

การพัฒนาระบบการให้ความรู้ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 และผู้ดูแล
ในการป้องกันการเกิดโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม
Developing of health education process for patients with chronic kidney
disease stage 1-3 and caregivers to prevent end stage renal disease at Nakae
Hospital, Nakhon Phanom

วราลี วงศ์ศรีชา

Waralee Wongsricha

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม

Advanced Nurse Practitioner, Na Kae Hospital Nakhon Phanom Province

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงปฏิบัติการในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของการพัฒนาระบบการให้ความรู้ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 และผู้ดูแล ในการป้องกันโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย กลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่ม เปรียบเทียบก่อนและหลัง ประชากร/กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 จำนวน 30 คน 2. ผู้ดูแล จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้มี 2 ส่วน ส่วนที่ 1 เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีแบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยและผู้ดูแล ส่วนที่ 2 เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย ชุดกระบวนการให้ความรู้ ผู้ป่วยและผู้ดูแล การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, พฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยและการดูแลของผู้ดูแล ใช้ค่าเฉลี่ย เปรียบเทียบก่อน - หลังการศึกษาด้วยสถิติ Dependent pair t-test และค่าการ ทำงานของไตในผู้ป่วยไตเรื้อรัง ใช้ค่าเฉลี่ยในการเปรียบเทียบผล ก่อนการศึกษา ระหว่างการศึกษา และหลัง การศึกษา

ผลการศึกษาพบว่า ในด้านความรู้ คะแนนความรู้ในผู้ป่วยและผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่าง ภาพรวมหลัง การศึกษา มีค่าสถิติสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (P value < 0.05) ในด้านพฤติกรรมสุขภาพ คะแนนพฤติกรรมใน ผู้ป่วยและผู้ดูแล ภาพรวมทั้ง 3 ด้าน (อาหาร, ออกกำลังกาย, การรักษาและการใช้ยา) มีค่าคะแนนด้าน พฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยและพฤติกรรมดูแลจากผู้ดูแล มีค่าสถิติสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (P value < 0.05) เช่นกัน และในด้านดัชนีชี้วัดสุขภาพ ค่าการทำงานของไตในผู้ป่วย หลังการศึกษาพบว่า ก่อนการศึกษามี ค่าเฉลี่ยการทำงานของไต Serum Creatinine/eGFR 1.21/48.3 ระหว่างการศึกษาเพิ่มขึ้นเป็น 1.14/51.4 และหลังการศึกษามีค่าเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็น 1.07/55.8

คำสำคัญ: โรคไตเรื้อรัง, ผู้ดูแล, การป้องกันโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย, กระบวนการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง ระยะสุดท้าย

Abstract

This action research were to develop and study the effects of health education process for patients with chronic kidney disease (CKD) stage 1-3 and caregivers to prevent end stage renal disease (ESRD). One sample pre-posttest design was applied for the study. There were 30 patients with CKD stage 1-3 and 30 caregivers. The instruments consisted of 2 parts including; 1) the questionnaires for collecting data included general questionnaires and health behaviors of patients and caregivers, and 2) a research program included the health education process for patients and caregivers. Descriptive statistics; frequency, percentage, mean and standard deviation, were used for general data analysis. Comparing health behaviors of patients and caregiver pre-posttest study by using dependent t-test. Mean was used to analyze serum creatinine/eGFR during pretest, ongoing processs, and posttest.

The research result revealed that the knowledge of patients and caregivers after attending health education process increased significantly at the level of .05. Health behaviors of patients and caregivers; nutrition, exercise, treatment and medication taking, also increased significantly at the level of .05. In addition, the serum creatinine/eGFR before obtaining program, ongoing process, and complete program were 1.21/48.3, 1.14/51.4, and 1.07/55.8 respectively.

Key words: kidney disease, caregivers, prevent end stage renal disease, prevention of health education process for end stage renal disease.

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease, CKD) เป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด ค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงมาก เมื่อการดำเนินโรคเข้าสู่ระยะสุดท้าย (End Stage Renal Disease, ESRD) ซึ่งจำเป็นต้องรักษาโดยวิธีการบำบัดทดแทนไต เนื่องจากโรคไตเรื้อรัง เป็นภาวะที่มีการทำลายไต นานกว่า 3 เดือน ส่งผลให้ไตทำงานผิดปกติ โดยแบ่งออกเป็น 5 ระยะดังนี้ ระยะที่ 1 เป็นระยะที่เนื้อไตเริ่มถูกทำลาย ค่าการกรองไตยังปกติมีค่าเกิน 90 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นผิวร่างกาย 1.73 ตารางเมตร ระยะที่ 2 เป็นระยะที่เนื้อไตเริ่มถูกทำลายมากขึ้น มีค่าการกรองของไตลดลงเล็กน้อย

