ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3a*

ขวัญเรือน แก่นของ พย.ม.**
ศิริวัตน์ อนุตระกูลชัย พ.บ.***
สุณี เลิศสินอุดม อภ.****
อัมพรพรรณ ธีรานุตร ปร.ด.*****

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3a กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3a ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนม่วง จังหวัดขอนแก่น จำนวนทั้งหมด 76 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 38 คน โดยกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติ และกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามทฤษฎีการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล 3 เดือน ตั้งแต่เดือนเมษายน ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2561 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1.1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป 1.2) แบบประเมินการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ 1.3) แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไต และ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ 2.1) โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ 2.2) คู่มือปรับพฤติกรรมเพื่อชะลอไตเสื่อม 2.3) สื่อวิดีทัศน์ตัวแบบจากผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 2.4) สื่อชุดภาพพลิกเรื่องโรคไตเรื้อรังและการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไต 2.5) เครื่องมือสนับสนุนการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ การหาค่ากลางและค่าการกระจายของข้อมูล และทดสอบสมมติฐานโดยใช้สถิติ Paired t-test, Independent t-test, Wilcoxon signed ranks test, Mann-Whitney U test และ Chi-square test

ผลการศึกษา พบว่า 1) กลุ่มทดลอง ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม มีคะแนนการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) กลุ่มทดลอง ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม มีคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไตโดยรวม สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไต

---

*วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจาก ศูนย์วิจัยและฝึกอบรมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนวัยแรงงาน

**นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
*** รองศาสตราจารย์ แผนกโรคไต ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
****รองศาสตราจารย์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
*****รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Effects of Health Behavioral Promotion Programs on Behavior to Slowing Progression in Patients with Chronic Kidney Disease at 1-3a Stage*

Khwanruen Kaenkong M.N.S.**
Sirirat Anutrakulchai M.D.***
Sunee Lertsinudom BCP.****
Ampornpan Theeranut PhD*****

Abstract

This quasi-experimental research, pretest-posttest control group design aimed to examine the effects of health behavioral promotion programs on behavior to slowing progression in patients with chronic kidney disease at 1-3a stage. Research samples were 76 patients with stage 1-3a of chronic kidney disease who received healthcare service at Nonmuang Health Promoting Hospital, Khon Kaen. The samples were divided into two equal groups, 38 patients in each group. The control group received a routine nursing care and the experimental group received health behavioral promotion programs based on Health Belief Model. The data had been collected for 3 months from April to June 2018. Research instruments consisted of : 1) the data collection instruments were 1.1) general information questionnaire 1.2) Health Belief Model assessment 1.3) questionnaire about behavior to slowing progression of chronic kidney disease; and 2) experimental instruments were 2.1) Health behavioral promotion programs 2.2) behavior change manual to slowing progression of chronic kidney disease 2.3) video model of chronic kidney disease patient 2.4) flip charts about chronic kidney disease and behavior to slowing progression of chronic kidney disease 2.5) tool for increasing the perceived risk of end stage renal disease. Data were analyzed by using frequency, percentage, mean and standard deviation, median and min, max. Hypothesis was tested by Paired t-test, Independent t-test, Wilcoxon signed ranks test, Mann-Whitney U test and Chi-square test.

The results of this research were 1) the experimental group got higher scores of Health Belief Model than the pretest and the control group statistical significance by .05; 2) the experimental group scored higher marks of behavior to slow progression of chronic kidney disease than the pretest and the control group statistical significance by .05

Keywords: health behavioral promotion program, behavior to slowing progression in patients with chronic kidney disease

---

*Thesis of Master of Nursing Science, Adult Nursing, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Funded by Research and Training Center for Enhancing Quality of Life of Working Age People.

**Student of Master of Nursing Science Program in Adult Nursing, Khon Kaen University.
***Associate Professor, Division of Nephrology, Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine , Khon Kaen University
****Associate Professor, Faculty of Pharmaceutical Science, Khon Kaen University.
*****Associate Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University.

