

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยไตเรื้อรัง ระยะที่ 2-3 ในสถานบริการปฐมภูมิ

พัฒนา เศรษฐวัชรานิช* วดีรัตน์ ศรีวงศ์วรรณ** ณัฐพัชร์ กองแป้น***

บทคัดย่อ

บทนำ : โรคไตเรื้อรังต้องการการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องเพื่อชะลอความรุนแรงของโรค การรับรู้ที่ถูกต้องของผู้ป่วยเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพในการชะลอไตเสื่อม

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2-3 ในสถานบริการปฐมภูมิ

วิธีดำเนินการวิจัย : การวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวางนี้ ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 2-3 จำนวน 136 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 5 ส่วน คือ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) ข้อมูลด้านปัจจัยนำ 3) ข้อมูลด้านปัจจัยเอื้อ 4) ข้อมูลด้านปัจจัยเสริม และ 5) ด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยไตเรื้อรัง วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติพรรณนา และวิเคราะห์ปัจจัยที่สามารถทำนายด้วยสถิติวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ

ผลการวิจัย : พบว่า การเข้าถึงแหล่งบริการและทรัพยากร ได้แก่ ปัจจัยเอื้อ เป็นปัจจัยเดียวที่สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta=.29, p<.01$) โดยปัจจัยนี้สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมสุขภาพได้ร้อยละ 26 ($R^2=0.26, F=5.25, p<.01$) ในขณะที่ปัจจัยนำไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ

สรุปผล : ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม ด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคม มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะต้นมากกว่าปัจจัยนำด้านความรู้ ดังนั้นการสร้างเสริมสุขภาพควรปรับเปลี่ยนกลยุทธ์จากการมุ่งเน้นการให้สุศึกษาเพียงอย่างเดียวไปสู่การสร้างกลไกเสริมสร้างปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมอย่างเป็นระบบ โดยเน้นการสร้างคามเข้มแข็งผ่านเครือข่ายครอบครัวและบุคลากรสุขภาพในชุมชน เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: พฤติกรรมสุขภาพ การชะลอความเสื่อมของไต โรคไตเรื้อรัง

* คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยชินวัตร

** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

*** โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางเลน จังหวัดนนทบุรี

ผู้ประพันธ์บรรณกิจ : วดีรัตน์ ศรีวงศ์วรรณ, E-mail: wadeerat@bcnnon.ac.th

Predicting Health Behaviors for Delaying the Progression of Chronic Kidney Disease Stages 2–3 at Primary Care Services

Pattana Sattawatcharawanij^{*} Wadeerat Sriwongwan^{**} Nattaphat Kongpan^{***}

Abstract

Background: Chronic kidney disease (CKD) requires continuous self-care to slow the progression of renal deterioration. Patients' accurate perception and understanding of the disease are crucial for adopting effective health behaviors that delay kidney function decline.

Objectives: To identify predictive factors of health behaviors for slowing kidney deterioration among patients with stage 2–3 chronic kidney disease in primary care settings.

Methods: This cross-sectional descriptive study was conducted among 136 patients diagnosed with stage 2–3 CKD. Data were collected using five instruments: (1) personal information, (2) predisposing factors, (3) enabling factors, (4) reinforcing factors, and (5) health behavior questionnaires. Descriptive statistics were used to analyze general information, while multiple linear regression analysis was used to identify predictive factors of health behavior.

Results: Access to health services and resources, classified as enabling factors, was the only significant predictor of health behavior ($\beta=.29$, $p<.01$). This factor accounted for 26% of the variance in health behavior ($R^2=0.26$, $F=5.25$, $p<.01$). Predisposing factors were not significantly associated with health behavior.

Conclusion: Enabling and reinforcing factors, particularly those related to the social environment, have a greater influence on health behaviors among early-stage CKD patients than predisposing factors such as knowledge. Therefore, health promotion strategies should shift from focusing solely on health education to developing systematic mechanisms that strengthen enabling and reinforcing factors, emphasizing family and community health networks to sustainably support patients in adopting and maintaining healthy behaviors.

Keywords: Health behavior, kidney deterioration, chronic kidney disease

^{*} Faculty of Nursing, Shinawatra University

^{**} Boromarajonani College of Nursing, Changwat Nonthaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

^{***} Bang Len Subdistrict Health Promoting Hospital, Nonthaburi Province

Corresponding Author: Wadeerat Sriwongwan, E-mail: wadeerat@bcnnon.ac.th

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) เป็นปัญหาที่สำคัญของระบบสาธารณสุขทั่วโลกและประเทศไทย ซึ่งโรคไตเรื้อรังส่งผลกระทบต่อประชากรโลกประมาณ ร้อยละ 9 (GBD Chronic Kidney Disease Collaboration, 2020) และส่งผลให้มีผู้เสียชีวิตปีละ 5-10 ล้านคน (Xie et al., 2018) จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจะยังคงเพิ่มขึ้นต่อไปเนื่องจากอุบัติการณ์ของโรคอ้วน โรคไตเรื้อรังที่เพิ่มขึ้นรวมทั้งจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น โรคไตเรื้อรังทำให้การจัดการภาวะเรื้อรังและการติดเชื้อเฉียบพลันมีความซับซ้อนมากขึ้น ประชากรที่มีทรัพยากรจำกัดจะมีความเสี่ยงสูงสุด (Eckardt et al., 2023) ปัจจุบันนี้โรคไตเรื้อรังยังคงเป็นสาเหตุอันดับต้นของการเสียชีวิตทั่วโลก (World Health Organization [WHO], 2024) และจากการคาดประมาณภายในปี ค.ศ. 2030 จะมีผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายที่ต้องการบำบัดทดแทนไตร้อยละ 70 อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา นอกจากนี้ยังมีผู้เสียชีวิตเนื่องจากโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 1.2 ล้านคนต่อปีที่มีสาเหตุมาจากโรคไตเรื้อรัง (GBD 2015, Mortality and Causes of Death Collaborators, 2016)