60-89 แต่ยังไม่ถึงเกณฑ์ที่จะเรียกว่าภาวะโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 3 การทำงานของไตลดลงปานกลาง มีค่าการกรองของไต 30-59 นับตั้งแต่ระยะนี้เรียกว่า ภาวะโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 4 การทำงานของไตลดลงมาก ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงมากขึ้น เช่น ชีตอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ความดันโลหิตสูง ค่าการกรองของไต 15-29 ระยะที่ 5 เข้าสู่ภาวะสุดท้ายของไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ร่างกายไม่อยู่ในภาวะสมดุล การกรองของไตต่ำกว่า 15 ต้องได้รับการรักษาโดยการบำบัดทดแทนไต โดยมีอยู่ 3 วิธี คือ 1.การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 2. ล้างไตทางช่องท้อง 3. การปลูกถ่ายไต

เป้าหมายของการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ไม่ใช่เพียงแต่รักษาไปตามอาการเท่านั้น เนื่องจากปัญหาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว และประเทศชาติ ดังนั้นการป้องกัน การดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่ยังไม่อยู่ในระยะที่รุนแรง เพื่อลดความรุนแรงในอนาคต จึงเป็นสิ่งสำคัญ โดยเริ่มตั้งแต่การป้องกันในกลุ่มที่เป็นโรคไตเรื้อรัง แต่ภาวะของโรคยังไม่รุนแรง เช่น ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 หากมีการควบคุมและป้องกันโรคในระยะนี้ได้ ผู้ป่วยก็ไม่ต้องถึงระยะรุนแรงที่ต้องบำบัดทดแทนไต จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมและป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายในผู้ป่วยระยะ 1-3 นั้น ผู้ป่วยต้องมีความรู้ ความเข้าใจ รวมทั้งมีพฤติกรรมในการควบคุมตัวโรคที่ถูกต้อง หากบุคคลขาดความรู้ความเข้าใจ

มีเจตคติและความเชื่อที่ผิด ก็ จะนำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ดังนั้นการที่จะป้องกันผู้ป่วยไตเรื้อรังในระยะที่ 1-3 นี้ไม่ให้พัฒนาไปเป็นระยะสุดท้ายที่ 4-5 ได้ จึงต้องมีการพัฒนาให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ และมีพฤติกรรม ในการควบคุมโรคทั้ง 3 ประเด็นนี้ โดยจะต้องมีการพัฒนาสิ่งที่เกี่ยวข้อง คือ 1. ตัวผู้ป่วยเอง 2. ผู้ดูแล และ 3. ระบบการดูแล ที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ และมีพฤติกรรมในการควบคุมโรค จนสามารถป้องกันโรคระยะที่รุนแรงได้

ในบริบทโรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม ในปี 2558-2560 พบผู้ป่วยโรคไตระยะที่ 4 107,114,184 ระยะที่ 5 35,49,59 คน ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น ทั้งที่มีการดูแลผู้ป่วยทั้งรายกลุ่ม-บุคคล-ต่อเนื่องที่บ้าน จากการสอบถามผู้ป่วย/ผู้ดูแลในระยะที่ 4-5 พบว่าไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคและการควบคุมทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาและพัฒนากระบวนการ

ให้ความรู้ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 และผู้ดูแล เพื่อป้องกันไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย รพ.นาแก จ.นครพนมขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนากระบวนการให้ความรู้ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 และผู้ดูแลในการป้องกันโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย
2. เพื่อศึกษาผลการพัฒนากระบวนการให้ความรู้ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 และผู้ดูแลในการป้องกันโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

วิธีดำเนินการวิจัย

วิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) กลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่ม เปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา โดยวัตถุประสงค์โดยวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนากระบวนการให้ความรู้และศึกษาผลของการให้ความรู้ผู้ป่วยผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 และผู้ดูแล เพื่อป้องกันการเกิดโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย รพ.นาแก จ.นครพนม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรของการศึกษาค้างนี้คือผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 และผู้ดูแล

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างของการศึกษาค้างนี้คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 และผู้ดูแลในเขตอ.นาแก

จ.นครพนม เป็นผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 จำนวน 30 คน ผู้ดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 จำนวน 30 คน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง(ผู้ป่วย)ได้มาจากวิธีสุ่มตัวอย่างโดยใช้หลักความน่าจะเป็น (Probability sample) ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยผู้วิจัยได้กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้คือ

เกณฑ์การคัดเข้าในกลุ่มผู้ป่วย
(Inclusion criteria) 1.) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 และมีญาติผู้ดูแล 2.) ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย 3.) มีสติสัมปชัญญะ/อ่านออกเขียนได้ 4.) อาศัยอยู่ในเขตอำเภอนาแก จังหวัดนครพนม

เกณฑ์การคัดออกในกลุ่มผู้ป่วย
(Exclusion criteria) 1.) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 อาศัยอยู่คนเดียวไม่มีญาติหรือผู้ดูแล 2.) มีค่าอัตราการกรองของไตอยู่ในระยะ 1-3 แต่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ที่แน่นอน 3.) มีญาติหรือผู้ดูแลแต่ไม่ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย 4.) ไม่สามารถอ่านออกเขียนได้ 5.) อาศัยอยู่นอกเขตอำเภอนาแก 6.) ไม่สามารถร่วมโครงการวิจัยได้จนถึงสิ้นสุดกระบวนการ

