

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมสนับสนุนการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคไตเสื่อมเรื้อรัง
ของกลุ่มเสี่ยงในชุมชนThe Effects of Self-management Support Programs on
Chronic Kidney Disease Prevention Behaviors among Risk Groups in Community

Received: Feb 20, 2021

Revised: May 26, 2021

Accepted: May 31, 2021

สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์ ส.ด. (Surasak Thiabriti, Dr.P.H.)¹นิรุวรรณ เทิร์นโบล์ Ph.D. (Niruwan Turnbull, Ph.D.)²ชาญยุท ศรีภูวงษ์ ส.ม. (Charnyuth Sriphuwong, M.P.H.)³วารังคณา ศรีภูวงษ์ ส.ม. (Warangkana Sriphuwong M.P.H.)⁴เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ ส.ด. (Suawalak Sridakate Dr.P.H.)⁵

บทคัดย่อ

บทนำ: โรคไตวายเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease, CKD) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของไทยและทั่วโลก ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การรับประทาน อาหารที่ไม่เหมาะสม การใช้ยาไม่ถูกต้อง

วัตถุประสงค์การวิจัย: มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันภาวะไตเสื่อมเรื้อรัง ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิก สำหรับกลุ่มเสี่ยงในชุมชนซึ่งมีภาวะการทำงานของไตบกพร่องในระยะ 1-3

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลอง แบบ 2 กลุ่มวัดก่อน และหลัง กลุ่มตัวอย่าง 60 คน คัดเลือกแบบเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน มีกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลปกติ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมป้องกันไตเสื่อมเรื้อรังโดยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และการสนับสนุนการดูแลตนเองด้วยเทคนิค 5 เอ เก็บรวบรวมข้อมูลในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 12 เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคไตเสื่อมเรื้อรังที่มีค่าความเชื่อมั่น (KR-20) เท่ากับ 0.77 2) แบบสอบถามการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไตเสื่อมเรื้อรัง ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.80 3) แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันไตเสื่อมเรื้อรัง ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.78 และวัดผลลัพธ์ทางคลินิกได้แก่ ค่าระดับซีรัมครีเอตินินและค่าอัตราการกรองของไต ตามมาตรฐานของโรงพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Paired t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัย: พบว่า กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรม มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคไตเสื่อม การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไตเสื่อมเรื้อรัง พฤติกรรมในการป้องกันไตเสื่อมเรื้อรัง สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

ได้รับทุนสนับสนุนจากคณะกรรมการสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

¹ Corresponding author , อาจารย์.ดร.คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม E-mail : surasak.t@msu.ac.th

² รองศาสตราจารย์ ดร. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม E-mail: niruwan.o@msu.ac.th

³ ผู้อำนวยการ ส.ม.,รพ.สต.บ้านหนองอุ่ม อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม E-mail: tomycham@hotmail.com

⁴พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ส.ม.,รพ.สต.บ้านหัวขัว อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม E-mail: warang3@yahoo.co.th

⁵ผู้อำนวยการ ดร.วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น E-mail: ooyja_ommy@hotmail.com

^{1,2} Faculty of Public Health, Mahasarakham University, Mahasarakham, Thailand

³ Nong-Um Health Promoting Hospital, Kantharwichai District, Mahasarakham, Thailand

⁴ Hua khu a Health Promoting Hospital, Kantharwichai District, Mahasarakham, Thailand

⁵ Sirindhorn College of Public Health, Khon kean Province, Khon kean, Thailand

ทางสถิติ ($p < .05$) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยซีรัมครีเอตินินและค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไตแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สรุปผล: โปรแกรมสนับสนุนการดูแลตนเองที่ประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และการสนับสนุนการดูแลตนเองด้วยเทคนิค 5 เอ ทำให้กลุ่มเสี่ยงมีการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ดีขึ้นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันไตเสื่อมเรื้อรัง และผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีได้

ข้อเสนอแนะ: หน่วยงานสาธารณสุขในชุมชน สามารถนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมเรื้อรังได้

คำสำคัญ : ไตเสื่อมเรื้อรัง พฤติกรรมการป้องกัน กลุ่มเสี่ยง

Abstract

Introduction: Chronic Kidney Disease (CKD) was a major public health problem in Thailand and worldwide. The major risk factors for CKD include diabetes, high blood pressure, and unhealthy behaviors such as unhealthy food consumption and improper use of medication.

Research objectives: To examine the effects of self-management support programs on CKD preventive behaviors among risk groups in community dwellers living with stage 1-3 kidney impaired disease.

Research methodology: This quasi-experimental study used a 2-group pretest-posttest design and was guided by a health belief model and 5 A technique model. Sixty participants were purposively selected and assigned to experimental group ($n=30$) and control group ($n=30$). The control group received regularly care and the experimental group received the CKD prevention program with 5As behavior change technique. Data were collected from control group and experimental group at a first week and twelfth week. A set of questionnaires were used to collect data including 1) Knowledge about CKD with reliable KR-20 of 0.77; 2) Perceived health belief on CKD with reliable Cronbach's alpha of 0.80; and 3) Prevention behaviors on CKD with reliable Cronbach's alpha of 0.80. Two clinical outcomes were measured namely serum creatinine (Scr) and estimated glomerular filtration rate (eGFR). Both of them were validated according to a hospital standard. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test, and independent t-test.

