

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง
เพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง จังหวัดอุบลราชธานี
Effects of Older Adults' Potential Development with Self-Care
Participation Program on Chronic Kidney Disease Prevention
in Ubon Ratchathani Province

จิรนนท์ จินดาชาติ*

ดวงรัตน์ กวีนนทชัย**

Jiranan Jindachart

Duangrat Kaveenuntachai

*คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี อุบลราชธานี 34000

*Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani Rajabhat University, Ubon Ratchathani, 34000 Thailand

**คณะพยาบาลศาสตร์การการณ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพฯ 10300

**Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University, Bangkok, 10300 Thailand

Corresponding author, E-mail: jiranan.j@ubru.ac.th

Received: October 1, 2021; Revised: February 17, 2021; Accepted: May 19, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคไตเรื้อรัง และผลตรวจทางคลินิกของกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อน และหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุติดสังคม 38 คน คัดเลือกแบบเจาะจงกลุ่มละ 19 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง รวมระยะเวลา 4 สัปดาห์ ประกอบด้วย การบรรยายให้ความรู้ด้านโภชนาการ การจัดการความเครียด การออกกำลังกาย และการฝึกปฏิบัติการดูแลตนเองที่เหมาะสม กลุ่มเปรียบเทียบดำเนินชีวิตประจำวันตามปกติ เก็บข้อมูลในสัปดาห์ที่ 1 และ 4 โดยใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมดูแลตนเอง มีค่าความตรงตามเนื้อหา และค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .76 และ .81 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบค่าทีสองกลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเอง สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกทั้งสองกลุ่มสูงกว่าก่อนทดลอง แต่ค่าเฉลี่ยไดแอสโตลิกของกลุ่มทดลองลดลง ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบเพิ่มขึ้น ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย และระดับน้ำตาลในเลือดลดลงทั้งสองกลุ่ม

ผลการวิจัยนี้ สามารถนำไปเป็นแนวทางการพยาบาลผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองแบบมีส่วนร่วม และประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันในการป้องกันโรคไตเรื้อรังต่อไป

คำสำคัญ: การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วม การดูแลตนเอง ป้องกันโรคไตเรื้อรัง

Abstract

This quasi-experimental research aimed to compare self-care behaviors on chronic kidney disease (CKD) prevention and clinical examinations of an experimental group and a comparison group before and after receiving the program. The sample consists of 38 socially-bound older adults, and purposive sampling with inclusion criteria was used to recruit 19 participants into each group. An experimental group received the potential development with self-care participation for four weeks, including nutritional knowledge, stress management, exercise, and self-care practices. A comparison group lived an everyday life. Data collection was in the first and fourth weeks with the self-care CKD prevention questionnaire. The instrument was verified for a content validity index and reliability of .76 and .81, respectively. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, paired sample t-test, and independent-sample t-test.

The findings revealed as the followings. The mean score of an experimental group's self-care behaviors was significantly higher than before receiving the program and a comparison group at the significant level of (p -value < .05). The mean systolic blood pressure score in both groups was higher than before receiving the program. An experimental group's mean diastolic blood pressure score decreased while a comparison group increased. The mean score of body mass index and blood sugar levels decreased in both groups. The findings of this study can be guided to gerontological nursing practice in promoting self-care behaviors with participation and can apply to a routine life for preventing CKD further.

Keywords: The potential development of older adults, Participation, Self-care, Chronic kidney disease prevention

บทนำ

ประเทศไทยดำเนินยุทธศาสตร์ความร่วมมือกับองค์การอนามัยโลก ควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases; NCDs) สนับสนุนภาวะสุขภาพดีวิถีชีวิตไทยสู่การปฏิบัติ เนื่องจาก

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสาเหตุอันดับต้นของการเสียชีวิต เฉลี่ย 354,000 คนต่อปีหรือร้อยละ 71.00 ของการเสียชีวิตทั้งหมด ซึ่งเป็นสถิติที่สูงกว่านานาชาติ¹ โรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease: CKD) อยู่ในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหา

สาธารณสุขอันดับต้น ๆ ของโลก โดยคาดว่าในปี พ.ศ. 2574 จะมีผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง และต้องได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมประมาณ 1,130 ราย ต่อประชากรล้านคน² ประเทศไทยในปี พ.ศ. 2561 มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมากถึง 8 ล้านคน เฉลี่ยคนไทยป่วยเป็นโรคไตเสื่อมร้อยละ 17.60 ของประชากรหรือประมาณ 8 ล้านคน โดยเพิ่มขึ้นกว่าปีละ 7,800 ราย³