เกณฑ์การคัดเข้าในกลุ่มผู้ดูแล
(Inclusion criteria) 1.) เป็นญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 2.) ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย 3.) มีสติสัมปชัญญะ/อ่านออกเขียนได้ 4.) อาศัยอยู่ในเขตอำเภอนาแก

เกณฑ์การคัดออกในกลุ่มผู้ดูแล
(Exclusion criteria) 1.) ไม่ใช่ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 2.) ไม่ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย 3.) ไม่สามารถอ่านออกเขียนได้ 4.) อาศัยอยู่นอกเขตอำเภอนาแก 5.) ไม่สามารถร่วมโครงการได้จนถึงสิ้นสุดกระบวนการ

เครื่องมือ ที่ใช้ในการศึกษามี 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล
1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบสอบถามข้อมูลด้านสุขภาพ สำหรับสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล
2) แบบประเมินความรู้ สำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล
แบบประเมินความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง 3) แบบ

ประเมินพฤติกรรม สำหรับผู้ป่วยสำหรับผู้ดูแลและผู้ดูแล

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา เป็นชุดกระบวนการให้ความรู้ มี 2 ด้าน ดังนี้

1. ด้านการส่งเสริมผู้ป่วย

- ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและการปฏิบัติตัว

- ความรู้เกี่ยวกับโรคหลัก(เบาหวาน/ความดันโลหิตสูง/อื่นๆ) และการควบคุมโรค

- ชุดฝึกทักษะการเลือกเมนูอาหาร, การส่งเสริม/แนะนำด้านการออกกำลังกาย

- การรักษา/การใช้ยาที่ถูกต้อง-เหมาะสม

- การฝึกการควบคุมอารมณ์/ความเครียด, การแนะนำการเลิก ดอง ดูปัญหรี/สุรา

- จัดกลุ่ม SHG, ติดตามเยี่ยม/ติดตามปัญหารายบุคคล/หาแนวทางแก้ไขที่เหมาะสม

2. ด้านการส่งเสริมผู้ดูแล

- ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและการปฏิบัติตัว/การดูแล

- ความรู้เกี่ยวกับโรคหลัก(เบาหวาน/ความดันโลหิตสูง/อื่นๆ)การควบคุมโรค

- ชุดฝึกทักษะการเลือกเมนูอาหาร/การเลือกอาหารให้ผู้ป่วย/การรักษา-การใช้ยา

- ติดตามเยี่ยมบ้าน/ติดตามปัญหาการดูแลเป็นระยะ(รายบุคคล)

ขั้นตอนการศึกษาวิจัย

ก่อนการศึกษาวิจัย เตรียมผู้ป่วยและผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่าง เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการศึกษาวิจัย โดยการประเมินภาวะสุขภาพเบื้องต้น สอบถามข้อมูลตามชุดแบบสอบถาม

ระหว่างการศึกษาวิจัย ดำเนินการ ศึกษาวิจัยตามชุดกิจกรรมสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล และเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างการศึกษาวิจัย เช่น การประเมินผลดัชนีชี้วัดโรคไตเรื้อรังระหว่าง การดำเนินการ ในรอบ 3 เดือน

หลังการศึกษาวิจัย ประเมินผล/สรุปผล/ เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการวิจัยสำหรับผู้ป่วยและ ผู้ดูแล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา(content validity) ตรวจสอบเนื้อหา สาระ จากผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน และ ตรวจสอบ ความ เชื่อ มั่น (reliability) แบบสอบถามพฤติกรรมความรู้และพฤติกรรมของ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและผู้ดูแล ได้ค่าเท่ากับ 0.89

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ โปรแกรมสำเร็จรูป โดยมีรายละเอียดดังนี้ 1) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ด้วยสถิติเชิงพรรณนาแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) วิเคราะห์ข้อมูลการทำงานของไต ผู้ป่วยไตเรื้อรัง โดยใช้ค่าเฉลี่ย เปรียบเทียบก่อน ระหว่าง และหลังการวิจัย 3) ข้อมูลความรู้/ พฤติกรรมผู้ป่วย/ผู้ดูแล ใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Dependent pair t-test

การขอจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาการทำวิจัยในมนุษย์

ผู้วิจัยได้นำเสนอเค้าโครงการวิจัยแก่ คณะกรรมการจริยธรรม สำนักงานสาธารณสุข จ. นครพนม ได้รับอนุมัติในวันที่ 7 ก.ย.2561 จึงได้ ดำเนินการศึกษาต่อไป