Results: Results revealed that in the experimental group, means score of knowledge, perceives of health belief on CKD, and CKD prevention behavior were found to be significantly higher than the control group ($p < .05$). Also, there were significant differences for clinical outcomes (Scr levels and eGFR values) between the two groups ($p < .05$).

Conclusions: The self-managements support program was guided by the concept of health beliefs with 5A technique. By implementing this program, the risk groups reported a better perception of their health beliefs resulting in a change in health-related behavior of CKD prevention and good clinical outcomes.

Implications: The community health care sectors could apply this program to promote self-management behavior of risk group in community to delay CKD progression.

Keywords: chronic kidney disease, prevention behavior, risk group

บทนำ

โรคไตวายเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease, CKD) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก โดยโรคไตเรื้อรังแบ่งตามความรุนแรงได้ 5 ระยะ จากการประมาณอัตราชุกของโรคไตเรื้อรังภาพรวมของโลกจะอยู่ระหว่างร้อยละ 8-16¹ โดยมีการประมาณการณ์ว่าอัตราชุกของโรคไตวายเรื้อรังของโลก ส่วนใหญ่จะอยู่ในระยะ 3 อยู่ระหว่างร้อยละ 11-13² สำหรับประเทศไทยมีความชุกที่สูงและเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง พบอัตราชุกของโรคไตวายเรื้อรังตั้งแต่ระดับ 1-5 เท่ากับร้อยละ 3.3, 5.6, 7.5, และ 0.3 ตามลำดับ³ ทั้งนี้พบอัตราชุกของโรคไตเสื่อมเรื้อรังในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลระยะ 3 ร้อยละ 33.20 และระยะ 4-5 ร้อยละ 4.30⁴ โดยโรคไตเป็นความผิดปกติทางโครงสร้าง หรือการทำงาน (อัตราการกรองของเสีย) ที่ลดลง และความผิดปกติเหล่านั้นคงอยู่อย่างต่อเนื่องนานกว่า 3 เดือนเรียกว่า “โรคไตเรื้อรัง” และเมื่อผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีการทำงานของไตลดลงอย่างรุนแรง คือน้อยกว่าร้อยละ 15 ของค่าปกติ เรียกว่าเข้าสู่ภาวะไตวายระยะสุดท้าย (End stage kidney disease)⁵ ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพ และการเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ เช่น การสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม การช้ำยาไม่ถูกต้อง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง^{6,7} ถ้าได้รับการคัดกรองค้นหาตั้งแต่ระยะเริ่มต้น สามารถให้การดูแลรักษา ควบคุมปัจจัยเสี่ยง เพื่อป้องกันความรุนแรงคือไตวายเรื้อรัง ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตก่อนวัยอันสมควร⁷ ทั้งยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชน เศรษฐกิจและสังคม ที่ต้องรับภาระในการดูแลรักษา⁸ จากการทบทวนการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยโรคไตเสื่อมเรื้อรังในระยะแรก ๆ หากมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสมจะสามารถชะลอความเสื่อมของไตได้ร้อยละ 20-25⁹ และหลายการศึกษาที่พบว่า การส่งเสริมการดูแลตนเองทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีแต่ยังไม่สม่ำเสมอต่อเนื่อง ทำให้เกิดความก้าวหน้าในการเสื่อมของไตเร็วขึ้น¹⁰⁻¹¹ การส่งเสริมการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีผลทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการปฏิบัติตนเพื่อชะลอความเสื่อมของไตเรื้อรังได้¹²

จากการทบทวนแนวคิดของแบบแผนความเชื่อสุขภาพ (Health Belief Model, HBM) ได้อธิบายถึงพฤติกรรมและการตัดสินใจของบุคคลในการดูแลสุขภาพอนามัย โดยมีข้อตกลงเบื้องต้นว่า การแสดงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลขึ้นอยู่กับมุมมองเห็นคุณค่าของสิ่งที่ตนได้รับ และความเชื่อนั้นให้ผลที่เกิดจากการกระทำของตน¹³ บุคคลจะสามารถปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค หรือหลีกเลี่ยงการเกิดโรคได้ต้องมีความเชื่อเกี่ยวกับสิ่งต่อไปนี้ว่าตนเป็นบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคนั้น และเมื่อเกิดเป็นโรคจะทำให้เกิดความรุนแรง มีผลกระทบต่อการดำรงชีวิต และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการนำเทคนิค 5A ไปใช้ในโปรแกรมเลิกบุหรี่ ซึ่งได้ผลลัพธ์ที่ดีในการเพิ่มพฤติกรรมเลิกบุหรี่ในกลุ่มตัวอย่าง¹⁴ โดยเทคนิค 5A (5 A's Behavior Change Model adapted for Self-management Support) ซึ่งนำเสนอโดย Glasgow, Emont and Miller¹⁵ เป็นรูปแบบที่มีการใช้แก้ไขปัญหาในผู้ป่วยเรื้อรังที่มีความเฉพาะเจาะจงกับปัญหาเฉพาะบุคคลซึ่งประกอบด้วย 1) การประเมินพฤติกรรม (Assess) โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย 2) การแนะนำให้คำปรึกษา (Advise) โดยให้คำแนะนำตามปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย 3) การสร้างการยอมรับ (Agree) ในวิธีการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย 4) การช่วยเหลือสนับสนุน (Assist) ในส่วนที่ผู้ป่วยต้องการและ 5) การติดตามประเมินผลตนเอง (Arrange) ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่นำแนวคิด แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และรูปแบบการสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยเทคนิค 5A มาสร้างโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะไตเสื่อมเรื้อรังสำหรับกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ในพื้นที่อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม โดยกลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ที่มีภาวะไตเสื่อมหน้าที่ ระยะ 1-3 ซึ่งเป็นระยะที่เริ่มเห็นการเปลี่ยนแปลงชัดเจนในผลการตรวจทางคลินิกและเป็นระยะที่สามารถฟื้นฟูไตให้กลับมาเป็นปกติได้¹⁰ การส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเอง โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมสามารถชะลอการเสื่อมของไตได้¹¹ ในการศึกษาครั้งนี้ได้เน้นการส่งเสริมการจัดการดูแลตนเองในด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสม เพื่อกระตุ้นให้ผู้ที่มีความเสี่ยงเกิดการรับรู้ โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะไตเสื่อมเรื้อรังมีการเรียนรู้ และมีทักษะ ในการ

พัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกายที่เหมาะสม นำไปสู่ความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างยั่งยืน สามารถชะลอไม่ให้อาการโรคไตเสื่อมเรื้อรัง หรือให้เข้าสู่ระยะของโรคไตเสื่อมเรื้อรังช้าที่สุด โดยผลลัพธ์ทางคลินิกที่แสดงให้เห็นผลถึงการชะลอไตเสื่อมเรื้อรัง ได้แก่ ระดับซีรัมครีเอตินิน และอัตราการกรองของไต

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิด 2 แนวคิดคือ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)¹⁴ และรูปแบบการสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วยเทคนิค 5A (5A's Behavior Change Model adapted for Self-management Support) ของ Glasnow Emont และ Miller¹⁵ ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการ การประเมินพฤติกรรม (Assess) โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย การแนะนำให้คำปรึกษา (Advise) โดยให้คำแนะนำตามปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย การสร้างการยอมรับ (Agree) ในวิธีการแก้ไขปัญหของผู้ป่วย การช่วยเหลือสนับสนุน (Assist) ในส่วนที่ผู้ป่วยต้องการและการติดตามประเมินผลตนเอง (Arrange) โดยผู้วิจัยมุ่งให้กลุ่มเป้าหมาย มีความรู้ และความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไตเสื่อมเรื้อรัง และมีพฤติกรรมป้องกันโรคไตเสื่อมเรื้อรังที่ถูกต้อง ทั้งทางด้าน การรับประทานอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสม ซึ่งมีผลต่อการทำงานของไตโดยตรง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคไตเสื่อมเรื้อรังและการป้องกัน ค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไตเสื่อมเรื้อรัง ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคไตเสื่อมเรื้อรัง และค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ค่าอัตราการกรองของไต และค่าซีรัมครีเอตินิน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลตนเอง กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ

สมมติฐานการวิจัย

ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย

คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคไตเสื่อมเรื้อรังและการป้องกัน ค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไตเสื่อมเรื้อรัง และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคไตเสื่อมเรื้อรังสูงกว่ากลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองมีผลลัพธ์ทางคลินิกได้แก่ ค่าระดับซีรัมครีเอตินินและอัตราการกรองของไตดีกว่ากลุ่มควบคุม

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two groups pre-test post-test design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ กลุ่มเสี่ยงโรคไตเสื่อมเรื้อรัง ซึ่งเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าอยู่ในระยะไตเสื่อมในระยะ 1-3 ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

กลุ่มตัวอย่าง การวิจัยในครั้งนี้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้การวิเคราะห์อำนาจจำแนก (Power analysis) ของ Cohen¹⁶ โดยหาอิทธิพลค่าความแตกต่าง (Effect size) ของงานวิจัยที่มีความคล้ายคลึงกัน¹⁷ ได้ค่าอิทธิพลค่าความแตกต่าง เท่ากับ 0.29 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อำนาจในการทดสอบ 0.80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 60 คน ผู้วิจัยจึงแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ซึ่งมีคุณลักษณะใกล้เคียงกันโดยไม่มี ความแตกต่างทางสถิติตั้งแต่เริ่มต้น

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) มีดังนี้

- 1) มีอายุ 40-80 ปี
- 2) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานหรือความดันโลหิตสูง 5 ปีขึ้นไป
- 3) ได้รับการรักษาระดับน้ำตาลในเลือดด้วยยาเกินพื้นฐาน
- 4) ได้รับการรักษาระดับความดันโลหิตด้วยยาเกินพื้นฐาน
- 5) อัตราการกรองของไตมากกว่า 30 มิลลิกรัมต่อนาที
- 6) สามารถพูดจา สื่อสารได้
- 7) สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดโครงการ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ประกอบด้วย 1) มีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม 2) ไม่สะดวกใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรมในขั้นตอนต่อไป

เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ตามเกณฑ์ที่กำหนด ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่มละ

30 คน กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมป้องกันภาวะไตเสื่อมเรื้อรังเป็นเวลา 12 สัปดาห์

เครื่องมือการวิจัย เป็นโปรแกรมการสนับสนุนการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะไตเสื่อมเรื้อรัง ประกอบด้วย

1. กระบวนการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงไตเสื่อมเรื้อรังในชุมชนที่มีภาวะไตสูญเสียหน้าที่ระยะที่ 1-3 ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) และรูปแบบการสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วยเทคนิค 5A (5 A's Behaviour change model adapted for self-management support) มาออกแบบกิจกรรมซึ่งกิจกรรมประกอบด้วย สัปดาห์ที่ 1 การประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคไตเสื่อมเรื้อรังและการป้องกัน ประเมินความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไตเสื่อมเรื้อรัง ประเมินพฤติกรรมการป้องกันภาวะไตเสื่อมเรื้อรัง และผลลัพธ์ทางคลินิก โดยประเมินทั้งในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม สัปดาห์ที่ 2 กลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงไตเสื่อมเรื้อรัง โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคไตเสื่อมเรื้อรัง เน้นการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสมใช้เวลา 60 นาที สัปดาห์ที่ 3-11 กลุ่มทดลองได้รับการเยี่ยมที่บ้าน โดยมีการประเมินความพร้อมในการจัดการดูแลตนเอง (Asses) และประเมินความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อป้องกันไตเสื่อมเรื้อรัง มีการซักถามประวัติการดูแลตนเองเพื่อวางแผนในการปฏิบัติ (Ask) การให้คำแนะนำในการดูแลตนเองตามแผนที่วางไว้ (Advise) การให้ความช่วยเหลือเพื่อให้เป็นไปตามแผน (Assist) และมีการประเมินสิ่งที่ปฏิบัติได้ตามแผนและนำมาเสริมแรง (Arrange) สนับสนุนให้กำลังใจ สัปดาห์ละครั้ง ๆ ละ 10-15 นาที สัปดาห์ที่ 12 การประเมิน ครั้งที่ 2 โดยประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคไตเสื่อมเรื้อรังและการป้องกัน การประเมินความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไตเสื่อมเรื้อรัง ประเมินพฤติกรรมการป้องกันภาวะไตเสื่อมเรื้อรัง และผลลัพธ์ทางคลินิก

2. เอกสารคู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะการเสียหายที่ของไตระยะที่ 1-3

3. แบบบันทึกการปฏิบัติในการดูแลตนเอง ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นจากการทบทวนเอกสารตามแนวคิดการจัดการ

ตนเอง

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เป็นแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาได้สร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มี 6 ตอนคือ 1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง 2) ข้อมูลด้านสุขภาพ 3) ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคไตเสื่อมและการป้องกันจำนวน 16 ข้อ ให้คะแนนตอบถูก 1 คะแนน และ ตอบผิดได้ 0 คะแนน 4) ข้อมูลการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไตเสื่อมเรื้อรัง เป็นคำถามแบบประมาณค่า 3 ระดับ รับรู้มาก รับรู้ปานกลาง รับรู้น้อย เกณฑ์การให้คะแนน 1-3 คะแนน จำนวน 16 ข้อ 5) พฤติกรรมป้องกันภาวะไตเสื่อมเรื้อรัง คำถามแบบประมาณค่า 4 ระดับ ประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง ไม่เคย เกณฑ์การให้คะแนน 1-4 จำนวน 34 ข้อ และ 6) แบบบันทึกค่าการทำงานของไตด้วยซีรัมครีเอตินินโดยตรวจปัสสาวะ (Albumin Creatinine ratio) และค่าอัตราการกรองของไต (GFR) เป็นแบบบันทึกที่บันทึกโดยพยาบาล โดยข้อมูลได้จากผลเลือดในแบบบันทึกประวัติการรักษาของผู้ป่วย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

โปรแกรมการสนับสนุนการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะไตเสื่อมเรื้อรัง ซึ่งได้รับการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านที่เป็นแพทย์อายุรกรรม 1 ท่าน และอาจารย์ด้านการพยาบาลจำนวน 2 ท่าน และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) มีค่า IOC (Index of item objective congruence) อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำเครื่องมือไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 รายที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน ได้ความเชื่อมั่นด้านความรู้เกี่ยวกับโรคไตเสื่อมเรื้อรังและการป้องกัน ใช้วิธีของ Kuder-Richardson ได้ค่าความเชื่อมั่น (KR-20) เท่ากับ 0.77 ด้านการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไตเสื่อมเรื้อรัง และพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเสื่อมเรื้อรัง ได้ค่าสัมประสิทธิ์ของแอลฟา (Cronbach's' alpha coefficient) เท่ากับ 0.80, 0.78 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะ

สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โดยได้รับอนุมัติตามเลขที่รับรองที่ PH 072/2561 ผู้วิจัยได้ชี้แจงกับกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมวิจัยถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเข้าร่วมวิจัย การเก็บข้อมูล ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำหนังสือราชการขออนุญาตในการเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชนที่ถูกเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง ทั้งกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง โดยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย และการไม่เปิดเผยข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มควบคุม เก็บข้อมูลก่อนทดลองในสัปดาห์ที่ 1 โดยเก็บรวบรวมข้อมูลลักษณะทางประชากร ประเมินความเชื่อเกี่ยวกับโรคไตเสื่อมเรื้อรัง ประเมินการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไตเสื่อมเรื้อรัง ประเมินพฤติกรรมในการป้องกันโรคไตเสื่อมเรื้อรัง และผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ค่าระดับซีรั่มครีเอตินิน และค่าอัตราการกรองของไต ซึ่งได้จากการตรวจจากโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ศึกษา หลังจากนั้นกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลปกติ และเก็บข้อมูลครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 12 เพื่อประเมินความเชื่อเกี่ยวกับโรคไตเสื่อมเรื้อรัง การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไตเสื่อมเรื้อรัง ประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเสื่อมเรื้อรัง และผลลัพธ์ทางคลินิก