บทนำ

โรคไตเรื้อรังถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย เนื่องจากผู้ป่วยต้องได้รับผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนของโรคซึ่งเกิดจากการสูญเสียหน้าที่ของไต และยังเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิตก่อนวัยอันควร อีกทั้งยังทำให้เกิดค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพที่เพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะการรักษาผู้ป่วยในระยะสุดท้ายที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต ปัจจุบันพบว่าความชุกของโรคไตเรื้อรังทั่วโลกโดยเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ 13.4[1] และในประเทศไทยมีความชุกของโรคไตเรื้อรังสูงถึง ร้อยละ 17.5[2] โดยมีความชุกของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษามากกว่า 1,000 คนต่อล้านประชากร[3] และมีสัดส่วนของการเสียชีวิตด้วยโรคไตเท่ากับ ร้อยละ 2.0-2.5 ซึ่งถือเป็นสัดส่วนที่สูงในระดับโลก[4]

โรคไตเรื้อรัง เป็นภาวะที่ไตมีความผิดปกติของโครงสร้างและหน้าที่ เช่น พบโปรตีนอัลบูมินในปัสสาวะ หรือมีการทำงานลดลงโดยประเมินจากค่าอัตราการกรองของไตที่มีค่าน้อยกว่า 60 มล./นาที/1.73ม^2 นานติดต่อกันเกิน 3 เดือน[5] สาเหตุของโรคเกิดโดยตรงจากโรคของไตหรือระบบทางเดินปัสสาวะ เช่น ติดเชื้อหรือเป็นนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น และสาเหตุอื่นที่ส่งผลให้เกิดความผิดปกติของไต เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น ซึ่งถือเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคไตเรื้อรังที่พบได้บ่อยที่สุด[1] นอกจากนี้ยังพบว่ามีพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคไตเรื้อรัง หรือทำให้มีการก้าวหน้าเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรคอย่างรวดเร็ว ได้แก่ การใช้ยาหรือสารที่ส่งผลต่อไต การดื่มน้ำน้อย การสูบบุหรี่ การมีภาวะน้ำหนักเกิน เป็นต้น[2,6–9] โรคไตเรื้อรังแบ่งได้เป็น 5 ระยะ ในระยะแรกเริ่มมักไม่ปรากฏอาการ จนกระทั่งเมื่อเกิดพยาธิสภาพของหน่วยไตเพิ่มมากขึ้นจะนำไปสู่การสูญเสียหน้าที่ของไตอย่างถาวร ซึ่งจะทำให้พบอาการและอาการแสดงที่ชัดเจนมากขึ้น โดยเฉพาะในผู้ป่วยระยะที่ 3 เป็นต้นไป ได้แก่ อาการเหนื่อยอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน ความดันโลหิตสูง มีภาวะซีด เกิดความผิดปกติของสมดุลเกลือแร่ในร่างกาย เกิดความผิดปกติของกระดูก มีภาวะเลือดเป็นกรด มีภาวะน้ำหรือของเสียคั่ง รวมถึงเกิดความผิดปกติทางหัวใจและหลอดเลือด[10] ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้อาจส่งผลกระทบที่รุนแรงทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานและเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิต โดยเฉพาะในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรค[11]

เป้าหมายสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง คือ การป้องกันหรือการชะลอการเสื่อมของไตเพื่อยืดระยะเวลาในการเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรค โดยจะช่วยลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยมีอายุที่ยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การชะลอการเสื่อมของไตทำได้โดยการจัดการกับปัจจัยที่เป็นสาเหตุของโรค[12,13] และพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการก้าวหน้าของโรค[7,14-16] ซึ่งมีการศึกษาที่สนับสนุนว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตจะช่วยชะลอการเสื่อมของไตได้อย่างมีประสิทธิภาพ[17,18]