โรคไตเรื้อรังเป็นภาวะที่ไตสูญเสียหน้าที่ทำงานติดต่อกันนานกว่า 3 เดือน (Subcommittee for the Prevention of Chronic Kidney Disease, The Nephrology Society of Thailand, 2022) แบ่งออกเป็น 5 ระยะ โรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 เป็นระยะที่ไม่มีอาการและอาการแสดงที่ชัดเจน แต่เมื่อไตเสียหายที่มากขึ้น ทำให้การดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะที่ 4-5 จะส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ ครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจ เช่น ภาวะเสียสมดุลน้ำ เกลือแร่ และกรดต่าง ภาวะของเสียคั่งในร่างกาย ภาวะโลหิตจาง เป็นต้น ซึ่งรบกวนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานต้องเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล และในระยะสุดท้ายรักษาด้วยวิธีการบำบัดทดแทนไต แต่ถึงกระนั้นยังพบอุบัติการณ์ของผลกระทบจากการบำบัดทดแทนไต เช่น ภาวะทุพโภชนาการ ภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ภาวะซึมเศร้า เป็นต้น (Marthoenis et al., 2020) ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว (Phetsri & Yodchai, 2023)

พฤติกรรมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมของไตเป็นการปฏิบัติหรือการกระทำของบุคคล เพื่อคงไว้ซึ่งการทำงานของไตและช่วยยืดระยะเวลาการดำเนินของโรคไตเรื้อรังให้เป็นไปอย่างช้าที่สุด ประกอบด้วย การรับประทานอาหารให้ได้พลังงานที่เพียงพอ การบริโภคโปรตีนคุณภาพสูงในปริมาณที่พอเหมาะ การควบคุมโซเดียมในอาหาร การหลีกเลี่ยงอาหารที่มีโพแทสเซียมและฟอสเฟตสูง การออกกำลังกายและควบคุมน้ำหนักตัว การหลีกเลี่ยงยาหรือสารที่ทำลายไต การจำกัดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การงดสูบบุหรี่และหลีกเลี่ยงควันบุหรี่ ตลอดจนการรับประทายตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอเพื่อควบคุมโรคที่เป็นสาเหตุทำให้ไตเสื่อม (de Boer et al., 2020) หากผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมของไตตั้งแต่ระยะเริ่มแรกจะช่วยให้สามารถควบคุมสาเหตุที่ทำให้ไตเสื่อมและช่วยยืดระยะเวลาการดำเนินของโรคไตเรื้อรังได้ยาวนานยิ่งขึ้น (Hinkao et al., 2019)

ดังนั้น การส่งเสริมให้ผู้ป่วยไตเรื้อรังมีพฤติกรรมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมของไตจำเป็นต้องเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมของไตตามแนวคิด PRECEDE-PROCEED Framework โดย Green and Kreuter (2005) มีแนวคิดว่าพฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย (Multiple factors) แบ่งเป็น 3 ปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยนำ (Predisposing factors) ซึ่งเป็นปัจจัยภายในบุคคลที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมและแรงจูงใจในการเปลี่ยนพฤติกรรมหากผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีการรับรู้ที่ถูกต้องจะเป็นตัวกำหนดให้มีพฤติกรรมสุขภาพในการชะลอไตเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติส่งผลให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเกิดความเข้าใจและปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม (Yoomuang & Suphannakul, 2023) อีกทั้งการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในระดับต่ำจะทำให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีความร่วมมือในการรักษา รวมไปถึงการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อชะลอความเสื่อมของไตตามคำแนะนำของ

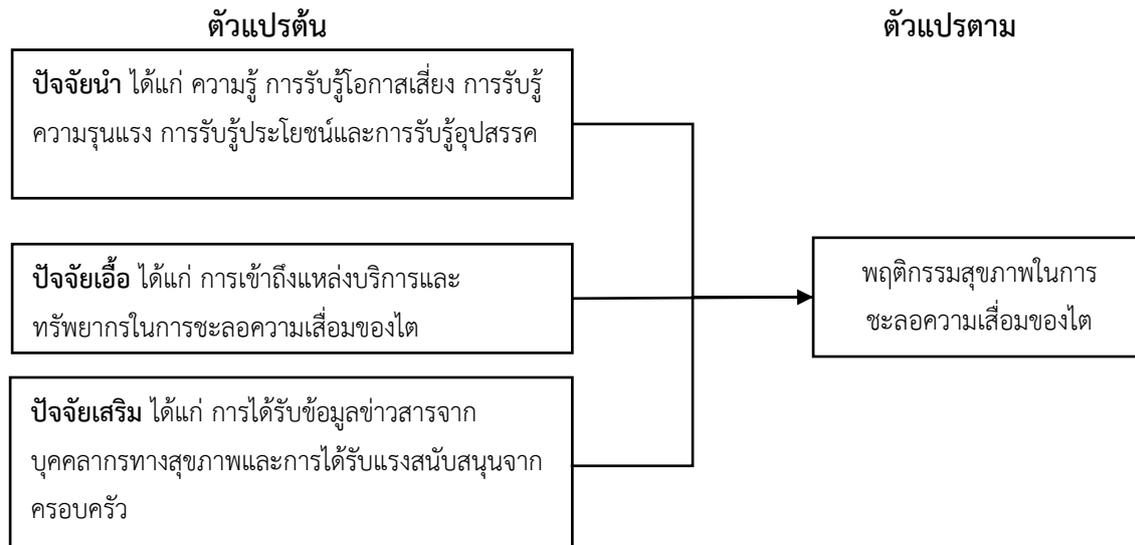
บุคลากรสุขภาพ (Marthoenis et al., 2020) นอกจากนี้การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย และภาวะแทรกซ้อนของโรคจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อหลีกเลี่ยงโอกาสเสี่ยงดังกล่าว (Peikani et al., 2018) 2) ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) เป็นปัจจัยภายนอก ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลที่ต้องการ ความพร้อมของเครื่องมือ/อุปกรณ์ช่วยดูแลตนเอง และการเข้าถึงบริการในระดับปฐมภูมิ และ 3) ปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) เป็นปัจจัยภายนอกตัวบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและชุมชน การได้รับความรู้หรือแรงจูงใจจากบุคลากรทางสุขภาพ แบบจำลองนี้สามารถนำไปค้นหาสาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตได้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติตน และการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (Tsai et al., 2021) ดังนั้นการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมของไตจึงเป็นเรื่องสำคัญที่จะช่วยลดการเสียชีวิตซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่มักถูกวินิจฉัยล่าช้า เนื่องจากไม่มีอาการในระยะเริ่มต้น ทำให้พลาดโอกาสสำคัญในการชะลอความเสื่อมของไตและเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะไตเฉียบพลันซ้ำเติม (National Kidney Foundation, 2015) การศึกษารุ่นนี้ได้เล็งเห็นความสำคัญในการค้นหาปัจจัยทำนายภายใต้กรอบแนวคิด PRECEDE-PROCEED Framework ปัจจัยหลักที่มุ่งเน้น ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม การทำนายพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะเริ่มต้นจึงเป็นกุญแจสำคัญในการลดอัตราการเข้าสู่ภาวะไตวายระยะสุดท้าย และช่วยให้บุคลากรทางสุขภาพสามารถออกแบบโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยรวมทั้งส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องเป็นการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยทำนาย ประกอบด้วยปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมต่อพฤติกรรมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมของไตโดยรวมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2-3 ที่มารับบริการในสถานบริการปฐมภูมิ

