การรับรู้และการจัดการตนเองเพื่อควบคุมฟอสเฟตในเลือดของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

Perceptions and Self - Management for Serum Phosphate Control among End-Stage Renal Disease Patients Undergoing Hemodialysis

สุดาวรรณ ขันธมิตร ค.ม.* Sudawan Khuntamitr, M.Ed.*

เบญจมาพร อาดัมเจริญ MPPM.* Benjamaporn Adamchareon, MPPM*

Corresponding Author: E-mail: benny2496@hotmail.com

Received: 1 Jul 2025, Revised: 18 Oct 2025, Accepted: 13 Nov 2025

บทคัดย่อ

การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นการรักษาที่จำเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากเป็นวิธีหลักในการช่วยขจัดของเสียออกจากร่างกายเพื่อยืดอายุและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดฟอสเฟตในเลือดสูง การรับรู้ความรุนแรงของการที่มีฟอสเฟตในเลือดสูง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมฟอสเฟตในเลือด และการจัดการตนเองเพื่อควบคุมฟอสเฟตในเลือดของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 2) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดฟอสเฟตในเลือดสูง การรับรู้ความรุนแรงของการที่มีฟอสเฟตในเลือดสูง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมฟอสเฟตในเลือด กับการจัดการตนเองเพื่อควบคุมฟอสเฟตในเลือด กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มารับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่โรงพยาบาลทหารผ่านศึก ในช่วงวันที่ 29 เมษายน ถึง 17 พฤษภาคม พ.ศ. 2568 จำนวน 94 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (*p*) สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (r) และไคสแควร์ (χ^2)

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดฟอสเฟตในเลือดสูง (Mean=27.02, S.D.=2.69) การรับรู้ความรุนแรงของการที่มีฟอสเฟตในเลือดสูง (Mean=23.67, S.D.=3.20) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมฟอสเฟตในเลือด (Mean=22.47, S.D.=2.28) และการจัดการตนเองเพื่อควบคุมฟอสเฟต

**อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตวัชรพล E-mail: sudawank@windowslive.com, benny2496@hotmail.com*

**Instructor, Faculty of Nursing Western University Watcharapon Campus*

ในเลือด (Mean=22.47, S.D.=2.28) และการจัดการตนเองเพื่อควบคุมฟอสเฟตในเลือด (Mean=55.33, S.D.=4.30) อยู่ในระดับมาก อาชีพ (χ^2= 156.04) การรับรู้ความรุนแรงของการที่มีฟอสเฟตในเลือดสูง (*p*=.29) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมฟอสเฟตในเลือด (*p*=.21) มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการจัดการตนเองเพื่อควบคุมฟอสเฟตในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การรับรู้ความรุนแรงของการที่มีฟอสเฟตในเลือดสูง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมฟอสเฟตในเลือด และอาชีพเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้มีการจัดการตนเอง แต่ไม่ใช่ปัจจัยทั้งหมดที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ จึงควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อการจัดการตนเองเพื่อควบคุมฟอสเฟตในเลือดของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

คำสำคัญ : การรับรู้ การจัดการ ฟอสเฟต การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

Abstract

Hemodialysis is an indispensable intervention, as it is the principal modality for the removal of excrement form the body, thereby prolonging both the lifespan and quality of life of patients. This descriptive study aimed to: (1) examine the perceived susceptibility to hyperphosphatemia, perceived severity of hyperphosphatemia, perceived benefits of phosphate-control behaviors, and self-management behaviors for phosphate control among patients with end-stage renal disease (ESRD) patients undergoing hemodialysis; and (2) investigate the relationships between demographic, perceived the susceptibility to hyperphosphatemia, perceived severity of hyperphosphatemia, perceived benefits of phosphate-control behaviors and self-management behaviors for phosphate control. The participants comprised 94 ESRD patients who undergoing hemodialysis at the Veterans General Hospital between April 29th and May 17th, 2025. The research instrument was a questionnaire developed by the researcher. Data were analyzed using descriptive statistics, Spearman's correlation (*p*), Pearson's correlation coefficient (r) and the chi-square test (χ^2).

The findings revealed that participants had high levels of perceived susceptibility to hyperphosphatemia (Mean=27.02, S.D.=2.69), perceived severity of hyperphosphatemia (Mean=23.67, S.D.=3.20), perceived benefits of phosphate-control behaviors (Mean=22.47,

S.D.=2.28) and self-management behaviors for phosphate control (Mean=55.33, S.D.=4.30). Occupation (χ^2= 156.04), perceived severity of hyperphosphatemia (*p*=.29) and perceived benefits of phosphate-control behaviors (*p*=.21) were positively correlated with self-management behaviors for phosphate control at a low level, with statistical significance at the .05 level.

This study highlights that perceived severity of hyperphosphatemia, perceived benefits of phosphate-control behaviors and occupation are important factors influencing self-management. However, they are not the sole determinants of health behavior change. Further research should investigate additional factors that may contribute to effective self-management of serum phosphate levels in ESRD patients undergoing hemodialysis.

Keywords : Perception, Self-management, Phosphate, Hemodialysis

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไตเรื้อรังเกิดจากความผิดปกติของไตจนการทำงานของไตลดลงมาก ไม่สามารถรักษาให้หายขาดต้องรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยมักมีภาวะแทรกซ้อนทางร่างกายที่รุนแรง ทำให้มีอัตราการเสียชีวิตสูง กำลังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ทุกประเทศเผชิญ เนื่องจากมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นจากปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เช่น การเพิ่มความชุกโรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้ไตเสื่อม เช่น การใช้ยา NSAIDs การได้รับสารเคมีโลหะหนัก หรือมีพฤติกรรมรับประทานอาหารเสี่ยง และการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ทำให้โรคไตเรื้อรังมีอัตราเพิ่มมากขึ้น จากการคาดการณ์ภายในปี พ.ศ. 2573 จะมีผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องรับการบำบัดทดแทนไต ร้อยละ 70 อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา สำหรับประเทศไทยพบอุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังต้องรับการบำบัดทดแทนไต เฉลี่ยปีละ 200,000 ราย และรายงานผู้ป่วยจากโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2564 มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั้งหมด 1,007,251 ราย[1] จากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) ในปี 2566 พบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 1,062,756 คน เพิ่มขึ้นจากปี 2565 มากถึง 85,064 คน จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะ 4 จำนวน 122,363 ราย และระยะ 5 ที่ต้องล้างไตมากถึง 70,474 ราย[2] โรคไตเรื้อรังจึงเป็นภาระในการจัดบริการสุขภาพ และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาจำนวนมาก นอกจากนี้เมื่อการดำเนินของโรคไปถึงระยะสุดท้ายจะทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานมีผลต่อการดำเนินชีวิตและความอยู่รอดของผู้ป่วย จากทั่วโลกพบการเสียชีวิตจากโรคไตเรื้อรังมากถึง 1.4 ล้านคน ในพ.ศ. 2562 เพิ่มสูงขึ้นร้อยละ 20 จาก พ.ศ.2553 เป็นสาเหตุการเสียชีวิตสำคัญ 1 ใน 10 ของโลก[3]

เมื่อโรคไตเรื้อรังเข้าสู่ภาวะไตเรื้อรัง ระยะที่ 5 หรือที่เรียกกันทั่วไปว่า โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายเป็นภาวะที่ไตสูญเสียหน้าที่การทำงานอย่างถาวร จำเป็นต้องได้รับการรักษาทดแทนไต วิธีการรักษาที่ใช้มากที่สุดในประเทศไทย คือ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมซึ่งเป็นแนวทางการรักษาที่มีประสิทธิภาพ แต่มักมีโรคแทรกซ้อนที่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน เพิ่มอัตราการเจ็บป่วยและเสียชีวิต ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยเป็นอันตรายในผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งเป็นสาเหตุการตายในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมประมาณร้อยละ 40-50 ของการตายทั้งหมดในประเทศสหรัฐอเมริกา ความดันโลหิตต่ำพบอุบัติการณ์ประมาณร้อยละ 20-50 ของการฟอกเลือด[4] สอดคล้องกับการศึกษาของประนอม บัวสรวง[5] ทำการศึกษากับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 44 ราย เกิดภาวะแทรกซ้อน จำนวน 33 ราย (ร้อยละ 75) โดยพบว่า เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำ จำนวน 21 ราย (ร้อยละ 47.72) ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดหัวใจเต้นช้า จำนวน 6 ราย (ร้อยละ 13.63) เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดหัวใจเต้นเร็ว จำนวน 4 ราย (ร้อยละ 9.09) เลือดออกจากตำแหน่ง