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่ม ตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจำนวน 30 คน และผู้ดูแล จำนวน 30 คน ในกลุ่มผู้ป่วย พบว่า เพศชายและ เพศหญิงมีสัดส่วนใกล้เคียงกัน ส่วนใหญ่เป็นเพศ หญิง ร้อยละ 53.33 เพศชาย ร้อยละ 46.67 มีอายุ เฉลี่ย 61 ปี(ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9) เมื่อจัด กลุ่มอายุเป็น 5 กลุ่ม พบว่า มากที่สุดอยู่ในกลุ่ม อายุ 60-69 ปีร้อยละ 33.33 มีอาชีพ เกษตรกร/ ทำนา มากที่สุด ร้อยละ 70.00 มีรายได้ครอบครัว/ เดือน 1,001–5,000 เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 43.33 การศึกษาส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษาร้อยละ 96.67 มีระดับมัธยมศึกษา เพียงร้อยละ 3.33 ใน กลุ่มผู้ดูแลพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 66.67 มีอายุเฉลี่ย 48 ปี(ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.92)เมื่อจัดกลุ่มอายุเป็น 5 กลุ่ม พบมากที่สุดอยู่ในกลุ่มอายุ 40-49 ปีร้อยละ 40 มีอาชีพเกษตรกร/ ทำนามากที่สุดร้อยละ 56.67 มีรายได้ครอบครัว/ เดือน1,001–5,000 เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 56.67 การศึกษาส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษาร้อยละ 56.67 มีระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 43.33

2. ข้อมูลทั่วไปด้านสุขภาพกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลทั่วไปด้านสุขภาพกลุ่มตัวอย่าง ในกลุ่ม ผู้ป่วย พบว่า ประวัติการเจ็บป่วย/โรคประจำตัว เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน มี สัดส่วนเท่าๆกัน คือ โรคเบาหวานและความดัน โลหิตสูง ร้อยละ 53.33 รองลงมา เป็นโรคหัวใจ ร้อยละ 6.67 ระยะเวลาการเจ็บป่วย ส่วนใหญ่อยู่ ระหว่าง 5-9 ปี ค่าเฉลี่ย 5.4 ปี(ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน 1.83) ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว พบว่า ประวัติการเจ็บป่วย/โรคประจำตัว โรค ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน มีสัดส่วนเท่าๆกัน คือ โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ร้อยละ

53.33 รองลงมา เป็นโรคหัวใจและโรคไตเรื้อรัง ร้อยละ 6.67, 10.0 ตามลำดับ สิทธิการรักษา ส่วนใหญ่ ร้อยละ 100 เป็นสิทธิบัตรทอง ในผู้ดูแลพบว่าระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่โดยเฉลี่ย 5 ปี ประสพการณ์การดูแลผู้ป่วย พบว่ามีประสพการณ์ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดัน

โลหิตสูง มีสัดส่วนใกล้เคียงกัน ส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 60 มีโรคไตเรื้อรัง ร้อยละ 16.67

3. ผลการพัฒนาการให้ความรู้ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 และผู้ดูแลในการป้องกันโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการคะแนนความรู้โรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยและผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่าง (ผู้ป่วย n = 30 คน, ผู้ดูแล n = 30 คน)

คะแนนความรู้	n	x	S.D.	t	df	p-value
ผู้ป่วย						
ก่อนการพัฒนา	30	8.27	1.39	-16.19	29	.000
หลังการพัฒนา	30	13.40	0.93			
ผู้ดูแล						
ก่อนการพัฒนา	30	9.27	1.08	-20.55	29	.000
หลังการพัฒนา	30	13.60	0.68			

จากตารางที่ 1 พบว่าคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง ของผู้ป่วยผู้ป่วยและผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่าง ภาพรวมในผู้ป่วย ก่อนพัฒนามีค่าเฉลี่ย 8.27 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.39 หลังพัฒนามีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 13.40 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.93 ภาพรวมในผู้ดูแล ก่อนพัฒนามีค่าเฉลี่ย 9.27 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.08

หลังพัฒนามีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 13.60 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.68 ค่าสถิติพบว่า มีค่าสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (P value < 0.05)

4. ผลการพัฒนาความรู้พฤติกรรมสุขภาพ ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรักษาและการใช้ยาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ในผู้ป่วย แยกรายด้าน

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ในผู้ป่วย ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรักษาและการใช้ยา (แยกรายด้าน) (ผู้ป่วย n = 30 คน)

คะแนนพฤติกรรมสุขภาพ		n	x	S.D.	t	df	p-value
ด้านรับประทานอาหาร	ก่อนการพัฒนา	30	35.27	7.07	-2.23	29	.034
	หลังการพัฒนา	30	37.03	5.99			
ด้านการออกกำลังกาย	ก่อนการพัฒนา	30	3.37	1.61	-0.71	29	.482

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ในผู้ป่วย ด้านการ
รับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรักษาและการใช้ยา (แยกรายด้าน) (ผู้ป่วย n = 30 คน)

คะแนนพฤติกรรมสุขภาพ		n	x	S.D.	t	df	p-value
	หลังการพัฒนา	30	3.60	1.65			
ด้านการรักษาและการใช้ยา	ก่อนการพัฒนา	30	19.77	3.98	-3.54	29	.001
	หลังการพัฒนา	30	22.50	1.50			