ตลอดระยะเวลา 10 กว่าปีที่ผ่านมา จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในปี พ.ศ. 2550 มีจำนวนถึง 7,038,000 คน คิดเป็นร้อยละ 10.00 ของประชากรทั้งหมด คาดว่าในปี พ.ศ. 2568 จะเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่า คือ 14 ล้านคน ซึ่งจะส่งผลให้ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเต็มรูปแบบ⁴ สถานการณ์การป่วย และเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในปี พ.ศ. 2553 - 2557 เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกเขตพื้นที่สุขภาพ ประเด็นสำคัญ คือ การเสียชีวิตส่วนใหญ่เกิดขึ้นสูงในกลุ่มผู้สูงวัย⁵ และคาดว่าในปี พ.ศ. 2568 โรคไตเรื้อรังจะเป็นสาเหตุให้ประชากรโลกเสียชีวิตสูงถึง 36 ล้านคนต่อปี โดยอยู่ในกลุ่มผู้สูงวัยถึงร้อยละ 68.00 สอดคล้องกับผลการศึกษาความชุกของโรคไตเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามอายุในต่างประเทศ พบว่า อัตราการป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังของชาวอเมริกันเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 26.00 ของประชากรผู้สูงอายุ⁶

สถานการณ์ผู้สูงอายุที่ผ่านมา การป้องกันดูแลรักษา พันฟู มีการพึ่งพาผู้เชี่ยวชาญในระบบสาธารณสุขเป็นหลัก อาทิ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร เป็นต้น นอกกระบบสาธารณสุข ได้แก่ ครอบครัว เพื่อนบ้าน อาสาสมัคร ชุมชน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องพัฒนาบุคลากรดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง เป็นการทำงานเชิงรับ ผลลัพธ์ยังคงพบผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้นทุกปี โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคไตเรื้อรัง หากปรับการทำงานเชิงรับเป็นเชิงรุก เน้นพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม บูรณาการความร่วมมือของผู้สูงวัย ชุมชน และหน่วยงาน

ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถป้องกันดูแลรักษาสุขภาพตนเองได้ ดังคำกล่าวที่ว่า “หมอที่ดีที่สุดคือตัวคุณ”⁷ จากคำดังกล่าว หมอที่ดีที่สุดคือตัวผู้สูงอายุเอง การส่งเสริม ป้องกัน ดูแลรักษาสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมเพื่อให้สมาชิกในชุมชนมีสุขภาพที่ดีตามวิถีชีวิต และวัฒนธรรมท้องถิ่นอย่างยั่งยืนเป็นยุทธศาสตร์หนึ่งที่ภาครัฐมุ่งเป็นนโยบายสู่ภูมิภาค ดังนั้น การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งประการหนึ่ง

สถิติจำนวนผู้สูงอายุจังหวัดอุบลราชธานี ในปี พ.ศ. 2553 - 2558 เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี (188,080, 196,799, 197,866, 198,030, 206,254 และ 205,698 คน ตามลำดับ) การเจ็บป่วยที่พบมากที่สุดอันดับ 1 ใน 10 เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 296,500 คน⁸ ซึ่งพบว่า โรคไตเรื้อรังอยู่ในอันดับต้น ๆ สำหรับปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคไตเรื้อรังที่พบบ่อยได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เก๊าท์ นิ่วในไต การใช้ยา และสารเคมีต่าง ๆ สาเหตุส่วนหนึ่งมาจากการที่ผู้สูงอายุไม่ทราบวิธีการดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้อง⁹

อำเภอวารินชำราบ มีประชากรผู้สูงอายุมากเป็นอันดับหนึ่งของจังหวัดอุบลราชธานี โดยมีจำนวนทั้งสิ้น 19,456 คน เป็นกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 90.07 กลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 8.42 และกลุ่มติดเตียง ร้อยละ 1.51 มีการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง โดยทีมหมอครอบครัว (family care team) และผู้ดูแล (caregiver) ค่อนข้างครอบคลุม¹⁰ สำหรับผู้สูงอายุติดสังคมยังไม่มีข้อมูลการดูแลที่ชัดเจน ยิ่งอายุมากความเสี่ยงในการเกิดโรคไตเรื้อรังยิ่งสูงขึ้นตาม การให้บริการสุขภาพในกลุ่มผู้สูงวัยและผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายสุขภาพของภาครัฐในอนาคต พบข้อเสนอแนะการดูแลระยะยาวที่มีครอบครัว และชุมชนเป็นแกนหลักค้นหาวิธีที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้สูงอายุสะดวกต่อการเข้าถึง¹¹

จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุในการดูแลตนเอง

เพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับวิถีชีวิต และวัฒนธรรมท้องถิ่นอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

