

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเจ็บป่วยกับพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อม ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ในจังหวัดชายแดนใต้

แวรสลินดา มาหามะ* พัชราวดี ทองเนื่อง* ทวีพร เพ็งมาก*

บทคัดย่อ

บทนำ : การรับรู้ความเจ็บป่วยที่ถูกต้องเหมาะสมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงตนเองเพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสมและยังช่วยชะลอการเสื่อมของไต

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเจ็บป่วยกับพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ในจังหวัดชายแดนใต้

วิธีดำเนินการวิจัย : การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ จำนวน 84 คน สุ่มตัวอย่างแบบหลายชั้นตอน เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และแบบสอบถามพฤติกรรมปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อม วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา และสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัย : พบว่าการรับรู้ความเจ็บป่วยกับพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ในจังหวัดชายแดนใต้ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.42, p<.01$)

สรุปผล : การรับรู้ความเจ็บป่วยที่ถูกต้องเหมาะสม จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 มีพฤติกรรมสุขภาพในระยะยาวได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งช่วยชะลอการเสื่อมของไตไม่ให้เข้าสู่ระยะที่รุนแรงขึ้น

คำสำคัญ : การรับรู้ความเจ็บป่วย โรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 พฤติกรรมการชะลอไตเสื่อม จังหวัดชายแดนใต้

* คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

ผู้นิพนธ์ประสานงาน : พัชราวดี ทองเนื่อง, E-mail: patchrawadee.t@pnu.ac.th

Received: March 30, 2025

Revised: August 29, 2025

Accepted: August 29, 2025

The Relationship Between Illness Perception and Behaviors to Slow Kidney Deterioration in Patients with Stage 3 Chronic Kidney Disease in the Southern Border Provinces, Thailand

Waeroslinda Mahama* Patcharawadee Tongnuang* Thaweeporn Pengmak*

Abstract

Background: Appropriate illness perception in patients with stage 3 chronic kidney disease (CKD) plays a crucial role in promoting self-management behaviors, which can help delay disease progression.

Objectives: This study aimed to examine the relationship between illness perception and kidney-deterioration-slowing behaviors among patients with stage 3 CKD in the southern border provinces of Thailand.

Methods: A descriptive correlational research design was used. The sample consisted of 84 patients with stage 3 CKD, selected through multistage sampling. The research instruments included a chronic kidney disease illness perception questionnaire and a questionnaire on behavior designed to delay kidney deterioration. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's correlation coefficient.

Results: The findings revealed a statistically significant positive correlation between illness perception and kidney deterioration-slowing behaviors ($r=.42$, $p<.01$).

Conclusions: The results suggest that a more accurate understanding of their illness helps patients adopt long-term health behaviors that can prevent further kidney decline. Therefore, promoting a more accurate illness perception should be integrated into CKD patient education to enhance disease management and delay progression to more severe stages.

Keywords: Illness perception, stage 3 chronic kidney disease, kidney deterioration-slowing behaviors, southern border provinces

* Faculty of Nursing, Princess of Naradhiwas University

Corresponding Author: Patcharawadee Tongnuang, E-mail: patcharawadee.t@pnu.ac.th

บทนำ

โรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก ในประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ ในปี 2566 พบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 1,062,756 คน เพิ่มขึ้นจากปี 2565 มากถึง 85,064 คน สำหรับสถานการณ์โรคไตเรื้อรังในเขตสุขภาพที่ 12 ซึ่งประกอบด้วย 7 จังหวัด ได้แก่ ตรัง พัทลุง สตูล สงขลา ปัตตานี นราธิวาส และยะลา ข้อมูลในปี 2567 พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจำนวน 71,158 ราย แบ่งตามระยะของโรคพบว่า ความชุกของโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 มากที่สุด จำนวน 30,189 ราย คิดเป็นร้อยละ 42.43 ของจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในเขตสุขภาพที่ 12 (Health Data Center, 2024) การแบ่งระยะของโรคไตเรื้อรังตามเกณฑ์ของอัตราการกรองของไต (eGFR) แบ่งได้เป็น 5 ระยะ โดยระยะที่ 1 และ 2 เริ่มมีการทำงานของไตลดลงเล็กน้อย แต่อัตราการกรองของไต (eGFR) ยังมากกว่า 60 มล./นาที/1.73 ตร.ม. การพยากรณ์โรคผู้ป่วยระยะนี้ พบว่ายังมีความเสี่ยงต่ำ ตามแนวทางของ Kidney Disease Improving Global Outcome (KDIGO) และสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย การวินิจฉัยโรคไตเรื้อรังเริ่มในระยะที่ 3 แบ่งออกเป็นระยะ 3A และ 3B ซึ่งเป็นระยะที่สามารถชะลอไม่ให้ไตเสื่อมได้ เป้าหมายการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่สำคัญ คือ การชะลอไตเสื่อม ประกอบด้วย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหารให้เหมาะสมตามระยะของโรค การออกกำลังกาย การรับประทานยา หลีกเลี่ยงการใช้ยาที่มีผลต่อไต และการควบคุมปัจจัยเสี่ยง ประกอบด้วย การงดสูบบุหรี่ การงดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การควบคุมน้ำหนัก การควบคุมความดันโลหิต การควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยโรคเบาหวาน และการควบคุมระดับไขมันในเลือด (The Nephrology Society of Thailand, 2022)

อย่างไรก็ตามพบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 มีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่เหมาะสม (Kooariyakul et al., 2022) ความตระหนักและพฤติกรรมในการดูแลตนเองยังอยู่ในระดับต่ำ (Krajachan et al., 2018; Pochai et al., 2022; Supraditarporn, 2023; Tuot et al., 2019) โดยเฉพาะพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร (Srita et al., 2023) พฤติกรรมดูแลตนเองจึงเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันและช่วยชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (Evangelidis et al., 2019) องค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญต่อการมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดี คือ การรับรู้ความเจ็บป่วย (Illness Representations) เพราะเป็นตัวกำหนดรูปแบบและพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยที่แตกต่างกัน เมื่อบุคคลเกิดการเจ็บป่วย ความคิดและความรู้สึกเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุคคลนั้นอาจเปลี่ยนแปลงวิธีการดูแลตัวเองของเขาซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพได้ โดยอิงจากประสบการณ์ในอดีต ความเป็นปัจเจก วิถีชีวิต สังคมวัฒนธรรม และความเชื่อ บุคคลจึงมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเจ็บป่วยในแบบของตัวเอง แล้วประมวลเป็นการรับรู้ความเจ็บป่วยเฉพาะของแต่ละบุคคลว่าจะแสดงพฤติกรรมออกมาในรูปแบบใด (Boonkong et al., 2021) ผู้ป่วยที่มีการรับรู้ที่ถูกต้องตรงตามความเป็นจริงเกี่ยวกับโรคหรือการเจ็บป่วยที่เป็นจะมีพฤติกรรมปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้การเจ็บป่วยที่ไม่ถูกต้อง ดังนั้นการรับรู้ความเจ็บป่วยจึงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย (Pramorn, 2020)