รพ.สต.โนนม่วง เป็นสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชนเมือง ให้บริการผู้ป่วยทั่วไป และมีคลินิกโรคเรื้อรังได้แก่ โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้จะได้รับการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไตเพื่อค้นหาโรคไตเรื้อรัง เนื่องจากถือเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง ปัจจุบันพบว่ามีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั้งสิ้น 229 ราย ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยในระยะที่ 1-3 จากการวิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี (พ.ศ.2558-2560) พบว่า ผู้ป่วยมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง และมีการก้าวหน้าของโรคอย่างรวดเร็ว (Rapid progression) ซึ่งในปี พ.ศ.2559 มีผู้ป่วยที่มีการก้าวหน้าของโรคอย่างรวดเร็วถึง ร้อยละ 25.8 และในปี พ.ศ.2560 มีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 29.0 และส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยในระยะ 1-3a คิดเป็นร้อยละ 11.3; 14.0 และ 3.2 ตามลำดับ ซึ่งจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยในระยะที่ 1-3a ที่มีการก้าวหน้าของโรคอย่างรวดเร็วจำนวน 10 คน พบว่า มีผู้ป่วยจำนวน 7 ราย ไม่รับรู้ว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง มี 5 ราย ไม่ทราบว่าตนเองกำลังเป็นโรคไตเรื้อรัง มี 6 รายไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไตที่ชัดเจน และมี 3 ราย ที่เคยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไตแต่ไม่มั่นใจว่าสามารถปฏิบัติได้ โดยผู้ป่วยมีความคิดเห็นว่าการปฏิบัติตัวในบางเรื่องเป็นเรื่องที่ยุ่งยาก ตนเองคงทำไม่ได้ และหากไม่ปฏิบัติตามก็คงไม่ได้รับผลกระทบที่ร้ายแรงเพราะตอนนี้ยังแข็งแรงดีหรือไม่มีอาการผิดปกติใดๆ และจากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ได้ให้ข้อมูลว่าการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไตในเบื้องต้น แต่ยังไม่มีรูปแบบและระบบการดูแลที่ชัดเจน อีกทั้งยังไม่ได้รับความร่วมมือ

จากผู้ป่วยในเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อชะลอการเสื่อมของไตเท่าที่ควร

จากสถานการณ์ข้างต้นจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยยังขาดการรับรู้ที่ถูกต้องและมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม จึงเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยมีการก้าวหน้าของโรคไตเรื้อรังอย่างรวดเร็ว และอาจเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรคในที่สุด การรับรู้เป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เหมาะสม เนื่องจากการรับรู้เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความคิดหรือความเชื่อของบุคคล ซึ่งส่งผลต่อการตัดสินใจในการปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆ ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นทฤษฎีที่อธิบายถึงสาเหตุหรือปัจจัยที่มีอิทธิพลที่ทำให้บุคคลเลือกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ[19] โดยการสนับสนุนการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพจะทำให้บุคคลเกิดความตระหนักในภาวะสุขภาพของตนเอง มีแรงจูงใจและมีความพร้อมที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งทฤษฎีนี้ถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลาย โดยส่วนใหญ่จะถูกนำไปใช้ในส่งเสริมการป้องกันการเกิดโรคต่างๆ ในบุคคลกลุ่มเสี่ยงหรือการสนับสนุนให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพ

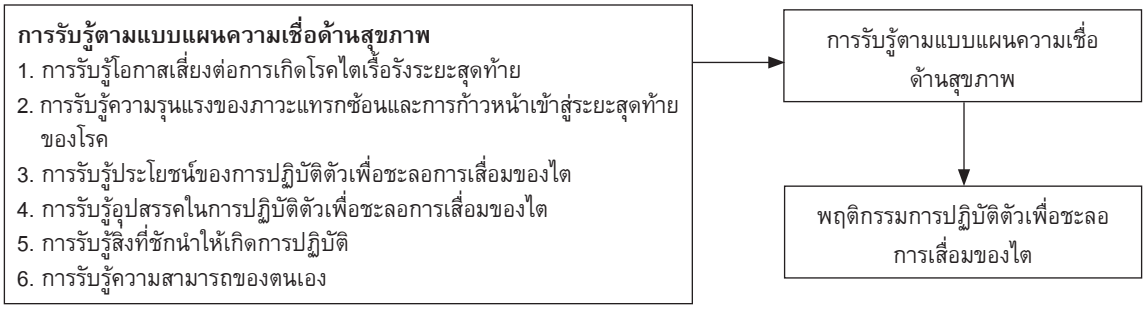
งานวิจัยที่ผ่านมาส่วนใหญ่ทำการศึกษาในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3-5 ซึ่งไตมีการสูญเสียหน้าที่อย่างถาวร ผู้ป่วยมักมีภาวะแทรกซ้อนหรือต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต การชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงทำได้ยาก อีกทั้งต้องได้รับการรักษาในสถานบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิขึ้นไป ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพขึ้นมาเพื่อประโยชน์ในแง่ของการป้องกันความรุนแรงของโรคและช่วยชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ1-3a ซึ่งเหมาะกับบริบทของสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ โดยจะทำให้ผู้ป่วยมีอายุยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อีกทั้งช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายของระบบสุขภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วยไตเรื้อรังเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรค

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไต ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ สเตรชเชอร์ โรเซนสต๊อก และเบคเกอร์[20] ซึ่งเชื่อว่าการที่บุคคลจะตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้นเกิดจาก 6 ปัจจัยหลัก โดยการสนับสนุนการรับรู้ตามแผนความเชื่อด้านสุขภาพจะช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไตที่ถูกต้องและเหมาะสม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) มีแบบแผนการวิจัยเป็นแบบศึกษาสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two groups pre-post test design) ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3a ที่เข้ารับการรักษาที่ รพ.สต.โนนม่วง จังหวัดขอนแก่น ระหว่างเดือนเมษายน ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2561 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3a (ตรวจพบว่ามีอัตราการกรอง

ของไตมากกว่าหรือเท่ากับ 45 มล./นาที/1.73ม^2 หรือตรวจพบอัลบูมินในปัสสาวะ อย่างน้อย 2 ครั้ง โดยตรวจห่างกันมากกว่า 3 เดือน ในช่วงเวลา 1 ปี ก่อนเข้าร่วมการวิจัย) มีอายุ 20 ปีขึ้นไป สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ และสมัครใจเข้าร่วมในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีทั้งหมด 76 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 38 คน คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากสูตรสำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยในการทดลองในกรณี 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน[21] เลือกกลุ่มตัวอย่างจากบัญชีรายชื่อผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3a ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด สุ่มตัวอย่างโดยการจัดสรรตามสัดส่วนของจำนวนผู้ป่วยแต่ละระยะของโรค (Proportional allocation) จากนั้นสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยวิธีสุ่มแบบง่าย (simple random sampling) ด้วยการจับฉลากแบบไม่มีการคืนที่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย 6 ข้อ การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนและการก้าวหน้าเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรค 6 ข้อ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไต 4 ข้อ และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไต 4 ข้อ ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ แต่ละข้อมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ 0-4 คะแนน โดยคะแนนที่สูงกว่าแสดงถึงมีการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ดีกว่า 3) แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไต ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพชะลอการเสื่อมของไตและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการก้าวหน้าเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรค ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ จำนวน 15 ข้อ แต่ละข้อมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ 1-4 คะแนน ตามความถี่ของการปฏิบัติพฤติกรรม โดยคะแนนที่สูงกว่า แสดงถึงการมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไตที่ดีกว่า

2) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากทบทวนวรรณกรรม ศึกษาตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยกิจกรรมการสนทนารายบุคคลและกิจกรรมกลุ่มย่อย โดยนัดพบที่รพ.สตโนนม่วง จำนวน 2 ครั้ง และโทรติดตามหรือเยี่ยมบ้านอย่างน้อย 2 ครั้ง โดยในโปรแกรมจะมีการใช้เครื่องมือ ได้แก่ (1) คู่มือปรับพฤติกรรมเพื่อชะลอไตเสื่อม ซึ่งเป็นคู่มือที่สร้างขึ้นเพื่อใช้ในโครงการป้องกันและชะลอโรคไตในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (Chronic Kidney Disease Northeast Thailand; CKDNET) โดยพัฒนาขึ้นภายใต้ ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยผู้วิจัยได้ขออนุญาตนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ (2) สื่อวิดีทัศน์ตัวแบบจากผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ประกอบด้วย วิดีทัศน์แสดงตัวแบบที่เป็นผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายและตัวแบบที่ประสบความสำเร็จในการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไต (3) สื่อชุดภาพพลิกเรื่องโรคไตเรื้อรังและการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไต ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับไตและหน้าที่ของไต โรคไตเรื้อรังและการก้าวหน้าเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรค การดูแลรักษาและการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไต (4) เครื่องมือสนับสนุนการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดการโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วยการประเมินปัจจัยที่มีผลต่อการก้าวหน้าเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรค 7 ปัจจัย เครื่องมือมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) แต่ละปัจจัยมี 1-3 คะแนนตามระดับความเสี่ยง จากนั้นนำคะแนนมาแปลผลเป็นระดับความเสี่ยง 5 ระดับ (ระดับที่ 1 หมายถึง เสี่ยงน้อยที่สุด, ระดับที่ 5 หมายถึง เสี่ยงมากที่สุด)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยได้มีการนำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไต สื่อชุดภาพพลิก และเครื่องมือสนับสนุนการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดการโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย เท่ากับ 0.97; 0.93; 1.0 และ 1.0 ตามลำดับ จากนั้นได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งแบบประเมินการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีค่าความเที่ยง ส่วนที่ 1 เท่ากับ 0.73 และส่วนที่ 2 เท่ากับ 0.75 และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไต มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.82