ที่ใส่สายสวน จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 2.28) เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 2.28) นอกจากนี้ยังพบความผิดปกติของสมดุลแร่ธาตุ โดยเฉพาะฟอสฟอรัส คือ จะมีระดับฟอสฟอรัสสูง ซึ่งฟอสฟอรัสเมื่ออยู่ในร่างกายจะอยู่ในรูปของฟอสเฟต ฟอสเฟตที่สูงขึ้นนี้จะไปจับกับแคลเซี่ยม ทำให้ระดับแคลเซี่ยมในเลือดลดลง ระดับแคลเซี่ยมที่ต่ำลงและระดับฟอสเฟตที่สูงขึ้นจะกระตุ้นต่อมพาราไทรอยด์ให้หลั่งพาราไทรอยด์ฮอร์โมนออกมามากกว่าปกติ เนื่องจากฮอร์โมนพาราไทรอยด์มีบทบาทในการควบคุมระดับแคลเซี่ยมและฟอสเฟตในเลือดให้ปกติ ระดับฮอร์โมนพาราไทรอยด์ที่เพิ่มสูงขึ้นจะกระตุ้นให้มีการละลายแคลเซี่ยมออกจากกระดูกเพื่อปลดปล่อยแคลเซี่ยมเข้าสู่กระแสเลือด ระดับของฮอร์โมนพาราไทรอยด์ที่สูงขึ้นต่อเนื่องยาวนาน มีผลให้เกิดภาวะพาราไทรอยด์ฮอร์โมนสูงขั้นรุนแรง หรือภาวะพาราไทรอยด์ฮอร์โมนสูงทุติยภูมิ ส่งผลให้เกิดการทำลายกระดูกอย่างไม่หยุดยั้งจนเกิดความผิดปกติของกระดูก ภาวะกระดูกผุ ปวดกระดูกและกล้ามเนื้อ นอกจากผลทางระบบกระดูกแล้วฟอสเฟตยังเป็นสาเหตุของอาการคันจากการสะสมของฟอสฟอรัสบริเวณผิวหนัง นอกจากนี้ยังพบว่าการคั่งของฟอสเฟตมีความเกี่ยวโยงกับอัตราการตายที่เพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะสาเหตุการตายที่เกิดจากโรคหัวใจ ทั้งนี้เป็นเพราะฟอสเฟตที่คั่งในกระแสเลือดเป็นเวลานานสามารถออกฤทธิ์กระตุ้นเซลล์กล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือดให้แปลงเป็นเซลล์กระดูกที่เรียกว่า Osteoblasts และทำการสร้างโปรตีนที่เป็นส่วนประกอบของกระดูกภายในหลอดเลือด โดยเฉพาะหลอดเลือดหัวใจ เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและหลอดเลือดโรคหัวใจ ส่งผลต่ออัตราการเสียชีวิต[6] ซึ่งจากสถิติพบว่า สาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังใน 5 อันดับแรก ได้แก่ Cardiac disease ร้อยละ 35.8 Infectious disease ร้อยละ 17.5 Uncertain ร้อยละ 15.4 Other ร้อยละ 14.4 และ Cerebrovascular disease ร้อยละ 7.8[7] จากข้อมูลต่าง ๆ เหล่านี้ชี้ให้เห็นว่า ฟอสฟอรัสเป็นแร่ธาตุที่มีผลต่อสุขภาพและชีวิตของผู้ป่วยไตเรื้อรัง สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยจึงได้กำหนดให้ Serum phosphorus เป็นตัวชี้วัดหนึ่งในการตรวจรับรองมาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

แม้ว่าการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจะเป็นวิธีการบำบัดทดแทนไตที่มีประสิทธิภาพ แต่การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมไม่สามารถทำให้ระดับฟอสเฟตในเลือดอยู่ในระดับปกติได้ จากการศึกษาของ Achinger และ Ayus[8] พบว่า การฟอกเลือดไม่สามารถกำจัดฟอสเฟตได้เพียงพอที่จะควบคุมระดับฟอสเฟตในเลือดตามแนวทางที่ยอมรับได้ เนื่องจากฟอสเฟตในร่างกายส่วนใหญ่จะอยู่ในเนื้อเยื่อ มีการแลกเปลี่ยนระหว่างเนื้อเยื่อและเลือดได้น้อย ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องมีการควบคุมการบริโภคอาหารที่มีฟอสฟอรัสสูง และรับประทานยาจับฟอสเฟตควบคู่ไปกับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม แต่การรับประทานยาจับฟอสเฟตอาจเกิดผลข้างเคียงที่เป็น

อันตรายต่อร่างกาย ถ้ารับประทานในปริมาณสูงติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน รับประทานผิดเวลาหรือรับประทานไม่ถูกวิธี เช่น ยาในรูปเกลือแคลเซี่ยมทำให้เกิดภาวะแคลเซี่ยมในเลือดสูง ยาในรูปเกลืออลูมิเนียมทำให้เกิดการสะสมของอลูมิเนียมในส่วนต่าง ๆของร่างกาย เช่น ในไขกระดูกเกิดภาวะซีด สะสมในสมองทำให้มีอาการสับสน ประสาทหลอนและชัก[9] ดังนั้นการจัดการที่ถูกต้อง เหมาะสมในการควบคุมระดับฟอสเฟตจึงเป็นกระบวนการสำคัญที่ผู้ป่วยจะต้องเป็นผู้ดำเนินการด้วยตนเอง ไม่ว่าจะเป็นการกำหนดเป้าหมาย การเลือกที่จะปฏิบัติเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ การที่จะมีการจัดการที่ดีนั้นมีปัจจัยสำคัญ คือ การรับรู้ เพราะการรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยพื้นฐานที่ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมในการดูแลตนเอง[10] การรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดีจะทำให้ผู้ป่วยมีการแสดงออกถึงการจัดการตนเองที่เหมาะสม การที่บุคคลจะรับรู้ภาวะสุขภาพและตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพของตนได้นั้น พบว่ามีความสัมพันธ์กับอายุ อิทธิพลจากสังคมและวัฒนธรรม วัฒนธรรมแต่ละที่ย่อมมีแนวคิดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพแตกต่างกัน สภาพสังคมที่ต่างกัน เช่น ระดับการศึกษา ระดับเศรษฐกิจที่ต่างกันย่อมทำให้พฤติกรรมสุขภาพต่างกัน[11] หากผู้ป่วยสามารถจัดการตนเอง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก็จะเป็นแนวทางหนึ่งที่ช่วยป้องกันและลดความรุนแรงของภาวะฟอสเฟตในเลือดสูงในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมายังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ ซึ่งเป็นปัจจัยด้านรู้คิดที่จะเป็นตัวกำหนดหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเอง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการรับรู้กับการจัดการตนเองเพื่อควบคุมฟอสเฟตในเลือดของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในบริบทของโรงพยาบาลทหารผ่านศึก ซึ่งเป็นโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงกลาโหม ให้บริการกับทหารผ่านศึก ครอบครัวทหารผ่านศึก และประชาชนทั่วไป เปิดให้บริการฟอกเลือดวันละ 2 รอบ ทุกวันจันทร์ถึงวันเสาร์มีเครื่องฟอกเลือดทั้งหมด 36 เครื่อง ปัจจุบันมีผู้มารับบริการจำนวน 97 คน เนื่องจากที่ผ่านมายังไม่มีผู้ใดศึกษาที่โรงพยาบาลแห่งนี้มาก่อน ประกอบกับช่วงที่ผู้วิจัยเริ่มเข้ามาศึกษา พบว่า สถิติ Serum phosphorus ของผู้ป่วยที่มารับบริการฟอกเลือดเกินเกณฑ์การตรวจรับรองมาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ที่กำหนดอัตราเฉลี่ยของระดับ Serum phosphorus มากกว่า 5 มิลลิกรัม น้อยกว่า 20 % ตั้งแต่ ตุลาคม 2567 ถึง พฤษภาคม 2568 พบอัตราเฉลี่ยของระดับ Serum phosphorus เท่ากับ 26.36 % ผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาล ในการพัฒนารูปแบบหรือโปรแกรมส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองที่เหมาะสม และมีการปฏิบัติที่ถูกต้องต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดฟอสเฟตในเลือดสูง การรับรู้ความรุนแรงของการที่มีฟอสเฟตในเลือดสูง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมฟอสเฟตในเลือด และการจัดการตนเองเพื่อควบคุมฟอสเฟตในเลือดของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ภูมิลำเนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดฟอสเฟตในเลือดสูง การรับรู้ความรุนแรงของการที่มีฟอสเฟตในเลือดสูง และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมฟอสเฟตในเลือด กับการจัดการตนเองเพื่อควบคุมฟอสเฟตในเลือดของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