พื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ ประชาชนส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม และดำเนินชีวิตภายใต้วิถีมุสลิม มีพฤติกรรมรับประทานอาหารที่เน้นอาหารจำพวกแป้ง น้ำตาล ไขมัน กะทิ และรสเค็ม (Lillahkul & Supanakul, 2018) ซึ่งไม่ไปตามแนวทางโภชนาการของโรคไตเรื้อรัง จากการศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ ในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ยังไม่รับรู้ถึงความเสี่ยงหรืออันตรายของการเกิดโรคไตเรื้อรัง มีการรับประทานยาอย่างไม่ต่อเนื่อง (Puti, 2018) มีการใช้สมุนไพรร่วมกับยาแผนปัจจุบันรวมถึงพฤติกรรมออกกำลังกายอยู่ในระดับต่ำ (Sangmanee, 2017) ด้านการสูบบุหรี่ ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ในปี 2564 ภาคใต้มีความชุกของการสูบบุหรี่ในประชากรอายุ 15 ปี

ขึ้นไปมากเป็นอันดับ 3 และยังพบว่าพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ทั้ง 5 จังหวัดมีอัตราการร้อยละของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปที่สูงกว่าร้อยละ 20

บทบาทที่สำคัญของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 คือ เน้นการป้องกันหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและส่งเสริมการดูแลสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อม (Teerasiriroj & Lertlum, 2023) ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการวางแผนจัดกิจกรรมการพยาบาลให้มีความสอดคล้องกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 จะเน้นการค้นหาความจริงเกี่ยวกับการรับรู้ความเจ็บป่วย เพราะจะส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและชะลอความรุนแรงของโรคได้ อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการรับรู้ความเจ็บป่วยที่ผ่านมาพบว่าส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ สำหรับกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังยังมีการศึกษาค่อนข้างจำกัด ดังนั้นการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ในจังหวัดชายแดนใต้ ซึ่งเป็นระยะนี้ยังไม่แสดงอาการและยังสามารถชะลอความเสื่อมของไตได้ อีกทั้งมีบริบทในด้านวิถีชีวิต สังคมและวัฒนธรรมที่แตกต่างจากพื้นที่อื่น ๆ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะช่วยให้พยาบาลและทีมสุขภาพสามารถวางแผนการดูแลหรือจัดกิจกรรมดูแลให้คำแนะนำเพื่อให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ความเจ็บป่วยและมีการจัดการโรคที่เหมาะสมและสอดคล้องกับการรับรู้ของผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น

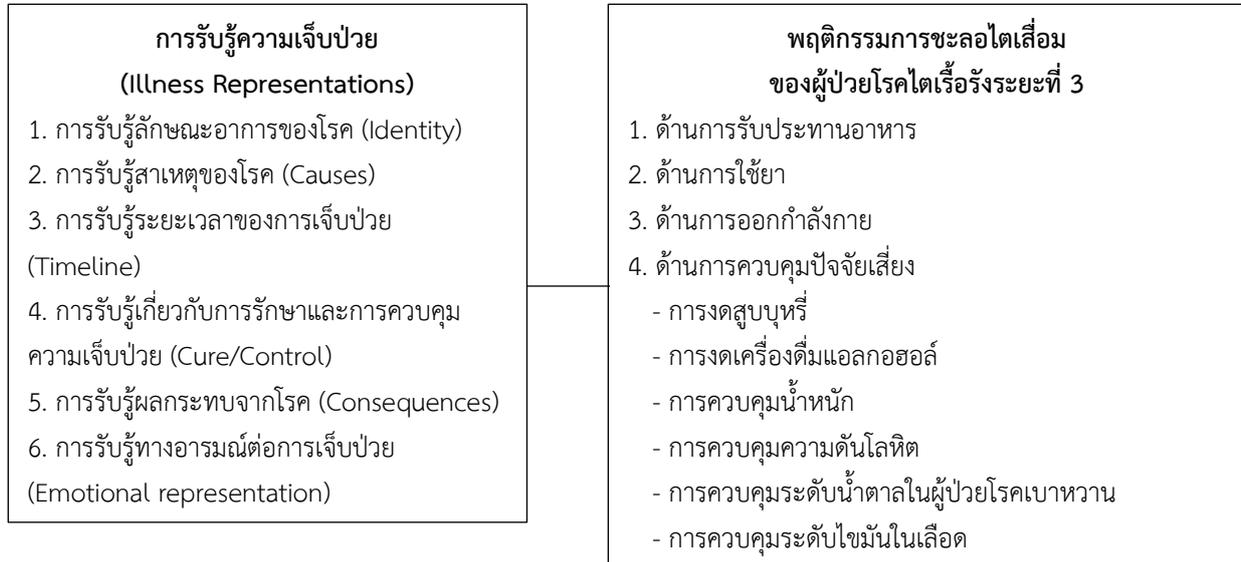
วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเจ็บป่วยกับพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ในจังหวัดชายแดนใต้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยที่ใช้ในการศึกษา คือ การรับรู้ความเจ็บป่วย (Illness representations) ตามแนวคิดของลีเวนทาลและคณะ (Leventhal et al., 1980; Leventhal et al., 1992) โดยแนวคิดนี้กล่าวว่าการรับรู้ความเจ็บป่วย (Illness Representations) เป็นระยะของการให้ความหมายหรือรับรู้สิ่งที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีการรับรู้ความเจ็บป่วยเกิดขึ้น บุคคลนั้นจะมีการคิดรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเอง จากการได้รับข้อมูลต่าง ๆ จากสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล บุคคลที่เกี่ยวข้อง หรือจากประสบการณ์ที่ผ่านมาของผู้ป่วยเองควบคู่ไปกับการรับรู้ทางอารมณ์ ผ่านการรับรู้ต่อความเจ็บป่วย ประกอบด้วย (1) การรับรู้ลักษณะอาการของโรค (Identity) หมายถึง ลักษณะหรืออาการเฉพาะของโรคที่ผู้ป่วยรับรู้ (2) การรับรู้สาเหตุของโรค (Causes) หมายถึง สาเหตุที่ทำให้เกิดโรคตามการรับรู้ของผู้ป่วย ซึ่งการรับรู้สาเหตุการเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน อาจจะทำให้ผู้ป่วยตอบสนองต่อโรคแตกต่างกัน (3) การรับรู้ระยะเวลาของการเจ็บป่วย (Timeline) หมายถึง ระยะเวลาการเจ็บป่วยหรือระยะเวลาที่ต้องรักษาตามที่ผู้ป่วยรับรู้ (4) การรับรู้เกี่ยวกับการรักษาและการควบคุมความเจ็บป่วย (Cure/ Control) หมายถึง สิ่งที่ผู้ป่วยเชื่อว่าสามารถควบคุมโรคด้วยการรักษาหรือการปฏิบัติตัว (5) การรับรู้ผลกระทบจากโรค (Consequences) หมายถึง ผลกระทบจากโรคตามการรับรู้ของผู้ป่วย และ (6) การรับรู้ทางอารมณ์ต่อการเจ็บป่วย (Emotional representation) หมายถึง การตอบสนองด้านอารมณ์ความรู้สึกต่อการเจ็บป่วย

