60, S.D.=20.47; $\bar{X}$ = 202./25, S.D.=39.82; $\bar{X}$ = 86.25, S.D.=6.91; $\bar{X}$ = 73.03, S.D.=8.89 respectively).

Keywords: chronic kidney disease, health care behavior promotion, slowing down renal degeneration

บทนำ

ปัญหาโรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญพบได้ทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย พบอุบัติการณ์สูงขึ้นเรื่อยๆ ทั่วโลก อยู่ระหว่างร้อยละ 3.2-7.6 ต่อปี¹ ประเทศไทยพบอุบัติการณ์ผู้ป่วยไตวายทุกระยะร้อยละ 17.5 ของประชากรทั้งหมดหรือประมาณ 11.44 ล้านคน ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยในระยะที่ 1-3² ทำให้ภาครัฐต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น³ โดยประมาณการค่าใช้จ่ายในการรักษาปีละ 3,000,000 บาท⁴ ผู้ป่วยต้องทนต่อความทุกข์ทรมานจากตัวโรคและการรักษา ส่งผลทางลบต่อคุณภาพชีวิต⁵ และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตมากถึง 2,000 รายต่อปี⁶ สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาที่สำคัญที่ทุกภาคส่วนจะต้องให้ความสำคัญในการจัดการเพื่อลดผลกระทบดังกล่าวข้างต้นที่อาจจะเกิดขึ้นตามมา

โรคไตเรื้อรังเกิดจากความผิดปกติของหน่วยไต (glomerulus), ท่อไต (tubulointerstitial), และหลอดเลือด (vascular)² แบ่งเป็น 5 ระยะตามระดับการทำงานของไตโดยประเมินจากค่าอัตราการกรองของไต (estimate glomerular filtration rate; eGFR) เกิดได้จากหลายสาเหตุทั้งจากโรคของไตหรือระบบทางเดินปัสสาวะหรือ

สาเหตุจากโรคอื่นๆ ที่ส่งผลให้เกิดความผิดปกติของไต เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคเก๊าท์ โรคแพ้ภูมิตนเอง โรคหัวใจไตซึ่งเป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่ทำให้เกิดโรคไตเรื้อรัง⁷ นอกจากนี้ยังพบว่ามีสาเหตุจากพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ การใส่ยาหรือสารที่ส่งผลต่อไต การดื่มน้ำน้อย การสูบบุหรี่ ภาวะน้ำหนักเกินเป็นต้น⁸ การเสื่อมของไตจะเกิดขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไป แต่ถ้ามีปัจจัยส่งเสริมก็จะทำให้ไตเสื่อมหน้าที่ได้เร็วกว่าปกติ⁹ โรคไตเรื้อรังในระยะแรกส่วนใหญ่มักไม่ปรากฏอาการเนื่องจากร่างกายยังมีการปรับตัวเพื่อให้ไตยังสามารถทำหน้าที่ได้โดยหน่วยไตที่เหลืออยู่จะทำหน้าที่เพื่อชดเชยไตที่เสียหาย เมื่อหน่วยไตถูกทำลายมากขึ้นจนไตสูญเสียหน้าที่อย่างถาวรการดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะสุดท้ายหรือโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายและส่งผลให้แสดงอาการที่ชัดเจน จะส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม หน้าที่การงาน ครอบครัว และเศรษฐกิจ¹⁰ โดยผู้ป่วยเหล่านี้ต้องได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตซึ่งเป็นการรักษาระยะยาวตลอดชีวิต การบำบัดทดแทนไตมีหลายวิธีแตกต่างกันออกไปและแต่ละวิธีก็มีข้อดีข้อเสีย ผลกระทบและภาวะแทรกซ้อนแตกต่างกัน

