ภาพสะท้อนทางความคิดต่อการเจ็บป่วยและการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม: มุมมองจากกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง

ณฐมน โจมแพง พย.ม.[1]
จรินทร โคตพรม พย.ม[1,2]
ประภากร ศรีสง่า พย.ม.[1]
จรรฎา ภูยาฟ้า พย.ม.[1]

(วันรับบทความ: 31 ตุลาคม พ.ศ.2568/ วันแก้ไขบทความ: 10 ธันวาคม พ.ศ.2568/ วันตอบรับบทความ: 15 ธันวาคม พ.ศ.2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทำความเข้าใจภาพสะท้อนทางความคิดต่อการเจ็บป่วยและการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีค่าไตลดลงอย่างรวดเร็ว โดยใช้กรอบแนวคิดภาพสะท้อนทางความคิดต่อการเจ็บป่วย (Common-Sense Model) ของ Leventhal ผู้ให้ข้อมูลคือผู้ป่วยเบาหวานหรือความดันโลหิตสูงที่มีอัตราการกรองของไตลดลงอย่างรวดเร็ว อาศัยอยู่ในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาราชควาย อำเภอเมืองนครพนม จังหวัดนครพนม ได้มาด้วยวิธีเฉพาะเจาะจงจนข้อมูลอิ่มตัวที่จำนวน 30 คน เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกและวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบมุมมองการรับรู้ภาพสะท้อนทางความคิดของผู้ป่วยเรื้อรังที่มีอัตราการกรองลดลงอย่างรวดเร็ว 5 ประเด็น ได้แก่ 1) ความเข้าใจโรคผ่านการเปรียบเทียบภูมิหลังโดยให้ความหมายว่าเป็น "โรคเงียบภัยที่ซ่อนเร้น" และมี "ความไม่รู้สู่ความไม่แน่นอน" 2) เส้นทางสุขภาพที่ขัดแย้งกับข้อเท็จจริงโดยรับรู้ว่าโรค "ค่อย ๆ เป็นค่อย ๆ ไป ไม่มีอาการเด่น" และเชื่อว่า "ชะลอได้และไปต่อ" 3) โรคไตที่ไร้อาการ การรับรู้ที่ไม่ให้ความสำคัญคือ "รู้อยู่แต่ไม่รุนแรงจึงไม่ใส่ใจ" และ "รู้เฉพาะอาการของคนอื่น" 4) การรู้สาเหตุระหว่างความรู้ที่แท้จริงกับความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนผ่าน"การเชื่อมโยงกับต้นเหตุอย่างถูกต้อง" และ "การรับรู้พฤติกรรมอย่างผิดพลาด" 5) วิถีการดำเนินชีวิตที่เผชิญอุปสรรคคือ "ความขัดแย้งระหว่างความรู้กับการปฏิบัติในการจัดการตนเอง" และ "ปัญหาการจัดการยาและการเข้าถึงระบบสุขภาพ" ประสบการณ์การจัดการตนเองพบ 2 ประเด็นสำคัญ คือ 1) การเจรจาต่อรองทางวัฒนธรรมได้แก่ การผสมผสานระบบความเชื่อและการปรับเปลี่ยนเชิงบริบท 2) การประนีประนอม ทั้งในการรับประทานอาหารและการปรับเปลี่ยนกิจกรรมทางสังคม ข้อค้นพบนี้มีความสำคัญเพื่อนำไปสู่การพัฒนารูปแบบการชะลอภาวะไตเสื่อมที่สามารถตอบสนองความต้องการและสอดคล้องกับชีวิตจริงของผู้ป่วยได้อย่างแท้จริง

คำสำคัญ: ภาพสะท้อนทางความคิด โรคไตเรื้อรัง ชะลอไตเสื่อม การจัดการตนเอง

[1]อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม
[2]ผู้ประพันธ์บรรณกิจ Email: Jarintorn569@gmail.com Tel: 098-1298617

Illness Representations and Self-Management for Slowing Kidney Deterioration: Perspectives from Individuals at Risk of Chronic Kidney Disease

Nadhamon Jompaeng M.N.S.[1]
Jarintorn Koteprom M.N.S[1,2]
Prapakorn Srisanga M.N.S[1]
Junda Puyafa M.N.S[1]

(Received Date: October 31, 2025, Revised Date: December 10, 2025, Accepted Date: December 15, 2025)

Abstract

This qualitative research aimed to understand illness representations and self-management among patients with chronic diseases experiencing rapid decline in kidney function, using Leventhal's Common-Sense Model of illness representations as the theoretical framework. The informants were patients with diabetes or hypertension who had a rapidly declining glomerular filtration rate (GFR) who resided in the catchment area of Na Ratchakwai Subdistrict Health Promoting Hospital, Mueang Nakhon Phanom District, Nakhon Phanom Province. Thirty participants were purposively sampled until data saturation was achieved. Data were collected through in-depth interviews and analyzed using content analysis.

The study revealed five themes of illness perception among the patients with rapid decline in kidney function: 1) Disease understanding through comparative contextualization, conceptualized as a "silent hidden threat" and characterized by "uncertainty arising from lack of knowledge"; 2) Health trajectory conflicting with clinical reality, perceived as "gradual progression without prominent symptoms" with the belief that "deterioration can be slowed and managed"; 3) Asymptomatic kidney disease with dismissive perceptions expressed as "awareness without concern due to perceived non-severity" and "knowledge limited to others' symptoms"; 4) Causal attribution between accurate knowledge and misconceptions, manifested through "correct linkage to underlying causes" and "erroneous behavioral attributions"; and 5) Lifestyle patterns facing barriers, including "discordance between knowledge and self-management practices" and "challenges in medication management and healthcare system navigation." Two major themes emerged regarding self-management experiences: 1) Cultural negotiation, encompassing the integration of belief systems and contextual adaptations; and 2) Compromise, reflected in dietary modifications and adjustments to social activities. These findings have significant implications for developing kidney disease progression prevention models that genuinely respond to patients' needs and align with their lived experiences.

Keywords: illness representations, chronic kidney disease, slowing kidney, deterioration self-management

[1]Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Phanom, Nakhon Phanom University, Thailand.
[2]Corresponding author, Email: Jarintorn569@gmail.com Tel: 098-1298617

บทนำ

โรคไตเรื้อรังเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยโรคโรคไตเรื้อสูงถึง 1,062,756 ราย และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นปีละ 80,000 โดยมีระยะสุดท้ายที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตถึง 70,474 ราย[1,2] จากผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 ปี พ.ศ. 2564 พบว่า มีประชากรไทยร้อยละ 30.60 ไม่ทราบว่าตนเองเป็นเบาหวาน และ 1 ใน 3 ไม่ทราบว่าตนเองเป็นป่วยเป็นโรคเบาหวาน การที่ผู้ป่วยไม่ทราบว่าเป็นโรคหรือไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดและร้อยละ 50.70 ไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรคความดันโลหิตสูง[3] ซึ่งทั้งโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้ผู้ป่วยเกิดโรคไตเรื้อรังตามมา ซึ่งมีผู้ป่วยเพียงไม่กี่รายเท่านั้นที่ทราบว่าตนเองเป็นโรคไตเรื้อรัง เนื่องจากความเสื่อมของไตระยะแรกจะไม่แสดงอาการ จนกระทั่งได้เริ่มเสื่อมในระยะที่มากขึ้น ความเสื่อมของไตจะพบได้เร็วขึ้นในบุคคลที่เป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จากการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือด และแรงดันในหลอดเลือดฝอยในไตสูงขึ้น ทำให้เนื้อไตถูกทำลาย ความสามารถในการทำงานของไตลดลง ความสามารถในการกรองและการขับของเสียลดลงจะเกิดไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายและมาตรการป้องกันโรคไตแต่จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก็ยังคงเพิ่มขึ้น[3] ซึ่งสอดคล้องกับพฤติกรรมการบริโภคของสังคมไทยในปัจจุบันที่เป็นปัจจัยเสี่ยงโดยตรงต่อการเกิดโรคไต ความเคยชินในรสชาติและวิถีการดำเนินชีวิตเป็นเรื่องที่ยากที่จะปรับเปลี่ยนไปสู่การมีพฤติกรรมการป้องกันที่เหมาะสม[4] ขณะที่ไตทำงานหนักเพิ่มขึ้นทุกวันอย่างเงียบ ๆ โดยไม่แสดงอาการในระยะแรก เมื่อเวลาผ่านไป 10-15 ปี ไตค่อย ๆ เสื่อมไปจนเหลือการทำงานเพียงร้อยละ 30-40 ร่างกายยังคงดำเนินไปได้โดยผู้ป่วยไม่รู้ตัว จนกระทั่งไตพังเกินร้อยละ 80 อาการบวม เหนื่อยหอบ คลื่นไส้ จึงปรากฏชัดเจน แต่ขณะนั้นไตที่ตายไปแล้วไม่สามารถฟื้นคืนมาได้ ต้องฟอกเลือดตลอดชีวิตหรือรอปลูกถ่าย ชีวิตที่เคยปกติสุขจึงเปลี่ยนไปสู่การพึ่งพาเครื่องมือทางการแพทย์และข้อจำกัดนานัปการ แม้กระทรวงสาธารณสุขจะพยายามป้องกันด้วยนโยบายต่าง ๆ แต่การเปลี่ยนพฤติกรรมที่ฝังลึกในวัฒนธรรมและการตรวจคัดกรองที่ไม่ทั่วถึง ทำให้จำนวนผู้ป่วยยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องไม่มีทีท่าว่าจะชะลอตัวลง ประกอบกับลักษณะการดำเนินโรคที่เงียบและค่อยเป็นค่อยไป ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่รู้ตัวว่าเป็นโรคเนื่องจากไม่มีอาการ ในระยะแรก เมื่อเริ่มมีอาการปรากฏชัดเจนในระยะที่ไตได้สูญเสียหน้าที่จนต้องได้รับการการบำบัดทดแทนไต (Renal Replacement Therapy: RRT)[5,6] โดยเฉพาะในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ดีจะมีการดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะท้ายเป็นไปอย่างรวดเร็ว ดังนั้นการชะลอความเสื่อมของไตตั้งแต่ระยะเริ่มต้นจึงเป็นกลยุทธ์สำคัญในการลดอัตราการเข้าสู่โรคไตระยะสุดท้าย