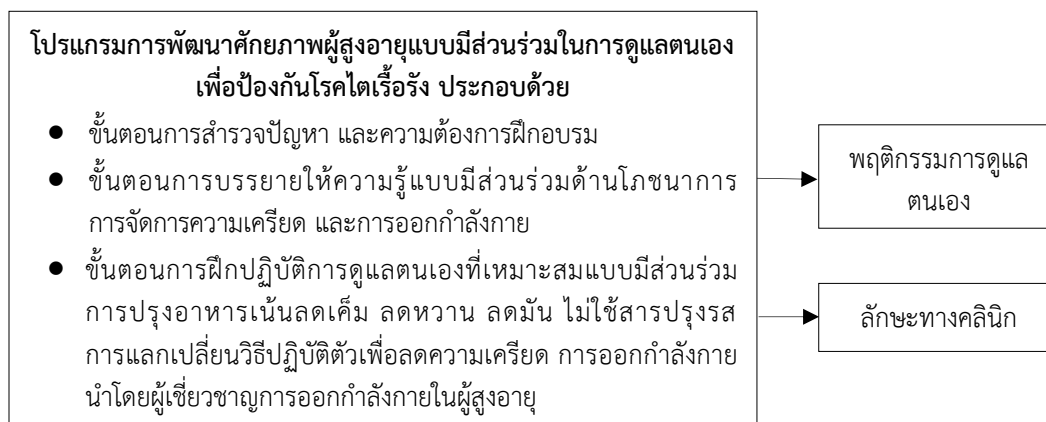
1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองก่อน และหลังการได้รับโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง และลักษณะทางคลินิกของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังกับกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังได้รับโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง พฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ
2. หลังได้รับโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง พฤติกรรมการดูแลตนเอง และลักษณะทางคลินิกของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยนี้ ประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem¹⁰ ประกอบด้วย 3 ทฤษฎีที่สัมพันธ์กัน ได้แก่ 1) ทฤษฎีการดูแลตนเอง อธิบายความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด 2) ทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเอง อธิบายความไม่สมดุลของความสามารถ และความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด และ 3) ทฤษฎีระบบการพยาบาล อธิบายการช่วยเหลือกิจกรรมแทนให้บุคคลสามารถดูแลตนเองได้ งานวิจัยนี้ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองอธิบายความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด โดยเชื่อว่าหากผู้สูงอายุได้รับการพัฒนาศักยภาพแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง ด้านโภชนาการ ด้านการจัดการความเครียด ด้านการออกกำลังกาย เพื่อการเปลี่ยนแปลง และการพัฒนาที่เกิดในตัวผู้สูงอายุเองจากการได้รับความรู้ ทักษะ และประสบการณ์กับคนต้นแบบ จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังได้อย่างเหมาะสม และยั่งยืน รวมทั้งส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพที่ดี การวิจัยนี้ประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และลักษณะทางคลินิก



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) แบบกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่ม ทดสอบกลุ่มตัวอย่างก่อน และหลังการทดลอง (two groups pretest posttest-design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในอำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด เกณฑ์การคัดเลือก อายุ 60 - 89 ปี ไม่จำกัดเพศ สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ กลุ่มติดสังคมมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถพูด ฟัง อ่าน เขียนหรือเข้าใจภาษาไทยไม่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคไตเรื้อรังและไม่เคยเข้ารับการอบรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ เพื่อให้มีอำนาจทดสอบ 95% ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ $\alpha = .05$ ขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G* Power 3.1.9.2 คำนวณได้ 38 คน กำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) ในระดับปานกลาง (medium) คือ .50 กำหนดค่าระดับความเชื่อมั่น $\alpha = .05$ และอำนาจการทดสอบ (power of test) $(1 - \beta)$ เท่ากับ 95% จับฉลากทีละคู่เพื่อคัดเลือกเข้ากลุ่มทดลอง 19 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 19 คน

เครื่องมือและคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา โรคประจำตัว ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ และการพักอาศัย

ส่วนที่ 2 เครื่องมือในการดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง

ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการศึกษาดารว เอกสาร และบททวนวรรณกรรม เนื้อหาประกอบด้วย กิจกรรมการบรรยาย การแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับคนต้นแบบ การปรุงอาหารเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง การเสริมสร้างกำลังใจจากครอบครัว กิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน และกิจกรรมการออกกำลังกาย