ไปเช่นกัน¹¹ ในผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต จะได้รับผลกระทบด้านภาวะจากโรค มีข้อจำกัดในการทำบทบาทหน้าที่ มีปัญหาด้านอารมณ์ และทำให้พลังชีวิตลดลง จะเห็นได้ว่าโรคไตเรื้อรัง เป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด เป็นโรคแห่งความทุกข์ทรมาน ค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง และมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย¹⁰ ดังนั้นการป้องกันการเสื่อมของไตและการชะลอการเสื่อมของไตจนเกิดโรคไตเรื้อรังจึงถือว่าเป็นวิธีการจัดการดูแลที่ตรงจุดและเป็นเรื่องที่สำคัญที่สุด⁹

โรงพยาบาลโพสสวรรค์ พบว่าโรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญรองจากโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง มีผู้ป่วยที่มาใช้บริการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั้งสิ้น ในปี พ.ศ. 2563-2565 จำนวน 602, 562 และ 496 รายตามลำดับ และเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 จำนวน 271, 226 และ 221 รายตามลำดับ นอกจากนั้นเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4-5 ที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาแบบบำบัดทดแทนไต จำนวน 331, 336 และ 275 รายตามลำดับ โดยพบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4-5 เข้ารับการรักษาระดับประคับประคอง จำนวน 308, 309 และ 252 รายตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 93.05, 91.96 และ 91.63 ตามลำดับ การรักษาบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตทางช่องท้อง จำนวน 18, 21 และ 19 รายตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 5.44, 6.25 และ 6.9 ตามลำดับ, การรักษาบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือด จำนวน 5, 6 และ 4 รายตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 1.51, 1.79 และ 1.54 ตามลำดับ ส่วนการรักษาบำบัดทดแทนไตด้วยการผ่าตัดปลูกถ่ายไต จำนวน 0, 0 และ 0 รายตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครพนม, 2565) จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าโรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและมีแนวโน้มของการเกิดอุบัติการณ์โรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้นจนต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตและผลกระทบของโรคไตเรื้อรังตามมา

โรงพยาบาลโพสสวรรค์ได้ดำเนินการพัฒนาระบบบริการเพื่อแก้ไขปัญหาโรคไตเรื้อรัง จัดตั้งคลินิกและรูปแบบแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังตามบริบทของพื้นที่ เมื่อผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง จะรับเข้าคลินิกโรคเรื้อรัง เมื่อผู้ป่วยมารับบริการจะได้รับ การตรวจระดับความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว ตรวจระดับน้ำตาล ผู้ป่วยจะได้รับการให้สุขศึกษาโดยเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการในคลินิกโรคเรื้อรัง รอรับการตรวจโดยแพทย์ประจำคลินิก และการนัดเพื่อมารับการตรวจในครั้งต่อไป ถึงแม้โรงพยาบาลจะมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังแต่ก็ยังพบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีการดำเนินการของโรคเข้าสู่ระยะที่ 4-5 จนต้องได้รับการส่งตัวเพื่อเข้าปรัรักษาโดยการบำบัดทดแทนไตที่โรงพยาบาล นครพนม การตรวจประเมินการทำงานของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 อย่างต่อเนื่องและรวดเร็ว การมีระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคไตที่ได้มาตรฐาน มีระบบการชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่มีประสิทธิภาพ การมีทีมสุขภาพที่มีความรู้ความสามารถในการดูแลเพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง รวมทั้งผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การชะลอการเสื่อมของไตและการมีพฤติกรรมชะลอการเสื่อมของไตที่ถูกต้องเหมาะสมจะช่วยชะลอและป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายตามมา

จากการทบทวนวรรณกรรม การศึกษาเกี่ยวกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค การรับรู้ต่ออุปสรรค การรับรู้สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นการรับรู้ของบุคคลที่มีต่อภาวะสุขภาพของตนเองเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการแสดงพฤติกรรมสุขภาพ เนื่องจากมีอิทธิพลต่อการรับรู้ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยก่อให้เกิด

