ผลของการประยุกต์ใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการดูแลอย่างเอื้ออาทรต่อภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4

อินทนิล เชื้อบุญชัย พย.ม.*
จริยา กฤติยาวรรณ พย.ม.*
วราทิพย์ แก่นการ ปร.ด.**

(วันรับบทความ: 12 มีนาคม พ.ศ.2564/ วันแก้ไขบทความ: 22 เมษายน พ.ศ.2564/ วันตอบรับบทความ: 30 เมษายน พ.ศ.2564)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นแบบกึ่งทดลองมีกลุ่มเปรียบเทียบ วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการประยุกต์ใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการดูแลอย่างเอื้ออาทรต่อภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ตามเกณฑ์การวินิจฉัย KDIGO ได้รับการจับคู่ด้วยคะแนนซึมเศร้า สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 32 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการดูแลอย่างเอื้ออาทร กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามมาตรฐาน ติดตามผลระยะเวลา 6 เดือน ประเมินผลโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมและแบบวัดภาวะซึมเศร้า ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ .90 และ .92 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ไคสแคว์ และสถิติทดสอบที

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมหลังการทดลองเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าลดลงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 บุคลากรสาธารณสุขควรนำแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการดูแลอย่างเอื้ออาทรมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมและลดภาวะซึมเศร้า

คำสำคัญ: การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม การดูแลอย่างเอื้ออาทร ภาวะซึมเศร้า โรคไตเรื้อรัง

RETRACTED 2 April 2025

*อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
*ผู้ประสานการตีพิมพ์เผยแพร่ Email: Intanin7@hotmail.com Tel: 094-3108776



Effect of Application of Cognitive Behavior Concept Combined with Caring on Depression and Nephrotic Slow Down Behavior in Patients with Chronic Kidney Disease Stage 3-4

Intanin Chuaboonchai M.N.S.*
Jariya Kittiyawan M.N.S.*
Waratip Kankarn PhD*

(Received Date: March 12, 2021, Revised Date: April 22, 2021, Accepted Date: April 30, 2021)

Abstract

This research was a quasi-experimental study with comparative groups. The purpose of this research was to study the effect of application of cognitive behavior concept combined with caring on depression and nephrotic slow down behavior in patients with chronic kidney disease stage 3-4. The participants were patients with chronic kidney disease stage 3-4 at the KDIGO diagnostic criteria. They were matched with depression rating and randomized to the experimental and control groups, 32 subjects for each group. The experimental group received the application of cognitive behavior concept combined with caring program while the control group received only conventional care and they were followed-up for 6 months. The data-collecting instruments were nephrotic slow down behavior and depression scale. Cronbach's alpha coefficients were 0.90 and 0.92, respectively. Data were analyzed by using descriptive statistics, chi-square, and independent t-test.

The study results showed that the experimental group had nephrotic slow down behavior mean scores was significantly higher than before intervention and in the control group at .05 level and the depression mean score was significantly lower than before intervention and control group at the .05 level. Public health personnel should apply the cognitive behavior concept combined with caring in the care of patients with chronic kidney disease stage 3-4 to promote nephrotic slow down behavior and depression.

Keywords: cognitive behavior, caring, depression, chronic kidney disease

RETRACTED 2 April 2025

*Lecturer, Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani Rajabhat University
**Assistant Professor, Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani Rajabhat University
*Corresponding author Email: Intanin7@hotmail.com Tel: 094-3108776