กลุ่มทดลอง เก็บข้อมูลครั้งที่ 1 ในสัปดาห์ที่ 1 โดยเก็บรวบรวมข้อมูลลักษณะทางประชากร ประเมินความเชื่อเกี่ยวกับโรคไตเสื่อมเรื้อรัง ประเมินการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไตเสื่อมเรื้อรัง ประเมินการปฏิบัติในการป้องกันโรคไตเสื่อมเรื้อรัง และผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ค่าระดับซีรั่มครีเอตินินและค่าอัตราการกรองของไต ซึ่งได้ผลตรวจจากโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ศึกษา หลังจากนั้นกลุ่มทดลองจะถูกกำหนดให้เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมการป้องกันไตเสื่อมเรื้อรัง ได้รับการส่งเสริมความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับโรคไตเสื่อมเรื้อรัง โดยเน้นประเด็นการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 1-11 และกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน ผู้วิจัยเยี่ยมติดตามให้กำลังใจในสัปดาห์ที่ 2-6 และสัปดาห์ที่ 11 เก็บข้อมูลครั้งที่ 2

ในสัปดาห์ที่ 12 เพื่อประเมินความเชื่อเกี่ยวกับโรคไตเสื่อมเรื้อรัง และการป้องกัน ประเมินการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไตเสื่อมเรื้อรัง ประเมินพฤติกรรมป้องกันโรคไตเสื่อมเรื้อรัง และผลลัพธ์ทางคลินิกได้แก่ ค่าระดับซีรั่มครีเอตินิน และค่าอัตราการกรองของไต

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล คุณลักษณะด้านประชากร การรับรู้เกี่ยวกับโรคไตเสื่อม พฤติกรรมการปฏิบัติในการป้องกันไตเสื่อมเรื้อรัง ค่าเฉลี่ยประสิทธิภาพในการกรองของไต ได้แก่ จำนวนความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไตเสื่อมเรื้อรัง พฤติกรรมการป้องกันโรคไตเสื่อมเรื้อรัง และค่าเฉลี่ยในประสิทธิภาพการกรองของไต ระหว่างกลุ่ม ก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Paired sample t-test และเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ย ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง ด้วยสถิติ Independent t-test และสถิติทดสอบไค-สแควร์ (Chi-square test) โดยมีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นเพื่อตรวจสอบการกระจายของข้อมูลและความเท่ากันของความแปรปรวนระหว่างข้อมูล

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 คน ผู้วิจัยได้นำข้อมูลทดสอบด้วยสถิติไค-สแควร์ และสถิติ Independent t-test เพื่อทดสอบความคล้ายคลึงกันของกลุ่มตัวอย่างก่อนทดลอง โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการทดสอบปรากฏว่าไม่แตกต่างกันพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.70 มีอายุเฉลี่ย 62.37 ปี (S.D. = 8.12) การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 83.70 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 66.70 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 90.00 และเมื่อทดสอบด้วยสถิติไค-สแควร์ แล้วพบว่ามีความคล้ายคลึงกัน ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ก่อนทดลองด้วยสถิติไค-สแควร์ (Chi-Square)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	รวม	p-value
	(n=30)	(n=30)	(N=60)	
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	
เพศ				
ชาย	8(26.70)	12(40.00)	20(33.30)	.273
หญิง	22(73.30)	18(60.00)	40(67.70)	
อายุ(ปี)				
ต่ำกว่า 60 ปี	14(46.70)	12(40.00)	26(43.70)	.404
60-65 ปี	6(20.00)	7(23.30)	13(21.70)	
66-70 ปี	2(6.70)	6(20.00)	8(13.30)	
71 ปีขึ้นไป	8(26.70)	5(16.70)	13(21.70)	
$\bar{x} = 62.37, SD. = 8.12, \text{min} = 45 \text{max} = 80$				
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	26(86.70)	24(80.00)	50(83.70)	.787
มัธยมศึกษาตอนต้น	2(6.70)	3(10.00)	5(8.30)	
มัธยมศึกษาตอนปลาย	2(6.70)	3(10.00)	5(8.30)	
สถานภาพสมรส				
โสด	4(13.30)	1(3.30)	5(8.30)	.312
คู่	21(70.00)	19(63.30)	40(66.70)	
หม้าย	4(13.30)	8(26.70)	12(20.00)	
หย่า/แยก	1(3.30)	2(6.70)	3(5.00)	
อาชีพ				
ไม่ได้ทำงาน	1(3.30)	1(3.30)	2(6.70)	1.00
เกษตรกรรวม	27(90.00)	27(90.00)	54(90.00)	
ค้าขาย	1(3.30)	2(6.70)	3(10.00)	
รับจ้าง	1(3.30)	0(0.00)	1(3.30)	

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มทดลอง มีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 25.01 กิโลกรัม/เมตร² (SD. = 5.19) กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย 24.82 กิโลกรัม/เมตร² (SD. = 3.61) ซึ่งเมื่อทดสอบด้วยสถิติ Independent t-test พบว่าไม่แตกต่างกัน กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตบนเท่ากับ 127.70 มิลลิเมตรปรอท (SD. = 15.59) ขณะที่กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 127.53 มิลลิเมตรปรอท (SD. = 15.59) และเมื่อทดสอบด้วยสถิติ พบว่าไม่แตกต่างกัน