แรงจูงใจ กระตุ้นให้บุคคลเกิดความรับผิดชอบ และปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการมีสุขภาพที่ดี ซึ่ง Becker ได้กล่าวถึงแบบแผนความเชื่อด้าน สุขภาพว่า พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลมาจากพื้นฐานการรับรู้ ต่อสถานการณ์ที่ตนประสบ โดยพฤติกรรมจะถูก กำหนดจากค่านิยมที่บุคคลมีต่อสถานการณ์ที่ เกิดขึ้นและจากการคาดหวังว่าพฤติกรรมที่ตน กระทำจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่มุ่งหวังได้โดยการรับรู้ โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคร่วมกับการรับรู้ ความรุนแรงของโรคจะทำให้บุคคลเกิดการรับรู้การ คุกคามของโรค ซึ่งจะก่อให้เกิดแรงผลักดันให้ บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรม และเมื่อบุคคลมีการ รับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมมากกว่า การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัตินั้น ผลลัพธ์ที่ตามมา คือบุคคลจะมีพฤติกรรมป้องกันโรคเกิดขึ้น¹⁶ แสดงให้เห็นว่าความเชื่อด้านสุขภาพเป็นสิ่งจำเป็น ที่สนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สอดคล้อง กับหลายการศึกษาที่พบว่าเกิดผลลัพธ์ที่ดีทาง สุขภาพ นอกจากนี้ยังพบว่าทฤษฎีแบบแผนความ เชื่อด้านสุขภาพถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลาย โดย ส่วนใหญ่จะถูกนำไปประยุกต์ใช้ในการการป้องกัน การเกิดโรคต่างๆ ทั้งโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ เรื้อรัง ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นทั้งกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิด โรคและกลุ่มป่วยที่เป็นโรค หรือใช้สนับสนุนให้เกิด พฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งส่วนใหญ่ผลการศึกษาพบว่า ทฤษฎีนี้สามารถช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรม สุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น ผู้วิจัยจึง เลือกใช้ทฤษฎีนี้เพื่อเป็นกรอบแนวคิดในการ วางแผนและสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรม สุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม นำสู่การศึกษาวิจัย ในครั้งนี้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริม พฤติกรรมดูแลสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมของ ไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3a โรงพยาบาล โพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3a ที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง กลุ่มงาน บริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลโพนสวรรค์ โดยกำหนดคุณลักษณะดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครวิจัยเข้าร่วม โครงการ (Inclusion criteria) ประกอบด้วย 1) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรค ไตเรื้อรังระยะที่ 1-3a 2) อายุ 20 ปีขึ้นไป 3) ผู้ป่วยที่มีภูมิลำเนาอาศัยในเขตตำบลโพนสวรรค์ และกำลังรักษาอย่างต่อเนื่องที่คลินิกโรคเรื้อรัง กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลโพนสวรรค์ 4) สามารถสื่อสารและ เข้าใจภาษาไทยได้ดี 5) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ 6) สมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการ วิจัย

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากบัญชีรายชื่อ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3a ซึ่งมีคุณสมบัติตาม เกณฑ์ที่กำหนด และดำเนินการคัดเลือกกลุ่ม ตัวอย่างโดยการ ใช้หลักความน่าจะเป็น (Probability sample) โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบ แบ่งชั้นภูมิ (Stratified random sampling) และการเลือกสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย (simple random sampling) จากนั้นสุ่มกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย โรคไตเรื้อรังแต่ละระยะโดยการจัดสรรตัวอย่างตาม สัดส่วน (Proportional allocation) เพื่อให้ได้ จำนวนผู้ป่วยแต่ละระยะที่เหมาะสม สำหรับขนาด ของกลุ่มตัวอย่างได้จากการคำนวณจากสูตรสำหรับ การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยในการทดลอง โดยคำนวณ จากผลการวิจัยของขวัญเรือน แก่นทอง¹⁷

จากการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้ เท่ากับ 36 คน และเพื่อป้องกันการสูญหาย (drop out) ผู้วิจัยจึงปรับขนาดของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้ เป็น จำนวน 40 คน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคไต เรื้อรังระยะที่ 1-3a เพื่อให้ได้จำนวนผู้ป่วยแต่ละ ระยะในจำนวนที่เหมาะสมจะใช้วิธีการสุ่มตัวอย่าง โดยการ จัดสรรตัวอย่างตามสัดส่วน (Proportional

allocation) โดยคิดเทียบตามหลักเทียบ
บัญญัติไตรยางศ์หรืออัตราส่วน ดังนั้น ขนาดของ
กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นจำนวน 40 คน
โดยเป็นผู้ป่วยระยะที่ 1 จำนวน 15 คน, เป็นผู้ป่วย
ระยะที่ 2 จำนวน 20 คน และเป็นผู้ป่วยระยะที่ 3
จำนวน 5 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
ประกอบด้วย

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 1
แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับคุณลักษณะ
ประชากร จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา
สถานภาพ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ของ
ครอบครัว ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง สิทธิ
การรักษา ประวัติโรคไตของบุคคลในครอบครัว
การเคยได้รับความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง การมารับ
การตรวจตามนัด และส่วนที่ 2 ข้อมูลสุขภาพ
จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย
ระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต
ระดับไขมันในเลือด และอัตราการกรองของไต
(eGFRs)

แบบประเมินการรับรู้ตามแบบแผนความ
เชื่อด้านสุขภาพ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวน
วรรณกรรม เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
จำนวน 24 ข้อ มีลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตรา
ส่วนประเมินค่า (rating scale) 5 ระดับ กำหนดให้
เลือกตอบได้ 5 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็น
ด้วย ไม่แน่ใจ/ไม่ทราบ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย
อย่างยิ่ง

แบบสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อ
ชะลอการเสื่อมของไต ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการ
ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
ครอบคลุมการปฏิบัติตนเพื่อชะลอการเสื่อมของไต
2 ด้าน คือ 1) พฤติกรรมการควบคุมภาวะโรคเพื่อ
ชะลอการเสื่อมของไต ประกอบด้วย การควบคุม
ระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือด การควบคุมอาหาร
การควบคุมระดับความดันโลหิตสูง การควบคุม

ระดับ cholesterol ในเลือด การควบคุมน้ำหนัก
ให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน การควบคุมภาวะโปรตีน
รั่วในปัสสาวะ และการมาตรวจตามนัด และ 2)
พฤติกรรมต่างๆ ไปในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงเพื่อ
ชะลอการเสื่อมของไต ประกอบด้วย การออกกำลังกาย
และการพักผ่อน การจัดการกับความเครียด
การควบคุมน้ำดื่ม การหลีกเลี่ยงการกลั้นปัสสาวะ
เป็นเวลานานๆ การรักษาความสะอาดของร่างกาย
การหลีกเลี่ยงการติดเชื้อ การสังเกตอาการผิดปกติ
ที่ควรมาพบแพทย์ การหลีกเลี่ยงสารเสพติด การ
หลีกเลี่ยงกลุ่มยาที่อาจมีผลต่อไต และการไม่
หลงเชื่อคำโฆษณา ข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ
ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราประเมินค่า
(rating scale) กำหนดให้เลือกตอบได้ 4 ตัวเลือก
คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติ
บางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย
โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
เพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
ระยะที่ 1-3a โรงพยาบาลโพธิ์สวรรค์ จังหวัด
นครพนม ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวน
วรรณกรรมทั้งจากตำรา เอกสารและงานวิจัยที่
เกี่ยวข้อง โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดแบบแผน
ความเชื่อด้านสุขภาพ (Rosenstock) ในการ
ออกแบบกิจกรรม ซึ่งประกอบด้วยส่งเสริมการ
รับรู้ใน 6 ด้าน คือ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการ
เกิดโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย 2) การรับรู้ความ
รุนแรงของการเกิดโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายและ
ภาวะแทรกซ้อนของโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย 3)
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติในการป้องกันเพื่อ
ชะลอการเสื่อมของไต 4) การรับรู้อุปสรรคของการ
ปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไต 5) การรับรู้สิ่ง
ชักนำให้เกิดการปฏิบัติ และ 6) การรับรู้
ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอ
การเสื่อมของไต โดยมีการสนับสนุนการรับรู้
ความสามารถของตนเองจาก 4 แหล่งเรียนรู้ ได้แก่
ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จของตนเอง การ
สังเกตและเรียนรู้จากต้นแบบ การชักจูงโดยใช้