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease, CKD) เป็นวิกฤตสุขภาพทั่วโลกที่มีต้นทุนทางเศรษฐกิจสูงต่อระบบสุขภาพ ในการศึกษาภาระโรคทั่วโลกปี ค.ศ. 2017 โรคไตเรื้อรังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 12 มีผู้เสียชีวิต 1.2 ล้านคนทั่วโลก[1] พบความชุกของโรคไตเรื้อรังสูงในประชากรทั่วโลกระหว่างร้อยละ 11 ถึง 13 โดยส่วนใหญ่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3[2] สำหรับประเทศไทยในประชากรวัยผู้ใหญ่พบโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ถึงร้อยละ 17.5 พบความชุกสูงที่สุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเมื่อเทียบกับภูมิภาคอื่น ยกเว้นกรุงเทพมหานคร[3] ผู้ป่วยที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 มีความเสี่ยงเท่ากับการเกิดโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End-stage renal disease, ESRD)[4] เมื่อเกิดภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต ได้แก่ การล้างไตทางช่องท้อง การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และการปลูกถ่ายเปลี่ยนไต ปัจจุบันค่าใช้จ่ายในการบำบัดทดแทนไตเฉลี่ยประมาณ 240,000 บาทต่อคนต่อปี ซึ่งค่าใช้จ่ายนี้ยังไม่รวมถึงค่าใช้จ่ายด้วยยา ค่าใช้จ่ายทางอ้อมอื่นๆ โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต้องใช้งบประมาณการล้างไตเป็นการเฉพาะแยกจากงบบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว โดยในปีงบประมาณ 2560 สูงถึง 1,700 ล้านบาท ซึ่งถ้ารวมงบประมาณสำหรับบริการผู้ป่วยไตเรื้อรังในสิทธิอื่นๆ รัฐจำเป็นต้องใช้งบสูงกว่า 1.5 หมื่นล้านบาทต่อปี[4]

โรคไตเรื้อรังในระยะ 3-4 ผู้ป่วยจะมีอัตราการกรองของไต (estimated Glomerular Filtration Rate, eGFR) ลดลง อยู่ในช่วง 59-15 มล./นาที/1.73 ตร.เมตร นับเป็นระยะที่ไตสูญเสียหน้าที่ไปมากแล้วถึงร้อยละ 40[5] การบำบัดทั้งด้วยยาและอาหารในระยะนี้จะไม่ได้ผลมากนัก เพราะไตเสื่อมไปมากแล้ว แต่จะมีผลช่วยลดปริมาณของเสียในเลือด บรรเทาอาการยูรีเมีย ช่วยให้ผู้ป่วยสบายขึ้น การชะลอไตเสื่อมโดยการจัดการความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด และน้ำหนักตัวเป็นสิ่งสำคัญ ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง การรักษาใช้เวลานานไม่หายขาด ผู้ป่วยต้องทนทุกข์อยู่กับโรคและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ไปตลอดชีวิต ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ส่งผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า (Depression) เป็นภาวะที่ผู้ป่วยขาดความเพลิดเพลินในสิ่งต่างๆ รู้สึกหดหู่ หงุดหงิดง่าย เฉื่อยชา ความคิดเชื่องช้าลง ซึ่งส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน รู้สึกไม่มีคุณค่า และมีความคิดอยากตาย โดยอารมณ์ซึมเศร้าเบื่อหน่ายจะเป็นเกือบทั้งวัน ติดต่อกันทุกวันนานกว่า 2 สัปดาห์ขึ้นไป[6] จากการศึกษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังพบ ความชุกของภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยถึงร้อยละ 20.3 และพบว่าร้อยละ 22.1 ของผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงจะเพิ่มความเสี่ยงการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น 2.95 เท่า[7] ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อาจทำให้ผู้ป่วยไม่ใส่ใจในการดูแลรักษาตนเอง ซึ่งการรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะที่ 3-4 นั้นผู้ป่วยต้องให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพตนเองเป็นอย่างมาก หากผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรงอาจส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาและมีการจัดการตนเองลดลง[8] ทำให้ผู้ป่วยขาดความสนใจในการดูแลตนเองทุกด้าน จากการศึกษา พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต[9] แสดงว่าผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีคุณภาพชีวิตแย่ลง ทำให้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขโดยรวมเป็นภาระทางสังคมและเศรษฐกิจ จึงอาจกล่าวได้ว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นอุปสรรคสำคัญต่อความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วย

การให้การปรึกษาโดยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม เป็นการปรับแก้ปัญหาทางอารมณ์ พฤติกรรม และสรีระ ตามความเชื่อที่ว่า สิ่งเร้าไม่ได้มีผลต่ออารมณ์ พฤติกรรม และสรีระโดยตรง แต่ต้องผ่านกระบวนการคิด ซึ่งแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ตามการเลี้ยงดูและประสบการณ์ที่ผ่านมาในอดีตของบุคคล[10] ทราวเวอร์ แคสซี และดรายเดน (Trower, Casey & Dryden W)[11] ได้กล่าวถึงการปรึกษาโดยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมว่าเป็นการช่วยลดปัญหาทางอารมณ์ต่างๆ เช่น ความวิตกกังวล ความเครียด และภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาผลของการให้คำปรึกษาตามแนวคิดการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่ออาการซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้รับการปรึกษาโรคเรื้อรังที่มีโรคซึมเศร้าร่วม พบว่า กลุ่มทดลองมีอาการซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุม และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[12] เนื่องจากผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ[13] ประกอบกับการเสื่อมของร่างกายตามวัยทำให้ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิงผู้อื่นส่งผลให้เกิดความเครียด ท้อแท้ มีภาวะซึมเศร้า พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการร่วมค้นหาสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้า