ค่าความดันโลหิตล่าง กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 73.73 มิลลิเมตรปรอท (SD. = 11.87) ขณะที่กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 69.60 มิลลิเมตรปรอท (SD. = 15.87) กลุ่มตัวอย่างมีค่าน้ำตาลในเลือด หลังจากอดอาหาร 8 ชั่วโมง โดยกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 125.88 มิลลิกรัมเดซิลิตร (SD. = 29.99) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 121.87 มิลลิกรัมเดซิลิตร (SD.=24.82) เมื่อทดสอบด้วยสถิติ Independent t-test พบว่าไม่แตกต่างกัน ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร/กลุ่ม	n	\bar{X}	SD.	t	p-value	95%CI	
						lower	upper
ดัชนีมวลกาย							
กลุ่มควบคุม	30	25.01	5.19	-0.162	.872	-2.505	2.132
กลุ่มทดลอง	30	24.82	3.61				
ค่าความดันโลหิตบน							
กลุ่มควบคุม	30	127.70	15.59	0.290	.977	-11.518	11.851
กลุ่มทดลอง	30	127.53	15.87				
ค่าความดันโลหิตล่าง							
กลุ่มควบคุม	30	73.73	11.87	-0.770	.446	-14.99	6.73
กลุ่มทดลอง	30	69.60	15.87				
ค่าระดับน้ำตาลในเลือด							
กลุ่มควบคุม	30	125.88	29.99	-0.267	.792	-34.65	26.63
กลุ่มทดลอง	30	121.87	24.82				

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนทดลองและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคไตเสื่อมเรื้อรังและการป้องกัน การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมในการป้องกันไตเสื่อมเรื้อรัง พบว่าความรู้และการป้องกันเกี่ยวกับโรคไตเสื่อมเรื้อรังในกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ย ($M_{diff} = 1.13$, $SD_{diff} = 0.46$) เพิ่มขึ้นสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($M_{diff} = 0.23$, $SD_{diff} = 0.30$) และเมื่อเปรียบเทียบกันพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเพิ่มขึ้นสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t(58) = 2.453$, $p = .017$) ด้านการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่า

เฉลี่ยการเปลี่ยนแปลง (M_{diff}) เท่ากับ 4.50 ($SD_{diff} = 0.69$) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีการเปลี่ยนแปลงเฉลี่ยเท่ากับ 1.76 ($SD_{diff} = 0.86$) และเมื่อเปรียบเทียบกันพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเพิ่มขึ้นสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t(58) = 6.450$, $p < .001$) ด้านพฤติกรรมในการป้องกันไตเสื่อมเรื้อรัง พบการเปลี่ยนแปลงคะแนนการปฏิบัติพฤติกรรมในกลุ่มทดลองมีค่าเปลี่ยนแปลงเฉลี่ยเท่ากับ 6.93 ($SD_{diff} = 1.87$) กลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเปลี่ยนแปลงเฉลี่ยเท่ากับ 3.36 ($SD_{diff} = 2.23$) เมื่อเปรียบเทียบพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเพิ่มขึ้นสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t(58) = 3.693$, $p < .001$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเสื่อมเรื้อรังและการป้องกัน การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไตเสื่อมเรื้อรัง และพฤติกรรมการป้องกันไตเสื่อมเรื้อรังในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังทดลอง

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		M _{diff}	S.D. _{diff}	t	p-value
	\bar{X}	SD.	\bar{X}	SD.				
ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเสื่อมเรื้อรังและการป้องกัน								
กลุ่มทดลอง	13.43	1.04	13.70	1.48	1.13	0.46	2.453	.017
กลุ่มควบคุม	13.20	1.95	12.57	2.04	0.23	0.30		
การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไตเสื่อมเรื้อรัง								
กลุ่มทดลอง	38.33	4.22	40.50	2.81	4.50	0.69	6.450	< .001
กลุ่มควบคุม	36.67	2.22	36.00	2.59	1.77	0.87		
พฤติกรรมการป้องกันไตเสื่อมเรื้อรัง								
กลุ่มทดลอง	96.93	10.31	103.30	7.27	6.93	1.87	3.693	< .001
กลุ่มควบคุม	93.57	6.56	96.37	7.27	3.36	3		

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางคลินิก ก่อนและหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการศึกษาพบว่า ค่าซีรัมครีเอตินินของกลุ่มทดลองเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนพบว่ากลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงที่น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t(58)

= -3.047, p = .003) อัตราการกรองของไตพบว่ามีค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไตในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (t(58) = 3.695, p < .001) ดังรายละเอียดในตาราง 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าผลลัพธ์ทางคลินิกที่เกี่ยวกับการทำงานของไตในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังทดลอง

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		M _{diff}	S.D. _{diff}	t	p-value
	\bar{X}	SD.	\bar{X}	SD.				
ค่าซีรัมครีเอตินิน								
กลุ่มทดลอง	0.98	0.20	0.97	0.36	-0.30	0.29	3.047	.003
กลุ่มควบคุม	0.95	0.17	1.25	0.41	0.29	0.24		
อัตราการกรองของไต								
กลุ่มทดลอง	70.92	15.91	75.33	19.34	4.41	3.60	3.695	< .001
กลุ่มควบคุม	75.58	14.37	58.32	16.16	-17.26	4.33		