การรับรู้ความเจ็บป่วยส่งผลต่อการตอบสนองของบุคคล เมื่อบุคคลมีความเจ็บป่วย บุคคลจะมีการให้ความหมาย รวบรวมข้อมูลวิเคราะห์และแปลผลข้อมูลที่ได้รับจากประสบการณ์ ความเชื่อ บริบททางวัฒนธรรม ซึ่งนำไปสู่การปรับพฤติกรรมของบุคคลนั้นในด้านการรับประทานอาหาร ด้านการใช้ยา ด้านการออกกำลังกาย และด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง ดังแสดงในแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาในรูปแบบเชิงสหสัมพันธ์ (Descriptive correlational study) เก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2567 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ ประกอบด้วย จังหวัดนราธิวาส จังหวัดปัตตานี จังหวัดยะลา จังหวัดสตูล และ 4 อำเภอในจังหวัดสงขลา จำนวน 12,048 ราย (Health Data Center [HDC], 2024)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปที่ได้รับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ โรงพยาบาลในจังหวัดชายแดนใต้ คำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power ดังนี้ (1) Test family เป็น Exact (2) เลือก Two tailed (3) เลือก Statistical test เป็น Correlation: Bivariate normal model กำหนด Effect size 0.30 (4) กำหนดระดับความเชื่อมั่น .05 และกำหนดอำนาจทดสอบทางสถิติ 0.80 ซึ่งเป็นระดับมาตรฐานที่เป็นที่ยอมรับ (Thato, 2018) ได้ตัวอย่างจำนวน 84 ราย สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) ขั้นที่ 1 สุ่มแบบชั้นภูมิ ขั้นที่ 2 สุ่มแบบเฉพาะเจาะจง และขั้นที่ 3 สุ่มแบบง่าย ได้โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ 26 ราย โรงพยาบาลปัตตานี 16 ราย โรงพยาบาลยะลา 15 ราย โรงพยาบาลสตูล 12 ราย และโรงพยาบาลจะนะ 15 ราย โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) คือ (1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3A หรือ 3B (2) มีอายุ 18 ปีขึ้นไปในกรณีที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี มีการประเมิน cognitive impairment โดยใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น (Mini-Cog) (3) สามารถสื่อสารเข้าใจ ไม่มีความบกพร่องด้านการรับรู้ (4) ยินยอมและสมัครใจในการ

ให้ข้อมูล เกณฑ์คัดออกจากการศึกษา (exclusion criteria) (1) มีโรคหัวใจร่วม (2) มีโรคทางจิตเวช (3) มีโรคร่วมในกลุ่มเปราะบาง คือ โรคเอดส์ โรคอัลไซเมอร์ และโรคมะเร็ง เกณฑ์ยุติการศึกษา คือ ในระหว่างการศึกษา มีอาการเปลี่ยนแปลง เช่น มีภาวะความดันโลหิตสูงเกินค่าปกติ ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ หน้ามืด ตาลาย อาการเหนื่อยหอบ อาการคลื่นไส้อาเจียน จนไม่สามารถให้ข้อมูลต่อไปตลอดการศึกษาวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือคัดกรองตัวอย่างที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป คือแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (Mini-Cog) จากคู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2564 กระทรวงสาธารณสุข ผู้สูงอายุต้องได้ 4 คะแนนขึ้นไป จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน แปลว่า มีภาวะการรู้คิดปกติ

2. เครื่องมือสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษาพยาบาล ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง โรคร่วม ประวัติการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง และแหล่งข้อมูลที่ผู้ป่วยได้รับ

2.2 แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 (Chronic Kidney Disease Stage 3 Perception Questionnaire: CKD-3PQ) ของปริญญา ฮาวิรส และนงลักษณ์ เมธากัญจนศักดิ์ จำนวน 35 ข้อ ประกอบด้วยการรับรู้ทั้ง 6 ด้าน มีค่า CVI เท่ากับ .97 ด้วยแบบสอบถามต้นฉบับมีการนำไปใช้เก็บข้อมูลในพื้นที่ภาคอีสาน การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงปรับภาษาให้มีความเหมาะสมกับบริบทจังหวัดชายแดนใต้ และปรับเป็นมาตรวัด (Rating scale) 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ค่าคะแนน 4 ถึง 1 ตามลำดับ การแปลผลจากคะแนนรวม คือ ระดับต่ำ (1.00-2.00) ปานกลาง (2.01-3.00) และสูง (3.01-4.00)