RETRACTED 2 April 2025

ให้การดูแลและส่งเสริมสุขภาพ ด้านร่างกาย จิตใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง มองตนเองด้านบวก จนสามารถดูแลตนเองได้ การที่พยาบาลแสดงออกถึงความยินดีในการช่วยเหลือ มีน้ำใจ และเอาใจใส่ต่อผู้ป่วยด้วยความมีเมตตากรุณาจึงไม่เพียงแต่จะช่วยดูแลรักษาโรคทางกายเท่านั้นแต่ยังเป็นการประคับประคองทางด้านจิตใจ ผ่อนคลายจากความกลัวและความวิตกกังวล ซึ่งจะมีส่วนช่วยในการปรับตัวและฟื้นฟูสู่สภาพปกติได้เร็วขึ้น การดูแลแบบเอื้ออาทรเป็นกิจกรรมที่บ่งบอกถึงความเป็นวิชาชีพพยาบาล และเป็นคุณลักษณะที่ติดตัวมนุษย์มาอยู่แล้ว เพียงแต่มีความตั้งใจที่จะกระทำต่อผู้อื่น การดูแลแบบเอื้ออาทรจะทำให้ทั้งผู้ให้และผู้รับหลุดพ้นจากความเป็นตัวตนของตนเอง นำมาซึ่งความสุขในการให้อย่างแท้จริง[14] พยาบาลที่มีการดูแลแบบเอื้ออาทรจะสามารถให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความเป็นกัลยาณมิตร การเห็นคุณค่าความเป็นมนุษย์ ความเอาใจใส่ ทำให้ผู้ป่วยพ้นจากความทุกข์และมีความสุขจากการได้รับการบริการของพยาบาล พฤติกรรมดูแลแบบเอื้ออาทรเป็นจุดเด่นของวิชาชีพการพยาบาล[15] โดยผ่านเป็นศิลปะในการให้การดูแลผู้ป่วยในคลินิก ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของการประยุกต์ใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการดูแลอย่างเอื้ออาทรต่อภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการชะลอไตสื่อมและลดภาวะซึมเศร้า

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการประยุกต์ใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการดูแลอย่างเอื้ออาทรต่อภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ที่เข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการดูแลอย่างเอื้ออาทรมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมและภาวะซึมเศร้าแตกต่างจากก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม

2. ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ที่เข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการดูแลอย่างเอื้ออาทรมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมและภาวะซึมเศร้าแตกต่างจากกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยการประยุกต์ใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมของอารอน ทีเบค (Beck)[16] ช่วยปรับเปลี่ยนความคิดความเชื่อที่ถูกต้องเหมาะสม โดยมีพื้นฐานความคิดและความเชื่อที่สำคัญ 3 ประการ คือ 1) ความคิดมีผลต่อพฤติกรรม 2) ความคิดเป็นสิ่งที่สามารถควบคุมและดัดแปลงได้ และ 3) การปรับความคิดจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายนอกไปในทางที่เหมาะสมประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง เหตุผลของปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม การค้นหาความคิดทางลบและความคิดอัตโนมัติ การทำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในทางที่เหมาะสม การประเมินตนเองถึงความก้าวหน้า ทบทวนความรู้ความเข้าใจประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรม ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลอย่างเอื้ออาทรของวัตสัน[14] เน้นการดูแลอันเป็นคุณธรรมที่ดำรงค์ไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ โดยอาศัยการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้การดูแลกับผู้ได้รับการดูแล ให้ความสำคัญทั้งร่างกายและจิตใจ ในการดูแลสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่ม โดยมีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง (Two groups pre-posttest design)