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและอยู่ในวัยสูงอายุตอนต้น มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งก็เป็นกลุ่มเสี่ยงของโรคไตเสื่อมเรื้อรัง ส่วนใหญ่จัดอยู่ในไตเสื่อมระยะที่ 2 ซึ่งจัดว่าเป็นปัจจัยเสริมทำให้ไตเสื่อมปัจจัยหนึ่ง^{6,7} ระดับความดันโลหิตอยู่ในระดับควบคุมได้ ทั้งนี้การควบคุมระดับความดันโลหิตได้เป็นปัจจัยที่สำคัญในการชะลอไตเสื่อม¹¹ เช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างมีระดับน้ำตาลในเลือดในระดับที่ควบคุมได้ ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคไตเสื่อมเรื้อรังและการป้องกัน กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นสูงกว่ากลุ่มควบคุม แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมป้องกันภาวะไตเสื่อมเรื้อรังสามารถทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มขึ้นได้ ด้านการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไตเสื่อมเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงคะแนนมากกว่ากลุ่มควบคุมทั้งนี้เนื่องจากกิจกรรมในโปรแกรมได้มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงและอันตรายที่จะได้รับจากการเป็นโรคไตเสื่อมเรื้อรัง การปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยงการเป็นโรคไตเสื่อมเรื้อรัง ประโยชน์ที่ได้คือทำให้ผู้ที่ปฏิบัติตามคำแนะนำมีพฤติกรรมป้องกันไตเสื่อมเรื้อรังดีขึ้น ซึ่งจากการศึกษาของ Unapha และ Rattanamane¹⁸ พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน และภาวะไตเสื่อมเรื้อรังระยะสุดท้าย การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อชะลอไตเสื่อม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อมเป็นไปตามแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ว่าความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคล^{13,19} ดังนั้นการให้ข้อมูล การให้คำแนะนำที่สามารถปฏิบัติได้ การช่วยแก้ไขการรับรู้ข้อผิดพลาด จะทำให้บุคคลมีการรับรู้ที่ถูกต้อง ก่อให้เกิดแรงจูงใจที่จะนำไปสู่การมีพฤติกรรมป้องกันตนเองให้หลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคไตได้ ซึ่งบุคคลพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพตนเอง ถ้าบุคคลมีความเชื่อว่าเขามีโอกาสเสี่ยง หรือได้รับผลกระทบ เชื่อว่าโรคหากเกิดขึ้นจะมีความรุนแรง การลดความรุนแรงหรืออันตรายนั้นได้ก็คือการปฏิบัติตามคำแนะนำ¹⁹ ด้านการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไตเสื่อมเรื้อรัง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนน

พฤติกรรมกรรมการปฏิบัติสูงกว่าก่อนทดลอง และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับกลุ่มควบคุมทั้งนี้เนื่องจากกิจกรรมตามโปรแกรมได้มีการให้ความรู้โดยเน้นเรื่องการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกายเพื่อลดไตเสื่อมเรื้อรัง อีกทั้งการติดตามเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติโดยเทคนิค 5A เป็นกระบวนการที่เน้นการกำกับตนเองในการแก้ไขปัญหาในเรื่องการจัดการดูแลตนเองทำให้สามารถควบคุมค่าความดันโลหิต และค่าน้ำตาลในเลือดได้ จะทำให้การทำงานของไตได้ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Karunan, Manasurakarn และ Thaniwattananon ที่ได้ประยุกต์เทคนิค 5A ไปใช้ในโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อเลิกบุหรี่ในกลุ่มผู้ป่วยอดสูดกัญ แล้วพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเลิกบุหรี่เพิ่มขึ้น¹⁴ ด้านผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ค่าระดับซีรั่มครีเอตินิน และค่าอัตราการกรองของไต มีความแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือหลังทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยซีรั่มครีเอตินินต่ำกว่ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไตมากกว่ากลุ่มควบคุม แสดงให้เห็นถึงกลุ่มทดลองมีการทำหน้าที่ของไตที่ดีกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sonjai, Chanprasert และ Krungkraipetch¹⁷ พบว่ากลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงค่าซีรั่มครีเอตินินมากกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งนี้การจัดการด้านอาหาร และการเพิ่มการออกกำลังกาย ทำให้การไหลเวียนโลหิตดีขึ้น ทำให้โลหิตไปเลี้ยงไตได้มากขึ้น อาจส่งผลทำให้ไตทำงานได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ผลลัพธ์ทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี กลุ่มควบคุมมีการเปลี่ยนแปลงเฉลี่ยที่ต่ำกว่ากลุ่มทดลองซึ่งอาจเป็นผลมาจากการแนะนำให้ความรู้การปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไตเสื่อมเรื้อรัง กอปรกับกิจกรรมตามหลัก 5A กลุ่มทดลองได้รับการประเมินความพร้อมในการจัดการดูแลตนเอง (Asses) มีการซักถามประวัติการดูแลตนเองเพื่อวางแผน (Ask) ให้คำแนะนำในการดูแลตนเอง (Advise) พร้อมให้ความช่วยเหลือเมื่อประสบปัญหา (Assist) และมีการออกติดตามเพื่อเสริมแรง (Arrange) ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีความเชื่อมั่นเกิดการเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมที่ส่งผลต่อการทำงานของไตทำให้ผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการพยาบาล ผู้ที่รับผิดชอบคลินิกโรคเรื้อรังในชุมชนควรมีกิจกรรมสนับสนุนในการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะผู้ที่ไม่สามารถควบคุมได้ โดยเน้นกิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ที่ถูกต้อง และส่งเสริมพฤติกรรมมารับประทานอาหาร และการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละบุคคล ควรมีการนำเทคนิค 5A ไปประยุกต์ใช้ในโปรแกรมการส่งเสริมร่วมกับเทคนิคการจัดการดูแลตนเองอื่น ๆ เช่น การกำกับตนเอง (Self-regulation) การช่วยเหลือ หรือการเยี่ยมติดตามผู้ป่วยในชุมชน