2.3 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อม เป็นชุดคำถามที่เกี่ยวกับความถี่ในการปฏิบัติกิจกรรมหรือพฤติกรรมชะลอการเสื่อมของไต ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและจากแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไตของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2565 จำนวน 76 ข้อ ประกอบด้วยพฤติกรรม 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการใช้ยา ด้านการออกกำลังกาย และด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง คำตอบเป็นมาตรวัด (Rating scale) 4 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติ ให้ค่าคะแนน 4 ถึง 1 ตามลำดับ การแปลผลจากคะแนนรวมคือ ระดับต่ำ (1.00-2.00) ปานกลาง (2.01-3.00) และสูง (3.01-4.00)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อม ตรวจสอบหาความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย อายุรแพทย์โรคไต พยาบาลเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และอาจารย์พยาบาลที่มีความรู้ความชำนาญด้านการพยาบาลโรคไตเรื้อรัง โดยคำนวณค่า CVI เท่ากับ 1.0 หลังจากนั้นนำแบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 กับแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อม ทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดชายแดนใต้ ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับตัวอย่างในการศึกษา จำนวน 30 ราย และพบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .83 และ .84 ตามลำดับ

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ เลขที่ IRBC-FON-PNU/2024/170910 อนุมัติวันที่ 9 ตุลาคม 2567

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังโครงการวิจัยผ่านการรับรองคณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรมในโรงพยาบาลที่จะทำการศึกษาทั้ง 5 แห่ง ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองโดยเข้าพบหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกของแต่ละโรงพยาบาลที่จะทำการเก็บข้อมูล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดเกี่ยวกับการเก็บข้อมูลรวมทั้งขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีการขออนุญาตการใช้ข้อมูลจากหน่วยงานต้นทางอย่างเป็นทางการ ทั้งนี้ได้ยื่นขออนุมัติการดำเนินการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมแล้ว และมีมาตรการปกป้องความลับของข้อมูลอย่างเคร่งครัด ผู้วิจัยคัดกรองตัวอย่างจากการศึกษาข้อมูลในเวชระเบียนคัดเลือกตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด และพบตัวอย่างที่แผนกผู้ป่วยนอก ก่อนที่จะเข้ารับการรักษาจากแพทย์ ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และการพิทักษ์สิทธิ์แก่ตัวอย่าง การวิจัยจะดำเนินการเมื่อตัวอย่างเช่นชื่อยินยอมในการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากนั้น ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล ได้ข้อมูลที่ต้องสมบูรณ์ทั้งหมด 84 ราย จึงใช้ข้อมูลทั้งหมด

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการรับรู้ความเจ็บป่วย และพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ข้อมูลการรับรู้ความเจ็บป่วยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 วิเคราะห์ด้วยค่าสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติก่อนการทำการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าการแจกแจงของตัวแปรเป็นแบบปกติ (normal distribution) และความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสองตัวแปรเป็นแบบเส้นตรง (linear relationship)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง 84 รายเป็นเพศชาย 43 รายและเพศหญิง 41 ราย คิดเป็นร้อยละ 51.20 และ 48.80 ตามลำดับ มีอายุเฉลี่ย 63.36 ปี (SD=7.92) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 76.20 และส่วนใหญ่จบปริญญาตรี ร้อยละ 63.10 โรคไตเรื้อรังระยะ 3A จำนวน 41 ราย และระยะ 3B จำนวน 43 ราย คิดเป็นร้อยละ 48.80 และ 51.20 ตามลำดับ โดยพบค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไต (eGFR) เท่ากับ 45.90 (SD=8.10) ระยะเวลาของการเป็นโรคไตเรื้อรังส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 6-12 เดือน (ร้อยละ 39.30) ระยะเวลาเฉลี่ยของการเป็นโรคไตเรื้อรังเท่ากับ 18.37 เดือน (SD=16.07) ตัวอย่างร้อยละ 41.70 มีโรคร่วม 2 โรค โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงพบมากที่สุดคือร้อยละ 94.00 รองลงมาโรคเบาหวานร้อยละ 60.70 ตัวอย่างจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังร้อยละ 79.80 โดยพบว่าช่องทางจากบุคลากรทางการแพทย์เป็นแหล่งข้อมูลหลักของตัวอย่าง (ร้อยละ 66.70) รองลงมาคือ ช่องทางสื่อออนไลน์ (ร้อยละ 39.30)

ผลการศึกษา พบว่า ตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเจ็บป่วย อยู่ในระดับปานกลาง ($M=2.89$, $SD=0.19$) เมื่อจำแนกเป็นรายด้านพบว่า ด้านสาเหตุของโรคและด้านการรักษาและการควบคุมความเจ็บป่วย กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($M=3.24$, $SD=0.37$ และ $M=3.23$, $SD=0.02$ ตามลำดับ) ส่วนด้านลักษณะอาการของโรค ด้านระยะเวลาของการเจ็บป่วย ด้านผลกระทบจากโรคและด้านอารมณ์ อยู่ในระดับปานกลาง ($M=2.58$, $SD=0.23$, $M=2.83$, $SD=0.36$, $M=2.44$, $SD=0.00$ และ $M=2.80$, $SD=0.02$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าคะแนนที่เป็นไปได้ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผล ของการรับรู้ความเจ็บป่วย โดยรวมและรายด้าน (n=84)

ตัวแปร	ค่าคะแนนที่เป็นไปได้	M	SD	การแปลผล
การรับรู้ความเจ็บป่วย (ภาพรวม)	1-4	2.89	0.19	ปานกลาง
ด้านลักษณะอาการของโรค	1-4	2.58	0.23	ปานกลาง
ด้านสาเหตุของโรค	1-4	3.24	0.37	สูง
ด้านระยะเวลาของการเจ็บป่วย	1-4	2.83	0.36	ปานกลาง
ด้านการรักษาและการควบคุมความเจ็บป่วย	1-4	3.23	0.02	สูง
ด้านผลกระทบจากโรค	1-4	2.44	0.00	ปานกลาง
ด้านอารมณ์	1-4	2.80	0.02	ปานกลาง

หมายเหตุ M = Mean, SD = Standard deviation

ตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อม อยู่ในระดับสูง ($M = 3.15$, $SD = 0.02$) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการใช้ยา และด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง อยู่ในระดับสูง ($M = 3.04$, $SD = 0.30$; $M = 3.57$, $SD = 0.02$ และ $M = 3.31$, $SD = 0.01$ ตามลำดับ) ส่วนด้านการออกกำลังกาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.66$, $SD = 0.03$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าคะแนนที่เป็นไปได้ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผล ของพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมโดยรวมและรายด้าน (n=84)