คำพูดและการกระตุ้นทางอารมณ์ องค์ความรู้ที่นำมาพัฒนาเป็นกิจกรรมในโปรแกรมมาจากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบ โปรแกรมใช้ระยะเวลาทั้งหมด 12 สัปดาห์ 6 กิจกรรมซึ่งกิจกรรมมีลักษณะเป็นการดำเนินการรายบุคคลและแบบกลุ่มย่อย จำนวน 2 ครั้ง ที่คลินิกโรคเรื้อรัง กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม และมีการโทรศัพท์ติดตามหรือเยี่ยมบ้านอย่างน้อย 2 ครั้ง เพื่อให้การดำเนินกิจกรรมมีประสิทธิภาพมากที่สุด สื่อที่ใช้คือ คู่มือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อม และเครื่องมือสนับสนุนการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

การสร้างและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงในเนื้อหา (Content Validity) ของเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน ซึ่งได้เท่ากับ 0.93 โดยค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบประเมินการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้เท่ากับ 0.78 และแบบสอบถามพฤติกรรมการชะลอการเสื่อมของไตได้เท่ากับ 0.82

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ผู้ศึกษาทำหนังสือขออนุญาต ทำการศึกษาต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพสวรรณ จังหวัดนครพนม เพื่อขออนุญาตดำเนินการศึกษา ภายหลังได้รับอนุมัติแล้ว ผู้ศึกษาขออนุญาตเข้าชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการศึกษา และการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อขอความร่วมมือในการให้ความอนุเคราะห์ อำนวยความสะดวกทั้งในเรื่องสถานที่และการประสานอาสาสมัครผู้เข้าร่วมการวิจัย

2. ผู้ศึกษาทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งดูจากทะเบียนประวัติของผู้ป่วยเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3a ที่เข้ารับการตรวจรักษาในคลินิกโรคเรื้อรัง

3. ผู้ศึกษาแนะนำตัวกับผู้ป่วยขณะที่ผู้ป่วยรอการตรวจหรือภายหลังที่ได้รับการตรวจแล้ว เพื่อขอความร่วมมือและขอความสมัครใจในการสัมภาษณ์และการเข้าร่วมการศึกษาทดลอง โดยอธิบายให้ผู้เข้าร่วมทดลองทราบถึงเรื่องวัตถุประสงค์ของการศึกษา พร้อมทั้งแจ้งการพิทักษ์สิทธิให้ทราบถึงความสามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษาคั้งนี้และผลกระทบต่างๆ ในการเข้าร่วมรวมถึงการรักษาความลับ และการนำเสนอผลการศึกษาเป็นภาพรวม และเมื่อผู้เข้าร่วมการศึกษามีความสมัครใจเข้าร่วมการศึกษาโดยการลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการจึงดำเนินการนัดในการเข้าร่วมการทดลองในอีก 2 สัปดาห์ต่อไปที่คลินิกโรคเรื้อรัง

4. การดำเนินการศึกษา ตามกิจกรรมที่กำหนดในโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3a โรงพยาบาลโพสวรรณ จังหวัดนครพนม