การเก็บรวบรวมข้อมูล จะมีการนัดกลุ่มตัวอย่างเพื่อเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยจะนัดมาในวันที่ไม่ตรงกันและเป็นผู้ป่วยจากคนละหมู่บ้านเพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูล เก็บข้อมูลก่อนการทดลองในสัปดาห์ที่ 1 และหลังสิ้นสุดการทดลองในสัปดาห์ที่ 12 ในเวลาใกล้เคียงกัน กลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติ โดยได้รับความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไต คนละ 1 ครั้ง เป็นการบรรยายแบบกลุ่ม สำหรับกลุ่มทดลองจะได้เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ

วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ การหาค่ากลางและค่าการกระจายของข้อมูล และทดสอบสมมติฐานโดยใช้สถิติ Paired t-test, Independent t-test, Wilcoxon signed ranks test, Mann-Whitney U test และ Chi-square test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 52.6 มีอายุเฉลี่ย 61.7 ± S.D. 8.0 ปี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 79.0 มีการศึกษาในระดับประถมศึกษาร้อยละ 71.1 มีอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 34.2 รายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 63.2 สิทธิการรักษาใช้สิทธิประกันสุขภาพ ร้อยละ 84.2 มีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 65.8 รองลงมาคือโรคเบาหวาน ร้อยละ 57.9 และไม่มีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคไตเรื้อรัง ร้อยละ 92.1

กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.4 มีอายุเฉลี่ย 64.3 ± S.D. 9.4 ปี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 71.1 การศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 73.7 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 39.5 รายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 81.6 สิทธิการรักษาส่วนใหญ่ใช้สิทธิประกันสุขภาพ ร้อยละ 84.2 มีโรคประจำตัว คือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 71.1 รองลงมาคือโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 68.4 และส่วนใหญ่ไม่มีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคไตเรื้อรัง ร้อยละ 86.8 เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า มีลักษณะข้อมูลทั่วไปไม่แตกต่างกัน

2. เปรียบเทียบการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนและการก้าวหน้าเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไต การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไต และการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 1 และ 2)

3. เปรียบเทียบพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไต ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไตโดยรวม สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 1 และ 2)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไต ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง

	ก่อนทดลอง (n = 38) หลังทดลอง (n = 38)		ค่าสถิติ	p-value
	$\bar{x}$ (SD)	$\bar{x}$ (SD)		
คะแนนการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ				
การรับรู้โอกาสเสี่ยง # (24 คะแนน)	18.00 (10,22)	24.00 (12,24)	-5.317	.000 *
การรับรู้ความรุนแรง # (24 คะแนน)	17.00 (11,23)	24.00 (12,24)	-5.328	.000 *
การรับรู้ประโยชน์ # (16 คะแนน)	12.00 (11,16)	16.00 (12,16)	-5.200	.000 *
การรับรู้อุปสรรค # (16 คะแนน)	7.50 (4,12)	12.00 (7,16)	-4.950	.000 *
การรับรู้ความสามารถ # (10 คะแนน)	8.2 (5.1,10.0)	9.3 (7.3,10.0)	-4.048	.000 *
คะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไตโดยรวม (60 คะแนน)	47.6 (5.0)	52.1 (3.5)	6.146	000 *