คำถามการวิจัย

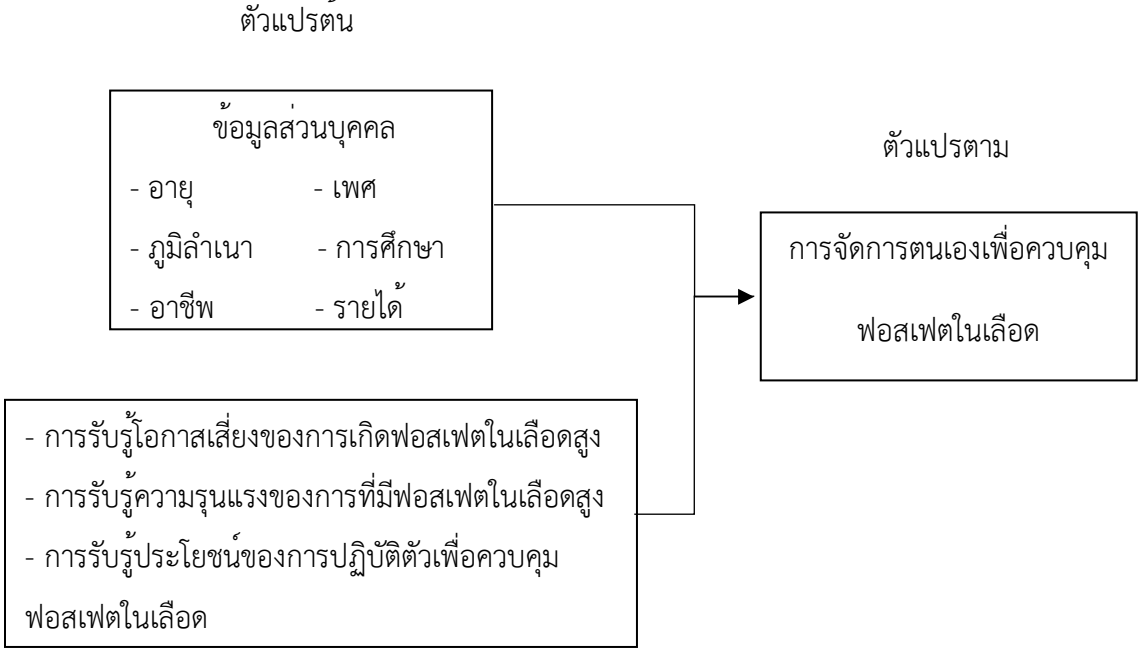
1. มีความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมฟอสเฟตในเลือด กับการจัดการตนเองเพื่อควบคุมฟอสเฟตในเลือดของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหรือไม่ อย่างไร

2. มีความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ภูมิลำเนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ กับการจัดการตนเองเพื่อการควบคุมฟอสเฟตในเลือดของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการรับรู้และการจัดการตนเองเพื่อควบคุมฟอสเฟตในเลือดของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลทหารผ่านศึก ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยการจัดการตนเองเพื่อควบคุมฟอสเฟตในเลือด โดยใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Maiman และ Becker[12] ที่เชื่อว่า นอกจากองค์ประกอบด้านความเชื่อหรือการรับรู้แล้วยังมีปัจจัยอื่นที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกศึกษาเรื่องการรับรู้ โดยศึกษาด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดฟอสเฟตในเลือดสูง การรับรู้ความรุนแรงของการที่มีฟอสเฟตในเลือดสูง และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมฟอสเฟตในลือด เนื่องจากการรับรู้ทั้ง 3 ด้าน เป็นปัจจัยที่สำคัญต่อพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเอง ส่วนปัจจัยอื่นนั้นผู้วิจัยเลือกปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคล เพื่ออธิบายพฤติกรรมในการป้องกันและในการรักษาโรคว่า เมื่อบุคคลรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยง มีการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค เมื่อเกิดความกลัว มีการรับรู้ภาวะคุกคามที่จะถึงตัว บุคคลจะปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันโรคและจัดการกับปัญหา โดยคำนึงถึงประโยชน์ที่ตนจะได้รับ รวมถึงปัญหาและอุปสรรคที่จะเกิดขึ้น มีตัวแปรต้น

ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดฟอสเฟตในเลือดสูง การรับรู้ความรุนแรงของการที่มีฟอสเฟตในเลือดสูง และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมฟอสเฟตในเลือด ตัวแปรตาม คือ การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดฟอสเฟตในเลือดสูง การรับรู้ความรุนแรงของการที่มีฟอสเฟตในเลือดสูง และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมฟอสเฟตในเลือด กับการจัดการตนเองเพื่อควบคุมฟอสเฟตในเลือดของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลทหารผ่านศึก ในช่วงเดือนเมษายน - พฤษภาคม พ.ศ. 2568 มีจำนวน 97 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลทหารผ่านศึก ในวันจันทร์ ถึงวันเสาร์ ช่วงวันที่ 29 เมษายน – 17 พฤษภาคม 2568 มีอายุตั้งแต่ 20 ปี

ขึ้นไป กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยการใช้สูตรในการคำนวณของ Daniel[13] ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 76 คนดังนี้

$$n = \frac{Z\alpha/2^{2}\, NP\,(1 - P)}{Z\alpha/2^{2}\, P\,(1 - P) + (N - 1)\, d^{2}}$$

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

$Z\alpha/2$ = ค่าสถิติมาตรฐานจากตาราง Z ที่ระดับนัยสำคัญ .05 มีค่าเท่ากับ1.96

N = จำนวนประชากรในการศึกษาที่ทราบค่าแน่ชัด (97 คน)

P = .67 อ้างอิงจากผลการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับฟอสเฟตในเลือดของผู้ป่วยฟอกเลือดของผู้ป่วยไตเทียมของ จุฑาภัทร์ สุวรรณไพรัตน์[9] ซึ่งมีพฤติกรรมการควบคุมระดับฟอสเฟตในเลือดอยู่ในระดับถูกต้องมาก ร้อยละ 67.61

D = ค่าความคลาดเคลื่อนสูงสุดที่ผู้วิจัยยอมให้เกิดได้สูงสุด เท่ากับ .05 แทนค่าในสูตรข้างต้นจะได้จำนวนตัวอย่าง ดังนี้

$$N = \frac{(1.96)^{2} \times 97 \times 0.67\,(1 - 0.67)}{(1.96)^{2} \times 0.67\,(1 - 0.67) + (97 - 1) \times 0.05^{2}}$$

N = 75.63

เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง และประชากรมีอยู่เพียง 97 คน ผู้วิจัยจึงทำการเก็บข้อมูล โดยการสุ่มตามสะดวกจากประชากรทั้งหมด

มีเกณฑ์คัดเข้า

1. ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 2 – 3 ครั้งต่อสัปดาห์

2. สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้

3. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารได้ โดยสอบถามจากพยาบาลที่ฏิบัติงานอยู่ประจำ

เกณฑ์การคัดออกและเกณฑ์การยุติการเข้าร่วม คือ มีอาการเจ็บป่วยในช่วงที่เก็บรวบรวมข้อมูลจนไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้

ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 94 คน เพิ่มขึ้นร้อยละ 23.68 อีก 3 คนที่ไม่ได้เข้าร่วมการวิจัยเนื่องจากไม่สมัครใจเข้าร่วม 1 คน ส่วนอีก 2 คน มีความบกพร่องในการรับรู้ ไม่สามารถสื่อสารให้เข้าใจตรงกันได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จากการทบทวนวรรณกรรม ศึกษาค้นคว้าจากตำรา วารสารและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยแบบสอบถามทั้งหมด 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เป็นการรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ และจากรายงานทะเบียนประวัติการฟอกเลือด แบ่งแบบสอบถามออกเป็น 2 ตอน คือ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูล อายุ เพศ สถานภาพสมรส ภูมิลำเนาระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน และการจ่ายค่ารักษาพยาบาล แบบสอบถามเป็นแบบสำรวจรายการ และแบบปลายเปิด

ตอนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ประกอบด้วยข้อมูล ชนิดของการฟอกเลือด

ระยะเวลาที่มารับบริการฟอกเลือด จำนวนครั้งของการขาดการฟอกเลือด ระยะเวลาของการฟอกเลือด สาเหตุของโรคไตเรื้อรัง ชนิดของยาจับฟอสเฟตที่รับประทาน ขนาดที่ใช้ การใช้ยาวิตามินดี การใช้ยากดพาราไทรอยด์ ประวัติการผ่าตัดต่อมพาราไทรอยด์ การใช้ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง ปริมาณปัสสาวะต่อวัน ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ค่าฮอร์โมนพาราธัยรอยด์ (PTH) ระดับฟอสเฟตในเลือด ค่าแคลเซี่ยมในเลือด ค่าอัลบูมินในเลือด ค่าฮีโมโกลบิน (Hb) ค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง (Hct) ค่าอัลคาไลน์ฟอสฟาเตส แบบสอบถามเป็นแบบสำรวจรายการ และแบบปลายเปิด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดฟอสเฟตในเลือดสูง ประกอบด้วยแบบวัดการรับรู้โอกาสเสี่ยง เป็นข้อคำถามด้านบวก จำนวน 10 ข้อ เช่น ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีโอกาสเกิดภาวะฟอสเฟตในเลือดสูงได้มากกว่าคนทั่วไป แบบสอบถามเป็นแบบมาตราลิเคอร์ท 3 ระดับ คือ ใช่ ไม่แน่ใจ ไม่ใช่ มีเกณฑ์การให้คะแนนในข้อคำถาม หากเลือกตอบ “ใช่” ให้ 3 คะแนน “ ไม่แน่ใจ” ให้ 2 คะแนน “ไม่ใช่” ให้ 1 คะแนน ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้คือ 10-30 คะแนน การแปลผลของคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับน้อยมีคะแนนเฉลี่ย 10.00-16.66 คะแนน ระดับปานกลางมีคะแนนเฉลี่ย 16.67-23.33 คะแนน และระดับมากมีคะแนนเฉลี่ย 23.34-30.00 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการที่มีฟอสเฟตในเลือดสูง ประกอบด้วยข้อคำถามด้านบวก จำนวน 9 ข้อ แบบมาตราลิเคอร์ท 3 ระดับ คือ ใช่ ไม่แน่ใจ ไม่ใช่ มีเกณฑ์การให้คะแนนและแปลผลเช่นเดียวกับส่วนที่ 2 ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้คือ 9–27 คะแนน การแปลผลของคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับน้อยมีคะแนนเฉลี่ย 9.00-14.99 คะแนน ระดับปานกลางมีคะแนนเฉลี่ย 15.00-20.99 คะแนน และระดับมากมีคะแนนเฉลี่ย 21.00-27.00 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมฟอสเฟตในเลือด เป็นข้อคำถามด้านบวก จำนวน 8 ข้อ แบบมาตราลิเคอร์ท 3 ระดับ คือ ใช่ ไม่แน่ใจ ไม่ใช่ มีเกณฑ์การให้คะแนนและแปลผลเช่นเดียวกับส่วนที่ 2 ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้คือ 8–24 คะแนน การแปลผลของคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับน้อยมีคะแนนเฉลี่ย 8.00-13.33 คะแนน ระดับปานกลางมีคะแนนเฉลี่ย 13.34-18.67 คะแนน และระดับมากมีคะแนนเฉลี่ย 18.68-24.00 คะแนน

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการจัดการตนเองเพื่อควบคุมฟอสเฟตในเลือด มีข้อคำถาม 22 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามด้านบวก จำนวน 13 ข้อ ข้อคำถามด้านลบ จำนวน 9 ข้อ แบบสอบถามเป็นแบบมาตราลิเคร์ท 3 ระดับ คือ ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติ มีเกณฑ์การให้คะแนนในข้อคำถามด้านบวก หากเลือกตอบ “ปฏิบัติประจำ” ให้ 3 คะแนน “ปฏิบัติบางครั้ง” ให้ 2 คะแนน “ไม่เคย

ปฏิบัติ” ให้ 1 คะแนน สำหรับข้อคำถามด้านลบให้กลับคะแนนกัน ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้คือ 22-66 คะแนน การแปลผลของคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับน้อยมีคะแนนเฉลี่ย 22.00-36.66 คะแนน ระดับปานกลางมีคะแนนเฉลี่ย 36.67-51.33 คะแนน และระดับมากมีคะแนนเฉลี่ย 51.34-66.00

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ความเที่ยงตรง (Validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วยอายุรแพทย์โรคไต พยาบาลผู้เชี่ยว ชาญไตเทียม อาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญทฤษฎีการพยาบาล เพื่อทดสอบความเที่ยงตรง (Validity) ของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item Objective Congruence หรือ IOC) ผลการประเมินพบว่า แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล เท่ากับ 1.00 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดฟอสเฟตในเลือดสูง เท่ากับ .90 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการที่มีฟอสเฟตในเลือดสูง เท่ากับ .92 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมฟอสเฟตในเลือด เท่ากับ .87 แบบสอบถามการจัดการตนเองเพื่อควบคุมฟอสเฟตในเลือด เท่ากับ .98 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าข้อคำถามมีความเที่ยงตรงและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ สามารถใช้เป็นข้อคำถามในแบบสอบถามได้

2. ค่าความเชื่อมั่น (Reliability)

ผู้วิจัยทำการศึกษานำร่องโดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยการทดสอบหาค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของครอนบาค (Cronbach’s Alpha Coefficient) พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของครอนบาคของแบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดฟอสเฟตในเลือดสูง เท่ากับ .71 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการที่มีฟอสเฟตในเลือดสูง เท่ากับ .70 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อควบคุมฟอสเฟตในเลือด เท่ากับ .71 และแบบสอบถามการจัดการตนเองเพื่อควบคุมฟอสเฟตในเลือด เท่ากับ .82 และแบบสอบถามทั้งฉบับ เท่ากับ .75 ตามลำดับ แสดงว่าแบบสอบถามนั้น มีความน่าเชื่อถือ สามารถนำไปใช้เพื่อเก็บข้อมูลต่อได้

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น ในการประชุมคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม เมื่อ 28 มีนาคม 2568 ตามรหัสโครงการเลขที่ HE-WTU 2568-0036 เอกสารรับรองเลขที่ WTU 2568 - 0036 โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับรายละเอียดจากผู้วิจัย หลังได้รับคำแนะนำจากพยาบาลประจำหน่วยไตเทียม ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่จะได้รับ เพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ตัดสินใจเข้าร่วมและถอนตัวจากการวิจัยได้

ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาและการบริการที่ได้รับ ข้อมูลทุกอย่างเป็นความลับนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวมทางวิชาการเท่านั้น