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ประกอบด้วยข้อมูลจากแบบสอบถาม 2 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางด้านสุขภาพ โดยคำนวณหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย หาค่ากลางและค่ากระจายตัว และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ค่าคะแนนการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ค่าคะแนนพฤติกรรมปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไต และผลลัพธ์ทางคลินิก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) โดยคำนวณหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. การทดสอบความแตกต่าง เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ค่าคะแนนพฤติกรรมปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไต และผลลัพธ์ทางคลินิก ก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้

สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) โดยใช้สถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมในการวิจัย

งานวิจัยนี้ ดำเนินการตามหลักเกณฑ์คำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) คือ กฎการคำนึงถึงสิทธิประโยชน์ (principle of beneficence) กฎของการเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (principle of respect for person) และการคำนึงถึงความยุติธรรม (principle of justice) ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ จังหวัดนครพนม เลขที่โครงการวิจัย REC 019/66 วันที่ 19 พฤษภาคม 2566

ผลการศึกษา

1. การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3a ผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3a ของกลุ่มตัวอย่างโดยภาพรวมก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}=59.05$, S.D.=3.09) หลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}=87.03$, S.D.=2.75) และเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างพบว่าหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3a มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วย

โรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3a ก่อนและหลังเข้าร่วมวิจัย (n=40)

ข้อมูล	ก่อนทดลอง (n=40)			หลังทดลอง (n=40)			t	df	P-value
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ			
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย	14.73	1.72	ปานกลาง	21.93	0.97	สูง	-25.50	39	.000
2. การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย	15.40	1.24	ปานกลาง	22.10	1.26	สูง	-24.74	39	.000
3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย	14.18	1.38	ปานกลาง	21.48	1.13	สูง	-32.99	39	.000
4. การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย	14.75	1.35	ปานกลาง	21.53	1.26	สูง	-25.87	39	.000
การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยภาพรวม	59.05	3.09	ปานกลาง	87.03	2.75	สูง	-48.79	39	.000

2. พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3a ผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3a ของกลุ่มตัวอย่างโดยภาพรวมก่อนการทดลองอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 91.05$, S.D.=6.35) หลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3a ของ

กลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 114.50$, S.D.=3.22) และเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3a ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3a มากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3a (n=40)

ข้อมูล	ก่อนทดลอง(n=40)			หลังทดลอง(n=40)			t	df	P-value
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ			
พฤติกรรม	91.05	6.35	สูง	114.50	3.22	สูง	-28.67	39	0.000

3. ผลลัพธ์ทางคลินิก ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย (BMI) ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ความดันโลหิต อัตราการกรองของไต (eGFRs) ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3a หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($\bar{x} = 21.28$,

S.D.=1.21; $\bar{x} = 23.57$, S.D.=1.60; $\bar{x} = 7.01$, S.D.=0.53; $\bar{x} = 8.97$, S.D.=1.47; $\bar{x} = 123.65/75.70$, S.D.=8.84/4.62; $\bar{x} = 144.68/92.48$, S.D.=11.65/5.65; $\bar{x} = 129.60$, S.D.=20.47; $\bar{x} = 202./25$, S.D.=39.82; $\bar{x} = 86.25$, S.D.=6.91; $\bar{x} = 73.03$, S.D.=8.89 ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย (BMI) ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ความดันโลหิต และ eGFRs ของกลุ่มตัวอย่าง (n=40)

ข้อมูล	ก่อนทดลอง (n=40)		หลังทดลอง (n=40)		t	df	P-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.			
ดัชนีมวลกาย (BMI)	23.57	1.60	21.28	1.21	12.16	39	0.000
น้ำตาลสะสมในเลือด	8.94	1.47	7.01	0.53	9.58	39	0.000
ความดันโลหิต Systolic	144.68	11.65	123.65	8.84	10.56	39	0.000
ความดันโลหิต Diastolic	92.48	5.65	75.70	4.62	13.32	39	0.000
ระดับไขมันในเลือด	202.25	39.82	129.60	20.47	10.78	39	0.000
อัตราการกรองของไต	73.03	8.89	86.25	6.91	-12.37	39	0.000