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไต หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

	กลุ่มควบคุม (n = 38) $\bar{x}$ (SD)	กลุ่มทดลอง (n = 38) $\bar{x}$ (SD)	ค่าสถิติ	p-value
คะแนนการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ				
การรับรู้โอกาสเสี่ยง #	18.50 (13,24)	24.00 (12,24)	-5.380	.000 *
การรับรู้ความรุนแรง #	18.50 (12,24)	24.00 (12,24)	-5.371	.000 *
การรับรู้ประโยชน์ #	15.00 (8,16)	16.00 (12,16)	-3.836	.000 *
การรับรู้อุปสรรค #	7.00 (2,15)	12.00 (7,16)	-6.378	.000 *
การรับรู้ความสามารถของตนเอง #	8.5 (6.4,9.8)	9.3 (7.3,10.0)	-3.556	.000 *
คะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไตโดยรวม	47.1 (4.6)	52.1 (3.5)	5.279	.000 *

หมายเหตุ # : รายงานผลด้วย Median (min, max) * : $p < .05$ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า กลุ่มทดลอง มีคะแนนการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 แสดงว่าโปรแกรมสามารถช่วยเพิ่มการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ โดยมีคะแนนสูงกว่าทุกด้าน และพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไตโดยรวม สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ซึ่งกิจกรรมในโปรแกรมมี ดังนี้ **1) การสนับสนุนการรับรู้โอกาสเสี่ยง** โดยการใช้เครื่องมือสนับสนุนการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายในการประเมินและสะท้อนระดับความเสี่ยงเพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักในภาวะสุขภาพของตนเอง **2) การสนับสนุนการรับรู้ความรุนแรง** เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มักไม่มีอาการและยังไม่ได้รับผลกระทบที่ชัดเจน การใช้ภาพพลิกในการบรรยายเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรค รวมทั้งปัจจัยเสี่ยงต่อการก้าวหน้าเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรค และให้ชมสื่อวิดีทัศน์ตัวแบบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายจะช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความรุนแรงของโรคมากขึ้น **3) การสนับสนุนการรับรู้ประโยชน์** โดยจัดกิจกรรมกลุ่มย่อยเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยค้นหาประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไต ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมเนื่องจากเห็นว่ามีผลดีมากกว่าผลเสีย **4) การรับรู้อุปสรรค** โดยการสอบถามเกี่ยวกับปัญหา และอุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไต พร้อมให้การสนับสนุนและคำแนะนำในการจัดการกับปัญหา **5) การสนับสนุนการรับรู้สิ่งที่ชักนำให้เกิดการปฏิบัติ** โดยการแจ้งสภาวะของโรคและผลการตรวจต่าง ๆ พร้อมให้คำแนะนำวิธีการบันทึกและประเมินผลเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถตรวจสอบและติดตามภาวะสุขภาพของตนเองได้ นอกจากนี้ยังมีการโทรศัพท์ติดตามหรือเยี่ยมบ้านเพื่อกระตุ้นและให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไต พร้อมทั้งสนับสนุนให้มีการช่วยเหลือและให้กำลังใจจากคนในครอบครัว และ **6) การสนับสนุนการรับรู้ความสามารถของตนเอง** โดยการสร้างบรรยากาศเพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะเรียนรู้ ให้ชมสื่อวิดีทัศน์ตัวแบบที่ประสบความสำเร็จในการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไต ให้ตั้งเป้าหมายและฝึกทักษะต่าง ๆ เช่น การเลือกบริโภคอาหารและการดื่มน้ำ เป็นต้น ชื่นชมเมื่อประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย พร้อมให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเองมากขึ้น โดยจากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าเมื่อมีการรับรู้ที่ดีขึ้นจึงส่งเสริมให้มีพฤติกรรมที่ดีขึ้นตามมา ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของปิ่นแก้ว กล้ายประยงค์[22] ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการสร้างเสริมพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไตสู่ภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้ายของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง, การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการดำเนินของโรคสู่ภาวะโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย, การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนและ

การดำเนินของโรคสู่ภาวะโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย, การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไต, การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไต, การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไต และมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไต ดีกว่าก่อนทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 สอดคล้องกับการศึกษาของจินตนา หามาลี, นัยนา พิพัฒน์วณิชชา และรวีวรรณ เผ่ากัณหา[23] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการชะลอความก้าวหน้าของโรคไตเรื้อรังในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง ซึ่งผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนนพฤติกรรมการชะลอความก้าวหน้าของโรคไตเรื้อรังสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 สอดคล้องกับการศึกษาของชิณกรณ์ แดนกาไสย และเพชรไสว ลิ้มตระกูล[24] ซึ่งพัฒนาวิธีการดูแลเพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถของตนเอง ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการดูแลตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.011) และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมของไต และสอดคล้องกับการศึกษาของปราณี แสดคง, ศรีสุดา ลุนพุฒ, สุรัสวดี พนมแก่น, กันนิษฐา มาเห็ม และ เดือนฉาย พรเพ็ง[25] ที่ศึกษาผลของการใช้สื่อนวัตกรรมฮัก (รัก) ไตต่อความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ซึ่งได้จัดกระทำตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ผลการวิจัย พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนโรคไตจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคไตจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ก่อนการทดลองและหลังทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

ข้อเสนอแนะ

1. โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ในสถานบริการสุขภาพที่มีบริบทใกล้เคียงกันกับการศึกษาครั้งนี้ และอาจมีการพัฒนาแกนนำในชุมชนเพื่อช่วยติดตามและกระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะเริ่มแรกสามารถชะลอการเสื่อมของไตได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

2. ในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไปควรเพิ่มการศึกษาตัวแปรผลลัพธ์ทางคลินิกเพื่อวัดผลการชะลอการเสื่อมของไตที่ชัดเจนมากขึ้น และเพิ่มระยะเวลาในการศึกษาเพื่อติดตามประเมินผลการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไต และควรมีการกระตุ้นผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถคงพฤติกรรมได้ในระยะยาว

กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณเจ้าหน้าที่และกลุ่มตัวตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในรพ.สต.โนนม่วง จังหวัดขอนแก่น ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โครงการป้องกันและชะลอโรคไตในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่ให้การสนับสนุนในการดำเนินการวิจัย และศูนย์วิจัยและฝึกอบรมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนวัยแรงงานที่สนับสนุนทุนในการทำวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. Hill NR, Fatoba ST, Oke JL, Hirst JA, O'Callaghan CA, Lasserson DS, et al. Global prevalence of chronic kidney disease - a systematic review and meta-analysis. PLOS ONE 2016; 11(7): 1-18.
2 Ingsathit A, Thakkinstian A, Chaiprasert A, Sangthawan P, Gojaseni P, Kiattisunthorn K, et al. Prevalence and risk factors of chronic kidney disease in the Thai adult population:Thai SEEK study. Nephrology Dialysis Transplantation 2010; 25: 1567-1575.
3. Bello AK, Levin A, Tonelli M, Okpechi IG, Feehally J, Harris D, et al. Assessment of global kidney health care status. Journal of the American Medical Association 2017; 317(18): 1864-1881.
4. Webster AC, Nagler EV, Morton RL, Masson P. Chronic Kidney Disease. The Lancet 2017; 389: 1238-1252.