ตัวแปร	ค่าคะแนนที่เป็นไปได้	M	SD	การแปลผล
พฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมฯ (ภาพรวม)	1-4	3.15	0.02	สูง
ด้านการรับประทานอาหาร	1-4	3.04	0.30	สูง
ด้านการใช้ยา	1-4	3.57	0.02	สูง
ด้านการออกกำลังกาย	1-4	2.66	0.03	ปานกลาง
ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง	1-4	3.31	0.01	สูง

หมายเหตุ M = Mean, SD = Standard deviation

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเจ็บป่วย กับพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 พบว่า การรับรู้ความเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อม มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .42$, $p < .01$)

เมื่อพิจารณาการรับรู้ความเจ็บป่วยรายด้าน พบว่า ด้านสาเหตุของโรค ด้านระยะเวลาของการเจ็บป่วย และด้านการรักษาและการควบคุมความเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมชะลอไตเสื่อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ($r = .29$, $r = .34$, $r = .35$, ตามลำดับ) ด้านลักษณะอาการของโรค และด้านผลกระทบจากโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมชะลอไตเสื่อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($r = .22$, $r = -.26$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเจ็บป่วยโดยรวมและรายด้านกับพฤติกรรมชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3

การรับรู้ความเจ็บป่วย	พฤติกรรมชะลอไตเสื่อม ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3	
	r	p-value
การรับรู้ความเจ็บป่วย (โดยรวม)	.42**	.000
ด้านลักษณะอาการของโรค	.22*	.042
ด้านสาเหตุของโรค	.29**	.007
ด้านระยะเวลาของการเจ็บป่วย	.34**	.002
ด้านการรักษาและการควบคุมความเจ็บป่วย	.35**	.001
ด้านผลกระทบจากโรค	-.26*	.018
ด้านอารมณ์	.07	.514

หมายเหตุ *p<.05, **p<.01

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ในจังหวัดชายแดนใต้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.42, p<.01$) สามารถอธิบายได้จากผลการศึกษาที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกรายมีการรับรู้ว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 รวมถึงกลุ่มตัวอย่างทุกคนมีโรคประจำตัวหลายโรค ที่สำคัญคือโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันในเลือดสูง ซึ่งโรคต่าง ๆ ดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยต้องมาพบแพทย์ตามนัด ทุก 2-4 เดือน ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการรับรู้ความเจ็บป่วยจากประสบการณ์การเจ็บป่วยของตนเอง ตัวอย่างเกือบร้อยละ 80 ที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ซึ่งการได้รับข้อมูลมีหลากหลายช่องทาง ทำให้เข้าถึงข้อมูลเรื่องโรคไตเรื้อรังได้ง่ายขึ้น จนทำให้ตัวอย่างมีการรับรู้ความเจ็บป่วยที่ดีขึ้น ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดการรับรู้ความเจ็บป่วย (Illness Representations) ที่เชื่อว่า เมื่อผู้ป่วยมีการรับรู้ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างไร ย่อมส่งผลต่อการจัดการความเจ็บป่วยหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพของบุคคลนั้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาการรับรู้ความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ผ่านมา (Hawiros & Methakanjanasak, 2019; Khongkaew, 2018; Phasuk, 2019; Pramorn, 2020; Promsakha et al., 2019) การศึกษารุ่นนี้ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยการรับรู้ความเจ็บป่วยจำแนกเป็นรายด้าน ดังนี้

1. ด้านการรับรู้ลักษณะอาการของโรค (Identity)

ตัวอย่างมีการรับรู้ลักษณะอาการของโรค อยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องจากโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 มักไม่ค่อยมีอาการที่ผิดปกติ ทำให้ตัวอย่างรับรู้ว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 อาจมีหรือไม่มีอาการก็ได้ อาจเนื่องจากโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 มักไม่ค่อยมีอาการที่ผิดปกติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Hawiros and Methakanjanasak (2019) ที่พบว่า โรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 อาจมีหรือไม่มีอาการก็ได้ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยสามารถระบุชื่อโรคหรืออาการของตนเองได้บางส่วน แต่อย่างไรก็ตามการรับรู้ลักษณะอาการของโรคที่เป็นลักษณะเด่น จะส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องและเหมาะสม (Leventhal et al., 1992) ตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ด้านลักษณะอาการของโรคว่า อาการปัสสาวะเป็นฟองเป็นหนึ่งในอาการของโรคไตเรื้อรัง จึงทำให้การรับรู้การเจ็บป่วยด้านลักษณะอาการของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ในจังหวัดชายแดนใต้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.22, p<.05$) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาในผู้สูงอายุ

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ของ Klunghumnum et al. (2016) ที่พบว่า การรับรู้ด้านลักษณะอาการของโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.49, p<.01$)

เมื่อพิจารณาค่าความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านลักษณะอาการของโรคกับพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อม พบว่า มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ กล่าวคือ การรับรู้ด้านลักษณะอาการของโรคไตเรื้อรังที่ไม่ชัดเจน อาจทำให้ผู้ป่วยไม่ตระหนักถึงอาการบางอย่างที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพที่ช่วยชะลอการเสื่อมของไต หากผู้ป่วยไม่ได้รับข้อมูลที่ชัดเจนหรือไม่ได้รับการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ อาจไม่เห็นความสำคัญของพฤติกรรมเหล่านี้ และยังสะท้อนชัดในบริบทของพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ที่ยังมีอุปสรรคทางภาษา ส่วนใหญ่ใช้ภาษามลายูถิ่นเป็นหลัก ซึ่งอาจมีอุปสรรคต่อการเข้าถึงสื่อสุขภาพที่เป็นภาษาไทย ทำให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการดูแลสุขภาพไม่ถูกต้องหรือไม่ชัดเจน

2. ด้านการรับรู้สาเหตุของโรค (Causes)

ตัวอย่างมีการรับรู้สาเหตุของโรคอยู่ในระดับสูง ส่วนใหญ่รับรู้สาเหตุของการเกิดโรคไตเรื้อรังเกิดจากการปฏิบัติตัวของตนเองมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Hawiros and Methakanjanasak (2019) และจากการศึกษาครั้งนี้ ตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ดังนั้นการที่ตัวอย่างมีการรับรู้สาเหตุของการเกิดโรคไตเรื้อรังเกิดจากการปฏิบัติตัวของตนเอง จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปรับพฤติกรรมที่ช่วยชะลอการเสื่อมของไตให้ช้าลง จึงทำให้การรับรู้สาเหตุของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ในจังหวัดชายแดนใต้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.29, p<.01$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจของ Charintranont et al. (2024) พบว่า การรับรู้สาเหตุของโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.46, p<.01$)