สรุปและการอภิปรายผล

1. การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3a ผล

การศึกษาพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ระยะที่ 1-3a มากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังการศึกษาขวัญเรือน แก่นของ พบว่า กลุ่มทดลองภายหลังการทดลองมีค่าคะแนนการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05¹⁷

2. พฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคไตจากเบาหวานของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3a จากผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างพบว่าหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3a มากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของขวัญเรือน แก่นของ พบว่า กลุ่มทดลองภายหลังการทดลองมีค่าคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไตสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05¹⁷

2.3 ผลลัพธ์ทางคลินิก ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย (BMI) ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ความดันโลหิต อัตราการและอัตราการกรองของไต (eGFRs) ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3a หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางคลินิกดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($\bar{x} = 21.28$, S.D.=1. 21; $\bar{x} = 23.57$, S.D.=1. 60; $\bar{x} = 7.01$, S.D.=0. 53; $\bar{x} = 8.97$, S.D.=1. 47; $\bar{x} = 123.65/75.70$, S.D.=8. 84/ 4.62; $\bar{x} = 144.68/92.48$, S.D.=11. 65/ 5.65; $\bar{x} = 129.60$, S.D.=20.47; $\bar{x} = 202./25$, S.D.=39.82; $\bar{x} = 86.25$, S.D.=6.91; $\bar{x} = 73.03$, S.D.=8.89 ตามลำดับ) ดังการศึกษาของวชิราภรณ์ แสงเลิศ. (2564). พบว่าหลังการทดลองระดับความมั่นใจในการปรับนิสัยของตนเอง พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หวาน มัน เค็ม และค่าอัตราการกรองไต (eGFR) ดีกว่าก่อนการทดลอง¹⁸ และการศึกษาของอัมพร จันทชาติ, มาลี มีแป้น และเพ็ญศรี จาปประไพ พบว่าตัวชี้วัดทาง

คลินิก ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง, ระดับ HbA1c, ระดับครีเอตินิน และอัตราการกรองของไตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนค่าความดันโลหิตซิสโตลิก ไดแอสโตลิก และค่าดัชนีมวลกายไม่แตกต่างกัน¹⁹

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการบริการพยาบาล โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3a โรงพยาบาลโพสวรรณ จังหวัดนครพนม สามารถนำรูปแบบไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่มีความคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่าง โดยออกแบบการพยาบาลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละบุคคล เน้นการสนับสนุนการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมในการดูแลตนเองในการป้องกันการเกิดโรคหรือลดความเสี่ยง ความรุนแรงของโรคและผลกระทบต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น

2. ด้านการศึกษาวิจัย ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบโดยกำหนดกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3a โรงพยาบาลโพสวรรณ จังหวัดนครพนม