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ตามเกณฑ์การวินิจฉัย KDIGO[17] ที่มาใช้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้ขนาดอิทธิพล (Effect size) จากสูตรของ Glass[18] และจากงานวิจัยของอังคณา ช่วยค้ำชู[12] พบว่า ขนาดอิทธิพลของงานวิจัยนี้เท่ากับ 1.18 ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ จากนั้นนำค่าอิทธิพลที่คำนวณได้ มาประมาณขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากตาราง โดยใช้อำนาจทดสอบ (Power) = 0.80 และระดับความมี

RETRACTED 2 April 2025

นัยสำคัญ (α) = 0.05 จึงคำนวนได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 27 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างในระหว่างการทดลองจึงต้องมีการปรับเพิ่มร้อยละ 20[19] จึงได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 32 คนได้จัดเข้าเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการสุ่มแบ่งกลุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลาก และใช้การจับคู่ (matched paired) ให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีความคล้ายคลึงกัน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) มีอัตราการกรองของไต 15-59 มล/นาที/1.73 เมตร^2 คำนวณด้วยสูตรของ CKD-EPI (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration) 2) มีอาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ประเมินจากแบบประเมินอาการซึมเศร้าได้คะแนน < 25 คะแนน เนื่องจากเป็นอาการซึมเศร้าที่สามารถดูแลเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมได้ 3) สติสัมปชัญญะดี สามารถรับรู้เวลา สถานที่ บุคคลได้ถูกต้อง 4) ยินดีเข้าร่วมกิจกรรม เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้ 1) เข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยน้อยกว่าร้อยละ 80 2) มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรง 3) ต้องการยกเลิกการเข้าร่วมโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

(1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และประวัติการเจ็บป่วย

(2) แบบวัดพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมของวราทิพย์ แก่นการ และคณะ[13] ประกอบด้วย 3 ด้าน จำนวน 30 ข้อคำถาม ดังนี้ 1) การบริโภคอาหาร 10 ข้อ 2) การออกกำลังกาย 10 ข้อ และ 3) การใช้ยาสมเหตุผล 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบลักษณะการวัดการปฏิบัติใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ซึ่งมีลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า (Likert scale) 4 ระดับ (ปฏิบัติสม่ำเสมอ =4 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง = 3 คะแนน ปฏิบัตินานๆ ครั้ง = 2 คะแนน ไม่ปฏิบัติ = 1 คะแนน) โดยมีคะแนนรวมตั้งแต่ 30-120 คะแนน การแปลผลคะแนนใช้วิธีของ Sisa-at[20] โดยแบ่งพฤติกรรมการการชะลอไตเสื่อมเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับน้อย (คะแนน 30-60) ระดับปานกลาง (คะแนน 61-90) และระดับสูง (คะแนน 91-120) ผู้วิจัยนำแบบวัดไปทดสอบกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .90

(3) แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale-TGDS) สร้างโดย กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง[21] การแปลผลคะแนนดังนี้ ปกติ (คะแนน 0-12) ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (คะแนน 13-18) ภาวะซึมเศร้าปานกลาง (คะแนน 19-24) และภาวะซึมเศร้ารุนแรง (คะแนน 25-30) ผู้วิจัยนำไปทดสอบกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .92

2) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการดูแลอย่างเอื้ออาทร ผู้วิจัยได้นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์เวชปฏิบัติ อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และพยาบาลคลินิกโรคเรื้อรัง เพื่อตรวจสอบความตรงและความเหมาะสมของโปรแกรม จากนั้นผู้วิจัยได้นำโปรแกรมไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีลักษณะคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย และนำมาปรับปรุงก่อนนำไปใช้จริง รายละเอียด ดังนี้

เดือนที่ 1 (6 ชั่วโมง) : เพื่อสร้างสัมพันธภาพแห่งความไว้วางใจ

- พูดคุยสร้างความคุ้นเคยผ่านกิจกรรม ตั้งประเด็นสำหรับการให้การปรึกษาโดยสำรวจเบื้องต้นถึงเรื่องราวปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและความหวัง ปรับความคิดเชิงบวกต่อภาวการณ์เจ็บป่วย
- วิเคราะห์สถานการณ์ความคิด ความรู้สึกของกลุ่มตัวอย่าง

เดือนที่ 2 (3 ชั่วโมง) : เพื่อทำให้ผู้ป่วยเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ พฤติกรรม