การชะลอไตเสื่อมที่มีประสิทธิภาพต้องเกิดจากพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง การส่งเสริมความเข้าใจและการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค สามารถช่วยชะลอความเสื่อมของไตได้อย่างมีประสิทธิภาพ[6,8] ภาพสะท้อนทางความคิดต่อการเจ็บป่วย ตามกรอบแนวคิดของ Leventhal และคณะ[9] เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กรอบแนวคิดนี้อธิบายว่าผู้ป่วยมีการสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับโรคของตนเองผ่าน 6 มิติหลัก ได้แก่ อัตลักษณ์ของโรค (Identity) สาเหตุของโรค (Cause) ระยะเวลาของโรค (Timeline) ผลกระทบของโรค (Consequences) การควบคุมโรค (Control/Cure) และอารมณ์ความรู้สึก (Emotional representation) ภาพสะท้อนทางความคิดเหล่านี้จะนำไปสู่กลยุทธ์การจัดการตนเอง (Self-management) ที่แตกต่างกัน ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วย การรับรู้ในแต่ละมิติจะกำหนดกลยุทธ์การจัดการตนเองที่แตกต่างกัน ผู้ป่วยที่มีความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจะเลือกใช้วิธีการดูแลตนเองที่เหมาะสม ส่งผลให้สามารถชะลอความเสื่อมของไตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในทางตรงกันข้าม การรับรู้ที่ไม่เหมาะสมย่อมส่งผลให้เกิดพฤติกรรมเร่งให้โรคดำเนินไปสู่ระยะสุดท้ายได้เร็วขึ้น[7,8] ซึ่งในปี พ.ศ. 2566 จังหวัดนครพนม มีผู้ป่วยโรคไตวายรายใหม่จำนวน 1,042 คน โดยพื้นที่ที่มีผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการฟอกไตรายใหม่มากที่สุดคือ อำเภอเมืองนครพนม โดยเฉพาะพื้นที่ตำบลนาราชควาย ข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี (พ.ศ. 2563 - 2565) พบว่าการควบคุมโรคเรื้อรังที่เป็นปัจจัยเสี่ยงหลักยังไม่สามารถควบคุมได้ โดยผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเป้าหมายมีเพียงร้อยละ 29.89, 20.80 และ 30.05 ตามลำดับ ในขณะที่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมได้มีเพียงร้อยละ 59.08, 46.69 และ 50.69 ตามลำดับ[10] และยังพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูงที่อยู่ในระยะโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ซึ่งยังสามารถชะลอการเสื่อมของไตได้มีเพียงร้อยละ 40 เท่านั้น ตัวเลขเหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงช่องว่างที่สำคัญระหว่างการเข้าถึงบริการสุขภาพกับผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกิดขึ้นจริง

ดังนั้น การทำความเข้าใจเชิงลึกถึงมุมมองของผู้ป่วยผ่านการวิเคราะห์ภาพสะท้อนทางความคิดและการจัดการตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไตในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพร่วมกับกรอบแนวคิด Common-Sense Model of Self-Regulation[9] จึงเป็นองค์ความรู้พื้นฐานที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง การศึกษานี้จะสะท้อนการรับรู้ และการตีความของผู้ป่วยที่มีต่อโรคไตเรื้อรังอย่างแท้จริง ความเข้าใจเชิงลึกนี้จะเป็นข้อมูลสำคัญในการออกแบบและพัฒนาวิธีการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคไตที่มีประสิทธิผลสูงที่สอดคล้องกับบริบทเฉพาะของผู้ป่วยในพื้นที่ ตอบสนองต่อวิถีชีวิต ความเชื่อ และวัฒนธรรมท้องถิ่นของผู้ป่วยอย่างแท้จริง ทำให้แนวทางการส่งเสริมสุขภาพที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ยั่งยืน ซึ่งจะส่งผลต่อการลดอุบัติการณ์และชะลอความรุนแรงของโรคไตเรื้อรังในพื้นที่ตำบลนาราชควาย อำเภอเมืองนครพนม ได้อย่างมีประสิทธิผลในระยะยาว

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อทำความเข้าใจภาพสะท้อนทางความคิดต่อการเจ็บป่วยและการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีอัตราการกรองของไตลดลงอย่างรวดเร็ว

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาภาพสะท้อนทางความคิดต่อการเจ็บป่วยและการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีอัตราการกรองของไตลดลงอย่างรวดเร็ว ที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาราชควาย อำเภอเมืองนครพนม จังหวัดนครพนม จำนวน 30 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง กรกฎาคม พ.ศ. 2568

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดภาพสะท้อนทางความคิดต่อการเจ็บป่วย ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของทฤษฎีการรับรู้ต่อการเจ็บป่วย (The Commonsense Model of Illness) ที่พัฒนาโดย Leventhal และคณะ[9] เพื่อทำความเข้าใจว่าบุคคลรับรู้และให้ความหมายต่อการเจ็บป่วยของตนเอง โดยมี 6 องค์ประกอบหลัก ดังนี้ 1) ลักษณะหรือเอกลักษณ์ของการเจ็บป่วย 2) สาเหตุของการเจ็บป่วย 3) ขอบเขตเวลาของการเจ็บป่วย 4) การรับรู้ว่า โรคจะสามารถรักษาหรือควบคุม 5) ผลที่จะตามมาจากการเจ็บป่วย และ 6) ภาพสะท้อนทางอารมณ์ต่อเจ็บป่วย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนา (Descriptive qualitative research) มีรายละเอียดดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูงที่มีอัตราการกรองของไตลดลงอย่างรวดเร็ว จำนวนผู้ให้ข้อมูลพิจารณาจากความอิ่มตัวของข้อมูล ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ มีผู้ให้ข้อมูลจำนวน 30 คน

เกณฑ์การคัดเลือก ใช้วิธีการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง ตามเกณฑ์ที่กำหนดคือ 1) เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูงที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่มีอัตราการกรองของไตลดลงอย่างรวดเร็วกับมีค่าอัตราการกรองของไต (Estimated Glomerular filtration rate: eGFR) ลดลงมากกว่า 5 mg/dl (ICD 10 รหัส N18.3) (โรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 3) 2) อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาราชควายอำเภอเมืองนครพนม จังหวัดนครพนม มากกว่า 1 ปีขึ้นไป และ 3) สามารถพูด สื่อสารภาษาไทยได้อย่างเข้าใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการวิจัยเชิงคุณภาพ มีการเตรียมความพร้อมโดยผ่านการอบรมเกี่ยวกับการวิจัยเชิงคุณภาพแล้ว

2. แนวคำถามแบบกึ่งโครงสร้างที่ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยใช้แนวคำถามสัมภาษณ์ที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ภาพสะท้อนการเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคเบาหวานและ

ความดันโลหิตสูงที่มีอัตราการกรองของไตลดลงอย่างรวดเร็ว ได้รับการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน จากนั้นผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำก่อนใช้จริง ตัวอย่างคำถามเช่น “ท่านรู้หรือไม่ว่าโรคไตเรื้อรังมีอาการและอาการแสดงในระยะเริ่มต้นที่สามารถสังเกตได้อย่างไรบ้าง” “ท่านเคยได้รับคำแนะนำบุคลากรแพทย์หรือบุคคลในชุมชนเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังหรือไม่ อย่างไร” “ท่านคิดว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานหรือโรคความดันโลหิตสูงส่งผลทำให้การทำงานของไตลดลงหรือไม่อย่างไร"