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ บุคลากรทีมสุขภาพ ตลอดจนผู้ร่วมงานที่ให้ความร่วมมือ ให้ความสะดวกในการพัฒนาแนวปฏิบัติ การเก็บรวบรวมข้อมูล และที่สำคัญยิ่งขอขอบคุณที่เสียสละเวลาในการทำงานเพิ่มขึ้นระหว่างที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ และขอขอบคุณผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. วุฒิเดช โอภาสเจริญสุข. (2550). โรคไตจากเบาหวาน (Diabetic Nephropathy). ใน สมชาย เอี่ยมกลาง, เกรียง ตั้งสง่า, และเกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์ (บรรณาธิการ). โรคไต กลไก พยาธิสรีรวิทยา การรักษา. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น.
2. วุฒิเดช โอภาสเจริญสุข. (2550). โรคไตจากเบาหวาน (Diabetic Nephropathy). ใน สมชาย เอี่ยมกลาง, เกรียง ตั้งสง่า, และเกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์ (บรรณาธิการ). โรคไต กลไก พยาธิสรีรวิทยา การรักษา. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น.
3. Richard, C.L. (2006). Self-care management in adult undergoing hemodialysis. Nephrology Nursing Journal, 33(4), 387-392.
4. ลักขณา ซอบเสียง (2558). การจัดการตนเองและครอบครัวผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. วารสารการพยาบาลการสาธารณสุขและการศึกษา, 16(3). 2-12.
5. นุสรา วิโรจนกัญ. (2560). ผลของโปรแกรมการพัฒนาคความรู้ การจัดการตนเองและการมีส่วนร่วม ของ ผู้ดูแลต่อระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดและการชะลอความเสื่อมของไต ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11. 31(1), 41-48.
6. คัทลียา อุดติ, & ณัฐนิช จันทจิรโกวิท. (2550). ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการขจัดของเสียทางเยื่อบุช่องท้องต่อเนื่อง. สงขลา นครินทร์เวชสาร, 25(3), 171-177.
7. NKF/DOQI, National Kidney Foundation. (2002). Clinical practice guidelines for definition and classification of stages of chronic kidney disease: Guideline 1, 2 and 3. American Journal of Kidney Disease, 39(1), S46 –S75.
8. National Kidney Foundation. (2012). K/ DOQI: Evaluation, classification, and stratification. American Journal of Kidney Disease, 32(2 Suppl. 1), s1-s266.
9. อัมพร ขอฐานานุกิตต์. (2551). บทบาทของพยาบาลกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. Journal Nursing Science, 26(2-3), 33-42.
10. Curtin, R. B., Mapes, D., Schatell, D., & Hudson, S. B. (2005). Self-management in patients with end stage renal disease : Exploring domains and dimensions. Nephrology Nursing Journal, 32(4), 389–394.
11. สุจิตรา ล้อมอำนาจลาภ, & ชวนพิศ ทำนอง. (2551). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต. ขอนแก่น: ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
12. นุสรา วิโรจนกัญ. (2560). ผลของโปรแกรมการพัฒนาคความรู้ การจัดการตนเองและการมีส่วนร่วม ของ ผู้ดูแลต่อระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดและการชะลอความเสื่อมของไต ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11. 31(1), 41-48.
13. มยุรา อินทรบุตร, & เบญจา มุกตพันธ์. (2550). การรับรู้และการปฏิบัติด้านการควบคุมอาหารของผู้ป่วย โรคเบาหวาน ประเภทที่ 2. ศรีนครินทร์เวชสาร, 22(3), 283-290.
14. เกจุรีย์ พันธุ์เขียน. (2549). พฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในศูนย์สุขภาพชุมชน ตำบลสนนมาเมือง อำเภอสนทราย จังหวัดเชียงใหม่. การศึกษาอิสระปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

15. ขนิษฐา นันทบุตร และคณะ. (2550). การศึกษาแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในระบบหลักประกันสุขภาพชุมชนระหว่างกองทุนภาคีรัฐ องค์การบริหารส่วนตำบลและกองทุนสุขภาพชุมชน กรณีศึกษา ตำบลบุงคำ อำเภอลำดัก จังหวัดเพชรบูรณ์. วารสารสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 10(1), 37-49.
16. Becker, M.H. (1974). The health belief model and sick role behavior. In The Health Belief Model and Personal Health Behavior. Thorofare, New Jersey: CharlesB. Slack.
17. ขวัญเรือน แก่นทอง. (2561). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมของไต. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น
18. วชิราภรณ์ แสงเลิศ. (2564). ผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคต่อการชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 โรงพยาบาลศรีบุญเรือง. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 6(4). 28-35
19. อัมพร จันทชาติ, มาลี มีแป้น และ เพ็ญศรี จาประไพ. (2560). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 3 โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเอง. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย, 7(3), 280-291.