- ค้นหาความคิดทางลบและความคิดอัตโนมัติ รวมทั้งปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในทางที่เหมาะสมโดยการแบ่งเป็นกลุ่ม

เดือนที่ 3 (3 ชั่วโมง) : เพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและช่วยกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมที่ถูกต้อง

- สนทนากลุ่มแบบมีส่วนร่วมโดยให้แสดงความคิดเห็นถึงปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไขการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อชะลอไตเสื่อม ได้แก่ ลดการบริโภคอาหารที่มีแป้งและไขมันสูง ลดเค็ม ให้ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังโดยใช้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้อง

RETRACTED 2 April 2025

เล่าประสบการณ์มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ผู้วิจัยให้ความรู้เพิ่มเติมร่วมกับใช้คู่มือการชะลอไตเสื่อม จากโครงการ CKDNET

เดือนที่ 4 (3 ชั่วโมง) : เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง มองตนเองด้านบวก

- เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความทุกข์ ความกังวลใจต่างๆ และได้ซักถามเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเป็นผู้รับฟังที่ดี ปลอบโยนให้กำลังใจ กระตือรือร้น เต็มใจให้บริการ เอาใจใส่ มีช่องทางไลน์ในการติดต่อให้ผู้ป่วยขอรับการปรึกษาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ

เดือนที่ 5 (3 ชั่วโมง) : เพื่อการดูแลอย่างเอื้ออาทร

- รับฟังเรื่องราวของผู้ป่วย ด้วยการเอาใจใส่ในสิ่งที่ผู้ป่วย แต่ละรายสื่อสาร ไม่ว่าจะเป็นคำพูด สีหน้า แววตา หรือ อากัปกิริยาต่างๆ ที่สื่อมาอย่างตั้งใจและพยายามเข้าใจสถานการณ์ของผู้ป่วย ให้คำปรึกษาด้วยความเห็นอกเห็นใจเป็นกันเอง โดยกำหนดให้เวลาผู้ป่วย

- ติดตามเยี่ยมบ้านในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาให้คำปรึกษาผู้ดูแลให้กำลังใจเป็นรายบุคคล

เดือนที่ 6 (3 ชั่วโมง) : เพื่อการประเมินตนเองถึงความก้าวหน้า ทบทวนความรู้ความเข้าใจประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรม

- ชี้ประเด็นให้ผู้ป่วยเห็นประโยชน์ของการปรับความคิดและพฤติกรรม กระตุ้นให้แสดงความคิดเห็นต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการชะลอไตเสื่อม เช่น การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยาสมเหตุผล เน้นการปฏิบัติที่ต่อเนื่องและประโยชน์ที่ผู้ป่วยได้รับ

- จัดเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการปฏิบัติเพื่อชะลอไตเสื่อม และยกย่องบุคคลต้นแบบ

- ติดตามสังเกตปัญหา ให้คำแนะนำ ช่วยเหลือให้กำลังใจ ซักถามปัญหา ทบทวนกิจกรรมที่ผ่านมาทางโทรศัพท์หรือแอปพลิเคชันไลน์

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โครงการวิจัยนี้ ผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นเลขที่ HE 601166 ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการวิจัยทุกคนได้รับการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยผู้วิจัยชี้แจงเกี่ยวกับโครงการวิจัยและความเสี่ยงในการเข้าร่วมวิจัย มีสิทธิ์ที่จะออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา

การเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม ถึงตุลาคม พ.ศ. 2563 โดยผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง สร้างสัมพันธภาพ แนะนำตนเองชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย ชี้แจงสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมในใบพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล วัดพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อม และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า

1) การเตรียมความพร้อมของทีมวิจัย ผู้วิจัยและผู้ช่วยซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาลทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ทำความเข้าใจเกี่ยวกับขั้นตอนและการจัดกิจกรรมร่วมกัน

2) กลุ่มทดลอง เข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการดูแลอย่างเอื้ออาทร ระยะเวลา 6 เดือน จัดวันเสาร์หรือวันอาทิตย์

3) กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามมาตรฐานจากเจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลชุมชน

4) เมื่อเสร็จสิ้นการศึกษาเดือนที่ 6 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อทำการรวบรวมข้อมูลอีกครั้งด้วยแบบวัดพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อม และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า หลังจากนั้นผู้วิจัยให้คำปรึกษาโดยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในการชะลอไตเสื่อมร่วมกับการดูแลอย่างเอื้ออาทรกับกลุ่มควบคุม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ร้อยละ เปรียบเทียบความแตกต่างของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติไคสแคว์ และสถิติทดสอบค่าที (Independent t-Test)

2) ทดสอบการกระจายของข้อมูลโดยใช้ Kolmogorovsmirnov test การแจกแจงเป็นแบบโค้งปกติ จึงเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมและภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมด้วยสถิติที (Paired t-Test) เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติทีอิสระIndependent t-Test)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มทดลองสามารถเข้าร่วมกิจกรรมและประเมินผลได้ 31 คนคิดเป็นร้อยละ 96.88 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 70 ปี สถานภาพสมรส จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ไม่ได้ประกอบอาชีพ

RETRACTED 2 April 2025

มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 3,254 บาท มีโรคร่วมเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงร้อยละ 48.39 กลุ่มควบคุม สามารถเข้าร่วมกิจกรรมและประเมินผลได้ 30 คน คิดเป็นร้อยละ 93.75 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 68 ปี มีสถานภาพสมรส จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 4,123 บาท มีโรคร่วมเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงร้อยละ 40.00 การทดสอบข้อมูลส่วนบุคคลด้วยค่าไคสแควร์และสถิติค่าทีแบบอิสระ แสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม จำนวน (ร้อยละ)	X^2/t	p-value
เพศ			.337	.561
ชาย	7 (22.58)	5 (16.67)		
หญิง	24 (77.42)	25 (83.33)		
สถานภาพ			.622	.733
โสด	2 (6.45)	2 (6.67)		
สมรส	20 (64.52)	18 (60.00)		
หม้าย/หย่า/แยก	9 (29.03)	10 (33.33)		
ระดับการศึกษา			1.994	.574
ประถมศึกษา	25 (80.65)	22 (73.34)		
มัธยมศึกษา	4 (12.90)	7 (23.33)		
ปวส./อนุปริญญา	1 (3.23)	-		
ปริญญาตรี/สูงกว่า	1 (3.23)	1 (3.33)		
อาชีพ			2.156	.541
เกษตรกรรม	6 (19.35)	8 (26.67)		
รับจ้างทั่วไป	2 (6.45)	2 (6.67)		
ค้าขาย/ธุรกิจ	6 (19.35)	9 (30.00)		
ไม่ประกอบอาชีพ	17 (54.84)	11 (36.66)		
โรคร่วม			1.068	.785
เบาหวาน	6 (19.35)	8 (26.67)		
ความดันโลหิตสูง	9 (29.03)	8 (26.67)		
เบาหวานและความดันโลหิตสูง	15 (48.39)	12 (40.00)		
หัวใจและหลอดเลือด	2 (6.45)	2 (6.67)		
อื่นๆ	5 (16.13)	8 (26.67)		
อายุเฉลี่ย (ปี)	$\bar{X}$ 70.61 (SD 1.63)	$\bar{X}$ 68.93 (SD 6.50)	1.039	.303
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)	$\bar{X}$ 3254.83 (SD 1939.39)	$\bar{X}$ 4123.33 (SD 2462.50)	-1.533	.131

RETRACTED 2 April 2025

2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมและภาวะซึมเศร้า พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ที่เข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการดูแลอย่างเอื้ออาทรมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมเพิ่มขึ้นและภาวะซึมเศร้าลดลงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมและภาวะซึมเศร้า ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการดูแลอย่างเอื้ออาทร

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ		
พฤติกรรมการชะลอไตเสื่อม								
กลุ่มทดลอง	84.05	6.79	ปานกลาง	88.28	6.02	ปานกลาง	-6.570	.000
กลุ่มควบคุม	84.60	6.01	ปานกลาง	85.33	5.77	ปานกลาง	-1.150	.260
ภาวะซึมเศร้า								
กลุ่มทดลอง	20.28	3.57	ปานกลาง	18.44	3.91	เล็กน้อย	5.026	.000
กลุ่มควบคุม	20.47	3.71	ปานกลาง	19.87	3.49	ปานกลาง	1.449	.158

3. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมและภาวะซึมเศร้า พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ที่เข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการดูแลอย่างเอื้ออาทรมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมเพิ่มขึ้นและภาวะซึมเศร้าลดลงกว่ากลุ่มที่ไม่เข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมและภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการดูแลอย่างเอื้ออาทร