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิด PRECEDE-PROCEED Framework โดย Green and Kreuter (2005) เป็นเครื่องมือสำคัญในการวิเคราะห์และวางแผนการส่งเสริมสุขภาพ โดยเน้นการทำความเข้าใจปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ในบริบทของการชะลอภาวะไตเสื่อมสามารถจำแนกปัจจัยหลักออกเป็น 3 กลุ่ม ประกอบด้วย ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงแหล่งบริการและทรัพยากรในการชะลอความเสื่อมของไตและปัจจัยเสริม ได้แก่การได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรทางสุขภาพและการได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว กรอบแนวคิดนี้สามารถนำไปค้นหาสาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพและการดูแลตนเองในชะลอความเสื่อมของไตในระยะยาวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey research) เพื่อการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 2-3 ในสถานบริการปฐมภูมิ จังหวัดนนทบุรี ระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2567 – กรกฎาคม พ.ศ. 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2-3 ในสถานบริการปฐมภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2-3 โดยระยะที่ 2 ตรวจพบค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) 60 ถึง 89 มิลลิลิตร/นาที/1.73เมตร² และระยะที่ 3 ตรวจพบค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) 30 ถึง 59 มิลลิลิตร/นาที/1.73เมตร² ซึ่งได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าเป็นไตเรื้อรัง ≥ 3 เดือนที่มารับบริการตรวจตามนัดที่สถานบริการปฐมภูมิ ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power Analysis) โดยใช้โปรแกรม G*Power กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) ที่ระดับ .05 กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power of analysis) เท่ากับ .90 และกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ .13 ซึ่งจัดเป็นขนาดอิทธิพลระดับกลาง (Medium effect size) สำหรับการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression) (Ellis, 2010; Cohen, 1988) โดยพิจารณาตัวแปรต้นทั้งหมด 3 ตัวแปร ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม

จากการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการขั้นต่ำเท่ากับ จำนวน 114 ราย ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนในการเก็บข้อมูลและการไม่ตอบกลับ (non-response/attrition) ได้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้นจำนวน 137 ราย ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามแผนที่กำหนด และได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างรวมที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลจริงในครั้งนี้ จำนวน 136 ราย โดยผู้วิจัยได้คัดเลือกสถานบริการปฐมภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดนนทบุรีซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 2-3 เพียงพอต่อการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขนาดกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพศหญิงและเพศชายที่มารับบริการตรวจตามนัดที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์ ดังนี้ 1) เป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2-3 2) ตรวจพบค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) 30 ถึง 89 มิลลิลิตร/นาที/1.73เมตร² และ 3) ได้รับการตรวจ

วินิจฉัยว่าเป็นไตเรื้อรัง ≥ 3 เดือนที่มารับบริการตรวจตามนัดที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ดังกล่าวจนครบตามขนาดกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ จำนวน 136 ราย

เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ น้ำหนัก ส่วนสูง โรคประจำตัว ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ระยะเวลาเฉลี่ยที่เป็นโรคเบาหวาน ค่าเฉลี่ยของอัตราการกรองของไต (eGFR) สิทธิการรักษา การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยนำ ประกอบด้วย

1) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมของไต มีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบถูก ผิด จำนวน 15 ข้อ โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนน คือ ตอบถูกต้อง ให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน เกณฑ์การแปลผล คะแนนสูงสุด 15 คะแนน และคะแนนต่ำสุด 0 คะแนน กำหนดระดับคะแนนเป็น 3 ระดับ (Bloom, 1971) โดยค่าคะแนนที่น้อยกว่าร้อยละ 60.00 หมายถึง ความรู้อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 60.00–79.00 หมายถึง ความรู้อยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 80.00 ขึ้นไป หมายถึงความรู้ในระดับมาก

2) แบบสอบถามด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง จำนวน 5 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบมาตรวัดของลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยค่าคะแนน 5–11 หมายถึง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง อยู่ในระดับต่ำ 12–18 คะแนน หมายถึง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง อยู่ในระดับปานกลาง และ 19–25 คะแนน หมายถึง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง อยู่ในระดับสูง

3) แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคไตเรื้อรัง ข้อคำถามเป็นแบบมาตรวัดของลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ โดยค่าคะแนน 5–11 หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงของโรคไตเรื้อรัง อยู่ในระดับต่ำ 12–18 คะแนน หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงของโรคไตเรื้อรัง อยู่ในระดับปานกลาง และ 19–25 คะแนน หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงของโรคไตเรื้อรัง อยู่ในระดับสูง

4) แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบมาตรวัดของลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ โดยค่าคะแนน 5–11 หมายถึง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับต่ำ 12–18 คะแนน การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง และ 19–25 คะแนน การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับสูง

5) แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบมาตรวัดของลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน 5 ข้อ โดยค่าคะแนน 5–11 หมายถึง การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับต่ำ 12–18 คะแนน การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง และ 19–25 คะแนน การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามข้อมูลทางด้านปัจจัยเอื้อ ประกอบด้วย แบบสอบถามด้านการเข้าถึงแหล่งบริการและทรัพยากรในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ลักษณะของข้อคำถามเป็นลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ เป็นประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง นาน ๆ ครั้ง และไม่เคยเลย จำนวน 5 ข้อ โดยค่าคะแนน 5–11 หมายถึง การเข้าถึงแหล่งบริการและทรัพยากรในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยไตเรื้อรัง อยู่ในระดับต่ำ 12–18 คะแนน การเข้าถึงแหล่งบริการและทรัพยากรในการปฏิบัติพฤติกรรม

สุขภาพของผู้ป่วยไตเรื้อรัง อยู่ในระดับปานกลาง และ 19–25 คะแนน การเข้าถึงแหล่งบริการและทรัพยากร ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยไตเรื้อรังอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามข้อมูลทางด้านปัจจัยเสริม ประกอบด้วย 1) การได้รับข้อมูลข่าวสารจาก บุคคลากรทางสุขภาพ ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบมาตรวัดของลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ คือ เป็นประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง นาน ๆ ครั้ง และไม่เคยเลย จำนวน 5 ข้อ โดยค่าคะแนน 5–11 หมายถึงการ ได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคคลากรทางสุขภาพ อยู่ในระดับต่ำ 12–18 คะแนน การได้รับข้อมูลข่าวสารจาก บุคคลากรทางสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และ 19–25 คะแนน การได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคคลากรทาง สุขภาพ อยู่ในระดับสูง 2) การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบมาตรวัดของลิ เคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ คือ เป็นประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง นาน ๆ ครั้ง และไม่เคยเลย จำนวน 5 ข้อ โดยค่าคะแนน 5–11 คะแนน หมายถึง การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับต่ำ 12–18 คะแนน การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง และ 19–25 คะแนน การได้รับแรงสนับสนุนจาก ครอบครัวอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยไตเรื้อรัง ประกอบด้วย ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการสูบบุหรี่ ด้านการใช้ยา และด้านการจัดการกับความเครียด ลักษณะ ของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง นาน ๆ ครั้ง และไม่เคยเลย มีจำนวน 15 ข้อ ด้านละ 3 ข้อ โดยค่าคะแนน 15–34 หมายถึง พฤติกรรม สุขภาพของผู้ป่วยไตเรื้อรังในการชะลอความเสื่อมของไตอยู่ในระดับน้อย 35–54 คะแนน พฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ป่วยไตเรื้อรังในการชะลอความเสื่อมของไตอยู่ในระดับปานกลาง และ 55–75 คะแนน พฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ป่วยไตเรื้อรังในการชะลอความเสื่อมของไต อยู่ในระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถามและได้ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามทั้งด้านความตรงเชิง เนื้อหาและความเที่ยง ดังนี้ 1) ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งหมดให้ ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์และนิยามเชิงปฏิบัติการ พบว่า ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Index of Item Objective Congruence: IOC) ของทุกองค์ประกอบมีค่า เท่ากับ 1.0 และ 2) ความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยผู้วิจัยได้ นำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามแยกการวิเคราะห์ตามลักษณะของเครื่องมือ แบบสอบถาม ด้านปัจจัยนำความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมของไต นำวิเคราะห์ความเชื่อมั่นใช้สูตร ของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson: KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .66 และแบบสอบถามด้าน ปัจจัยนำ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคไต เรื้อรัง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ด้านปัจจัยเอื้อ การเข้าถึงแหล่งบริการและทรัพยากรในการชะลอความเสื่อมของไต ด้านปัจจัยเสริม ได้แก่ การ ได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคคลากรทางสุขภาพและการได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว และพฤติกรรมสุขภาพ ในการชะลอความเสื่อมของไต โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่าความเชื่อมั่นในแต่ละด้านมากกว่า .60

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี เอกสารรับรองเลขที่ 28/2567 รับรองวันที่ 8 สิงหาคม 2567