2. ด้านบริหาร ผู้บริหารในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่รับผิดชอบชุมชนที่มีกลุ่มเสี่ยงควรมีนโยบายในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงไตเสื่อมเรื้อรัง และหาแนวทางในการจัดกิจกรรมป้องกันไตเสื่อมเรื้อรังในผู้ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะต้น ๆ เพราะสามารถฟื้นฟูได้ และชะลอการเสื่อมได้

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรมีการศึกษาการส่งเสริมพฤติกรรมชะลอไตเสื่อม โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมเนื่องจากครอบครัวเป็นสิ่งแวดล้อมที่สำคัญและมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมที่มีผลต่อสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง

References

1. George C, Mogueo A, Okpechi I, Echouffo-Tcheugui JB, Kengne AP. Chronic kidney disease in low-income to middle-income countries: the case for increased screening. *BMJ Global Health*. 2017;2(2):1-10.
2. Nathan R. Hill, Samuel T. Fatoba, Jason L. Oke, et, al. Global Prevalence of Chronic Kidney Disease – A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLOS ONE*.11.2016 (7): e0158765. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158765>.
3. Ingsathit A, Thakkestian A, Chaiprasert A, Sangthawan P, Gojaseni P, Kiattisunthorn K, Ongaiyooth L, Vanavanan S, Sirivongs D, Thirakhupt P, Mittal B. Prevalence and risk factors of chronic kidney disease in the Thai adult population: Thai SEEK study. *Nephrology Dialysis Transplantation* 2010;25(5):1567-75.
4. Krittayaphong, R., Rangsin, R., Thinkhamrop, B. et al. Prevalence of chronic kidney disease associated with cardiac and vascular complications in hypertensive patients: a multicenter, nation-wide study in Thailand. *BMC Nephrol* 2017;18(115):1-10. (in Thai)
5. Blakeman T, Protheroe J, Chew-Graham C, Rogers A, Kennedy A. Understanding the management of early-stage chronic kidney disease in primary care: a qualitative study. *British Journal of General Practice* 2012;62(597):e233-42.
6. Prakeetavatin J, Moolsart S, Tipkanjanaraykha K, The development of care management for hypertension patients with chronic kidney disease in community. *Journal of Health and Nursing Research* 2018;34(1):1-13. (in Thai).
7. Chuakum P, Powwattana A, Thiangthum W, Effects of self-regulation program on chronic kidney disease preventive behavior among uncontrolled type 2 diabetes patients. *Journal of Health and Nursing Research* 2019; 35(1):130-41. (in Thai).

8. Krajachan S, Duangpaeng S, Masingboon K. Factors associated with self-management behaviours among patients with chronic disease stage 1-3 in Trat Province. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok* 2018;34(1):14-22. (in Thai).
9. Thanakijjaru P. Current situation of chronic kidney disease in Thailand. *J dept med ser.* 2015;45(4): 5-19. (in Thai)
10. Hamalee C, Piphavanitcha N, Paokanha R. Effect of the health belief perception promoting program on delaying progression of chronic kidney disease behavior among older adults with type 2 diabetes mellitus at risk of chronic kidney disease. *Songklanagarind Journal of Nursing* 2014;34:67-85. (in Thai)
11. Vejakama P, Ingsathit A, Attia J, Thakkinstian A. Epidemiological study of chronic kidney disease progression: a large-scale population-based cohort study. *Medicine.* 2015;94(4):1-8.
12. Anksai C, Limtragool P. Delay of renal function deterioration in diabetic nephropathy patients in Praklangung subdistrict's community, That Panom district, Nakhon Panom province. *Journal of Nursing and Health Care* 2016;34:6-13. (in Thai).
13. Zurich P. *Health Promotion: Concept, Theory, and Innovation.* 2nd edition. Bangkok Green Life Printing House. 2017. (in Thai).
14. Karunan K, Manasurakarn J and Thaniwattananon P. The Effects of an Integrated program of Behavior Modification with Self-Efficacy on Smoking Cessation Behaviors and Self-Efficacy among Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health* 2018;5(1):1-9. (in Thai).
15. Glasgow RE, Emont S, Miller DC. Assessing delivery of the five 'As' for patient-centered counseling. *Health Promotion International* 2006;21(3):245-55.
16. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences.* Hillsdale, NJ: Laurence Erlbaum Associates. 2013.
17. Sonjai W, Chanprasert S, Krungkraipetch N. Effect of self-management on health behavior and kidney function of chronic disease patients with impaired renal function stage 2. *J of Health Sciences research* 2017;12(2):88-97. (in Thai)
18. Unapha P, Rattanamanee K. Factors related to self-care behaviors to prevent nephrotic complications in chronic kidney patients of Somdetphraphuthlertla Hospital Samutsakhon Province. *J of Community Public Health Burapha University:* 2012;10(2):44-53. (in Thai).
19. Unpromme S, Unpromme S, (Translator). *Theory of building health.* Revised version. Nonthaburi; Praboromrchanok Institute Textbook Project. 2013. (in Thai).