จากตารางที่ 2 พบว่า ด้านรับประทานอาหาร ก่อนพัฒนามีค่าเฉลี่ย 35.27 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 7.07 หลังพัฒนามีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 37.03 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.99 เมื่อเปรียบเทียบทางสถิติพบว่า หลังพัฒนาคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านรับประทานอาหาร มีค่าสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (P value < 0.05) ด้านออกกำลังกาย ก่อนพัฒนามีค่าเฉลี่ย 3.37 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.61 หลังพัฒนามีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 3.60 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.65

เมื่อเปรียบเทียบทางสถิติพบว่า หลังพัฒนาคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านออกกำลังกาย ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (P value < 0.05) การรักษาและการใช้ยา ก่อนพัฒนามีค่าเฉลี่ย 19.77 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.98 หลังพัฒนามีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 22.50 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.50 เมื่อเปรียบเทียบทางสถิติพบว่า หลังพัฒนาคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านการรักษาและการใช้ยา มีค่าสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (P value < 0.05)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบผลการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ในผู้ป่วย ด้านการ
รับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรักษาและการใช้ยา ในภาพรวม (ผู้ป่วย n = 30 คน)

คะแนนพฤติกรรมสุขภาพ	n	x	S.D.	t	df	p-value
ก่อนการพัฒนา	30	58.40	10.97	-3.83	29	.001
หลังการพัฒนา	30	63.13	7.39			

จากตารางที่ 3 ในภาพรวม ก่อนและหลังพัฒนา พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ในผู้ป่วย ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรักษาและการใช้ยา ก่อนพัฒนามีค่าเฉลี่ย 58.40 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.97 หลังพัฒนามีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 63.13 ส่วน

เบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.39 เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่า คะแนนเฉลี่ยการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ด้านรับประทานอาหาร ออกกำลังกาย การรักษาและการใช้ยาในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 มีค่าสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (P value < 0.05)

สำหรับผู้ดูแล ผลการพัฒนาพฤติกรรม การดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ใน

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบผลการพัฒนาพฤติกรรม การดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ในผู้ดูแล
ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรักษาและการใช้ยา (แยกรายด้าน)
(ผู้ดูแล n = 30 คน)

คะแนนพฤติกรรมสุขภาพ		n	x	S.D.	t	df	p-value
ด้านรับประทานอาหาร	ก่อนการพัฒนา	30	18.30	3.81	-12.14	29	.000
	หลังการพัฒนา	30	24.63	2.08			
ด้านการออกกำลังกาย	ก่อนการพัฒนา	30	1.77	1.01	-4.32	29	.000
	หลังการพัฒนา	30	2.53	0.51			
ด้านการรักษาและการใช้ยา	ก่อนการพัฒนา	30	6.60	2.91	-2.92	29	.007
	หลังการพัฒนา	30	8.07	1.14			

จากตารางที่ 4 พบว่าในผู้ดูแล เมื่อแยก
รายด้าน การดูแลด้านรับประทานอาหาร พบว่า
ก่อนพัฒนามีค่าเฉลี่ยการดูแล 18.30 ส่วน
เบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.81 หลังพัฒนามีค่าเฉลี่ยการ
ดูแลเพิ่มขึ้นเป็น 24.63 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2.08 เปรียบเทียบทางสถิติพบว่า มีค่าสูงขึ้นอย่างมี
นัยสำคัญ(P value<0.05) ด้านออกกำลังกายก่อน
พัฒนา ค่าเฉลี่ยการดูแล 1.77 ส่วนเบี่ยงเบน
มาตรฐาน 1.01 หลังพัฒนามีค่าเฉลี่ยการดูแล

เพิ่มขึ้นเป็น 2.53 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.51
เปรียบเทียบทางสถิติพบว่า มีค่าสูงขึ้นอย่างมี
นัยสำคัญ(P value<0.05) การรักษาและการใช้ยา
ก่อนพัฒนามีค่าเฉลี่ยการดูแล 6.60 ส่วนเบี่ยงเบน
มาตรฐาน 2.91 หลังพัฒนามีค่าเฉลี่ยการดูแล
เพิ่มขึ้นเป็น 8.07 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.14
เปรียบเทียบทางสถิติพบว่า มีค่าสูงขึ้นอย่างมี
นัยสำคัญ(P value<0.05) เช่นกัน

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบผลการพัฒนาพฤติกรรม การดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ในผู้ดูแล ด้าน
การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรักษาและการใช้ยา ในภาพรวม (ผู้ดูแล n = 30 คน)

คะแนนพฤติกรรมสุขภาพ	n	x	S.D.	t-value	df	p-value
ก่อนการพัฒนา	30	26.67	6.36	-8.88	29	.000
หลังการพัฒนา	30	35.23	2.49			

จากตารางที่ 5 ในภาพรวมสำหรับผู้ดูแลพบว่าก่อนพัฒนามีค่าเฉลี่ยการดูแล 26.67 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.36 หลังพัฒนามีค่าเฉลี่ยการดูแลเพิ่มขึ้นเป็น 35.23 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.49 เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่า มีค่าเฉลี่ยการดูแลสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($P \text{ value} < 0.05$)