3. แบบบันทึกภาคสนาม ประกอบด้วย การบันทึกวันที่ เวลา จำนวนครั้งที่สัมภาษณ์บริบทสถานที่ กิริยาท่าทาง และคำพูดของผู้ให้ข้อมูล

4. เครื่องบันทึกเสียงในขณะเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ใช้เป็นโทรศัพท์มือถือที่สามารถบันทึกเสียงได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครพนม ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. ประสานผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาราชควาย ต.นาราชควาย อ.เมือง จ.นครพนม เพื่อขออนุญาตประชาสัมพันธ์เชิญชวนอาสาสมัครที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การศึกษาและเก็บข้อมูลในพื้นที่วิจัย

2. ผู้วิจัยประสานงานกับพยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาราชควาย อำเภอเมืองนครพนม จังหวัดนครพนม ซึ่งเป็นผู้มีความใกล้ชิดกับชุมชนและทราบข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคไตเรื้อรัง ให้ช่วยแนะนำและประสานผู้ให้ข้อมูลที่เหมาะสมกับเกณฑ์การคัดเลือก จากนั้นผู้วิจัยนัดหมายและดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกด้วยตนเอง ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุงประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์และปกป้องความลับ ตลอดจนการให้ความยินยอมด้วยความสมัครใจ พร้อมทั้งนัดหมายวันสัมภาษณ์เชิงลึก โดยให้ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้เลือกวัน เวลาที่ทำการสัมภาษณ์ ใช้ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 45-60 นาที ต่อราย ภายหลังการสัมภาษณ์ผู้วิจัยทำการถอดเทปข้อความเชิงบรรยายในลักษณะคำต่อคำ วลีต่อวลี ประโยคต่อประโยค การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลสิ้นสุดลงเมื่อข้อมูลมีความอิ่มตัว (Saturation of data) ซึ่งการวิจัยครั้งนี้มีข้อมูลมีความอิ่มตัวที่ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 30

จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเรื่อง " การพัฒนาพื้นที่ต้นแบบชะลอไตเสื่อมโดยใช้ชุมชนเป็นฐานในผู้ป่วยที่มีอัตราการกรองของไตลดลงอย่างรวดเร็ว" ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยนครพนม เลขที่ HE9968 ลงวันที่ 20 มีนาคม พ.ศ. 2568 ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างดังนี้ มีการแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ตัดสินใจเข้าร่วมหรือถอนตัวโดยไม่มีผลกระทบแล้วให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ข้อมูลถูกเก็บเป็นความลับโดยผู้วิจัยได้จัดเก็บไฟล์เสียงและภาพที่บันทึกในอุปกรณ์บันทึกที่มีรหัสผ่านป้องกันและถ่ายโอนข้อมูลไปยังคอมพิวเตอร์ที่มีการเข้ารหัสและมีรหัสผ่านเท่านั้น ข้อมูลถูกจัดเก็บในโฟลเดอร์ที่มีการป้องกันด้วยรหัสผ่านโดยใช้รหัสแทนชื่อผู้เข้าร่วมวิจัย มีเฉพาะคณะผู้วิจัยที่ลงนามในข้อตกลงรักษาความลับเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ และผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมที่ไม่สามารถระบุตัวตนผู้ให้ข้อมูลได้ และข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายหลังสิ้นสุดการวิจัย 1 ปี

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่การแจกแจงความถี่ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และร้อยละ ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสังเกตผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ตามแนวคิดของ Graneheim และ Lundman[11] ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การจัดระเบียบของข้อมูล 2) การทำดัชนีข้อมูลหรือการกำหนดรหัสข้อมูล (Coding) 3) การจัดกลุ่มรหัสข้อมูลให้เป็นหมวดหมู่ (Categories) 4) การสร้างบทสรุป (Themes) และ 5) การพิสูจนความน่าเชื่อถือของ ผลวิเคราะห์ (Trustworthiness) โดยการยืนยันความน่าเชื่อถือของผลวิเคราะห์ (Trustworthiness) ตามแนวคิดของ Lincoln และ Guba[12] ประกอบด้วย 3 หลักการ ได้แก่ การถ่ายโอนผลการวิจัย (Transferability)

ผู้วิจัยได้บรรยายบริบทของพื้นที่ศึกษาอย่างละเอียดครบถ้วน ทั้งลักษณะประชากร สภาพแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรม และเกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลอย่างชัดเจน เพื่อให้สามารถนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันได้อย่างเหมาะสม การพึ่งพาเกณฑ์อื่น (Dependability) ผู้วิจัยหลายคนร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูลอย่างเป็นอิสระและนำผลมาเปรียบเทียบอภิปรายร่วมกัน และเชิญผู้เชี่ยวชาญภายนอกเข้าร่วมตรวจสอบกระบวนการวิเคราะห์ เพื่อลดอคติส่วนบุคคลและเพิ่มความเที่ยงตรงของผลการศึกษา และความเชื่อถือได้ (Credibility) ผู้วิจัยนำผลการวิเคราะห์และการตีความกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบยืนยันความสอดคล้อง รวมทั้งใช้วิธีการรวบรวมเก็บข้อมูลหลายรูปแบบ เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตพฤติกรรม และแฟ้มประวัติ เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ รวมถึงการถอดบทสัมภาษณ์แบบคำต่อคำเพื่อให้มั่นใจว่าผลการวิจัยสะท้อนประสบการณ์ที่แท้จริงของผู้ให้ข้อมูลอย่างครบถ้วนและน่าเชื่อถือ

ผลการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงอายุเฉลี่ย 62.30 (S.D. = 5.26) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 59-69 ปี (ร้อยละ 63) เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 71.50) และมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 69.70) การศึกษาชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 40.50) ด้านอาชีพและรายได้พบว่าส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 48.40) และมีรายได้น้อยกว่า 3,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 65.20) ด้านสุขภาพส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 67.20)

ผลการศึกษาจากข้อมูลเชิงคุณภาพพบมุมมองการรับรู้ภาพสะท้อนทางความคิดของผู้ป่วยเรื้อรังที่มีอัตราการกรองลดลงอย่างรวดเร็ว 5 ประเด็น ได้แก่ 1) ความเข้าใจโรคผ่านการเปรียบเทียบภูมิหลังโดยให้ความหมายว่า 2) เส้นทางสุขภาพที่ขัดแย้งกับข้อเท็จจริงโดยรับรู้ว่าโรค 3) โรคไตที่ไร้อาการ การรับรู้ที่ไม่ให้ความสำคัญคือ "รู้อยู่แต่ไม่รุนแรงจึงไม่ใส่ใจ" และ "รู้เฉพาะอาการของคนอื่น" 4) การรู้สาเหตุระหว่างความรู้ที่แท้จริงกับความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนผ่าน และ 5) วิถีการดำเนินชีวิตที่ทำได้ยาก รายละเอียดดังนี้

1. ความเข้าใจโรค ผ่านการเปรียบเทียบภูมิหลัง พบว่าผู้ป่วยให้ความหมายหรือบอกถึงสาเหตุการเจ็บป่วยของตนเองผ่านประสบการณ์จากการบอกเล่า การสอบถามหรือแม้แต่การสังเกตตัวเองแล้วสิ่งที่เกิดขึ้นคือ ไม่พบอาการที่ผิดปกติ จนคิดว่าไม่มีความผิดปกติ ดังข้อค้นพบ

1.1 โรคเงียบภัยที่ซ่อนเร้น สะท้อนประสบการณ์ร่วมกันของผู้ป่วยที่ได้รับรู้ว่าโรคไตเรื้อรังเป็น "ภัยเงียบ" ที่คืบคลานเข้ามาโดยไม่มีสัญญาณเตือนที่ชัดเจนหรือมีอาการเล็กน้อยในช่วงแรก ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ "ไม่รู้ตัว" หรือ "ละเลย" ความผิดปกติเล็กน้อยจนกระทั่งโรคลุกลามเข้าสู่ระยะที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต ซึ่งเป็น "ภัยที่ซ่อนเร้น" ที่ส่งผลกระทบอย่างรุนแรงต่อชีวิตร่างกาย และจิตใจในเวลาต่อมา “การไม่รู้ตัว” ผู้ป่วยมักกล่าวถึงการค้นพบโรคโดยบังเอิญจากการตรวจสุขภาพประจำปี หรือเมื่อมีอาการรุนแรงแล้วเท่านั้น สะท้อนถึงการรับรู้ว่าโรคไตในระยะเริ่มต้นนั้น "ไม่มีอาการ" หรืออาการคลุมเครือ ทำให้ขาดความตระหนักและไม่ได้เข้าสู่การรักษาตั้งแต่เนิ่น ๆ ดังคำกล่าวของผู้ป่วยที่ว่า

"ไม่เคยคิดเลยว่าจะเป็น เพราะไม่เคยปวดอะไรเลย จู่ ๆ หมอก็บอกว่าเป็นหนักแล้ว" (ผู้ป่วยคนที่ 10)