ส่วนที่ 3 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง เป็นแบบเลือกตอบ มี 4 ระดับ รวมทั้งหมด 25 ข้อ ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ฯ โภชนาการ 10 ข้อ แบบสัมภาษณ์ฯ การจัดการความเครียด 10 ข้อ และแบบสัมภาษณ์ฯ การออกกำลังกาย 5 ข้อ ลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) เกณฑ์การให้คะแนน คือ 3.51 - 4.00 เท่ากับ ดีมาก 2.51 - 3.50 เท่ากับ ดี 1.51 - 2.50 เท่ากับ พอใช้ และ 1.00 - 1.50 เท่ากับ ต้องปรับปรุง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เป็นอาจารย์พยาบาลผู้สูงอายุ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญโรคไต 1 ท่าน และพยาบาลผู้มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคไต 1 ท่าน หาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ได้เท่ากับ .76

2) ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) ทดลองใช้ (try out) กับผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าเท่ากับ .81

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ตามเอกสารรับรอง เลขที่ SSJ.UB 2563 - 005 รับรอง

วันที่ 23 มกราคม 2563 ผู้วิจัยได้เข้าร่วมการอบรม Human Research Protection มีการพิทักษ์สิทธิ์แก่กลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงรายละเอียดการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างไว้เป็นลายลักษณ์อักษร การตัดสินใจเข้าร่วมเป็นไปโดยความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างสามารถหยุดหรือปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา ไม่มีผลกระทบใด ๆ แก่ตัว เวลา สถานที่ จำนวนครั้ง การเข้าร่วมกิจกรรม เตรียมอุปกรณ์ปฐมพยาบาลเบื้องต้น หากเกิดกรณีฉุกเฉินหรือเจ็บป่วย เช่น เหนื่อย ปวดศีรษะ วิงเวียน สามารถให้การดูแลเบื้องต้นได้ทันที โดยทีมผู้วิจัยที่ผ่านการฝึกอบรมการปฐมพยาบาลเบื้องต้น ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยเก็บไว้เป็นความลับ รายงานผลการวิจัยนำเสนอเป็นภาพรวม มีการทำลายข้อมูลเมื่อสิ้นสุดการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะเตรียมการ

1. ประสานงานกับคณะพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัราชภัฏอุบลราชธานี เพื่อดำเนินการตามขั้นตอนการได้รับทุนสนับสนุนการทำวิจัย
2. เตรียมผู้ช่วยวิจัย การวิจัยครั้งนี้มีผู้ช่วยวิจัย 2 ท่าน เป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ทำหน้าที่เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัยโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อให้เข้าใจตรงกัน ให้ผู้ช่วยวิจัยทดลองใช้แบบสัมภาษณ์ฯ กับผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม อายุ 60 ปีขึ้นไป มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 ราย เพื่อให้เกิดความเข้าใจ และมีทักษะในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ตามขั้นตอนขออนุญาตทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในคน
4. ประสานงานกับผู้นำชมรมผู้สูงอายุอำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการทำวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะดำเนินการ

ประเมินกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ข้อมูลส่วนบุคคล พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ วิตกกังวล ดันโลหิต ดันนิมวलय และการเจาะเลือด วัดระดับน้ำตาลที่ปลายนิ้ว (dextrostix: DTX) โดยเน้นย้ำให้กลุ่มตัวอย่างงดน้ำงดอาหารก่อนเจาะประมาณ 8 ชั่วโมง (fasting blood sugar: FBS) ทั้งสองกลุ่มก่อนการทดลอง

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมการบรรยาย โดยอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญโรคไต และกิจกรรมการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับคนต้นแบบในการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง ใช้เวลาประมาณ 4 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมการเสริมสร้างกำลังใจจากครอบครัว มีครอบครัวมาร่วมพูดคุยให้กำลังใจ กิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง ใช้เวลาประมาณ 4 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมการออกกำลังกายและการปรุงอาหารเพื่อสุขภาพ มีการสอนเทคนิคและนำออกกำลังกายโดยผู้เชี่ยวชาญการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ ใช้เวลาประมาณ 30 นาที การปรุงอาหารเพื่อสุขภาพเน้นลดหวาน มัน เค็ม อาหารอ่อนย่อยง่าย เน้นปลาเป็นหลัก งดหรือลดการใช้เครื่องปรุงรส ใช้เวลาประมาณ 4 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมการตรวจทางคลินิก ได้แก่ การตรวจวัดความดันโลหิต การเจาะเลือด วัดระดับน้ำตาลที่ปลายนิ้ว (dextrostix: DTX) โดยเน้นย้ำให้กลุ่มตัวอย่างงดน้ำงดอาหารก่อนเจาะประมาณ 8 ชั่วโมง (fasting blood sugar: FBS)

การประกอบอาหารเพื่อสุขภาพ การประเมินกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบสัมภาษณ์ชุดเดิม ใช้เวลาประมาณ 5 ชั่วโมง

ในระหว่างดำเนินการสัปดาห์ที่ 1 - 4 กลุ่มเปรียบเทียบใช้ชีวิตประจำวันอยู่ที่บ้านตามปกติ ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมเหมือนกับกลุ่มทดลอง

ดำเนินการสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเอง วัดความดันโลหิต ดัชนีมวลกาย และเจาะเลือดตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 4 พร้อมกลุ่มทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ paired sample t-test และ independent samples t-test

ผลการวิจัย

ด้วยช่วงติดตามประเมินผลหลังการทดลองอยู่ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) กลุ่มเปรียบเทียบ 3 คนย้ายไปอยู่ต่างจังหวัดกับบุตรหลาน และไม่ได้กลับมาภูมิลำเนาอีกเลย จึงคงเหลือเพียง 16 คน

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ร้อยละ 52.60 กลุ่มเปรียบเทียบเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ร้อยละ 62.50 ทั้งสองกลุ่ม

มีอายุระหว่าง 60 - 69 ปี มากที่สุด กลุ่มทดลอง ร้อยละ 57.90 กลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 50.00 สถานภาพคู่มากที่สุด กลุ่มทดลอง ร้อยละ 89.50 กลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 50.00 ทั้งสองกลุ่มนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 กลุ่มทดลองเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 36.80 กลุ่มเปรียบเทียบเป็นโรคเบาหวานความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 25.00 ทั้งสองกลุ่มจบมัธยมศึกษามากที่สุด กลุ่มทดลอง ร้อยละ 36.80 กลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 43.80 กลุ่มทดลองเป็นข้าราชการบำนาญมากที่สุด ร้อยละ 63.20 กลุ่มเปรียบเทียบไม่ได้ประกอบอาชีพมากที่สุด ร้อยละ 43.80 กลุ่มทดลองมีรายได้ต่อเดือนมากกว่า 20,000 บาท มากที่สุด ร้อยละ 74.40 กลุ่มเปรียบเทียบมีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท มากที่สุด ร้อยละ 56.30 กลุ่มทดลองรายได้พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บมากที่สุด ร้อยละ 52.60 กลุ่มเปรียบเทียบรายได้ไม่พอใช้ และพอใช้แต่ไม่เหลือเก็บมากที่สุด ร้อยละ 37.50 อาศัยอยู่กับสามีภรรยามากที่สุด โดยกลุ่มทดลอง ร้อยละ 73.70 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 43.80

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังของกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อน และหลังการทดลอง

พฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง	กลุ่มทดลอง (n = 19)				กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 16)			
	$\bar{X}$	S.D	t	p-value	$\bar{X}$	S.D	t	p-value
ด้านโภชนาการ								
ก่อนทดลอง	2.76	.19	17.840	.000	2.69	.41	1.593	.132
หลังทดลอง	3.68	.22			2.64	.45		
ด้านการจัดการ								
ความเครียด								
ก่อนทดลอง	2.10	.46	6.728	.000	2.34	.39	.462	.651
หลังทดลอง	2.86	.35			2.41	.54		
ด้านการออกกำลังกาย								
ก่อนทดลอง	2.11	.29	5.657	.000	1.89	.24	-.939	.362
หลังทดลอง	2.66	.32			1.94	.22		

p-value < .05

จากตารางที่ 1 พบว่า หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยของ
เฉลี่ยของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่คะแนนเฉลี่ยของ
กลุ่มเปรียบเทียบก่อน และหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังระหว่าง
กลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อน และหลังการทดลอง

พฤติกรรม การดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง	ก่อนการทดลอง				หลังการทดลอง			
	$\bar{X}$	S.D	t	p-value	$\bar{X}$	S.D	t	p-value
ด้านโภชนาการ								
กลุ่มทดลอง (n = 19)	2.76	.19	.578	.570	3.68	.22	8.509	.000
กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 16)	2.69	.41			2.64	.45		
ด้านการจัดการความเครียด								
กลุ่มทดลอง (n = 19)	2.10	.46	-1.660	.106	2.86	.35	2.969	.006
กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 16)	2.34	.39			2.41	.54		
ด้านการออกกำลังกาย								
กลุ่มทดลอง (n = 19)	2.11	.29	1.198	.239	2.66	.32	3.929	.000
กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 16)	1.89	.24			1.94	.22		

p-value < .05

จากตารางที่ 2 พบว่า ก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบแตกต่างกัน
คะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
ไม่แตกต่างกัน แต่หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ย

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยลักษณะทางคลินิกของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบก่อน
และหลังการทดลอง