5. ผลลัพธ์ด้านดัชนีวัดการทำงานของไต Serum Creatinine/eGFR ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ยการทำงานของไต Serum Creatinine, eGFR ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
(ผู้ป่วย $n = 30$)

ดัชนีวัดโรคไตเรื้อรัง	ก่อนการทดลอง	ระหว่างการทดลอง	หลังการทดลอง
	ครั้งแรก	3 เดือน	6 เดือน
Serum Creatinine	1.21	1.14	1.07
eGFR	48.3	51.4	55.8

จากตารางที่ 6 พบว่า ก่อนพัฒนาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง มีค่าเฉลี่ยการทำงานของไต Serum Creatinine/eGFR เท่ากับ 1.21/48.3 ระหว่างพัฒนามีค่าเฉลี่ยการทำงานของไต เพิ่มขึ้นเป็น 1.14/51.4 และหลังพัฒนามีค่าเฉลี่ยการทำงานของไต เพิ่มขึ้นเป็น 1.07/55.8

การอภิปรายผล

ปัจจัยส่วนบุคคลกลุ่มตัวอย่าง จากผลการวิจัย ในผู้ป่วยพบว่ามีปัจจัยเข้ามาเกี่ยวข้อง และมีความสัมพันธ์กับโรคไตเรื้อรังคือ อายุ เพราะเมื่ออายุมากกว่า 60 ปี จะมีความเสี่ยงเป็น 4 เท่าไตเสื่อมจะเปลี่ยนแปลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น ด้านการประกอบอาชีพ เกษตรกร/ทำนา ซึ่งในหน้าฤดูการเกษตรหรือฤดูทำนา ภาวะเร่งรีบ การดูแลตนเองจะน้อยลง และในด้านการรักษาและการใช้ยา ก็เกิดความไม่ต่อเนื่อง ในด้านของรายได้ ครอบครัว/เดือน รายได้มีความสัมพันธ์กับการดำเนินชีวิตในด้านของความสามารถในการจัดหาอาหารที่มากขึ้น หลากหลาย มีกำลังซื้อ จึงมีส่วนสำคัญที่ต้องแนะนำ ในการควบคุมและป้องกัน

โรคไตเรื้อรัง ด้านการศึกษา เป็นสิ่งสำคัญ การเรียนรู้เรื่องการควบคุมโรคต้องมีการพัฒนากระบวนการให้ความรู้ที่เหมาะสมกับระดับการศึกษา ที่จะสามารถสื่อสารให้ผู้ป่วยเข้าใจและสามารถปฏิบัติพฤติกรรมในการควบคุมโรคไตเรื้อรังต่อไป ในด้านของผู้ดูแล ส่วนมากจะเป็นบุตรที่อาศัยอยู่ด้วยกับผู้ป่วย หรือเป็นคู่สมรสของผู้ป่วยไตเรื้อรัง หรือในผู้สูงอายุบางรายผู้ดูแลก็จะเป็นคู่สมรสเองเช่นกัน ในด้านของผู้ดูแลอายุ อาชีพ รายได้และการศึกษาเป็นสิ่งสำคัญเช่นกันที่จะทำให้ส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังได้ดีหรือไม่ ซึ่งปัจจัยส่วนบุคคลในผู้ดูแลนั้นก็มีส่วนสำคัญเพราะเกี่ยวข้องกับการรับรู้ที่จะต้องดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในทุกๆด้านเช่นกัน

ข้อมูลด้านสุขภาพกลุ่มตัวอย่าง จากการวิจัย ในผู้ป่วยพบว่า ประวัติการเจ็บป่วย/โรคประจำตัว มีความสัมพันธ์และใช้พยากรณ์โรคไตเรื้อรังได้ เช่น โรคความดันโลหิตสูง ระดับของความดันโลหิตมีผลต่อการทำหน้าที่ของไต การควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงปกติ คือระดับต่ำกว่า 130/80

มิลลิเมตรปรอท ถ้ารักษาระดับความดันโลหิตได้ดีตลอดเวลา จะช่วยให้ไตทำหน้าที่ดี แต่ถ้าระดับความดันโลหิตสูงๆ ต่ำ ไม่คงที่ ส่งผลต่อไตอย่างมาก ทำให้ไตเสื่อมเร็วกว่าปกติ ส่วนระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังในระยะ 1-3 ก็ยังมีผลต่อการควบคุมและป้องกันโรคในส่วนของความเคยชินในการดำรงชีวิตและการที่ภาวะของโรคยังไม่แสดงอาการเท่าที่ควร ทำให้ความตระหนักในการควบคุมโรคยังไม่ดี การส่งเสริมการให้ความรู้ในผู้ป่วยและผู้ดูแลจึงเป็นสิ่งสำคัญในการปฏิบัติตัวป้องกันโรคของผู้ป่วยไตเรื้อรัง ในผู้ดูแลพบว่าระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยและประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย มีส่วนสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ประสบการณ์มีผลในการดูแลผู้ป่วย และระยะเวลาก็มีผลในด้านความเคยชินจากอาการแสดงผู้ป่วยไม่ได้รวดเร็ว ความตระหนักในการดูแลผู้ป่วยของผู้ป่วยและผู้ดูแล อาจมีไม่สม่ำเสมอได้ แต่การดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรคจำเป็นที่ผู้ดูแลจะต้องมีความรู้การดูแลโดยเฉพาะ และความสม่ำเสมอ ความใส่ใจในการดูแลผู้ป่วย เป็นปัจจัยสำคัญ ที่จะเป็นตัวส่งเสริมการควบคุมและป้องกันโรคในผู้ป่วยไตเรื้อรังได้ในที่สุด