"ไตวายเรื้อรังจะมีอาการคือ การเหนื่อยง่าย ปวดตรงเอว และเวลาเราฉี่ถ้าปกติจะเบ่งแรงได้แต่ถ้าเป็นโรคไตเวลาเราเบ่งฉี่ฉี่จะออกน้อย และมีฟองเยอะเหมือนกับการซักผ้าที่เราเอาแฟบใส่เครื่องซักผ้า" (ผู้ป่วยคนที่ 29)

1.2 ความไม่รู้ สู่ความไม่แน่นอน สะท้อนถึงประสบการณ์ของผู้ป่วยว่าขาดความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการทำงานของไต การตรวจพบโรคไตในระยะเริ่มต้น และปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค ไม่ได้นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือเข้ารับการรักษาตั้งแต่เนิ่น ๆ เมื่อได้รับการวินิจฉัยแล้ว ก็อาจยังไม่เข้าใจอย่างแท้จริงว่าโรคนี้มีความร้ายแรงและเรื้อรังเพียงใด ความไม่รู้เกี่ยวกับการรักษาและการจัดการตนเอง ดังตัวอย่างคำพูด

"บวมก็คิดว่าเดินเยอะ พักก็หาย...จนกระทั่งบวมทั้งตัวถึงได้มาหาหมอ" (ผู้ป่วยคนที่ 1)

"ส่วนมากถ้าเจอก็จะอยู่ในระดับสาม ระดับสี่เลย ซึ่งถ้าเป็นระดับหนึ่งเขาจะรักษาเอง" (ผู้ป่วยคนที่ 18)

2. เส้นทางสุขภาพขัดแย้งกับข้อเท็จจริง สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความเข้าใจว่าโรคไตเป็นโรคที่ดำเนินไปอย่าง ช้า ๆ และมัก ไม่มีอาการที่ชัดเจน ในระยะเริ่มแรกหรือระยะกลาง ตามที่รับรู้จากคนรอบข้างหรือการตีความอาการเล็กน้อย ดังนี้

2.1. ค่อย ๆ เป็นค่อย ๆ ไป และไม่มีอาการเด่น ผู้ป่วยมักไม่ตระหนักถึงความรุนแรงของโรค เนื่องจากไม่มีอาการปวดทรมานหรืออาการเฉียบพลันที่ต้องเข้าโรงพยาบาลทันที ทำให้ขาดความเร่งด่วนในการดูแลตนเองหรือการติดตามผลอย่างเคร่งครัด เชื่อว่ามีเวลาเหลือเฟือ ดังตัวอย่าง

"ก็เห็นคนข้างบ้านเป็นมาเป็นสิบปีแล้ว เขาก็ยังอยู่ได้เลย... เราก็คงค่อย ๆ เป็น ไม่ได้เป็นหนักขนาดนั้นหรอก เป็นน้อยกว่าป้าข้างบ้าน เขานะเป็นหนักมากเลยนะ" (ผู้ป่วยคนที่ 9)

รวมถึง ผู้ป่วยบางรายอาจตีความอาการอ่อนเพลีย บวม หรือปัสสาวะผิดปกติว่าเป็นเรื่องปกติของวัย หรืออาการจากโรคอื่น ๆ ไม่ได้เชื่อมโยงกับภาวะไตวายโดยตรง ทำให้ พลาดโอกาสการวินิจฉัยและการรักษาตั้งแต่ระยะแรก และเพิ่งมารับรู้เมื่ออาการเข้าสู่ระยะรุนแรงแล้ว

"ไม่เคยรู้เลยว่าจะเป็น เพราะ มันไม่เคยปวด... ปกติแค่บวม ๆ ก็คิดว่าเดินเยอะ หรือไม่ก็เป็นเพราะเบาหวานมานานแล้ว ไม่คิดว่าไตมันจะพังไปแล้ว แต่พอเราได้นั่งพักสักหน่อยมันก็หายนะ ขาที่บวมมันก็ยุบลง โดยที่ไม่ต้องไปกินยาอะไร" (ผู้ป่วยคนที่ 2)

2.2 ชะลอได้และไปต่อ สะท้อนถึงความเชื่อเชิงบวกที่ขัดแย้งกับข้อเท็จจริง โดยผู้ป่วยมีความเชื่อว่า หากปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพียงเล็กน้อย (เช่น กินสมุนไพรบางชนิด ลดเค็มบ้าง) ก็สามารถชะลอความเสื่อมของไตได้ โดยไม่ต้องเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตอย่างจริงจัง หรือเชื่อว่าการรักษาอื่นที่ไม่ใช่การฟอกไตจะสามารถ "หยุด" โรคได้ ดังตัวอย่างผู้ป่วยบอกว่า

"คุณหมอบอกว่าไตวายนะ แต่ผมก็คิดว่ามันยังไม่ได้เป็นอะไรมากมั้ง ดูมันจะชะลอได้อยู่ เดี๋ยวก็จะลองกิน น้ำสมุนไพรที่เขาว่าดีนะ เห็นคนแถวบ้านเขากินแล้วดีขึ้น" (ผู้ป่วยคนที่ 21)

ผู้ป่วยบางราบยังคงพยายามใช้ชีวิตแบบเดิม (เช่น การทำงานหนัก การรับประทานอาหารเดิม ๆ) โดยไม่ได้ยอมรับความจำเป็นในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตครั้งใหญ่ที่มาพร้อมกับโรคเรื้อรัง ทำให้เกิด ความขัดแย้ง ระหว่างคำแนะนำทางการแพทย์กับความต้องการรักษาสถานะทางสังคมและบทบาทเดิมของตนเอง

"ฉันยังต้อง ทำไร่ทำนา อยู่เลย จะให้ลดงาน หรือ งดน้ำ (จำกัดน้ำ) เยอะขนาดนั้นได้ไง? ก็ต้องกินต้องอยู่แบบเดิมแหละ ประคองไปเรื่อย ๆ" (ผู้ป่วยคนที่ 19)

3. โรคไตที่ไร้อาการ รับรู้แต่ไม่ให้ความสำคัญ เป็นการรับรู้ผลกระทบน้อยกว่าความเป็นจริง จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะไตเสื่อมส่วนใหญ่ไม่แสดงอาการที่เห็นได้ชัดเจนในระยะเริ่มแรก ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการรับรู้การเจ็บป่วยที่บิดเบือนไปจากความเป็นจริง โดยพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะบอกว่าไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรคไต แม้จะได้รับการวินิจฉัยว่ามีค่าไตลดลงแล้ว ผู้ป่วยมักกล่าวว่า *"รู้สึกปกติดี ไม่มีอะไรผิดปกติ"* หรือ *"ถ้าไม่มาตรวจก็ไม่รู้เลยว่าป่วย"* แม้ผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลจากแพทย์ พยาบาลเกี่ยวกับภาวะไตเสื่อม แต่พบว่ามีการให้ความสำคัญกับโรคในระดับต่ำ

3.1 รู้อยู่ ไม่รุนแรง ไม่ใส่ใจ ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองมีค่าการกรองของไตลดลง แต่มีการประเมินความรุนแรงของโรคต่ำกว่าความเป็นจริง ซึ่งการรับรู้นี้แสดงให้เห็นถึงกลไกการป้องกันตนเอง ที่ผู้ป่วยพยายามลดทอนความวิตกกังวลจากการเผชิญกับโรคเรื้อรัง การรับรู้ว่า "ไม่รุนแรง" นี้อาจเกิดจากไม่มีอาการที่รบกวนชีวิตประจำวัน ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกถึงความเร่งด่วนในการดูแลตนเอง ความเข้าใจที่จำกัดเกี่ยวกับพยาธิสรีรวิทยาของโรคไต ที่มีลักษณะ "เงียบ" และดำเนินช้า การเปรียบเทียบกับผู้อื่นที่มีอาการรุนแรงกว่า เช่น ผู้ที่ต้องล้างไต รวมถึงทัศนคติ "ไม่ใส่ใจ" เป็นผลลัพธ์จากการรับรู้ความรุนแรงที่ต่ำ ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อ ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะเพิกเฉยต่อคำแนะนำทางการแพทย์ โดยเฉพาะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ทำให้ไม่ให้ความสำคัญกับการติดตามผลการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ดังตัวอย่าง

"หมอบอกว่าไตเสื่อมระดับ 3 แล้ว แต่ผมก็ยังทำงานได้ปกติ ไม่มีอาการอะไร ก็เลยคิดว่าคงยังไม่มีปัญหามาก ไม่ต้องกังวล ก็ยังใช้ชีวิต ทำงานได้ปกติ" (ผู้ป่วยคนที่ 28)