ตัวแปร	ผลต่างค่าเฉลี่ยหลังการทดลอง				t	p-value
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม			
	$\bar{d}$	S.D.	$\bar{d}$	S.D.		
พฤติกรรมโดยรวม	8.42	5.28	1.37	3.55	6.100	.000
การบริโภคอาหาร	2.39	2.81	.13	2.60	3.249	.002
การออกกำลังกาย	2.90	2.79	1.03	2.43	2.791	.007
การใช้ยาสมเหตุผล	3.13	2.53	.57	1.99	4.387	.000
ภาวะซึมเศร้า	-3.03	2.88	-.60	2.27	-3.656	.001

การอภิปรายผล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ เพศหญิง มีโรคร่วมเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มีรายได้เฉลี่ยต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ซึ่งคนปกติเมื่ออายุ 70 ปี หน้าที่ไตจะลดลงร้อยละ 50 หรือมากกว่า[21] จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบของ Hill และคณะ[2] พบความชุกของโรคไตเรื้อรังมากในเพศหญิง มีเศรษฐานะต่ำ สาเหตุเกิดจากโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน[22]

2. ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 หลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการดูแลอย่างเอื้ออาทร มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยาสมเหตุผลเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุม มีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งนี้เนื่องจากการประยุกต์ใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการดูแลแบบเอื้ออาทรครั้งนี้ ได้จัดรูปแบบการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มและรายบุคคลตามปัญหา ประกอบด้วยกิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพแห่งความไว้วางใจ การปรับเปลี่ยนกระบวนการคิดเชิงบวกต่อภาวะเจ็บป่วย ปรับลดอารมณ์ที่ทำให้เกิดทุกข์ของตนเองปรับความคาดหวัง การฝึกทักษะในการคิด และสนทนากลุ่มแบบมีส่วนร่วมโดยให้แสดงความคิดเห็นถึงปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไขการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อชะลอไตเสื่อม ได้แก่ ลดการบริโภคอาหารที่มีแป้งและไขมันสูง ลดเค็ม ให้ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังโดย

RETRACTED 2 April 2025

ใช้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้อง เล่าประสบการณ์มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ฝึกการรู้จักการแก้ปัญหา ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนมุมมองวิธีคิดที่เป็นจริง ชี้ประเด็นให้ผู้ป่วยเห็นประโยชน์ของการปรับความคิดและพฤติกรรม กระตุ้นให้แสดงความคิดเห็นต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความทุกข์และได้ซักถามเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเป็นผู้รับฟังที่ดี ปลอบโยนให้กำลังใจ มีช่องทางในการติดต่อให้ผู้ป่วยขอรับการปรึกษา สอดคล้องกับการศึกษาของ อังคณา ช่วยค้ำชู[14] ที่ศึกษาการให้คำปรึกษาการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่ออาการซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าร่วม พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ บุศรา สุขสวัสดิ์ และคณะ[23] เรื่อง ผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่อความหวังและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชนพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความหวังและภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นและระยะติดตามผลแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 นอกจากนี้การดูแลอย่างเอื้ออาทรของทีมสุขภาพ การสร้างสัมพันธภาพที่ดี โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความทุกข์ ความ กังวลใจต่างๆ และได้ซักถามเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตน การเป็นผู้รับฟังที่ดี ปลอบโยนให้กำลังใจ ให้ข้อมูลและตอบข้อซักถาม จะช่วยให้ความทุกข์ใจของผู้ป่วยคลาย[24] ดังนั้นการให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการดูแลอย่างเอื้ออาทร จึงเป็นทางเลือกหนึ่งที่นำมาช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและลดปัญหาทางจิตใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. การให้คำปรึกษาโดยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมผู้ให้คำปรึกษาควรเป็นผู้เชี่ยวชาญหรือผ่านการอบรมและควรดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ต้องมีการติดตามปัญหาและอุปสรรคต่างๆ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุเนื่องจากอาจมีการหลงลืม