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างรอเข้าฟอกเลือด ชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตในการให้ตอบแบบสอบถาม พร้อมทั้งชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ เมื่อกลุ่มตัวอย่างอนุญาต ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่าง อธิบายให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษา อธิบายถึงวิธีการตอบคำถาม เปิดโอกาสให้ซักถาม หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองและรวบรวมแบบสอบถามคืนทันที ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สะดวกในการตอบแบบสอบถาม เช่น ไม่ได้เอาแว่นตามา ผู้วิจัยอ่านแบบสอบถามแล้วให้กลุ่มตัวอย่างตอบ โดยผู้วิจัยเขียนแทนให้ ทั้งนี้ผู้วิจัยจะแจ้งกับผู้ป่วยอีกครั้งว่า “การตอบคำถามไม่มีถูกผิด ขอให้ตอบตามความเป็นจริง จะไม่มีการเปิดเผยชื่อผู้ป่วย ข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับ นำเสนอผลในภาพรวมเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น” กรณีที่มีผู้ดูแลจะให้ผู้ดูแลเป็นคนเขียนแทน กลุ่มตัวอย่างใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 15 นาที โดยข้อมูลส่วนที่ 1 ที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผู้วิจัยบันทึกเองจากเวชระเบียนและแฟ้มประวัติการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้องของแบบสอบถามและแยกเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัยออกจากแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ .05 ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ด้วยสถิติเชิงพรรณาโดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดฟอสเฟตในเลือดสูง การรับรู้ความรุนแรงของการที่มีฟอสเฟตในเลือดสูง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อควบคุมฟอสเฟตในเลือด กับการจัดการตนเองเพื่อควบคุมฟอสเฟตในเลือด โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman’s rank correlation coefficient) เนื่องจากข้อมูลเป็นมาตราลำดับ (Ordinal scale)

3. วิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ภูมิลำเนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ กับการจัดการตนเองเพื่อควบคุมฟอสเฟตในเลือด โดยใช้สถิติไคสแควร์ ส่วนข้อมูลอายุใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน

เกณฑ์การแปลผลค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ Bickman[14] ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ใกล้ .00 แสดงว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ .01–.30 มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ .31–.60 มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ .61–1.0 มีความสัมพันธ์ในระดับสูง

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีอายุเฉลี่ย 65.84 ปี (Mean= 65.84, S.D.=11.82) เป็นเพศชาย ร้อยละ 60.64 เพศหญิง ร้อยละ 39.36 ภูมิลำเนาเดิมส่วนใหญ่อยู่ในกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 40.43 และประชากรส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาไม่ได้ประกอบอาชีพ มีรายได้อยู่ในช่วง 10,001–30,000 บาท ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ เพศ ภูมิลำเนา ระดับการศึกษา และ อาชีพ รายได้ (n=94)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (Mean=65.84, S.D.=11.82, Min=30, Max=95)		
< 40 – 49 ปี	7	7.45
50 – 59 ปี	19	20.21
60 – 69 ปี	33	35.11
70 – 79 ปี	21	22.34
> 79 ปี	14	14.89
เพศ		
ชาย	57	60.64
หญิง	37	39.36
ภูมิลำเนาเดิม		
กรุงเทพมหานคร	38	40.43
ภาคเหนือ	7	7.45
ภาคกลาง	29	30.85
ภาคใต้	2	2.13
ภาคตะวันออก	5	5.32
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	13	13.82
การศึกษาสูงสุด		
ประถมศึกษา	39	41.49
มัธยมศึกษา	38	40.43
ระดับปริญญา	10	10.64
ปวส	7	7.45

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ (งานที่ทำเพื่อหารายได้)		
ไม่ได้ทำงาน	50	53.19
ทำงานเอกชน	1	1.06
เกษตรกรรม	1	1.06
ธุรกิจส่วนตัว	7	7.45
ข้าราชการ/เกษียณ	25	26.60
ลูกจ้างส่วนราชการ	5	5.32
ขับแท็กซี่	4	4.26
สมณเพศ	1	1.06
รายได้เฉลี่ยของครอบครัว		
≤ 10,000 บาท	14	14.89
10,001 – 30,000 บาท	42	44.68
30,001 – 50,000 บาท	23	24.47
≥ 50,001 บาท	15	15.96

2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดฟอสเฟตในเลือดสูงการรับรู้ความรุนแรงของการที่มีฟอสเฟตในเลือดสูง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับฟอสเฟตในเลือด และการจัดการตนเองเพื่อควบคุมฟอสเฟตในเลือด

ผลการศึกษาโดยรวม พบว่า ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีการรับรู้และการจัดการตนเองเกี่ยวกับการควบคุมฟอสเฟตในเลือดมีคะแนนรวมเฉลี่ยของแต่ละด้านอยู่ในระดับมาก สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยมีความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลตนเองในการควบคุมภาวะฟอสเฟตในเลือดได้ดี ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดฟอสเฟตในเลือดสูง การรับรู้ความรุนแรงของการที่มีฟอสเฟตในเลือดสูง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับฟอสเฟตในเลือด และการจัดการตนเองเพื่อควบคุมฟอสเฟตในเลือดของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการรับรู้ และระดับการจัดการตนเอง (n = 94)

ตัวแปรที่ศึกษา	$\bar{X}$	SD	การแปลผล
ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดฟอสเฟตในเลือดสูง	27.02	2.69	ระดับมาก
ด้านการรับรู้ความรุนแรงของการที่มีฟอสเฟตในเลือดสูง	23.67	3.20	ระดับมาก
ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับฟอสเฟตในเลือด	22.47	2.28	ระดับมาก
ด้านการจัดการตนเองเพื่อควบคุมฟอสเฟตในเลือด	55.33	4.30	ระดับมาก

เมื่อนำคะแนนการรับรู้แต่ละด้านมาหาความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองเพื่อควบคุมฟอสเฟตในเลือด ผลการวิเคราะห์พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดฟอสเฟตในเลือดสูง ไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองเพื่อควบคุมฟอสเฟตในเลือด ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของการที่มีฟอสเฟตในเลือดสูง และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมฟอสเฟต มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองในการควบคุมฟอสเฟตในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แม้จะอยู่ในระดับต่ำ สะท้อนว่าผู้ที่มีการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของการที่มีฟอสเฟตในเลือดสูง และประโยชน์ของการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับมาก มักมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดี ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดฟอสเฟตในเลือดสูง การรับรู้ความรุนแรงของการที่มีฟอสเฟตในเลือดสูง และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมฟอสเฟตในเลือด กับการจัดการตนเองเพื่อควบคุมฟอสเฟตในเลือดของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม วิเคราะห์ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (*p*)

ด้านการรับรู้	การจัดการตนเองเพื่อควบคุมฟอสเฟตในเลือด		
	p	p-value	การแปลผล
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดฟอสเฟตในเลือดสูง	0.17	0.09	ไม่มีความสัมพันธ์
การรับรู้ความรุนแรงของการที่มีฟอสเฟตในเลือดสูง	0.29	0.00**	มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมฟอสเฟตในเลือด	0.21	0.04*	มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ

* p <.05, ** p <.01

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล กับการจัดการตนเองเพื่อควบคุมฟอสเฟตในเลือดของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พบว่า ในบรรดาปัจจัยส่วนบุคคลทั้งหมด มีเพียง “อาชีพ” เท่านั้นที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองในการควบคุมฟอสเฟตในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05) ในขณะที่ปัจจัยอื่น ได้แก่ อายุ เพศ ภูมิลำเนา

ระดับการศึกษา และรายได้ ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ผลดังกล่าวสะท้อนว่า ผู้ป่วยที่ไม่ได้ประกอบอาชีพหรือมีเวลาว่างมากกว่ามักมีการจัดการตนเองที่ดีกว่า เนื่องจากสามารถจัดสรรเวลาในการดูแลสุขภาพ เข้ารับการฟอกเลือดตามนัด และปฏิบัติตามคำแนะนำได้สม่ำเสมอ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ ภูมิลำเนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ กับการจัดการตนเองเพื่อควบคุมฟอสเฟตในเลือดของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม วิเคราะห์ด้วยสถิติไคสแควร์ (χ^2) และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (r)

ข้อมูลส่วนบุคคล	การจัดการตนเองเพื่อควบคุมฟอสเฟตในเลือด		
	ความสัมพันธ์	p-value	การแปลผล
อายุ	-0.09[a]	0.93	ไม่มีความสัมพันธ์
เพศ	10.25[b]	0.92	ไม่มีความสัมพันธ์
ภูมิลำเนา	100.85[b]	0.20	ไม่มีความสัมพันธ์
ระดับการศึกษา	49.50[b]	0.64	ไม่มีความสัมพันธ์
อาชีพ (งานที่ทำเพื่อหารายได้)	156.04[b]	0.03*	มีความสัมพันธ์
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน	51.03[b]	0.59	ไม่มีความสัมพันธ์