"รู้ว่าต้องกินอาหารจืด ๆ แต่ก็กินตามปกติ ไม่ได้เคร่งครัดอะไร เพราะคิดว่ายังไม่เข้าขั้นรุนแรง ยิ่งช่วงกลางวันก็ยังตำส้มกินคือเก่า ปลาแดกกะใส่น้อยลงนิดหน่อย พอเราเข้าขั้นรุนแรงค่อยทำก็ได้" (ผู้ป่วยคนที่ 26)

"แม่ก็บอกให้ระวังเรื่องกินเค็ม แต่ตัวเองก็ไม่ค่อยสนใจเท่าไหร่ เพราะคิดว่าแค่นี้ยังไม่ถึงขั้นต้องล้างไต แล้วก็ไม่มีอาการอะไรรบกวน ชีวิตประจำวันก็ปกติดี แกงหน่อไม้แฮงมักหลาย เพราะเป็นอาหารพื้นบ้านเฮา" (ผู้ป่วยคนที่ 22)

3.2 รู้ เฉพาะอาการคนอื่น สะท้อนว่าผู้ป่วยมีการสังเกตความก้าวหน้าของโรคในผู้อื่น ทำให้ผู้ป่วยบอกถึงถึงลักษณะของโรค ดังตัวอย่าง:

"น้องชายเพื่อนผมเป็นไตเสื่อมมา 10 ปีแล้ว เขาดูแลตัวเองดี ออกกำลังกายสม่ำเสมอ กินอาหารตามหมอสั่ง ตอนนี้ไตของเขาทำงานไม่ได้ เพิ่งจะได้ฟอกทางหน้าท้อง มา 2 ปี เขาก็ดูดีนะ " (ผู้ป่วยคนที่ 7)

4. การรู้สาเหตุแบบรู้จริงกับรู้ไม่จริง โดยการรู้จริง สะท้อนถึงการเชื่อมโยงกับสาเหตุที่ถูกต้องผู้ป่วยมีความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับสาเหตุของภาวะไตเสื่อม โดยสามารถเชื่อมโยงกับปัจจัยเสี่ยงทางการแพทย์และพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ป่วยมักมีประสบการณ์ตรงกับระบบสุขภาพ ได้รับข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์ ดังตัวอย่าง

"ฉันรู้ว่าเบาหวานกับความดันสูงของฉันเป็นตัวทำลายไต ถ้าน้ำตาลไม่คุม เส้นเลือดเล็ก ๆ ในไตจะเสียหาย หมอบอกว่าต้องกินยาสม่ำเสมอ คุมน้ำตาล คุมความดัน ไตถึงจะอยู่ได้นาน" (ผู้ป่วยคนที่ 11)

"ผมเคยกินยาแก้ปวดบ่อยมากตอนทำงานหนัก พอไตเริ่มมีปัญหา หมอบอกว่ายาพวกนี้มันทำลายไต ผมเลยเลิกกินยาแก้ปวดแบบซื้อเอง หันมาใช้วิธีประคบร้อนแทน มันก็ดีขึ้นนะ " (ผู้ป่วยคนที่ 10)

4.1 การเชื่อมโยงกับต้นเหตุ การรู้ไม่จริง การเชื่อมโยงกับสาเหตุที่ไม่ถูกต้องหรือขาดหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ ในทางตรงกันข้าม ผู้ป่วยบางรายมีความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของภาวะไตเสื่อมที่ไม่สอดคล้องกับความรู้ทางการแพทย์ ซึ่งเป็นความรู้ที่มาจากการบอกเล่าต่อกันมา ส่งผลต่อการตัดสินใจในการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม ดังตัวอย่าง

"ฉันเชื่อว่าไตเสื่อมเพราะฉันทำบาปในชาติก่อน พ่อแม่ก็เป็นไตเสื่อมทั้งคู่ นี่คือกรรมของครอบครัวเราที่ต้องมาใช้ ไม่ว่าจะทำอย่างไรก็คงหนีไม่พ้น พ่อแม่พาเป็นเนาะ" (ผู้ป่วยคนที่ 8)

"ผมคิดว่าไตเสื่อมเพราะดื่มน้ำน้อยไป เลยทำให้ไตไม่ได้ล้าง พอมาตรวจพบว่าไตเสื่อม ผมก็เลยดื่มน้ำวันละ 4-5 ลิตร แต่ตอนหลังหมอห้ามบอกว่าดื่มมากไปกลับอันตราย ถ้ารู้แต่แรกกะสิดี จะได้ป้องกันโตเจ้าของ" (ผู้ป่วยคนที่ 15)

"เพื่อนบอกว่าไตเสื่อมเพราะอาบน้ำดึก ๆ ความเย็นมันเข้าไต เลยซื้อยาบำรุงไตจากโซเชียล กินมา 3 เดือน แต่พอไปตรวจค่าไตกลับแย่ลง" (ผู้ป่วยคนที่ 17)

"เพราะเขาเป็นโรคเบาหวานและความดันอยู่ก่อนแล้วและเขาก็บอกว่าเริ่มเป็นระยะที่หนึ่งแล้ว อยู่ ๆ มันเป็นของมันใช้ชีวิตปกติ มันเป็นของมันเอง" (ผู้ป่วยคนที่ 24)

4.2 การรับรู้พฤติกรรม ผู้ป่วยมีความเข้าใจว่าการควบคุมอาหารเป็นพฤติกรรมหลักในการจัดการโรคไตเสื่อม โดยเฉพาะการจำกัดน้ำปลา เกลือ ดังการสะท้อนความคิดว่า

"ตอนนี้ป้ารู้แล้วว่าต้องระวังเรื่องอาหาร ต้องลดเนื้อสัตว์ลง กินพอประมาณ ไม่ใช่กินเหมือนเมื่อก่อนที่กินเต็มที่ เพราะโปรตีนมากไปไตจะทำงานหนัก" (ผู้ป่วยคนที่ 23)

"เดิมคิดว่าต้องดื่มน้ำเยอะ ๆ 8 แก้ว แต่พอไตเสื่อมแล้ว พยาบาลบอกว่าต้องดูน้ำปัสสาวะด้วย ไม่ใช่ดื่มมากเสมอไป บางทีดื่มมากเกินไปกลับไม่ดี ข้อยเลยว่ามันยุ่งยากอยู่ในการที่สิ ปรับโตจะของ" (ผู้ป่วยคนที่ 25)

"บางครั้งลืมกินยา หรือคิดว่าไม่เป็นไร ข้ามมื้อไป พอค่าไตออกมาแย่ ถึงรู้ว่าต้องกินยาให้ตรงเวลา ไม่งั้นคุมโรคไม่ได้" (ผู้ป่วยคนที่ 30)

5. วิถีการดำเนินชีวิต ที่ทำได้ยาก ผู้ป่วยสะท้อนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม แต่พบว่าการนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวันนั้นเต็มไปด้วยความยากลำบากและข้อจำกัดหลายประการ พบช่องว่างระหว่าง "ความรู้" กับ "การปฏิบัติ" ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยชะลอการดำเนินของโรคได้ ดังนี้

5.1 รู้กับทำ ความขัดแย้งในการจัดการตนเอง แสดงถึงการเผชิญกับความยากลำบากในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ซึ่งมีข้อจำกัดทางโภชนาการที่หลากหลาย เช่น ต้องจำกัดโปรตีน เกลือ ในขณะเดียวกันก็ต้องรักษาและมีข้อจำกัดเรื่องของเศรษฐกิจด้วย ดังตัวอย่าง

"อยากกินแต่กินไม่ได้... เห็นคนอื่นกินก็อยาก แต่หมอห้าม ปลาทูห้าม น้ำพริกก็ห้าม แกงหน่อไม้ ตำหมากหุ่งกะกินบ่ได้ กินได้แต่ของจืด ๆ ให้กินไข่ต้ม จนยายเบื่อ" (ผู้ป่วยคนที่ 17)

"งานบุญที่วัดไปทีไรก็เป็นปัญหา คนถามว่าทำไมไม่กิน เราก็บอกไม่ได้ว่าเป็นเบาหวาน คะลำ (งด) เอา กินน้อย ๆ เขาก็จะสงสาร บางทีก็เลยต้องกินไปบ้าง เจ้าของต้องแนม (สังเกต) เจ้าของนะ บ่ ชั้นละยาก" (ผู้ป่วยคนที่ 16)

5.2 การจัดการยาและการเข้าถึงระบบสุขภาพ สะท้อนถึงการรับประทานยาหลายชนิดในเวลาที่แตกต่างกัน รวมถึงการเดินทางไปรับยาหรือพบแพทย์ตามนัด เป็นอุปสรรคสำคัญ ดังตัวอย่าง

"ยาหลายแนว (หลายอย่าง) ทั้งเบาหวาน ความดัน จนบ่จื่อ (จำไม่ได้) ได้ว่ากินไปหรือยัง บางเถื่อ (บางครั้ง) กะลืมกิน บาดคิดได้กะสวยแล้ว(พอนึกได้ก็เลยเวลาไปแล้ว) กะเลยบ่อได้กินยา" (ผู้ป่วยคนที่ 11)