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้ 1) เมื่อโครงร่างวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี 2) ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ให้แก่ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนรับทราบเพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันและขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม 3) ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง โดยใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที ระหว่างรอรับการตรวจจากแพทย์ และ 4) เก็บรวบรวมแบบสอบถามและตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ น้ำหนัก ส่วนสูง โรคประจำตัว ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ระยะเวลาเฉลี่ยที่เป็นโรคเบาหวาน ค่าเฉลี่ยของอัตราการกรองของไต (eGFR) สิทธิการรักษา และการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง โดยใช้ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ปัจจัยที่สามารถทำนาย โดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ (Multiple Linear Regression) แบบคัดเลือกเข้าข้อมูลทั้งหมดผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติอย่างครบถ้วน การแจกแจงปกติ ความเป็นเส้นตรง การไม่สัมพันธ์กันเองของตัวแปรอิสระ ($VIF \leq 10$ ผลการวิเคราะห์จะรายงานค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจ (R^2) และสัมประสิทธิ์การถดถอยมาตรฐาน (β) เพื่อระบุอำนาจการทำนายของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.10 มีอายุเฉลี่ย 67.61 ปี (Max=88, Min=30, SD=10.19) มีน้ำหนักเฉลี่ย 63.64 กิโลกรัม (Max =98, Min =33, SD=12.72) และส่วนสูงเฉลี่ย 158.00 เซนติเมตร (Max=179, Min=139, SD=8.41) มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 78.70 รองลงมา คือ ภาวะไขมันในเลือดสูง และโรคเบาหวาน ร้อยละ 54.40 และร้อยละ 37.50 ตามลำดับ โดยมีระยะเวลาเฉลี่ยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง 7.78 ปี (Max=30, Min=1, SD=7.40) และระยะเวลาเฉลี่ยที่เป็นโรคเบาหวาน 3.49 ปี (Max=33, Min=1, SD=6.11) และมีค่าเฉลี่ยของอัตราการกรองของไต (eGFR) 68.19 โดยส่วนใหญ่อัตราการกรองอยู่ระหว่าง 60-90 (ระยะที่ 2) ร้อยละ 69.90 และ 30-59 (ระยะที่ 3) ร้อยละ 30.1 รวมทั้งส่วนใหญ่ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 97.8 และได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 76.50

2. ตัวแปรที่ศึกษา

พฤติกรรมด้านสุขภาพ พบว่า ภาพรวมของพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยไตเรื้อรัง ระยะที่ 2-3 อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ย 45.57 คะแนน (SD=6.88) ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมของไต อยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ย 12.64 คะแนน (SD=2.04) การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง อยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ย 21.86 คะแนน (SD=2.48) การรับรู้ความรุนแรงของโรคไตเรื้อรัง อยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ย 21.30 คะแนน (SD=2.77) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับสูง มี

ค่าเฉลี่ย 20.44 คะแนน (SD=2.76) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 17.04 คะแนน (SD=4.48) การเข้าถึงแหล่งบริการและทรัพยากร อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 15.61 คะแนน (SD=3.36) การได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรทางสุขภาพ อยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ย 19.88 คะแนน (SD=4.54) และการได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 17.74 คะแนน (SD=5.89) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 พิสัยที่เป็นไปได้ พิสัยที่เป็นจริง ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลของตัวแปร ที่ศึกษา (n=136)

ตัวแปร	พิสัยที่เป็นไปได้	พิสัยที่เป็นจริง	ค่าเฉลี่ย	SD	แปลผล
พฤติกรรมด้านสุขภาพ	15-75	32-67	45.57	6.88	ปานกลาง
ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ	0-15	6-15	12.64	2.04	สูง
การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง	5-25	15-25	21.86	2.48	สูง
การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคไตเรื้อรัง	5-25	13-25	21.30	2.77	สูง
การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสุขภาพ	5-25	13-25	20.44	2.76	สูง
การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสุขภาพ	5-25	5-25	17.04	4.48	ปานกลาง
การเข้าถึงแหล่งบริการและทรัพยากร	5-25	9-25	15.61	3.36	ปานกลาง
การได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรทางสุขภาพ	5-25	5-25	19.88	4.54	สูง
การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว	5-25	5-25	17.74	5.89	ปานกลาง

3. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์

การเข้าถึงแหล่งบริการและทรัพยากร การได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรทางสุขภาพ และการได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 2-3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.38, p<.05, r=.30, p<.05; r=.33, p<.05$) ส่วนความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคไตเรื้อรัง และการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสุขภาพไม่มีกับพฤติกรรมด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 2-3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.11, p=.21; r=.03, p=.70; r=.10, p=.90; r=.16, p=.07; r=.11, p=.17$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับพฤติกรรมด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 2-3 (n=136)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ	1								
2. การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง	.12	1							
3. การรับรู้ความรุนแรงของโรคไตเรื้อรัง	.06	.44*	1						
4. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ	.18	.49*	.51*	1					
5. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ	.49	.23*	.15	.48*	1				

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8	9
6. การเข้าถึงแหล่งบริการและทรัพยากร	.27*	.11	.13	.14	.19	1			
7. การได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรทางสุขภาพ	.05	.28	.13	.04	.08	.31*	1		
8. การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว	.09	.06	.82	.16	.15	.28*	.40*	1	
9. พฤติกรรมสุขภาพ	.11	.03	.10	.16	.11	.38*	.30*	.33*	1

*p<.05

4. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมของไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2-3 พบว่าการเข้าถึงแหล่งบริการและทรัพยากร ($\beta=.29$, $p<.01$) สามารถทำนายพฤติกรรมด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2-3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยตัวแปรที่ศึกษาสามารถร่วมทำนายทำนายพฤติกรรมด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2-3 ได้ร้อยละ 26 ($R^2=0.26$, $F=5.25$, $p<.01$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรที่ใช้ในการทำนายพฤติกรรมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมของไตภาพรวมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2-3 (n=136)

ปัจจัย	b	SE _b	β	t	p
ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ	.03	.23	.01	.11	.910
การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง	-.40	.27	-.14	-1.51	.134
การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคไตเรื้อรัง	-.22	.24	-.09	-.94	.350
การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสุขภาพ	.31	.29	.12	1.08	.281
การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสุขภาพ	.18	.14	.12	1.27	.208
การเข้าถึงแหล่งบริการและทรัพยากร	.61	.19	.29	3.30	.001*
การได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรทางสุขภาพ	.26	.14	.17	1.87	.065
การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว	.18	.10	.15	1.70	.092