ลักษณะทางคลินิก	กลุ่มทดลอง (n = 19)				กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 16)			
	$\bar{X}$	S.D	t	p-value	$\bar{X}$	S.D	t	p-value
ความดันโลหิต								
ซิสโตลิกก่อนทดลอง	132.47	14.81	.930	.365	132.63	13.08	1.237	.235
ซิสโตลิกหลังทดลอง	135.53	19.94			137.81	23.36		
ความดันโลหิต								
ไดแอสโตลิกก่อนทดลอง	74.52	9.20	-2.319	.032	70.50	9.10	1.874	.081
ไดแอสโตลิกหลังทดลอง	70.32	8.43			73.69	11.84		
ดัชนีมวลกาย								
ก่อนทดลอง	24.22	2.88	-3.449	.032	24.73	3.70	-.882	.392
หลังทดลอง	23.55	2.46			24.49	3.71		

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยลักษณะทางคลินิกของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง (ต่อ)

ลักษณะทางคลินิก	กลุ่มทดลอง (n = 19)				กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 16)			
	$\bar{X}$	S.D	t	p-value	$\bar{X}$	S.D	t	p-value
น้ำตาลในเลือด (FBS)								
ก่อนทดลอง	126.16	31.97	-1.095	.288	148.50	44.94	-3.012	.009
หลังทดลอง	119.79	32.00			127.13	30.89		

p-value < .05

จากตารางที่ 3 พบว่า หลังการทดลอง ที่ระดับ .05 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำตาล ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิก และดัชนีมวลกาย ในเลือดดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยลักษณะทางคลินิกระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

ลักษณะทางคลินิก	ก่อนการทดลอง				หลังการทดลอง			
	$\bar{X}$	S.D	t	p-value	$\bar{X}$	S.D	t	p-value
ความดันโลหิต								
ซิสโตลิก								
กลุ่มทดลอง (n = 19)	132.47	14.81	-0.32	.975	135.53	19.94	-.312	.757
กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 16)	132.63	13.08			137.81	23.36		
ไดแอสโตลิก								
กลุ่มทดลอง (n = 19)	74.52	9.20	1.296	.204	70.32	8.43	-.981	.334
กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 16)	70.50	9.10			73.69	11.84		
ดัชนีมวลกาย								
ซิสโตลิก								
กลุ่มทดลอง (n = 19)	24.22	2.88	-.449	.656	23.55	2.46	-.897	.376
กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 16)	24.73	3.70			24.49	3.71		
น้ำตาลในเลือด (FBS)								
กลุ่มทดลอง (n = 19)	126.16	31.97	-1.714		119.79	32.00	-.686	.497
กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 16)	148.50	44.94		.096	127.13	30.89		

p-value < .05

จากตารางที่ 4 พบว่า ทั้งก่อน และหลัง การทดลองค่าเฉลี่ยลักษณะทางคลินิกระหว่าง กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกัน

การอภิปรายผลการวิจัย

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังของกลุ่มทดลองภายหลัง การทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($p\text{-value} < .05$) ซึ่งผลการศึกษเป็นไปตาม สมมติฐานจากกิจกรรมที่จัดขึ้น โดยประยุกต์แนวคิด ทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem ซึ่งให้ความสำคัญกับ ความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการ การดูแลตนเองทั้งหมด ทั้งด้านโภชนาการ ด้านการ จัดการความเครียด และด้านการออกกำลังกาย มีการบรรยายประกอบการนำรูปแบบตัวอย่างอาหาร 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) อาหารที่ส่งเสริมให้เกิดโรค ไตเรื้อรัง 2) อาหารที่ป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง มาเปรียบเทียบให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ ได้เห็น ทำให้เกิดความสนใจ และเพิ่มความเข้าใจยิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาโปรแกรมการพัฒนา หรือการศึกษานอกระบบสำหรับผู้สูงอายุที่มุ่งเน้น การแก้ปัญหาในชีวิตประจำวันหรือพัฒนาความรู้ เฉพาะเรื่องที่ผู้สูงอายุสนใจ¹¹ การบรรยายในครั้งนี้ เป็นสิ่งที่กลุ่มตัวอย่างสนใจ เพราะเป็นเรื่องใกล้ตัว การได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์กับคนต้นแบบ การเสริมสร้างขวัญกำลังใจให้กันและกัน มีผลต่อ พฤติกรรมการดูแลตนเอง สอดคล้องกับผลการศึกษา การเสริมสร้างพลังอำนาจที่มีผลต่อพฤติกรรม ซึ่งพฤติกรรมสามารถพัฒนาได้แม้บุคคลนั้นจะเป็น ผู้สูงอายุ การพัฒนาเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา เนื่องจา การพัฒนาเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่สอดแทรกใน วิถีชีวิตมนุษย์ทุกเพศทุกวัย¹² แต่เนื่องด้วยข้อจำกัด ทางระยะเวลาของโปรแกรมฯ สั้นแค่ 4 สัปดาห์ ทำให้ลักษณะทางคลินิกของกลุ่มทดลอง และ กลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกัน

ด้านโภชนาการ การปรุงอาหารสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังทั้งสองกลุ่ม เลือกเมนู ต้มยำปลา ให้คะแนนโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่าน เป็นบุคคลต้นแบบในการดูแลตนเองเพื่อป้องกัน โรคไตเรื้อรัง และผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ ผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้ง 2 ท่านให้คะแนนกลุ่มทดลอง 9/10 คะแนน กลุ่มเปรียบเทียบ 7/10 คะแนน โดยให้เหตุผล รสอาหารที่ปรุงโดยกลุ่มทดลองไม่จัด ไม่เค็ม ไม่หวาน เนื่องจากกลุ่มทดลองลดปริมาณการใส่เกลือ น้ำปลา ไม่ใช้ผงปรุงรส ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบใช้ เครื่องปรุงรสเหมือนที่ปรุงรับประทานในชีวิตประจำวัน การลดเครื่องปรุงรสเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรค สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ และ โภชนาการที่เหมาะสม พบว่า สามารถป้องกันหรือ ชะลอการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .05¹³

ด้านการจัดการความเครียด การเสริมสร้าง กำลังใจจากครอบครัว การให้เกียรติทำให้รู้สึกมีคุณค่า เป็นหลักประกันความชราที่ลูกหลานให้ความสำคัญ สิ่งที่ผู้สูงอายุคาดหวัง คือ การดูแลเอาใจใส่จาก บุตรหลาน เนื่องจากคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุส่วนหนึ่ง ขึ้นอยู่กับคุณภาพผู้ดูแล จากผลการศึกษาที่สอดคล้อง กับการศึกษาความสัมพันธ์ของผู้ดูแล และผู้สูงอายุ ที่พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีคะแนนความสามารถในการ ดูแลเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคะแนนความสามารถ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นตาม¹⁴

การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย โดย ผู้เชี่ยวชาญ และมีบุคลากรทางด้านสุขภาพดูแลอย่าง ใกล้ชิด ส่งเสริมความแข็งแรงของร่างกายและจิตใจ แก่ผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาการออกกำลังกาย หรือการมีกิจกรรมทางกายในผู้สูงอายุ ถือเป็นกุญแจ สำคัญสู่สุขภาพที่ดี ซึ่งพบว่า สามารถชะลอการเกิด โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .05 โดยการออกกำลังกายเปรียบเสมือน ยาอายุวัฒนะ ชะลอความเสื่อมของระบบต่าง ๆ ในร่างกายได้ อย่างไรก็ดีตามควรมีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด¹⁵⁻¹⁷

นอกจากนี้ยังพบว่า การออกกำลังกาย ร่วมกับการดูแลโดยสหสาขาวิชาชีพสามารถลด ระยะเวลาการอยู่ในโรงพยาบาล และเพิ่มการ จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้เร็วขึ้น¹⁸

นอกจากนี้ผลจากการวิจัย พบว่า กิจกรรม เพื่อนช่วยเพื่อน สัมพันธภาพที่ดี วยเดียวกันย่อมมี ความเข้าใจกันและกัน สอดคล้องกับวิถีชีวิตของ ผู้สูงอายุในสังคมไทยที่พบว่า การพูดคุยให้กำลังใจ สื่อสารทางบวก ส่งผลให้เกิดการเพิ่มพูนศักยภาพ ในการดูแลตนเอง มนุษย์สัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ก่อเกิด ความสบายใจ ความเอื้ออาทร เกื้อกูลกันและกัน และ มีผลต่อความตั้งใจรับฟังสิ่งต่าง ๆ¹¹ และกิจกรรม นันทนาการ ตลอดจนการจัดการความเครียดใน ผู้สูงอายุที่เหมาะสมเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากการ เป็นการเพิ่มขวัญและกำลังใจให้แก่ผู้สูงวัย ให้สามารถต่อสู้กับ การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในชีวิตได้อย่างเหมาะสม¹⁹

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำแนวทางการพัฒนาศักยภาพ ผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกัน โรคไตเรื้อรังไปประยุกต์ใช้ในการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ ในชุมชน เพื่อให้เกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี และยั่งยืน สามารถป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังได้

2. ส่งเสริม และสนับสนุนให้บุคลากร ทางพยาบาลนำโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ ผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมไปใช้ โดยอาจพัฒนาต่อ โดยติดตามตรวจ HbA1C แทนการตรวจ FBS เนื่องจากค่าที่ได้จะระบุระดับน้ำตาลในเลือดตลอด