ด้านความรู้ ในผู้ป่วย ความรู้เกี่ยวกับโรคเป็นส่วนสำคัญที่ผู้ป่วยควรได้รับเพื่อได้มีความรู้และพัฒนาการโรคไต และการดูแลเพื่อเป็นแนวทางในการสร้างความตระหนักของผู้ป่วยในการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อควบคุม/ป้องกันและชะลอการเกิดโรคในระยะที่รุนแรงขึ้นได้ **ในผู้ดูแล** การนำเอาผู้ดูแลผู้ป่วยมาส่งเสริมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง การควบคุม/ป้องกันโรค และพฤติกรรมของผู้ดูแลในการส่งเสริมและร่วมดูแลผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการดูแลช่วยเหลือจากครอบครัว ในการให้กำลังใจ

สนับสนุน และกระตุ้นให้ผู้ป่วยปรับพฤติกรรมในด้านารรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรักษาและการใช้ยาได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น

ด้านพฤติกรรมการปฏิบัติตัว ในผู้ป่วย พบว่าด้านการรับประทานอาหาร ได้พัฒนาการให้ความรู้ทั้งรายกลุ่ม รายบุคคล และการติดตามปัญหาการปฏิบัติตัวจากการให้ความรู้เป็นระยะๆ ปรับกระบวนการไปตามปัญหาแต่ละบุคคล ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคและการปรับพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับตนเองได้ เกิดผลทำให้สามารถชะลอความรุนแรงของโรคได้ในที่สุด ด้านออกกำลังกาย ผู้ป่วยปรับพฤติกรรมด้านออกกำลังกายที่เพิ่มขึ้นจากเดิมที่คะแนนออกกำลังกายที่น้อย แต่ก็ยังไม่สามารถทำได้มากขึ้นอย่างสม่ำเสมอ ทำให้คะแนนด้านออกกำลังกายยังมีค่าใกล้เคียงเท่าเดิมก่อนการพัฒนา จากการสอบถามปัญหาด้านออกกำลังกาย พบว่า ผู้ป่วยยังมีภาระด้านการทำงานกลับบ้านค่ำๆ ไม่มีเวลาในออกกำลังกาย และยังไม่สามารถทำได้อย่างสม่ำเสมอ ทำให้ผลทางสถิติ คะแนนเฉลี่ยการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพด้านออกกำลังกาย ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P \text{ value} < 0.05$) ด้านการรักษาและการใช้ยา พบว่าก่อนการพัฒนาผู้ป่วยยังมีปัญหาในเรื่องการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ใช้ยาไม่เหมาะสม การรักษาไม่ต่อเนื่องตามนัดเท่าที่ควร ยังมีการใช้ยาแก้ปวด/อาหารเสริมหรือสมุนไพรเป็นบางครั้ง แต่เมื่อได้พัฒนากระบวนการให้ความรู้ผู้ป่วยหลังการพัฒนาพบว่า ผู้ป่วยมีการรักษาที่ต่อเนื่องมากขึ้น การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และการลดหรืองดการใช้ยาแก้ปวด/อาหารเสริมหรือสมุนไพรได้ดีขึ้น

พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย ในผู้ดูแล พบว่าการดูแลด้านการรับประทานอาหาร ผู้ดูแลมีพฤติกรรมในการดูแลในด้านอาหารให้กับผู้ป่วย

มากขึ้น จากก่อนการพัฒนาที่ไม่ค่อยได้สนใจ ชื่ออาหารถุงหรือไม่ได้เลือกอาหารที่เหมาะสม และการลดการปรุงด้วยเครื่องปรุงที่มีเกลือโซเดียมสูง ทำให้เห็นได้ว่าการควบคุมและป้องกันโรคไตเรื้อรังไม่ได้ขึ้นกับตัวผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว แต่ขึ้นกับการส่งเสริม สนับสนุนการดูแลจากผู้ดูแลและครอบครัวร่วมด้วย การดูแลด้านออกกำลังกาย พบว่าผู้ดูแลมีการกระตุ้น ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีออกกำลังกายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคหลักได้ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และทำให้สามารถป้องกันและชะลอการเกิดโรคไตที่รุนแรงได้ ในที่สุด การดูแลด้านการรักษาและการใช้ยา พบว่าผู้ดูแลมีพฤติกรรมในการดูแลด้านการรักษาและการใช้ยา ให้กับผู้ป่วยในการควบคุมโรคไตเรื้อรังดีขึ้น มีการกระตุ้น การสอบถาม เกี่ยวกับการรับประทานยาและการใช้ยากับผู้ป่วยมากขึ้น รวมทั้งมีการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องตามนัด ดูแลการใช้ยาที่มีผลกับไต เช่น การงดการใช้ยาแก้ปวด/อาหารเสริมหรือสมุนไพร ที่ไม่ได้รับคำปรึกษาจาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ผลลัพธ์ด้านดัชนีวัดโรคไตเรื้อรัง การทำงานของไต Serum Creatinine, eGFR ในเลือดของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังกลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยการทำงานของไตเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า การพัฒนากระบวนการให้ความรู้ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 และผู้ดูแล การที่เราแนะนำเป้าหมาย 3 ประเด็น คือ 1. ผู้ป่วย 2. ผู้ดูแล และ 3. ระบบการดูแล ซึ่งทั้ง 3 อย่างนี้จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ และมีพฤติกรรมในการควบคุมโรค ดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม รวมทั้งการดูแลอย่างถูกต้องจากผู้ดูแล ก็จะส่งเสริมให้

ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวเพื่อชะลอความเสื่อมของไตในระยะที่รุนแรง ชะลอไตเสื่อมได้มากขึ้น

สรุป

จากการพัฒนากระบวนการให้ความรู้ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 และผู้ดูแล เพื่อป้องกันการเกิดโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายรพ.นาแก จ. นครพนมครั้งนี้ จะเห็นได้ว่ากระบวนการให้ความรู้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและผู้ดูแลเป็นสิ่งสำคัญ เพราะบุคคลจะมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสมขึ้นอยู่กับความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของบุคคลเอง รวมทั้งครอบครัว และสังคม วิธีการแก้ปัญหาสุขภาพของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันออกไปแม้ว่าปัญหานั้นจะเป็นปัญหาเดียวกัน หากบุคคลขาดความรู้ความเข้าใจ มีเจตคติและความเชื่อที่ผิดทางสุขภาพ จะนำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ดังนั้นการที่จะป้องกันผู้ป่วยไตเรื้อรังในระยะที่ 1-3 นี้ไม่ให้พัฒนาไปเป็นระยะสุดท้ายที่ 4-5 ได้ จึงต้องมีการพัฒนาให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ และมีพฤติกรรมในการควบคุมโรคให้ได้ทั้ง 3 ประเด็นนี้ทั้งในผู้ป่วยและผู้ดูแล

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย 1.1) ควรนำกระบวนการให้ความรู้ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 และผู้ดูแล ร่วมกับการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อแก้ไขปัญหา จากทีมสหวิชาชีพทั้งระดับอำเภอ ตำบลและเครือข่ายชุมชน อย่างเป็นองค์รวม 1.2) ควรมีการพัฒนากระบวนการให้ความรู้ผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุ ที่ต้องมีการดูแลเป็นพิเศษ ตามวิถีชีวิตร่วมด้วย 1.3) ควรมีการนำรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยง ที่ใช้ทั้งสื่อเอกสาร สื่ออุปกรณ์จริงร่วมกับสื่อบุคคลผู้มี

ประสบการณ์มาประยุกต์ใช้ในการให้ความรู้และ
การดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแลมากขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ควรนำ
ผลการวิจัยไปขยายผลในกลุ่มเสี่ยงโรคไตเรื้อรัง
หรือในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆที่ต้องพัฒนาการดูแล
ทั้งกลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแลที่เป็นครอบครัว

กิตติมากรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ ทีม ทีมสหวิชาชีพ/ทีม
เครือข่าย รพ.สต.ที่ได้กรุณาให้ความร่วมมือ/
ช่วยเหลือในการทำวิจัยครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงไป
ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- ซัชวาล วงศ์สารี และเรณู อาจาสาลี.(2559). ประสบการณ์การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยไตวาย
เรื้อรัง ระยะสุดท้ายที่ ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. วารสารพยาบาลสมาคมภาคไทย;
9(2):132-144.
- พัชรภักดิ์ ไชยสังข์และประทีป หมีทอง.(2561). ปัจจัยที่เป็นตัวทำนายโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
ในชุมชน. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต โรงพยาบาลพระปกเกล้า, ปีที่ 35 ฉบับที่ 2 เม.ย. -
มิ.ย. 2561.
- ลักขณา ขอบเสียง.(2561).การออกกำลังกายเพื่อชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. วารสาร
การพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา.ปีที่ 19 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2561.
- สุขฤทัย ฉิมชาติ.(2556). ผลของโปรแกรมการชี้แนะเพื่อสุขภาพต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและ
ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. บัณฑิตวิทยาลัย,มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2552). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัด ทดแทนไต
พ.ศ. 2552. กรุงเทพฯ: เบอริงเกอร์ อินเทลไฮม์ (ไทย).
- Friedman LM, Furberg CD, DeMets DL. **Fundamentals of clinical trials.** 3rd ed. New York:
Springer-Verlag New York Inc., 1998. p.110-111.
- Orem D.E. (2001). **Nursing : concept of practices.** (6th ed.) St. Louis MO : Mosby