R=.51, $R^2=.26$, $SE_{est}=6.16$, $F=5.25$, * $p<.01$

อภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมของไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2-3 พบว่า มีเพียงการเข้าถึงแหล่งบริการและทรัพยากร ซึ่งเป็นปัจจัยเอื้อ เท่านั้นที่สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta=.29$, $p<.01$) โดยปัจจัยนี้มีความสามารถในการอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมสุขภาพรวมกันได้สูงถึงร้อยละ 26 ($R^2=0.26$, $F=5.25$, $p<.01$) ผลการวิจัยแสดงว่าการเข้าถึงแหล่งบริการและทรัพยากร คือ กลไกสำคัญที่แปลงความตั้งใจของผู้ป่วยให้กลายเป็นการปฏิบัติจริง โดยมีอำนาจในการทำนายสูงที่สุด การเข้าถึงแหล่งบริการและทรัพยากรในบริบทของสถานบริการปฐมภูมิ หมายถึง การเข้าถึงคลินิกโรคเรื้อรังได้อย่างสะดวก การได้รับเครื่องมือ/อุปกรณ์ช่วยดูแลตนเอง เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต และการเข้าถึงข้อมูลที่ถูกต้องและเข้าใจง่าย เมื่อผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการเหล่านี้ได้อย่างสะดวกและไม่ยุ่งยาก จะสามารถจัดอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมของไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Vorapo (2020) พบว่าการเข้าถึงแหล่งบริการและทรัพยากรมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญ และการศึกษาของ Hwang et al. (2020) พบว่าอุปสรรคสำคัญที่บั่นทอนการ

จัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง คือ “การขาดทรัพยากรและการสนับสนุนที่เป็นระบบ” เมื่อผู้ป่วยรู้สึกว่าการจัดการโรคมียากและมีอุปสรรคด้านทรัพยากร การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัว (Perceived Benefits) จะถูกบั่นทอนลง ดังนั้นการเพิ่มการเข้าถึงแหล่งบริการจึงเป็นการแก้ปัญหาที่ต้นตอของอุปสรรคในพฤติกรรมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมของไต ดังนั้นปัจจัยเอื้อมีบทบาทสำคัญที่สุดในการจัดการพฤติกรรมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมของไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังต้องอาศัย การดูแลแบบองค์รวม (Holistic care) เป็นการดูแลครอบคลุมทั้งกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ ปัจจัยที่สำคัญของความสำเร็จจึงอยู่ที่ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงแหล่งบริการและทรัพยากรในการชะลอความเสื่อมของไตที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้อย่างต่อเนื่อง และเป็นการสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง (Self-efficacy) ซึ่งเป็นสิ่งที่กำหนดว่าผู้ป่วยจะสามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาที่ซับซ้อนได้มากน้อยเพียงใด (Schrauben et al., 2022) ดังนั้นการให้ความสำคัญกับบริบททางสังคมและสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย ซึ่งปัจจัยเอื้อจะช่วยลดความเหลื่อมล้ำและเพิ่มโอกาสในการดูแลตนเองในการชะลอความเสื่อมของไตได้ดีขึ้น จากผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการปฏิบัติ (Enabling environment) นั้นมีอิทธิพลเหนือกว่าความรู้ส่วนบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมของไตไม่มีนัยสำคัญทางสถิติในการทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 2-3 (ค่า p ของตัวแปรอยู่ระหว่าง 0.134 ถึง 0.910) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Tsai et al. (2021) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังบางกลุ่มจะมีความรู้เกี่ยวกับโรคสูง แต่พฤติกรรมดูแลตนเองกลับอยู่ในระดับต่ำหรือปานกลาง และการศึกษาของ Yoomuang and Suphannakul (2023) พบว่าการให้ความรู้เชิงเดียวไม่เพียงพอต่อการสร้างพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 3 ซึ่งการให้ความรู้เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอสำหรับการปฏิบัติตัว การให้ข้อมูลข่าวสาร ($p=.065$) และแรงสนับสนุนจากครอบครัว ($p=.092$) แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มที่ชัดเจนว่าการให้ข้อมูลจากบุคลากรทางสุขภาพและแรงสนับสนุนจากครอบครัวมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการเพิ่มความรู้และความเชื่อมั่นของผู้ป่วยซึ่งนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในการชะลอไตเสื่อมได้ เมื่อพิจารณาบริบททางสังคมรอบตัวผู้ป่วย โดยการได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรทางสุขภาพ ($p=.065$) ข้อมูลที่ผู้ป่วยได้รับจากแพทย์ พยาบาล หรือนักโภชนาการจะมีอิทธิพลมากที่สุดในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การให้ข้อมูลที่เข้าใจง่าย และการสร้างความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์จะช่วยทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจและมีการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง ซึ่งเป็นการลดช่องว่างระหว่างความรู้กับการปฏิบัติ (Knowledge-practice gap) ได้อย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของ Moktan et al. (2019) พบว่าการให้ความรู้ การให้คำปรึกษา และการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเป็นกลยุทธ์ที่มีประโยชน์ในการเพิ่มพูนความรู้ ความเชื่อมั่นในตนเอง (Self-efficacy) และพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ยังไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต (Predialysis CKD) บุคลากรทางการแพทย์สามารถให้ความรู้ สร้างแรงจูงใจ และฝึกฝนผู้ป่วยในการจัดการตนเองซึ่งการให้ความรู้เชิงปฏิบัติ (Practical knowledge) และการใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้ไปใช้ในชีวิตประจำวันได้

การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว ($p=.092$) มีบทบาทสำคัญในการเป็นแรงเสริมทางจิตใจให้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง เช่น การเตรียมอาหาร การจำกัดน้ำ หรือการรับประทานยาอย่างเคร่งครัด การมีครอบครัวที่เข้าใจและคอยช่วยเหลือจะช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยว ความเครียด และเพิ่มแรงจูงใจให้ผู้ป่วยสามารถคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่ดีที่สอดคล้องกับการศึกษาของ Luyckx et al. (2018) ชี้ให้เห็นว่าการขาดการสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากครอบครัว เป็นอุปสรรคสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตตามคำแนะนำทางการแพทย์ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง การมีเครือข่าย

สังคมที่เข้มแข็งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความท้าทายต่าง ๆ ในการดูแลตนเองได้ดียิ่งขึ้น (Noviana & Zahra, 2021) จึงเห็นได้ว่าการสนับสนุนจากครอบครัวมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งต่อการช่วยให้ผู้ป่วยจัดการกับโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง

จากการวิจัยในครั้งนี้พบว่า ปัจจัยนำ ความรู้ การรับรู้ความเสี่ยง ความรุนแรง และการรับรู้ประโยชน์ ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย จะเห็นได้ว่าความรู้และการรับรู้ไม่เท่ากับการปฏิบัติ ผู้ป่วยอาจมีความรู้ว่าการจำกัดโซเดียมเป็นสิ่งที่ดี แต่การนำไปปฏิบัติจริงนั้นต้องอาศัยปัจจัยอื่น ๆ มาสนับสนุน เช่น ทักษะการทำอาหารที่เหมาะสม การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว โดยสอดคล้องกับการศึกษาของ Wint et al. (2023) พบว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง การเสริมความเชื่อมั่นในตนเอง และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม สามารถช่วยส่งเสริมพฤติกรรมจัดการตนเองในบุคคลที่เป็นโรคไตเรื้อรังที่ยังไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตได้ ดังนั้นจะเห็นได้ว่าปัจจัยทางสังคมมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจและการลงมือปฏิบัติมากกว่าการรับรู้ส่วนบุคคล การสนับสนุนจากครอบครัวทำหน้าที่เป็นตัวกลางที่ช่วยให้ผู้ป่วยเอาชนะอุปสรรคและนำความรู้ที่มีไปสู่การปฏิบัติได้จริง

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

ผลการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 2-3 ในชุมชน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระยะเริ่มต้นของโรค ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่เหมาะสมที่สุดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เพื่อชะลอการเสื่อมของไตไม่ให้ลุกลามไปสู่ระยะที่รุนแรง จากกรอบแนวคิด PRECEDE-PROCEED framework พบว่า ปัจจัยเอื้อ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีบทบาทสำคัญในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ และสนับสนุนให้เกิดการตรวจคัดกรองและการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชนได้อย่างต่อเนื่อง และปัจจัยเสริม การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังจากบุคลากรสุขภาพ และการได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว ซึ่งผลการวิเคราะห์แสดงให้เห็นว่า ปัจจัยภายนอกที่เป็นสิ่งแวดล้อมทางสังคมรอบตัวผู้ป่วยมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมของไตมากกว่าปัจจัยภายใน ดังนั้นกรอบแนวคิด PRECEDE-PROCEED framework ยังคงเป็นแนวทางที่เหมาะสมสำหรับการออกแบบโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะต้น การป้องกันไม่ให้โรคดำเนินไปสู่ระยะสุดท้าย จึงต้องอาศัยการเสริมสร้างปัจจัยเอื้อให้แข็งแกร่งอย่างเป็นระบบ และปัจจัยเสริมผ่านครอบครัวและบุคลากรสุขภาพในระดับชุมชนเนื่องจากปัจจัยนำไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญต่อพฤติกรรมในการชะลอความเสื่อมของไต ดังนั้นการปรับเปลี่ยนกลวิธีการให้ความรู้เพียงอย่างเดียวไปสู่การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการปฏิบัติ จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องและยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การจัดการโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2-3 การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยอย่างเดียวนั้นไม่เพียงพอที่จะกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติตนได้ บุคลากรทางสุขภาพต้องพิจารณาถึงบริบททางสังคมรอบตัวผู้ป่วยด้วย โดยการได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรทางสุขภาพมีอิทธิพลมากที่สุดในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การให้ข้อมูลที่เข้าใจง่าย และการสร้างความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจและมีการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง

ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาเชิงคุณภาพแบบเจาะลึก ควรมีการสัมภาษณ์เชิงลึกหรือการจัดกลุ่มสนทนา (Focus group) กับผู้ป่วยและญาติ เพื่อสำรวจทัศนคติ ความเชื่อ และการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะไตเสื่อม

2. การวิจัยเชิงทดลอง ควรมีการออกแบบการวิจัยเชิงทดลองเพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันภาวะไตเสื่อม

3. การวิจัยติดตามระยะยาว การศึกษาในอนาคตควรมีการติดตามผลในระยะยาว เพื่อประเมินว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่เกิดขึ้นนั้นมีความยั่งยืนเพียงใด