ช่วงเวลา 2 - 3 เดือน

3. บุคลากรด้านสาธารณสุขหรือชมรม ผู้สูงอายุสามารถนำรูปแบบกิจกรรมไปปรับใช้ เพื่อสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคไตเรื้อรัง กับผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการติดตามประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเอง และผลตรวจทางคลินิกหลังการ ทดลองในระยะยาว (longitudinal study) ติดต่อกัน 4 - 8 สัปดาห์ หรือ 3 เดือนถึง 6 เดือน เพื่อประเมิน พฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และเพื่อ ความสมบูรณ์ของงานวิจัยยิ่งขึ้น

2. ควรศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้สูงอายุโดยส่งเสริมให้ครอบครัว และชุมชน มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือ กระตุ้น และให้กำลังใจ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อ ป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง

3. ปัจจัยในการส่งเสริมสุขภาพที่ดีของ ผู้สูงอายุ คือ ความร่วมมือของผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สัมพันธภาพที่ดี ความเกื้อกูลซึ่งกันและกัน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณคณะพยาบาลศาสตร ์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี ที่ได้มอบ ทุนอุดหนุนการวิจัย และกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัย นวมินทราชิราช ที่ประสิทธิ์ประสาทความรู้แก่ผู้วิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. The Policy and Strategy Section, Bureau of Non-Communicable Disease, Ministry of Public Health. 5-year national NCDs prevention and control plan (2017-2021). Bangkok: Emotion Art; 2017. (in Thai)
2. Opasmanakid S, Noppakun K. Hemodialysis in elderly patients. Journal of the Nephrology Society of Thailand 2018;24(1):4-10. (in Thai)
3. Pitugtan S. Nursing care end stage renal disease of anesthesia for kidney transplantation: cases series. Region 11 Medical Journal 2019;33(3):589-600. (in Thai)
4. Wirojratana V, Amnatsatsue K, Sasat S, Malathum P, Narongsak J. Improvement of healthcare services for dependent elders. Thai Journal of Nursing Council 2014;29(3)104-15. (in Thai)
5. Srivanichakorn S, Ritsibun P, Parkprot M, Bookboon P. District health management system for caring people: older adults, chronic diseases, and disabled people. 2nd ed. Nonthaburi: Sahamitr Printing and Publishing; 2015. (in Thai)
6. World Health Organization. Global status report on NCDs 2014 [Internet]. 2014 [cited 2019 Apr 20]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/148114/9789241564854_eng.pdf;jsessionid=A1D4E2D9E4B770B67A523BBB25381608?sequence=1
7. Klajon J. The depth of the illness sutta, issue no. 1 - 4. Vijjaram Journal 2018;1(1):61-78. (in Thai)
8. Ubon Ratchathani Provincial Health Office. Documents required to be inspected by the Ministry of Public Health, Round 2, fiscal year 2017. Ubon Ratchathani: Ubon Ratchathani Provincial Health Office; 2017. (in Thai)
9. Panuthai S. Gerontological nursing volume 2. Chiang Mai: Smart Coating and Services; 2017. (in Thai)
10. Orem DE. Nursing: concepts of practice. 5th ed. St Louis, MO: CV Mosby; 1995.
11. Rattanaubon A. Adult and older adult learning in Thai society. Bangkok: Chulalongkorn Print; 2016. (in Thai)
12. Pongkerd R. The effect of empowerment program on self-care behaviors in the older persons with chronic kidney disease receiving continuous ambulatory peritoneal dialysis [Dissertation]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2014. (in Thai)
13. Jaroeantim C. Chronic kidney disease with elderly population [Dissertation]. Phitsanulok: Naresuan University; 2018. (in Thai)
14. Thaniwatthananon P. Care towards best nursing practice in geriatric syndromes. Songkla: Publishing of Chanmuang; 2016. (in Thai)
15. Chantakeeree C. Promoting exercise behavior for vulnerable elderly. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University 2016;24(2):1-13. (in Thai)

16. Pichitwong P, Songthap A, Sriwisit S. Promoting behaviors among member of seniors club, Khuan Thani, Kantrang district, Trang province. Trang: Sirindhorn College of Public Health, Trang; 2006. (in Thai)
17. Chen CC, Chen Y, Liu X, Wen Y, Ma DY, Huang YY, et al. The efficacy of a nurse-led disease management program in improving the quality of life for patients with chronic kidney disease: a meta-analysis. PLOS One 2016;11(5):e0155890.
18. Michishita R, Matsuda T, Kawakami S, Tanaka S, Kiyonaga A, Tanaka H, et al. The joint impact of habitual exercise and glycemic control on the incidence of chronic kidney disease (CKD) in middle-aged and older males. Environmental Health and Preventive Medicine 2017;22(1):1-10.
19. Jamkrajang T, Khumtaveeporn P. Gerontological nursing 1. Bangkok: TSB Product Printing; 2015. (in Thai)