"ไปโรงพยาบาลเถื่อนึ่ง ไปตั้งแต่เช้า กลับบ้านก็เกือบเย็นแล้ว มืดมื้อ ลูกหลานต้องหยุดงาน เสียรายได้" (ผู้ป่วยคนที่ 24)

ประสบการณ์การจัดการตนเอง พบ 2 ประเด็น ได้แก่ 1) การเจรจาต่อรองทางวัฒนธรรมในการจัดการตนเอง 2) การประนีประนอม การต่อรองเชิงสร้างสรรค์ในการจัดการโรค รายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การเจรจาต่อรองทางวัฒนธรรมในการจัดการตนเอง สะท้อนว่าผู้ป่วยไม่ได้ยอมรับหรือปฏิเสธคำแนะนำทางการแพทย์อย่างสิ้นเชิง แต่ใช้กระบวนการคิดแบบไตร่ตรองเพื่อปรับเปลี่ยน ผสมผสาน หรือเลือกปฏิบัติที่สอดคล้องกับความเชื่อส่วนบุคคล ค่านิยมครอบครัว และบรรทัดฐานทางสังคม การเจรจาต่อรองนี้แสดงให้เห็นถึง

1.1 การผสมผสานระบบความเชื่อ ผู้ป่วยมักผสมผสานความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่เข้ากับภูมิปัญญาท้องถิ่น และประสบการณ์ของชุมชน เช่น การยอมรับว่าต้องจำกัดโปรตีนตามคำแนะนำแพทย์ แต่ยังคงใช้สมุนไพรท้องถิ่นควบคู่ไปด้วยเพราะเชื่อว่าช่วย "ล้างพิษ" ในร่างกาย

“หมอบอกให้กินอาหารจืด ลดเค็ม ผมก็พยายามทำนะ แต่เวลาคนเฮ็ดกับเข้า (คนทำกับข้าว) เป็นแม่บ้าน ลูกเขาเฮ็ดตำหมากหุ่ง (ทำส้มตำ)แจ่ว บ่น บางเถื่อ (บางครั้ง) กะเค็มเนาะ ผมก็เอาผักกิน น้ำแกงไม่ค่อยกิน แล้วก็กินน้อยลง เพราะคนบ้านเขาทำมา ถ้าไม่กินเขาก็จะว่า... ผมก็เลยหาทางจะของ กินให้พอดี บ่น่อย บ่หลาย ตามที่หมอบอก” (ผู้ป่วยคนที่ 5)

1.2 การปรับเปลี่ยนเชิงบริบท การปฏิบัติตามคำแนะนำถูกปรับให้เข้ากับสถานการณ์ชีวิตจริง เช่น งานบุญ งานเลี้ยง หรือพิธีกรรมทางศาสนา ผู้ป่วยอาจผ่อนปรนการควบคุมอาหารในโอกาสพิเศษเพื่อรักษาความสัมพันธ์ทางสังคมและไม่ทำให้ตนเองรู้สึกแปลกแยก

"ยาที่หมอให้ ป้ากินทุกมื้อ บ่เคยขาด แต่ป้าก็ต้มใบหม่อน ใบบัวบก มาดื่มนำบางเถื่อ (บางครั้ง) เพื่อนบอกว่าช่วยบำรุงไต ล้างพิษ ป้าคิดว่ามันก็เป็นธรรมชาติ ไม่ได้เป็นอันตราย แล้วคนแก่สมัยก่อนเขาก็กินกันมา หมอก็ไม่ได้ห้าม ป้าเลยกินทั้งสองอย่าง" (ผู้ป่วยคนที่ 18)

“ปกติผมควบคุมอาหารเข้มข้น แต่พอไปงานบุญ งานวัด ต้องทำบุญ ต้องร่วมกินข้าวกับชาวบ้าน ถ้าไม่กินเขาจะมองว่าถือตัว ผมก็เลยกินนำเพิ้น (กับเขา) แต่กะจะเลือกกินอันที่เฮากินได้ กินบ่หลาย แล้วพอกลับบ้านก็ระวังมากขึ้นในมื้อถัดไป” (ผู้ป่วยคนที่ 17)

2. การประนีประนอม การต่อรองเชิงสร้างสรรค์ในการจัดการโรค สะท้อนให้เห็นกระบวนการปรับตัวที่ผู้ป่วยไตเสื่อมในชุมชนใช้ ความยืดหยุ่นทางความคิด และ การเจรจาต่อรองกับตนเอง เพื่อสร้างสมดุลระหว่างข้อจำกัดของโรคกับความต้องการในชีวิตประจำวัน โดยผู้ป่วยพยายามสร้างความหมายใหม่ ให้กับการจำกัดอาหาร พฤติกรรมสุขภาพ และวิถีชีวิตผ่านการประนีประนอมที่ไม่ใช่การยอมแพ้ แต่เป็นการปรับเปลี่ยนเชิงบวกเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพภายใต้เงื่อนไขของโรค

2.1 การประนีประนอมในการรับประทานอาหาร ผู้ป่วยสะท้อนถึงกลยุทธ์การเผชิญปัญหาผ่านการหาทางเลือกที่เป็นไปได้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเดิมให้เข้ากับข้อจำกัดทางสุขภาพ การต่อรองเชิงสร้างสรรค์นี้ไม่ได้เป็นการไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์ แต่เป็นการปรับแต่งให้เหมาะสมกับบริบทส่วนบุคคล เพื่อเพิ่มโอกาสในดูแลตนเองแบบยืดหยุ่น

"ผมรู้ว่าต้องจำกัดพวกเนื้อต่าง ๆ แต่ถ้าบ่ให้กินเนื้อเลยก็ทนบ่ได้ ผมเลยว่า กินอาทิตย์ละเถื่อกะพอ กินจักหน่อยเพิ่มผักเข้าไปเยอะ ๆ ถือว่าเป็นรางวัลให้ตัวเอง วันอื่น ๆ ก็กินถั่วเหลือง ไข่ขาว ตามที่หมอบอก แบบนี้ผมทำได้นานกว่า ถ้าต้องงดเนื้อเลยผมคงเครียดแล้วไม่ทำต่อแน่" (ผู้ป่วยคนที่ 19)

2.2 การปรับเปลี่ยนกิจกรรมทางสังคม สะท้อนให้เห็นการถึงการรักษาความเป็นตัวตน และบทบาททางสังคมไว้ได้ขณะเดียวกันก็ปฏิบัติตามแผนการดูแลตนเอง เป็นการแก้ไขปัญหาที่คำนึงถึงมิติทางสังคมวัฒนธรรม

"ก่อนนี้ชอบไปงานบุญที่วัด กินข้าวที่วัดทุกวันพระ เพราะบ้านยายอยู่ใกล้วัดเนาะ ไปตลอดเลย แต่ตอนนี้รู้ว่าอาหารที่วัดเค็มเกินไป ยายกะเลยเปลี่ยนเป็นไปวัดช่วงเช้า ทำบุญ สวดมนต์ แล้วกลับบ้านกินข้าวอยู่บ้าน กะเป็นการเบิ่งเจ้าของ (เป็นการดูแลตนเอง) อยากไปเฮ็ดบุญก็ยังไปได้ แต่กะได้เบิ่งเจ้าของไปนำ บ่ให้ขาดหยัง (ไม่ให้รู้สึกขาดอะไร)" (ผู้ป่วยคนที่ 20)

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาสะท้อนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในบริบทชุมชนผ่านกรอบแนวคิดของ Leventhal และคณะ[9] การศึกษาเชิงคุณภาพนี้ นำเสนอภาพสะท้อนทางความคิด (Illness representation) ของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีอัตราการกรองของไตลดลงอย่างรวดเร็ว ซึ่งมีความซับซ้อนและความขัดแย้งในการรับรู้โรคที่ส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและการชะลอการดำเนินของโรค ผลการศึกษาสอดคล้องกับกรอบแนวคิดการรับรู้โรคของ Leventhal และคณะ[9] ที่อธิบายว่าผู้ป่วยสร้างภาพสะท้อนของโรคผ่านมิติต่าง ๆ ได้แก่ อัตลักษณ์ของโรค สาเหตุ เส้นทางการดำเนินโรค ผลที่ตามมา และความสามารถในการควบคุม จะเป็นตัวกำหนดทิศทางของการวางแผนรับมือและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย

โรคเงียบ ภัยที่ซ่อนเร้น ช่องว่างการรับรู้อาการและความไม่แน่นอนที่เรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้โรคไตเรื้อรังเป็น "ภัยเงียบ" ที่คืบคลานเข้ามาโดยไม่มีสัญญาณเตือนที่ชัดเจน การรับรู้นี้สอดคล้องกับลักษณะทางพยาธิสรีรวิทยาของโรคไตเรื้อรังที่มีการดำเนินโรคแบบไม่แสดงอาการในระยะแรก โดยอาการที่เห็นได้ชัดเจนมักปรากฏเมื่อการทำงานของไตเหลือน้อยกว่าร้อยละ 25-30 แล้ว[1,2,8,13] ผู้ป่วยบางรายพบโรคโดยบังเอิญจากการตรวจสุขภาพประจำปี หรือเมื่อมีอาการรุนแรงแล้ว ประเด็นนี้สะท้อนปัญหาสำคัญในระบบสุขภาพปฐมภูมิ คือ มีการคัดกรองและเฝ้าระวังโรคไตในกลุ่มเสี่ยง โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของโรคไตเรื้อรัง แต่มีผู้ป่วยบางรายมีอาการแต่กลับตีความผิดไปจากโรคอื่น หรือคิดว่าอาการเหล่านั้นไม่สำคัญ เช่น อาการบวม ปัสสาวะเป็นฟอง หรืออ่อนเพลีย ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเฉพาะโรค ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในปี ค.ศ. 2024 Ketchu และคณะ[14] ที่ศึกษาปัจจัยทำนายการลดลงของอัตราการกรองของไตอย่างรวดเร็วในผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะ 3-4 แล้วพบว่าผู้ที่มีความรู้แจ้งเกี่ยวกับโรคจะสามารถมีพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ดี ผู้สูงอายุมักมีแนวโน้มที่จะตีความอาการต่าง ๆ ว่าเป็น "ส่วนหนึ่งของความชรา" มากกว่าจะมองว่าเป็นสัญญาณของโรค[15] เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย ความไม่รู้เกี่ยวกับโรคและการรักษากลับเปลี่ยนเป็นความไม่แน่นอนที่เรื้อรัง โดยเฉพาะความไม่แน่นอนทางการแพทย์และความไม่แน่นอนในบทบาทและชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยต้องอยู่กับคำถามที่ไม่มีคำตอบชัดเจน เช่น จะต้องฟอกไตเมื่อใด ภาวะแทรกซ้อนจะรุนแรงขึ้นอย่างไร ความไม่แน่นอนดังกล่าวส่งผลต่อสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

การรับรู้เส้นทางการดำเนินโรคและช่องว่างระหว่างความรู้กับการปฏิบัติ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความเข้าใจว่าโรคไตเป็นโรคที่ดำเนินไปอย่างช้า ๆ และมักไม่มีอาการที่ชัดเจนในระยะเริ่มแรก ทำให้ขาดความตระหนักถึงความรุนแรงและไม่มีความเร่งด่วนในการดูแลตนเอง การรับรู้แบบ "ค่อยเป็นค่อยไป" นี้มีทั้งข้อดีและข้อเสีย ในแง่ลบ ความเข้าใจนี้อาจนำไปสู่ความประมาทและการผัดวันประกันพรุ่งในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การประเมินความรุนแรงต่ำกว่าความเป็นจริงนี้สามารถอธิบายได้ด้วยกลไกทางจิตวิทยาหลายประการ ได้แก่ การปฏิเสธ การเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่นที่มีอาการรุนแรงกว่า และการประเมินความเสี่ยงแบบมองโลกในแง่ดีเกินจริง รวมทั้งพบการศึกษาในปี 2021 ของ Nualsithong และคณะ[16] ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงมีความเครียดและความวิตกกังวลส่งผลต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง

ทำให้ความสามารถในการควบคุมโรคลดลง รวมทั้งการใช้ชีวิตประจำวันนั้นเต็มไปด้วย ความยากลำบากและมีข้อจำกัดหลายประการ เกิดช่องว่างระหว่างความรู้กับการปฏิบัติเป็นปรากฏการณ์ที่พบบ่อยในการจัดการ โรคเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคเรื้อรังต้องรับมือกับภาระหลายประการพร้อมกัน รวมถึงภาระทางกาย ภาระทางจิตใจ ภาระทางสังคม และภาระทางเศรษฐกิจ เมื่อภาระทั้งหมดนี้สูงเกินขีดความสามารถในการรับมือ จะเกิดปัญหาการปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์ที่ไม่ดี[15,17] ความยากลำบากในการปรับเปลี่ยนอาหารเป็นอุปสรรคสำคัญที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมักรู้สึกว่าข้อจำกัดด้านอาหารเป็นการสูญเสียความเป็นปกติและความสุขในชีวิต เนื่องจากอาหารไม่ใช่แค่สารอาหารสำหรับร่างกาย แต่เป็นส่วนหนึ่งของอัตลักษณ์ทางวัฒนธรรม ความสัมพันธ์ทางสังคม และความสุขส่วนบุคคล ความขัดแย้งระหว่างการปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์กับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมท้องถิ่นเป็นอุปสรรคสำคัญอีกประการหนึ่ง การรับประทานอาหารร่วมกันในงานสังคมเป็นส่วนสำคัญของวิถีชีวิตชุมชนไทย ซึ่งสะท้อนถึงค่านิยม "ความเป็นหมู่คณะ" ที่เน้นความสัมพันธ์และความสามัคคีของกลุ่ม

กระบวนการเจรจาต่อรองทางวัฒนธรรมในการจัดการตนเอง เป็นความซับซ้อนของผู้ป่วยไตเสื่อมในบริบทชุมชน ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยไม่ได้เป็นเพียงผู้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์เท่านั้น แต่เป็นยังผู้ที่ใช้กระบวนการคิดแบบไตร่ตรองเพื่อสร้างความหมายใหม่ให้กับการเจ็บป่วยและการจัดการตนเอง ผลการศึกษาชี้ให้เห็นถึง 3 รูปแบบหลักของการเจรจาต่อรอง ได้แก่ การผสมผสานระบบความเชื่อ การปรับเปลี่ยนเชิงบริบท และการประนีประนอมเชิงสร้างสรรค์ 1) การผสมผสานระบบความเชื่อ การผสมผสานระบบความเชื่อ สะท้อนว่าผู้ป่วยไม่ได้มองว่าความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่และภูมิปัญญาท้องถิ่นเป็นสิ่งที่ขัดแย้งกัน แต่สามารถอยู่ร่วมกันได้อย่างกลมกลืน ดังปรากฏในกรณีของผู้ป่วยที่กินยาตามคำสั่งแพทย์อย่างสม่ำเสมอแต่เสริมด้วยการดื่มน้ำต้มใบหม่อนและใบบัวบก โดยอ้างอิงความเชื่อจากประสบการณ์ชุมชนว่าช่วยล้างพิษและบำรุงไต การผสมผสานนี้อาจส่งผลทั้งเชิงบวกและลบต่อการจัดการตนเอง ดังนั้น บุคลากรสาธารณสุขควรเปิดพื้นที่สำหรับการสนทนาเกี่ยวกับการใช้สมุนไพรโดยไม่ตัดสิน ให้ข้อมูลที่เป็นกลาง และช่วยผู้ป่วยประเมินความเสี่ยงและประโยชน์อย่างเหมาะสม[15,18] 2) การปรับเปลี่ยนเชิงบริบท สะท้อนความซับซ้อนของการจัดการตนเองในสังคมไทย ซึ่งผู้ป่วยต้องสร้างสมดุลระหว่างเป้าหมายสุขภาพส่วนบุคคลกับความคาดหวังทางสังคมและวัฒนธรรม ดังเห็นได้จากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารในบริบทต่าง ๆ เช่น การลดปริมาณอาหาร การเลือกกินเฉพาะผักจากจานส้มตำและแกง และการชดเชยด้วยการดื่มน้ำมากขึ้น พฤติกรรมนี้สะท้อนกลยุทธ์การเผชิญปัญหาแบบยืดหยุ่น การผ่อนปรนการควบคุมอาหารในงานบุญหรืองานเลี้ยงแสดงให้เห็นการตัดสินใจเชิงกลยุทธ์ที่ชั่งน้ำหนักระหว่างผลกระทบระยะสั้นต่อสุขภาพกับผลกระทบระยะยาวต่อความสัมพันธ์ทางสังคมและสุขภาพจิต[8,15] 3) การประนีประนอมเชิงสร้างสรรค์ เป็นกระบวนการที่ผู้ป่วยพยายามสร้างสมดุลระหว่างข้อจำกัดของโรคกับความต้องการทางร่างกาย อารมณ์ และสังคม การประนีประนอมในการรับประทานอาหาร โดยเฉพาะกรณีของผู้ป่วยที่สร้างระบบรางวัลสัปดาห์ละครั้งสำหรับการรับประทานอาหารที่ชอบ สะท้อนการสร้างความยืดหยุ่นในแผนการดูแลตนเอง การใช้กลยุทธ์การเสริมแรงเชิงบวกและการสร้างความหมายใหม่ให้กับการจำกัดอาหาร ผู้ป่วยได้เปลี่ยนมุมมองจากการห้ามเป็นการเลือก ไม่ได้มองว่าตนเองห้ามกินอาหารที่ชอบ แต่เลือกกินในเวลาและปริมาณที่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาใน ปี 2023 ของ Kororat[19] ที่ศึกษารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงแบบมีส่วนร่วมตำบลบ้านหนองหิน อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าผู้ร่วมวิจัยมีการปรับตัวตามรูปแบบการปรับพฤติกรรมนำไปสู่การควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดได้ ซึ่งการปรับพฤติกรรมให้สอดคล้องกับโรคและวิถีชีวิตของผู้ป่วยมีความสำคัญจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อเป็นการลดความเสี่ยงและชะลอการเสื่อมของไตได้ รวมทั้งการปรับเปลี่ยนกิจกรรมทางสังคม โดยเฉพาะกรณีของผู้ป่วยที่ปรับเปลี่ยนรูปแบบการเข้าร่วมกิจกรรมที่วัด สะท้อนกระบวนการคิดเชิงสร้างสรรค์ในการปรับเปลี่ยนกิจกรรมโดยไม่สูญเสียความหมายหลักของกิจกรรม การเปลี่ยนจากการกินข้าวที่วัดเป็นการไปทำบุญช่วงเช้าและกลับมากินข้าวที่บ้าน หรือการเตรียมอาหารไปกินที่วัด ยังคงรักษาบทบาทของผู้ไปทำบุญและสมาชิกชุมชนไว้ได้ ขณะเดียวกันก็ควบคุมคุณภาพของอาหารที่รับประทาน การปรับเปลี่ยนนี้แสดงให้เห็นการต่อรองที่ประสบความสำเร็จระหว่างความจำเป็นทางสุขภาพ ความต้องการทางจิตวิญญาณและศาสนา และความต้องการทางสังคม