แต่อย่างไรก็ตาม การรับรู้ถึงสาเหตุของโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 อาจเป็นเพียงการรู้เชิงทฤษฎี ไม่ใช่การเชื่อมโยงเชิงลึกกับพฤติกรรมในชีวิตประจำวันที่ส่งผลต่อการชะลอการเสื่อมของไต โดยเฉพาะเรื่องโภชนาการของโรคไตเรื้อรัง แม้กลุ่มตัวอย่างจะรู้ว่าอาหารเป็นสาเหตุหนึ่งของการเสื่อมของไต แต่ยังคงพฤติกรรมเดิมไว้เน้นอาหารจำพวกแป้ง น้ำตาล กะทิ และรสเค็ม เพราะเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตของพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ ซึ่งสะท้อนออกมาในระดับความสัมพันธ์ที่ต่ำ ($r=.29, p<.01$)

3. ด้านการรับรู้ระยะเวลาของการเจ็บป่วย (Timeline)

การศึกษานี้พบว่า แม้ผู้ป่วยมีการรับรู้เรื่องระยะเวลาของโรคในระดับปานกลาง แต่พฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมทั้ง 4 ด้านกลับอยู่ในระดับสูง ซึ่งอาจสะท้อนว่า ปัจจัยกระตุ้นพฤติกรรมในบริบทของพื้นที่อาจไม่ได้ขึ้นอยู่กับการรับรู้เรื่องระยะเวลาของโรคเพียงอย่างเดียว แต่สันนิษฐานว่าบทบาทของบุคลากรทางการแพทย์ในพื้นที่ ที่ให้คำแนะนำและติดตามผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด รวมถึงบทบาทของครอบครัวและชุมชนที่ยังคงมีความเข้มแข็งในวัฒนธรรมของพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ มีบริบททางวัฒนธรรม ศาสนา และภาษาเฉพาะตัว รวมถึงการดูแลสุขภาพในระดับครัวเรือนมักอยู่ภายใต้การดูแลของสมาชิกครอบครัวแบบใกล้ชิด และมีบทบาทของผู้นำศาสนาในด้านการให้คำแนะนำเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ (Karunan et al., 2023) โดยผู้นำศาสนาซึ่งเป็นทุนทางสังคมที่ชาวมุสลิมเคารพนับถือ (Lahpunsu et al., 2024) อาจช่วยส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเอง จึงอาจส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการปฏิบัติตามคำแนะนำ ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อมได้ดี จึงทำให้การรับรู้ระยะเวลาของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ในจังหวัดชายแดนใต้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.34, p<.01$) สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของ Kongkaew (2020) พบว่า การรับรู้ระยะเวลาของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.21, p<.05$)

4. ด้านการรับรู้เกี่ยวกับการรักษาและการควบคุมความเจ็บป่วย (Cure/Control)จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เกี่ยวกับการรักษาและการควบคุมความเจ็บป่วยอยู่ในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Hawiros and Methakanjanasak (2019) ที่พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับการรักษาและการควบคุมความเจ็บป่วย อยู่ในระดับสูงเช่นเดียวกัน อธิบายได้ว่า สิ่งกระตุ้นภายใน ได้แก่ ประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรัง และสิ่งกระตุ้นภายนอก ได้แก่ คำแนะนำจากแพทย์ พยาบาล และสื่อต่าง ๆ เป็นปัจจัยส่งเสริมการรับรู้การเจ็บป่วยให้สอดคล้องกับความเป็นจริงและสะท้อนไปถึงพฤติกรรมชะลอไตเสื่อม ที่กลุ่มตัวอย่างสนองตอบออกมาเพื่อจัดการกับการเจ็บป่วยซึ่งเป็นสิ่งคุกคามต่อชีวิต สอดคล้องกับแนวคิดของ Leventhal et al. (1992) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวในด้านการรักษา และการควบคุมโรคที่ดี ไม่ว่าจะเป็นด้านการรับประทานอาหาร ลดการบริโภคอาหารโซเดียมสูงโดยเฉพาะบุนดู่ กะปิ ปลาเค็ม จำกัดเกลือในการทำอาหาร หลีกเลี่ยงการใช้ผงชูรสในการทำอาหาร มีการรับประทานยาที่ถูกต้อง ตรงตามเวลาเป็นส่วนใหญ่ เพื่อช่วยชะลอการเสื่อมของไตให้ช้าลง จึงทำให้การรับรู้เกี่ยวกับการรักษาและการควบคุมความเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ในจังหวัดชายแดนใต้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.35, p<.01$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของ Kongkaew (2020) ที่พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับการรักษาและการควบคุมความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.23, p<.01$) และการศึกษาในผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจของ Charintranont et al. (2023) พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับการรักษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.30, p<.05$)

5. การรับรู้ผลกระทบจากโรค (Consequences)

ตัวอย่างที่มีการรับรู้ผลกระทบจากโรค อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องจากตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 เป็นระยะที่ยังไม่มีอาการและไม่ได้ส่งผลกระทบกับการใช้ชีวิตมากนัก แต่อย่างไรก็ตามจากผลการวิจัยที่พบว่า การรับรู้ผลกระทบจากโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อม ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ในจังหวัดชายแดนใต้ ($r=-.26, p<.05$) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้ถึงผลกระทบจากโรคไตเรื้อรังมากขึ้นจะมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมที่ลดลง ผลการศึกษาในประเด็นนี้ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ของ Klungthumnium et al. (2016) ที่พบว่า การรับรู้ผลกระทบจากโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.24, p<.05$) สันนิษฐานว่าบริบทของพื้นที่ชายแดนใต้มีลักษณะเฉพาะที่อาจส่งผลต่อการแปลผลของการรับรู้ด้านผลกระทบจากโรค ได้แก่ ศาสนาและครอบครัวเป็นที่พึ่งหลัก กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 76.2) มักพึ่งพาครอบครัวและพระผู้เป็นเจ้า (อัลลอฮ์) ในด้านจิตใจมากกว่าการจัดการโรค อาจเชื่อว่าชะตากรรมเป็นสิ่งที่พระผู้เป็นเจ้า (อัลลอฮ์) กำหนด ทำให้แม้จะรับรู้ผลกระทบแต่ไม่กระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ประกอบกับตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 59.5) มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา อาจไม่มีการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่มีประสิทธิภาพเพียงพอ ทำให้การรับรู้ผลกระทบจากโรค ไม่ถูกแปลความให้กลายเป็นแรงจูงใจเชิงบวกในการเปลี่ยนพฤติกรรม การได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม (Sonart et al., 2023) ดังนั้นการสนับสนุนทางจิตใจและการให้ข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและการรักษาจึงเป็นสิ่งสำคัญในการช่วยผู้ป่วยปรับพฤติกรรมให้มีประสิทธิภาพในการชะลอไตเสื่อม