Reference

- Bloom, B. S. (1971). *Handbook on formative and somative evaluation of student learning*. New York: McGraw-Hill Book Co.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- de Boer, I. H., Caramori, M. L., Chan, J. C. N., Heerspink, H. J. L., Hurst, C., Khunti, K., Liew, A., Michos, E. D., Navaneethan, S. D., Olowu, W. A., Sadusky, T., Tandon, N., Tuttle, K. R., Wanner, C., Wilkens, K. G., Zoungas, S., Lytvyn, L., Craig, J. C., Tunnicliffe, D. J., ... Rossing, P. (2020). Executive summary of the 2020 KDIGO diabetes management in CKD guideline: Evidence-based advances in monitoring and treatment. *Kidney International, 98*(4), 839–48. <https://doi.org/10.1016/j.kint.2020.06.024>
- Eckardt, K. U., Delgado, C., Heerspink, H. J. L., Pecoits-Filho, R., Ricardo, A. C., Stengel, B., Tonelli, M., Cheung, M., Jadoul, M., Winkelmayr, W. C., & Kramer, H. (2023). Trends and perspectives for improving quality of chronic kidney disease care: Conclusions from a kidney disease: Improving global outcomes (KDIGO) controversies conference. *Kidney International, 104*(5), 888–903. <https://doi.org/10.1016/j.kint.2023.05.013>
- Ellis, P. D. (2010). *The essential guide to effect sizes: statistical power, meta-analysis, and the interpretation of research results*. United Kingdom: Cambridge University Press.
- GBD 2015, Mortality and Causes of Death Collaborators. (2016). Global, regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980–2015: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet, 388*(10053), 1459–544. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31012-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31012-1)
- GBD Chronic Kidney Disease Collaboration. (2020). Global, regional, and national burden of chronic kidney disease, 1990–2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease study 2017. *The Lancet, 395*(10225), 709–33. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32977-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32977-0)
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2005). *Health program planning: An educational and ecological approach*. McGraw-Hill.
- Hinkao, C., Hanprasitkham, K., & Jiarawitkij, S. (2019). The effect of a self-management program combined with motivational interviewing to slow the progression of diabetic kidney disease on self-management behaviors and clinical outcomes in patients with type 2 diabetes and stage 3 chronic kidney disease. *Journal of Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi, 30*(2), 185–202.

- Hwang, S. J., Tan, N. C., Yoon, S., Ramakrishnan, C., Paulpandi, M., Gun, S., Lee, J. Y., Chang, Z. Y., & Jafar, T. H. (2020). Perceived barriers and facilitators to chronic kidney disease care among patients in Singapore: A qualitative study. *BMJ Open*, *10*(10), e041788. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-041788>
- Luyckx, V. A., Tonelli, M., & Stanifer, J. W. (2018). The global burden of kidney disease and the sustainable development goals. *Bulletin of the World Health Organization*, *96*(6), 414–22. <https://doi.org/10.2471/BLT.17.206441>
- Marthoenis, M., Syukri, M., Abdullah, A., Tandil, T. M. R., Putra, N., Laura, H., Setiawan, A., & Sofyan, H. (2020). Quality of life, depression, and anxiety of patients undergoing hemodialysis: Significant role of acceptance of the illness. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, *56*(1), 40–50. <https://doi.org/10.1177/0091217420913382>
- Moktan, S., Leelacharas, S., & Prapaipanich, W. (2019). Knowledge, self-efficacy, self-management behavior of the patients with predialysis chronic kidney disease. *Rama Medical Journal*, *42*(2), 38–4.
- National Kidney Foundation. (2015). *Global facts: About kidney disease*. <https://www.kidney.org/global-facts-about-kidney-disease>
- Noviana, C. M., & Zahra, A. N. (2021). Social support and self-management among end-stage renal disease patients undergoing hemodialysis in Indonesia. *Journal of Public Health Research*, *11*(2), 2733. <https://doi.org/10.4081/jphr.2021.2733>
- Peikani, F. A., Shahgholian, N., & Kazemi, A. (2018). The effect of health-belief-model-based training on behaviors preventing peritonitis in patients on peritoneal dialysis. *International Journal of Preventive Medicine*, *9*(1), 72. https://doi.org/10.4103/ijpvm.IJPVM_566_17
- Phetsri, K., & Yodchai, K. (2023). Factors related to quality of life in patients with end-stage kidney disease. *Journal of Research in Nursing-Midwifery and Health Sciences*, *43*(1), 105–17.
- Schrauben, S. J., Rivera, E., Bocage, C., Eriksen, W., Amaral, S., Dember, L. M., Feldman, H. I., & Barg, F. K. (2022). A qualitative study of facilitators and barriers to self-management of CKD. *Kidney International Reports*, *7*(1), 46–55. <https://doi.org/10.1016/j.ekir.2021.10.021>
- Subcommittee for the Prevention of Chronic Kidney Disease, The Nephrology Society of Thailand. (2022). *Clinical practice recommendation for the evaluation and management of chronic kidney disease in adults 2022* (Revised ed.). Srimuang Karn Pim.
- Tsai, Y. C., Wang, S. L., Tsai, H. J., Chen, T. H., Kung, L. F., Hsiao, P. N., Hsiao, S. M., Hwang, S. J., Chen, H. C., & Chiu, Y. W. (2021). The interaction between self-care behavior and disease knowledge on the decline in renal function in chronic kidney disease. *Scientific Reports*, *11*(1), 401. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-79873-z>
- Vorapo, N. (2020). *Factors predicting self-care behavior for preventing renal complications in diabetes mellitus patients*. [Unpublished master's thesis]. Burapha University.

- Wint, Y. Z., Lininger, J., & Leelacharas, S. (2023). Related factors with self-management behaviors among patients with predialysis chronic kidney disease: A multicenter study in Myanmar. *Makara Journal of Health Research*, 27(1), 108–17.
<https://doi.org/10.7454/mjhr.v27i1.13961>
- World Health Organization. (2024, August 7). *The top 10 causes of death*.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
- Xie, Y., Bowe, B., Mokdad, A. H., Xian, H., Yan, Y., Li, T., Maddukuri, G., Tsai, C. Y., Floyd, T., & Al-Aly, Z. (2018). Analysis of the Global Burden of Disease study highlights the global, regional, and national trends of chronic kidney disease epidemiology from 1990 to 2016. *Kidney International*, 94(3), 567–81. <https://doi.org/10.1016/j.kint.2018.04.011>
- Yoomuang, P., & Suphannakul, P. (2023). Factors predicting self-management behaviors among patients with chronic kidney disease stage 3 in Suphanburi province, Thailand. *Malaysian Journal of Public Health Medicine*, 23(1), 272–8.
<https://doi.org/10.37268/mjphm/vol.23/no.1/art.1925>