ข้อจำกัดการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเฉพาะในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลราชควายที่มีบริบททางสังคม วัฒนธรรม และระบบบริการสุขภาพเฉพาะ กลุ่มผู้ให้ข้อมูลจำกัดเพียงผู้ป่วยเบาหวานหรือความดันโลหิตสูงที่มีค่าไตลดลงเท่านั้น ไม่ครอบคลุมผู้ป่วยโรคไตจากสาเหตุอื่น รวมทั้งเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพในห้วงเวลาใดเวลาหนึ่งทำให้ไม่สามารถติดตามการเปลี่ยนแปลงของภาพสะท้อนทางความคิดและพฤติกรรมการจัดการตนเองตามระยะเวลาการดำเนินโรค ซึ่งในความเป็นจริงอาจเปลี่ยนแปลงไปตามระดับความรุนแรงของโรค ประสบการณ์การรักษา หรือเหตุการณ์สำคัญในชีวิต การตีความข้อมูลเชิงคุณภาพมีความเป็นอัตนัยและขึ้นอยู่กับมุมมองของผู้วิจัย ข้อจำกัดเหล่านี้ส่งผลให้ผลการศึกษาไม่สามารถสรุปเป็นหลักการทั่วไปหรือนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยในพื้นที่อื่นหรือผู้ป่วยโรคไตจากสาเหตุอื่นได้โดยตรง การศึกษาในอนาคตควรขยายขอบเขตพื้นที่ รวมผู้ป่วยจากสาเหตุหลากหลายและใช้การออกแบบแบบติดตามระยะยาวเพื่อศึกษาพลวัตของการเปลี่ยนแปลงอย่างครบถ้วน

ข้อเสนอแนะ

ด้านการนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล

1. พัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนจากเพื่อนช่วยเพื่อน หรือพัฒนาเครือข่ายผู้ป่วย เพื่อสร้างความเข้าใจในครอบครัวและชุมชนเกี่ยวกับโรคไต รวมทั้งสร้างวัฒนธรรมอาหารในงานชุมชนให้เอื้อต่อการชะลอไตเสื่อม

2. ส่งเสริมบทบาทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในการติดตามผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จัดทำโปรแกรมการจัดการยาที่มุ่งส่งเสริมภาพความคิดที่นำไปสู่พฤติกรรมการจัดการยาโรคเรื้อรังอย่างเหมาะสม

ด้านการวิจัย

1. พัฒนานวัตกรรมที่ส่งเสริมการรับรู้ด้านการชะลอไตเสื่อมควรสอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรมของแต่ละพื้นที่

2. การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองที่ออกแบบตามภาพสะท้อนทางความคิดของผู้ป่วยให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่น

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้ได้รับทุนสนับสนุนทุนสนับสนุนงานวิจัยมูลฐาน Fundamental Fund: มหาวิทยาลัยนครพนม ประจำปีงบประมาณ 2568 ซึ่งทำให้การดำเนินงานวิจัยเป็นไปอย่างราบรื่นและบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

References

1. The Nephrology Society of Thailand. Thailand renal replacement therapy year 2021-2022 [Internet]. 2022 [cited 2025 Oct. 17]. Available from: https://www.nephrothai.org/wp-content/uploads/2024/08/New-Annual-report-2021-2022.pdf. (in Thai)
2. Songsermlosakul S, Supakul S, Permsuwan U. Economic burden on public health expenditure of patients with pre-dialysis chronic kidney disease at a community hospital. Journal of The Department of Medical Services. 2019;45(1):71-7. (in Thai)
3. Aekplakorn W, editor. The 6th National Health Examination Survey (NHES VI), 2019-2020: Physical Examination [Internet]. 2021 [cited 2025 Oct. 17]. Available from: https://online.fliphtml5.com/bcbgj/znee/#p=5 (in Thai)
4. Konkaew P, Suphunnakul P. The predicting factors for chronic kidney disease among high-risk population in lower northern, Thailand. Malaysian Journal of Public Health Medicine. 2020;20(2):268-75. doi: 10.37268/mjphm/vol.20/no.2/art.357.

5. The Nephrology Society of Thailand. Clinical Practice Recommendation for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease in Adults 2022 (Revised edition). Bangkok: Sri Muangkan Pim Ltd; 2022. (in Thai)
6. Chuaboonchai I, Kittiyawan J, Kankarn W. 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. Journal of Nursing and Healthcare. 2021;39(2):29-38 (in Thai)
7. Risanga P, Methakanchanasak N. The effect of a teaching programme based on illness-representation through the LINE application on selected outcomes in chronic kidney disease stage 3 patients with rapid decline of kidney function. Journal of Nursing and Health Sciences. 2022;45(1):18–29. (in Thai)
8. Hawiros P, Methakanjanasak N. llness representation of patients with chronic kidney disease stage 3 with a rapid decline of kidney function. Journal of Nursing and Health Care. 2019;37(4):216-24. (in Thai)
9. Leventhal H, Phillips LA, Burns E. The Common-Sense Model of Self-Regulation (CSM): A dynamic framework for understanding illness self-management. Journal of Behavioral Medicine. 2016;39(6):935-46. doi: 10.1007/s10865-016-9782-2.
10. Nakhon Phanom Provincial Health Office. Statistics of chronic kidney disease patients with rapid decline of kidney function in Nakhon Phanom Province. [internet]. 2022-2024 [cited 2025 Oct 20]. Available from: https://hdc.moph.go.th/npm/public/standard-report-detail/1734d4c14d93275a9b1ddc53d7591600. (in Thai)
11. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Education Today. 2004;24(2):105-12. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001
12. Lincoln YS, Guba EG. Naturalistic inquiry. Newbury Park, California: SAGE Publications; 1985.
13. Photisan S, Srithanyarat W. Illness representation perceptions and self-care behaviors of patients with chronic diseases. Journal of Public Health Nursing. 2022;36(2):45-62. (in Thai)
14. Ketchu K, Nata K, Paitoon N. Predictors of rapid renal function decline in patients with diabetes and hypertension in chronic kidney disease stages 3-4. Journal of Public Health Nursing. 2024;38(3):21-36. (in Thai)
15. Paechaiyaphum N, Theeranut A. Illness perception of diabetic nephropathy among patient with diabetes mellitus type 2. Journal of Nursing and Healthcare. 2020;38(1):24-34. (in Thai)
16. Nualsithong N, Phuchongchai T, Buajan A, Phattharasirisomboon P. Stress and depression of the elderly with chronic diseases in Na Siew Sub-district, Muang Chaiyaphum District, Chaiyaphum Province. The Public Health Journal of Burapha University. 2021;16(2):78-89. (in Thai)
17. Thanirat S, Radabutr M, Wichianrat S, Assanaphun R. The development of caring model for patients with chronic kidney disease in the community, Nonthaburi Province. Journal of Nursing and Public Health Research. 2024;4(2):e268011. (in Thai)
18. Pragodpol P, Chanpen U, Kaewyota K. Factors related to self-management and quality of life among chronic illness patients living in a municipal area. Journal of Health and Nursing Education. 2021;27(1):151-65. (in Thai)
19. Kororat M. Model of health behaviors changing in patients with diabetes and hypertension by participatory, Nong Hin Subdistrict, Nong Kung Sri District, Kalasin Province. Journal of Environmental and Community Health. 2023;8(1):294-302. (in Thai)