6. การรับรู้ทางอารมณ์ต่อการเจ็บป่วย (Emotional representation)

Leventhal et al. (1992) กล่าวว่า การที่บุคคลรับรู้ถึงการเจ็บป่วยที่ตนเองต้องเผชิญอาจทำให้บุคคลมีการตอบสนองของอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมได้ เช่น หดหู่ ท้อแท้ หวาดกลัว หงุดหงิด อารมณ์เสีย กังวลใจ โกรธ

วิตกกังวล การศึกษาครั้งนี้ตัวอย่างมีการรับรู้ผลกระทบทางอารมณ์อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในจังหวัดชายแดนใต้ และตัวอย่างร้อยละ 63.1 นับถือศาสนาอิสลาม มีวิถีชีวิตที่ตั้งอยู่ในกรอบแนวทางของศาสนาอิสลาม ช่วยส่งผลให้มีการสร้างเสริมสุขภาพด้านอารมณ์ในระดับที่ค่อนข้างดี (Lillahkul & Supanakul, 2018) รวมถึงวิถีชีวิตของมุสลิมในจังหวัดชายแดนใต้ ที่มีแนวคิดทุกอย่างเกิดขึ้นตามพระประสงค์ของพระเจ้า (อัลลอฮ์) ส่งผลให้ผู้ป่วยจำนวนมากยอมรับโรคด้วยความสงบใจ เพื่อเสริมสร้างสุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ (Lohwithee, 2020) ซึ่งอาจทำให้ระดับการรับรู้ทางอารมณ์ต่อการเจ็บป่วย อยู่ในระดับปานกลางและไม่ส่งผลชัดเจนต่อพฤติกรรมสุขภาพ

แต่อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้พบว่า การรับรู้ทางอารมณ์ต่อการเจ็บป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ในจังหวัดชายแดนใต้ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะลักษณะการดำเนินโรคของโรคไตเรื้อรังที่ค่อยเป็นค่อยไป ยังไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตและไม่วิกฤติเฉียบพลันพอที่จะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดอารมณ์ทางด้านลบ จนทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าการเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 นั้น คุกคามถึงชีวิต สะท้อนให้เห็นว่า การรับรู้ทางอารมณ์ของตัวอย่างยังไม่ได้เป็นปัจจัยผลักดันหลักในการเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Klunghumnum et al. (2016) ที่พบว่า การรับรู้ทางอารมณ์ต่อการเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ย่อมมีความเสี่ยงในการที่จะเกิดโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายหากผู้ป่วยมีการดูแลตนเองที่ไม่ดีหรือมีพฤติกรรมทางสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเจ็บป่วยกับพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ในจังหวัดชายแดนใต้ พบว่า การรับรู้ความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ในจังหวัดชายแดนใต้ ดังนั้นการรับรู้ความเจ็บป่วยที่ถูกต้องเหมาะสม จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 มีพฤติกรรมสุขภาพในระยะยาวได้ดียิ่งขึ้น ช่วยชะลอการเสื่อมของไต พยาบาลหรือบุคลากรทางสุขภาพสามารถที่จะจัดกิจกรรมเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 มีการรับรู้ความเจ็บป่วยที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง โดยส่งเสริมให้มีความรู้ความเข้าใจในโรคไตเรื้อรัง วิธีการปฏิบัติตนในการชะลอการเกิดโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย และวิธีการรับมือในการเป็นโรคไตเรื้อรัง นำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในการช่วยชะลอการเสื่อมของไตได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรทางสุขภาพสามารถจัดกิจกรรมในกลุ่มโรคเรื้อรังต่าง ๆ เพื่อกระตุ้นให้บุคคลเหล่านี้มีการรับรู้ความเจ็บป่วยที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง จัดกิจกรรมที่เน้นเพิ่มศักยภาพแก่ผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมการปฏิบัติตัวในการชะลอการเสื่อมของไต เช่น การให้ข้อมูลที่จำเป็นทุกครั้ง que ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดและปรับให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมป้องกันหรือชะลอการเสื่อมของไตได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ศึกษาตัวแปรอื่น ๆ เพิ่มเติม เช่น ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม การเข้าถึงบริการสุขภาพ หรือความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง

2) ศึกษาวิจัยในรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ เพื่อให้สามารถอธิบายปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรม การชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และนำสู่การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เช่น ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเจ็บป่วยต่อพฤติกรรม การชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ในจังหวัดชายแดนภาคใต้ หรือการวิจัยและพัฒนาเกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรม การชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ในจังหวัดชายแดนใต้