* $p < .05$, a=r, b=χ^2

อภิปรายผลการวิจัย

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดฟอสเฟตในเลือดสูง การรับรู้ความรุนแรงของการที่มีฟอสเฟตในเลือดสูง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมฟอสเฟต และการจัดการตนเองเพื่อควบคุมฟอสเฟตในเลือด

ผลการศึกษา พบว่า อยู่ในระดับมาก เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างต้องมาฟอกเลือดสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง อย่างสม่ำเสมอ ทำให้กลุ่มตัวอย่างเชื่อว่าพวกเขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดฟอสเฟตในเลือดสูง ง่ายต่อการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จากการที่มีฟอสเฟตในเลือดสูง กลุ่มตัวอย่างจึงตระหนักว่าปัญหาสุขภาพของตนขณะนี้เป็นเรื่องสำคัญ เกิดการรับรู้ว่าจะจัดการตนเองอย่างไรเพื่อลดความเสี่ยงจากการที่มีฟอสเฟตในเลือดสูงได้ ซึ่งจากการตอบแบบสอบถาม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงทุกข้อ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุธาสินี เรียมจันทร์ และเสาวลักษณ์ พุฒแก้ว[15] พบว่า ผู้ป่วยไตเรื้อรังมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะน้ำเกินอยู่ในระดับสูง

การรับรู้ความรุนแรงของการที่มีฟอสเฟตในเลือดสูง ผลการศึกษา พบว่า อยู่ในระดับมาก เนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างประเมินความรุนแรงของการมีฟอสเฟตในเลือดสูง หรือภาวะแทรกซ้อนที่มีต่อร่างกาย การก่อให้เกิดโรคแทรกซ้อน ความพิการ การเสียชีวิต การต้องใช้ระยะเวลาในการรักษา ผลกระทบต่อบทบาททางสังคม ซึ่งการรับรู้โอกาส

เสี่ยงของการเกิดฟอสเฟตในเลือดสูง และการได้แลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์การเจ็บป่วยจากการที่มีฟอสเฟตในเลือดสูง ทำให้กลุ่มตัวอย่างหลีกเลี่ยงความรุนแรงที่จะเกิดขึ้น ผลการวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุธาสินี เรียมจันทร์และเสาวลักษณ์ พุฒแก้ว[15] ที่พบว่า ผู้ป่วยไตเรื้อรังมีการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะน้ำเกินอยู่ในระดับปานกลาง

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมฟอสเฟต ผลการศึกษา พบว่า อยู่ในระดับมาก เนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำการปฏิบัติในการควบคุมฟอสเฟตในเลือดจากแพทย์และพยาบาลจนยอมรับว่า การปฏิบัตินั้นดี มีประโยชน์ก่อให้เกิดผลดี เหมาะสมที่สุด สามารถป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อน ควบคุมและลดความรุนแรงของโรคไตเรื้อรังลง การรับรู้ถึงประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายหรืออุปสรรคอื่น ๆจึงส่งผลต่อการจัดการที่เหมาะสม สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุธาสินี เรียมจันทร์ และเสาวลักษณ์ พุฒแก้ว[15] ที่พบว่า ผู้ป่วยไตเรื้อรังมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกินอยู่ในระดับสูง

การจัดการตนเองเพื่อควบคุมฟอสเฟตในเลือด ผลการศึกษา พบว่า อยู่ในระดับมากเป็นผลจากการที่กลุ่มตัวอย่างเลือกที่จะปฏิบัติ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดฟอสเฟตในเลือดสูง การรับรู้ความรุนแรงของการมีฟอสเฟตในเลือดสูง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมฟอสเฟตในเลือดอยู่ในระดับมาก และการควบคุมฟอสเฟตในเลือดนั้นเป็นพฤติกรรมที่เกิดจากการต้องปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าถ้าไม่ปฏิบัติจะทำให้เกิดความไม่สุขสบายจากอาการคัน ปวดกระดูก เกิดโรคแทรกซ้อนรุนแรง เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด ภาวะกระดูกผุ จึงทำให้มีการปฏิบัติตามคำแนะนำ สอด คล้องกับผลการศึกษาของ จุฑาภัทร์ สุวรรณไพรัตน์[9] พบว่า พฤติกรรมการควบคุมการบริโภคอาหารฟอสเฟต พฤติกรรมการรับประทานยาจับฟอสเฟต และพฤติกรรมการควบคุมระดับฟอสเฟตในเลือดโดยรวมอยู่ในระดับถูกต้องมาก

2. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ภูมิลำเนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดฟอสเฟตในเลือดสูง การรับรู้ความรุนแรงของการมีฟอสเฟตในเลือดสูง และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมฟอสเฟตในเลือด กับการจัดการตนเองเพื่อควบคุมฟอสเฟตในเลือด

ผลการศึกษา พบว่า อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองเพื่อควบคุมฟอสเฟตในเลือด อธิบายได้ว่า เมื่อมีความเจ็บป่วยเรื้อรังและยาวนานจนถึงระยะสุดท้าย การจัดการเกี่ยวกับสุขภาพจะขึ้นอยู่กับผู้ดูแลมากกว่า สอดคล้องกับการวิจัยของจุฑาภัทร์ สุวรรณไพรัตน์[9] ที่พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมระดับฟอสเฟตในเลือด ของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

เพศ ไม่มีความสัมพันธ์ กับการจัดการตนเองเพื่อควบคุมฟอสเฟตในเลือด อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิงได้รับการให้บริการที่มีคุณภาพเท่าเทียมกัน สอดคล้องกับงานวิจัยของอำภา จิตร์งามขำ[16] ที่พบว่า ทั้งเพศชายและเพศหญิงมีการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองไม่แตกต่างกันผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการวิจัยของจุฑาภัทร์ สุวรรณไพรัตน์[9] พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมระดับฟอสเฟตในเลือดของผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ภูมิลำเนาไม่มีความสัมพันธ์ กับการจัดการตนเองเพื่อควบคุมฟอสเฟตในเลือด อธิบายได้ว่า เมื่อเจ็บป่วย มีความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย บุคคลจะยอมสละในสิ่งที่ชอบและเคยปฏิบัติ เพื่อให้คงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี และในบางครั้งผู้ป่วยจะรับรู้ได้ด้วยตนเองว่าการไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ จะทำให้มีอาการไม่สุขสบาย จากการได้พูดคุยกับผู้ป่วยสิ่งที่ผู้ป่วยรับรู้ได้เมื่อมีฟอสเฟตในเลือดสูง คือ อาการคันตามผิวหนังและจากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในกรุงเทพมหานครและในภาคกลาง มีวัฒนธรรม การปฏิบัติไม่ต่างกัน

ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์ กับการจัดการตนเองเพื่อควบคุมฟอสเฟตในเลือด อธิบายได้ว่าในปัจจุบันการค้นคว้าหาความรู้สามารถทำได้ง่าย โดยเฉพาะในเรื่องการดูแลความเจ็บป่วยของตนเอง สอดคล้องกับการวิจัยของ ศิโรฒ ชาติพินิจ[17] พบว่า การศึกษาต่างกันมีการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองไม่แตกต่างกัน ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการวิจัยของจุฑาภัทร์ สุวรรณไพรัตน์[9] พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมระดับฟอสเฟตในเลือดของผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

รายได้ ไม่มีความสัมพันธ์ กับการจัดการตนเองเพื่อควบคุมฟอสเฟตในเลือด อธิบายได้ว่า การให้ บริการสุขภาพในบุคคลที่มีรายได้ต่างกันมีความเสมอภาคและเท่าเทียมกัน ผู้ป่วยจึงมีการรับรู้และการจัดการตนเองได้ไม่แตกต่างกัน ขัดแย้งกับผลการศึกษาของ ผาสุข สุตวัฒน์และคณะ[18] ที่พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