5. Kidney Disease:Improving Global Outcomes. KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. Kidney International Supplements 2013; 3(1): 136-150.
6. Herrington WG, Smith M, Bankhead C, Matsushita K, Stevens S, Holt T, et al. Body-mass index and risk of advanced chronic kidney disease: prospective analyses from a primary care cohort of 1.4 million adults in England. Plos One 2017; 12(3): 1-15.
7. Júnior UFE, Elihimas HCdS, Lemos VM, Leão MdA, Lemos A, Valente L M, et al. Smoking as risk factor for chronic kidney disease: systematic review. Journal Brasileiro de Nefrologia 2014; 36(4): 519-528.
8. Nderitu P, Doos L, Jones PW, Davies SJ, Kadam UT. Non-steroidal anti-inflammatory drugs and chronic kidney disease progression: a systematic review.The International Journal for Research in Primary Care 2013; (30): 247-255.
9. Sontrop JM, Dixon SN, Garg AX, Buendia-Jimenez I, Dohein O, Huang SHS, et al. Association between water intake, chronic kidney disease, and cardiovascular disease: A cross-sectional analysis of NHANES data.American Journal of Nephrology 2013; 37(5): 434-442.
10. ประเจษฎ์ เรืองกาญจนเศรษฐ์. Chronic kidney disease. ใน: บัญชา สถิระพจน์, อำนาจ ชัยประเสริฐ, เนาวนิตย์ นาทา, ประเจษฎ์ เรืองกาญจนเศรษฐ์, อุปถัมภ์ ศุภสินธุ์, พรรณบุปผา ชูวิเชียร, บรรณาธิการ. Essential nephrology. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: นำอักษรการพิมพ์ 2557; 451-469.
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. Din UAASE, Salem MM, Abdulazim DO. Stop chronic kidney disease progression:Time is approaching.World Journal of Nephrology 2016; 5(3): 258-273.
13. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2558. ม.ป.ท.: 2558.
14. Wei L, MacDonald TM, Jennings C, Sheng X, Flynn RW, Murphy MJ. Estimated GFR reporting is associated with decreased nonsteroidal anti-inflammatory drug prescribing and increased renal function. Kidney International 2013; 84(1): 174-178.
15. Hall ME, Carmo JMd, Silva AAd, Juncos LA, Wang Z, Hall JE.Obesity, hypertension, and chronic kidney disease. International Journal of Nephrology and Renovascular Disease 2014; (7): 75-88.
16. Strippoli GFM, Craig JC, Rochtchina E, Flood VM, Wang JJ, Mitchell P.Fluid and nutrient intake and risk of chronic kidney disease. Nephrology 2011; 16(3): 326-334.
17. Onyenwenyi C, Ricardo AC. Impact of lifestyle modification on diabetic kidney disease. Current Diabetes Reports 2015; 15(9): 1-14.
18. Ricardo AC, Anderson CA, Yang W, Zhang X, Fischer MJ, Dember LM, et al. Healthy lifestyle and risk of kidney disease progression, atherosclerotic events, and death in CKD: Findings from the Chronic Renal Insufficiency Cohort (CRIC) study. American Journal of Kidney Diseases 2015; 65(3): 412-424.
19. ธีรนุช ห้านิรัติศัย. แนวคิดและทฤษฎีพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ. ใน: ศิริพร ขัมภลิขิต, จุฬาลักษณ์ บารมี, บรรณาธิการ. คู่มือการสอน การสร้างเสริมสุขภาพในหลักสูตรพยาบาล ศาสตรบัณฑิต. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2555. 35-56.
20. Rosenstock IM., Strecher VJ, Becker MH. Social learning theory and the health belief model. Health Education Quarterly 1988; 15(2): 175-183.
21. วรรณชนก จันทชุม. การวิจัยทางการพยาบาล การเลือกตัวอย่างและการกำหนดขนาดตัวอย่าง. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2545.

22. ปิ่นแก้ว กล้ายประยงค์. ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการสร้างเสริมพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไตสู่ภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้ายของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 ที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรคไต โรงพยาบาลรามาธิบดี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี 2551; 19(2): 49-60.

23. จินตนา หามาลี, นัยนา พิพัฒน์วณิชชา, รวีวรรณ เผ่ากัณหา. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการชะลอความก้าวหน้าของโรคไตเรื้อรังในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2557; 34(2): 67-86.

24. ชิณกรณ์ แดนกาไสย, เพชรไสว ลิ้มตระกูล. การชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตในชุมชน ตำบลพระกลางทุ่ง อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2559; 34(2): 6-13.

25. ปราณี แสดคง, ศรีสุดา ลุนพุฒ, สุรัสวดี พนมแก่น, กันนิษฐา มาเห็ม, เดือนฉาย พรเพ็ง. ผลของการใช้สื่อนวัตกรรมฮัก(รัก)ไตต่อความรู้ ความเชื่อ การปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2561; 36(4): 214-222.