References

- Boonkong, D., Dumrongpakapako, P., & Junsev, K. (2021). Illness representations among Isan women living with breast cancer: Case studies in Nakhon Phanom and Sakon Nakhon Provinces. *Journal of Nursing Science & Health, 44*(4), 29-40. (in Thai)
- Charintranont, K., Juntawises, U., & Kritpracha, C. (2024). Illness perception in predicting smoking cessation behaviors in patients with acute coronary syndrome after percutaneous coronary intervention. *Nursing Journal CMU, 50*(2), 1–13. (in Thai)
- Evangelidis, N., Craig, J., Bauman, A., Manera, K., Saglimbene, V., & Tong, A. (2019). Lifestyle behaviour change for preventing the progression of chronic kidney disease: A systematic review. *BMJ Open, 9*(10), 1-15. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-031625>
- Hawiros, P., & Methakanjanasak, N. (2019). Illness representation of patients with chronic kidney disease stage 3 with a rapid decline of kidney function. *Journal of Nursing and Health Care, 37*(4), 216–24. (in Thai)
- Health Data Center. (2024). *Health Data Center system*. Ministry of Public Health, Thailand. <https://hdc.moph.go.th/center/public/main>
- Karunan, K., Udompittayason, W., Chaikongkiat, P., Planbumroog, D., Musigawan, A., Kaewmanee, P., Kajonkittiya, K., PRuangroengkulrit, P., Dowrote, N., & Klangman, A. (2023). Roles of Muslim religious leaders in the primary healthcare system for the management of COVID-19: A case study in three southern border provinces in Thailand. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University, 31*(3), 66-77. (in Thai)
- Khongkaew, A. (2018). *Illness perception and recurrence prevention behaviors in elderly with stroke* [Master's thesis, Prince of Songkla University]. PSU Knowledge Bank. (in Thai) <http://kb.psu.ac.th/psukb/handle/2016/12981>
- Klungthumnium, K., Wirojratana, V., Jitramontree, N., & Pongthavornkamo, K. (2016). The relationships between illness representations, emotional representation and self-care behaviors in older persons with uncontrolled type 2 diabetes. *Journal of The Royal Thai Army Nurses, 17*(2), 135–44. (in Thai)
- Kongkaew, O., Naka, K., & Kritpracha, C. (2020). Illness representation and recurrence prevention behaviors in elderly with stroke. *Songklanagarind Journal of Nursing, 40*(1), 115–28. (in Thai)
- Kooariyakul, A., Phuengbanhan, K., Poonual, D., & Boontha, C. (2022). The correlation between perception and self-care behaviors towards chronic kidney disease

- prevention among hypertensive patients. *BUDDHACHINARAJ MEDICAL JOURNAL*, 39(3), 318–33. (in Thai)
- Krajachan, S., Duangpaeng, S., & Masingboon, K. (2018). Factors associated with self-management behaviors among patients with chronic kidney disease stage 1–3 in Trat province. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok*, 34(1), 14–22. (in Thai)
- Lahpunsa, K., Cheloh, N., & Suvarnabhumi, K. (2024). Effects of self-management with family and village health volunteer participation program on health behaviors and blood pressure levels among Muslim patients with uncontrolled hypertension. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*, 39(2), 269–85. (in Thai)
- Leventhal, H., Diefenbach, M., & Leventhal, E. A. (1992). Illness cognition: Using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. *Cognitive Therapy and Research*, 16(2), 143–63. <https://doi.org/10.1007/BF01173486>
- Leventhal, H., Meyer, D., & Nerenze, D. R. (1980). The common sense representation of illness danger. In S. Rachman (Ed.), *Contributions to medical psychology*. Pergamon Press.
- Lillahkul, N., & Supanakul, P. (2018). Way of life of Muslim people in Thailand's southern provinces, and health promoting lifestyle. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 5(2), 302–12. (in Thai)
- Lohwithee, W. (2020). The strengthening of well-being in accordance with guidelines suggested by the messenger of Islam. *Journal of Liberal Arts, Rangsit University*, 15(2), 65–76. (in Thai)
- Phasuk, M. (2019). The relationship between illness perception and health behaviors among people at risk of acute myocardial infarction. *Singburi Hospital Medical Journal*, 28(1), 19–32. (in Thai)
- Pochai, S., Kingkaew, J., & Yomsriken, N. (2022). Self-management behavior of chronic kidney disease patients without dialysis treatment level 1–4 in Pho, Nongkaew and Phonkhwo sub-district, Mueng district, Sisaket province. *Journal of Sakon Nakhon Hospital*, 25(3), 48–57. (in Thai)
- Pramorn, M. (2020). Relationships between illness representation and social support with health behaviors of persons with metabolic syndrome. *Singburi Hospital Medical Journal*, 29(2), 71–86. (in Thai)
- Promsakha, P. N. S., Kotaprom, J., Thongaon, R., & Kaewkoet, A. (2019). The relationship between perception of breast cancer risk and breast cancer screening behavior of women in the Thai-Vietnamese village, Nakhon Phanom province. *Nakhon Phanom University Journal of Humanities and Social Sciences*, 9(1), 84–91. (in Thai)
- Puti, S. (2018). Relationship between health beliefs and accessibility to health services for non-communicable diseases among the five southern border provinces, Thailand. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 38(1), 114–27. (in Thai)

- Sangmanee, R. (2017). Using local wisdom with self-care behavior of hypertension patients in the three southern border provinces. *Princess of Naradhiwas University Journal*, 9(2), 1–13. (in Thai)
- Sonart, P., Singso, S., & Musikrak, P. (2023). Factors affecting health care behaviors of working aged people in the responsible area of Ban Na Wong sub-district health promoting hospital, Tha Sak sub-district, Mueang district, Nakhon Si Thammarat province. *Chalermkanjana Academic Journal*, 10(2), 67-80. (in Thai)
- Srita, N., Aungwattana, A., & Tamdee, T. (2023). Factors related to health behaviors among persons with chronic kidney disease in community. *Journal of Nursing and Health Science Research*, 15(1), 139–59. (in Thai)
- Supraditarporn, W. (2023). Effects of a supportive and educational nursing program on dietary and nutritional behaviors clinical outcomes of the elderly with chronic kidney disease stage 3–4 at the kidney disease clinic, Tha Tako hospital. *Science and Technology Northern Journal*, 3(4), 1–23. (in Thai)
- Teerasiroj, T., & Lertlum, L. (2023). The role of nurses in health promotion and prevention for slowing progression of chronic kidney disease in stage 3–4 CKD patient. *Nursing Health and Education Journal*, 6(1), 76–85. (in Thai)
- Thato, R. (2018). *Nursing research: Concepts to application* (3rd ed.). Chulalongkorn University. (in Thai)
- The Nephrology Society of Thailand. (2022). *Guidelines for the care of patients with chronic kidney disease before renal replacement therapy*. The Nephrology Society of Thailand.
- Tuot, D. S., Wong, K. K., Velasquez, A., Crews, D. C., Zonderman, A. B., Evans, M. K., & Powe, N. R. (2019). CKD awareness in the general population: Performance of CKD-specific questions. *Kidney medicine*, 1(2), 43–50. <https://doi.org/10.1016/j.xkme.2019.01.005>