อาชีพ พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองเพื่อควบคุมฟอสเฟตในเลือด อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพจึงมีเวลาในการวางแผน และจัดการกับตนเองในเรื่องการดูแลสุขภาพของตนเองได้มากกว่าผู้ที่ประกอบอาชีพ เพราะผู้ป่วยไตเรื้อรังจะต้องควบคุมในการเลือกรับ ประทานอาหาร การรับประทานยาอย่างถูกต้อง และการมาฟอกเลือดอย่างสม่ำเสมอ สอดคล้องกับการศึกษาของ ธราดล โพธิษา, นาเงิน จันทรมณี และทวีวรรณ ศรีสุขคา[19] พบว่า การประกอบอาชีพมีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในระดับดี ผู้ป่วยที่ไม่ประกอบอาชีพมีการจัดการตนเองดีกว่าผู้ที่ประกอบอาชีพ

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดฟอสเฟตในเลือดสูง ไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองเพื่อควบคุมฟอสเฟตในเลือด อธิบายได้ว่า เป็นการสะท้อนให้เห็นถึงช่องว่างระหว่างความเป็นจริงกับการปฏิบัติ ซึ่งเป็นการปฏิบัติตามจริงที่พบได้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยเฉพาะโรคไตเรื้อรังที่ต้องฟอกเลือดบ่อยครั้ง ผู้ป่วยอาจรู้ว่า “ต้องทำ” แต่ “ไม่ได้ทำ” เนื่องจากไม่เห็นความสำคัญในการดำเนินการ แม้จะรู้ว่าตนเองมีความเสี่ยงสูงที่มีโอกาสจะเกิดฟอสเฟตในเลือดสูงมากกว่าคนทั่วไป จากการที่ได้พูดคุยกับผู้ป่วยมักจะบอกว่าเบื่อกับการที่ต้องมาฟอกเลือดบ่อย ๆ ต้องกินยา บางรายจะพูดว่าตนเองอายุมากแล้วไม่นานก็จะเสียชีวิต อยากทำในสิ่งที่อยากทำ บางรายรับประทานอาหารที่มีฟอสเฟตสูงโดยคิดว่าไม่เป็นอะไรเพราะจะฟอกเลือดแล้ว เป็นการขาดความตระหนักในการดูแลตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Chaudhary, Kindratt, Muhammad, Ahmad, Ahmed และ Anderson[20] ทำการศึกษาอุปสรรคต่อความสำเร็จในการปฏิบัติการรักษาโรคไตเรื้อรังในระดับการดูแลสุขภาพเบื้องต้น พบว่า ความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับการจัดการโรคไตเรื้อรังยังขาดอยู่

การรับรู้ความรุนแรงของการที่มีฟอสเฟตในเลือดสูง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองเพื่อควบคุมฟอสเฟตในเลือดในระดับต่ำ สะท้อนว่าผู้ที่มีการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของการที่มีฟอสเฟตในเลือดสูง มักมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดี อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างต้องมารับบริการรักษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้ถึงความรุนแรงของการที่มีฟอสเฟตในเลือดสูงจากคำแนะนำของแพทย์ พยาบาลอย่างซ้ำ ๆ จึงทำให้มีการจัดการตนเองเพื่อควบคุมฟอสเฟตอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ พิมพ์พลอย มหานุภาพ, โรจนี จินตนาวัฒน์และพนิดา จันทโสภีพันธ์[21] ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในระดับสูง ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการจัดการตนเอง ซึ่งการศึกษาครั้งนี้พบมีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ อาจเป็นเพราะการรับรู้ความรุนแรงของการที่มีฟอสเฟตในเลือดสูง เป็นเรื่องภายในเพียงอย่างเดียวของความเชื่อทางความคิดในการรับรู้ จะรับรู้และมีการปฏิบัติจริงก็ต่อเมื่อเกิดอาการที่มีฟอสเฟตในเลือดสูง เช่น กระดูกเปราะ หลอดเลือดแข็งแล้ว ผู้ป่วยบางรายฟอกเลือดมานาน อาจชินกับภาวะของโรค แม้จะรับรู้ถึงความรุนแรง แต่ขาดแรงจูงใจ

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมฟอสเฟต มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองเพื่อควบคุมฟอสเฟตในเลือดในระดับต่ำ สะท้อนว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในระดับมากมักทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดี อธิบายได้ว่า การที่กลุ่มตัวอย่างมารับบริการรักษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความคุ้นเคยกับแพทย์ พยาบาล ทำให้กล้าที่จะถามเมื่อมีข้อสงสัย เกิดความเข้าใจ สามารถคิดวิเคราะห์

ประเมินข้อมูลและเลือกใช้ข้อมูลที่เหมาะสมกับสภาวะสุขภาพของตนเองได้ เกิดการเรียนรู้จากผู้ป่วยด้วยกันถึงแนวทางปฏิบัติที่ถูกต้อง จึงทำให้ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการจัดการตนเองอยู่ในระดับมาก แม้ว่าการศึกษาครั้งนี้จะพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมฟอสเฟตอยู่ในระดับมาก แต่อาจเป็นเพียงความเข้าใจทั่วไปที่ยังไม่ได้ลงลึก เช่น ฟอสเฟตมีอยู่ในอาหารอะไรบ้าง นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจขาดทักษะในการจัดการฟอสเฟต แม้จะรู้ว่าฟอสเฟตเป็นอันตราย แต่ไม่เข้าใจวิธีควบคุม เช่น รับประทานยาจับฟอสเฟตไม่ถูกต้อง ก็จะทำให้ไม่สามารถจัดการกับตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ เห็นได้จากข้อคำถามที่ถามว่า ท่านแสวงหาความรู้ในเรื่องการใช้ยา เช่น สรรพคุณของยา ขนาด และวิธีใช้ยา การเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากการใช้ยามีคะแนนเฉลี่ย 1.63 (S.D.=.81) ซึ่งเป็นการจัดการตนเองอยู่ในระดับต่ำ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมฟอสเฟตในเลือดในระดับมากอย่างเดียวจึงไม่เพียงพอที่จะนำไปสู่การจัดการตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ เพราะพฤติกรรมสุขภาพขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายด้าน เช่น ปัจจัยของพฤติกรรมที่ทำโดยความเคยชิน เป็นการเปลี่ยนแปลงที่ทำได้ยาก ต้องใช้เวลา หรือเมื่อลงมือปฏิบัติแล้วไม่เห็นผลที่ชัดเจน ซึ่งจากกลุ่มตัวอย่างพบว่า ยังมีการดื่มกาแฟ การจัดการตนเองในข้อนี้มีการปฏิบัติในระดับปานกลาง (Mean=2.30, S.D.=.71) หรือข้อคำถามว่า ท่านแสวงหาความรู้เกี่ยวกับผลของฟอสเฟตที่มีผลต่อสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ย 1.76 (S.D.=.83) มีการจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลาง จึงทำให้ผลการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการจัดการตนเองเพื่อควบคุมฟอสเฟตในเลือด

เมื่อพิจารณาการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Maiman และ Becker ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนแนวคิดนี้ เพียงบางส่วนที่ว่า การรับรู้หรือความเชื่อเป็นปัจจัยสำคัญที่กระตุ้นหรือจูงใจให้บุคคลปฏิบัติในการป้องกันและรักษาโรค คือ เมื่อบุคคลรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยง มีการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค เกิดความกลัวและรับรู้ภาวะคุกคามที่จะถึงตัว บุคคลจะปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันโรคและจัดการกับปัญหาโดยคำนึงถึงประโยชน์ที่ตนจะได้รับ รวมถึงปัญหาและอุปสรรคที่จะเกิดขึ้น ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดฟอสเฟตในเลือดสูง การรับรู้ความรุนแรงของการมีฟอสเฟตในเลือดสูง และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมฟอสเฟตในเลือด การจัดการตนเองเพื่อควบคุมฟอสเฟตในเลือดอยู่ในระดับมากทุกด้าน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดฟอสเฟตในเลือดสูงไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองเพื่อควบคุมฟอสเฟตในเลือด แต่การรับรู้ความรุนแรงของการมีฟอสเฟตในเลือดสูง และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมฟอสเฟตในเลือด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองในระดับต่ำ อาจเป็นผลมาจากปัจจัยอื่น เช่น แบบสอบถามบางข้อไม่เหมาะสำหรับกลุ่มตัวอย่างบางคน หรือการที่ผู้ดูแลช่วยเขียนแทน อาจได้รับข้อมูลที่ไม่ตรง