2. จากผลการวิจัยได้ใช้แอปพลิเคชันไลน์ในการติดตามทั้งแบบกลุ่มและส่วนตัว การสื่อสารและการถ่ายทอดข้อมูลจากผู้วิจัยทำให้กลุ่มตัวอย่าง สามารถขอรับคำปรึกษาทำให้ง่ายและสะดวกมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ทีมสหสาขาวิชาชีพผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โครงการป้องกันและชะลอ โรคไตเรื้อรังในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (CKDNET) มหาวิทยาลัยขอนแก่น และคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานีที่ช่วยสนับสนุนให้การศึกษาครั้งนี้จนสำเร็จตามวัตถุประสงค์

References

1. GBD Chronic Kidney Disease Collaboration. Global, regional, and national burden of chronic kidney disease, 1990-2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. Lancet 2020; 395: 709-33.
2. Hill NR, Fatoba ST, Oke JL, Hirst JA, 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.
3. 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. Nephrol Dial Transplant 2010; 25(5): 1567-1575.
4. National Health Security Office (NHSO). Management of health services budget for choronic kidney disease patients. Nonthaburi: Ministry of Public Health, Thailand; 2017.
5. National Kidney Foundation. K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. Am J Kidney Dis 2002; 39(2): S1-266.
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV), (5th ed.). Washington; 2013.
7. Palmer S, Vecchio M, Craig JC, Tonelli M, Johnson DW, Nicolucci A, et al. Prevalence of depression in chronic kidney disease: systematic review and meta-analysis of observational studies. Kidney Int 2013; 84(1): 179-191.

RETRACTED 2 April 2025

8. Artiwitchayanon A. Depression in patients with continuous ambulatory peritoneal dialysis. BJM 2017; 4(2): 67-78.
9. Atalay H, Solak Y, Biyik M, Biyik Z, Yeksan M, Uguz F, et al. Sertraline treatment is associated with an improvement in depression and health-related quality of life in chronic peritoneal dialysis patients. Int Urol Nephrol 2010; 42(2): 527-536.
10. Beck JS. Cognitive behavior therapy: Basics and beyond. (2nd ed.). New York: The Guilford Press; 2011.
11. Trower P, Casey A, Dryden W. Cognitive Behavioral Counselling. London: SAGE; 2006.
12. Chouykhumchoo A. The effects of group counseling emphasizing cognitive behavioral restructuring on depressive symptoms and psychological self-care behaviors in patients with chronic medical illness and depressive disorder. Thai Journal of Nursing Council 2011; 26(1): 70-81.
13. Kankarn W, Damnok K, Anutrakulchai S. Effectiveness of care model for chronic kidney disease patients using integrated disease management and case management in primary care units, Northeast. Journal of Nursing and Health Care 2019; 37(3): 173-182.
14. Watson J. Nursing: the philosophy and science of caring. Boulder, Cololado: University Press of Cololado; 2008.
15. Bauer JA. Caring as the central focus in nursing curriculum development. National League for Nursing 1990; 41(2): 225-66.
16. Beck JS. Cognitive behavior therapy: Basics and beyond. (2nd ed.). New York: The Guilford Press; 2011.
17. KDIGO 2012. Clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. Kidney Inter Suppl 2013; 3(1): 1-150.
18. Glass GV. Primary, secondary, and meta-analysis of research. Educational Researcher 1976; 5(10): 3-8.
19. Polit DF, Gillespie B. The use of the intention to treat principle in nursing clinical trials. Nursing Research 2009; 58(6): 391-399.
20. Siaa-at B. Statistical methods for research, Volume 1. (5th ed.). Bangkok: Suwiriyasarn; 2013.
21. Train the Brain Forum Committee. Thai Geriatric Depression Scale (TGDS). Siriraj Hospital Gazette 1994; 46(1): 1-9.
22. Ali B, Gray-Vickrey P. Limiting the damage from acute kidney injury. Nursing 2011; 41(3): 22-31
23. Gansevoort RT, Correa-Rotter R, Hemmelgarn BR, Jafar TH, Heerspink HJ, Mann JF, et al. Chronic kidney disease and cardiovascular risk: epidemiology, mechanisms, and prevention. Lancet 2013;10.1016/S0140-6736(13)60595-4.
24. Suksawat B, Hengudomsub P, Nabkasorn C. The effects of group cognitive behavioral modification program on hope and depression among community-dwelling older adults. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University 2017; 25(1): 95-107.
25. Kosolchuenvijit J. Caring: Central focus of humanistic care. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok 2013; 29(2): 134-141.

RETRACTED 2 April 2025