กับความเป็นจริง นอกจากนี้ผู้วิจัยไม่ได้มีการคัดกรองเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ อาจทำให้ผลการวิจัยในครั้งนี้มีผลคลาดเคลื่อนได้ ประกอบกับผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายต้องมาฟอกเลือดทุก 2 – 3 วัน ในทุก ๆ สัปดาห์ ต้องจำกัดอาหาร ต้องรับประทานยาทุกวัน ซึ่งการทำอะไรที่ซ้ำ ๆ มักทำให้เกิดความเบื่อหน่ายและต้องการทำในสิ่งที่ชอบ ซึ่งอาจขัดแย้งกับแนวทางปฏิบัติที่ถูกต้องและเหมาะสมกับโรค แม้ว่าจะมีการรับรู้ทุกด้านอยู่ในระดับมากก็ตาม

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ควรมีการประสานงานกันภายในทีมสหสาขา เพื่อร่วมดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรัง เนื่องจากการควบคุมระดับฟอสเฟตในเลือดต้องกระทำควบคู่กันไปทั้งการควบคุมอาหาร การรับประทานยาจับฟอสเฟต และการมาฟอกเลือดอย่างสม่ำเสมอ

1.2 ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ ควรมีการประเมินให้ความรู้ผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ เสริมความรู้และให้ข้อมูลในเรื่องปริมาณฟอสเฟตในอาหารและเครื่องดื่ม เสริมความรู้ในเรื่องกลไกการออกฤทธิ์ของยาจับฟอสเฟตวิธีการรับประทานยาจับฟอสเฟตให้ได้ผล และประเภทยาที่ไม่ควรรับประทานพร้อมยาจับฟอสเฟต รวมถึงสนับสนุนบุคคลในครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม

1.3 ข้อเสนอแนะทางการพยาบาล ควรมีการประเมินการจัดการตนเองในการควบคุมฟอสเฟตในเลือดเป็นรายบุคคล เป็นระยะ ๆ ให้การดูแลให้เหมาะสมกับระดับการรับรู้ โดยพยาบาลควรมีบทบาทในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยปรับพฤติกรรมทางโภชนาการในการควบคุมอาหารที่มีฟอสฟอรัสสูง

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการวิจัยเชิงทดลอง เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองในการควบคุมระดับฟอสเฟตในเลือดของผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เนื่องจากการจัดการตนเองเป็นกุญแจสำคัญที่นำไปสู่ความสำเร็จ ซึ่งจะช่วยเพิ่มผลลัพธ์การดูแลที่มีประสิทธิภาพ

2.2 ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเอง โดยควบคุมปัจจัยแทรกซ้อนที่อาจส่งผลต่อความแม่นยำของผลการวิเคราะห์ เช่น การมีผู้ดูแล, ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

1. กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล. ระบาดวิทยาและการทบทวนมาตรการป้องกันโรคไตเรื้อรัง [ออนไลน์]. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2567/10/2]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1308820220905025852.pdf
2. ดิเรก ขำแป้น. กรมควบคุมโรค รณรงค์ “วันไตโลก” 2567 ขับเคลื่อนการเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ประชาชนมุ่งเน้นการเข้าถึงการบริการที่เท่าเทียม [ออนไลน์]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 2567/10/30]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=41551&deptcode=brc
3. Shrestha N, Gautam S, Mishra SR, Virani SS, Dhungana RR. Burden of chronic kidney disease in the general population and high-risk groups in South Asia: A Systematic review and meta-analysis [Online]. 14 October 2021 [cited 2024 November 1]. Available from: https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0258494
4. ภัสร์นลิน รัตนกิตติโรจน์. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม [ออนไลน์]. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2560 [เข้าถึงเมื่อ 2567/01/23]. เข้าถึงได้จาก: https://archive.lib.cmu.ac.th/full/T/2560/nuger70660prt_ch2.pdf
5. ประนอม บัวสรวง. อุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยวิกฤตที่มีไตวายเฉียบพลันระหว่างฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในหอผู้ป่วยหนักวารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี [ออลไลน์]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2568/7/26]:30(3):48-63. เข้าถึงได้จาก https://he01.tci-thaijo.org/index.php/shj/article/view/255204
6. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. CKD – MBD NST 2022 แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีความผิดของสมดุลแร่ธาตุและกระดูก ปี พ.ศ. 2565. กรุงเทพมหานคร: บริษัท เท็กซ์ แอนด์เจอร์นัลพับลิเคชั่น จำกัด; 2565.
7. คณะอนุกรรมการลงทะเบียนการรักษาทดแทนไต (TRT). ข้อมูลการบำบัดทดแทนไตในประเทศไทย พ.ศ.2563 [ออนไลน์]. กรุงเทพมหานคร: สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2567/10/23]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nephrothai.org/wp-content/uploads/2022/06/Final-TRT-report-2020.pdf
8. Achinger SG, Ayus JC. The role of daily dialysis in the control of Hyperphosphatemia. Kidney International Reports [Online]. 2005 [cited 2025 July 25];67(95): S28-S32. Available from: https://www.kidney-international.org/article/S0085-2538(15)50804-1/pdf
9. จุฑาภัทร์ สุวรรณไพรัตน์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับฟอสเฟตในเลือดของผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2554.
10. Orem DE. Concepts of practice. 4th ed. St. louis: Mosby Year Book; 1991.
11. กฤษจิรา ชำนิวิกัยพงศ์. การรับรู้คุณภาพการบริการแผนกผู้ป่วยนอก ศูนย์ศรีพัฒน์ คณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ [ออนไลน์]. วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2556 [เข้าถึงเมื่อ 2568/01/23]. เข้าถึงได้จาก: https://archive.lib.cmu.ac.th/full/T/2556/mpa40256kc_ch2.pdf

12. ประกาย จิโรจน์กุล. แนวคิด ทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพและการนำมาใช้. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการ สถาบันพระบรมราชชนก; 2554.
13. Daniel WW. Biostatics: Basic Concepts and Methodology for the Health sciences. 9Th ed. Asia: John Wiley & Sons Inc; 2010.
14. Bickman L. Handbook of Applied Social Research Methods. Thousand Oaks, CA: Sage; 2000.
15. สุธาสินี เรียมจันทร์ และเสาวลักษณ์ พุฒแก้ว. การรับรู้เพื่อป้องกันภาวะน้ำเกินก่อนวันฟอกเลือดของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี [ออนไลน์]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 2568/6/23];1(3):25-34. เข้าถึงได้จาก: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/pck/article/view/168046/120986
16. อำภา จิตร์งามขำ. การจัดการตนเองของประชาชนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ตำบลเขาแร้ง อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี. สารนิพนธ์สาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น; 2564.
17. ศิโรฒ ชาติพินิจ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านวังลึก อำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่. สารนิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น; 2558.
18. ผาสุข สุตวัฒน์, สุรชัย มณีเนตร, จารุวรรณ ชูวงษ์ตระกูล และผกาวรรณ บุญเต็ม. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเกื้อหนุนและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง. วารสารพยาบาลตำรวจ. 2564;13(2):300-11.
19. ธราดล โพธิษา, นาเงิน จันทรมณี, ทวีวรรณ ศรีสุขคา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการจัดการตนเองในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ตำบลแม่กา อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2563;6(3):22-33.
20. Chaudhary MJN, Kindratt TB, Muhammad S, Ahmad A, Ahmed M, Anderson J. Barriers to the successful practice of chronic kidney diseases at the primary health care level; a systematic review. J Renal Inj Prev [Online]. 2014 [cited 2025 October 15];3(3):61–7. เข้าถึงได้จาก https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4206053/
21. พิมพ์พลอย มหานุภาพ, โรจนี จินตนาวัฒน์ และพนิดา จันทโสภีพันธ์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. วารสารการพยาบาล [ออนไลน์]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2568/6/23];37(1):108–24. เข้าถึงได้จาก https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJONC/article/view/254857/174204