

บทความวิจัย (Research article)

ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองโดยใช้แถบสีสื่อสาร ต่อความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 1 – 3a Effects of a Color-coded Self-management Support Program on Knowledge, Attitudes and Behavior in Patients with Chronic Kidney Disease Stage 1-3a

ลดาวัลย์ มาลัยเจริญ^{1*}

Ladawan Maraicharuan^{1*}

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: lada_wan55@hotmail.co.th, โทรศัพท์ 089-7850158)

(Received: May 15, 2021; Revised: August 5; Accepted: November 11, 2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียวทดสอบก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 1-3a ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองโดยใช้แถบสีสื่อสาร กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 1-3a ที่มารับบริการในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศาลาแดง อำเภอเมือง จังหวัดอ่างทอง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 46 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง และแบบสอบถามความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 1-3a วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และการทดสอบที่แบบไม่เป็นอิสระต่อกัน

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานและ/หรือโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตวายเรื้อรังในระยะ 1-3a ภายหลังได้เข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองโดยใช้แถบสีสื่อสาร มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตัวเพิ่มขึ้นและแตกต่างจากก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.42, 8.08, 9.89, p < .05$ ตามลำดับ)

รูปแบบของกิจกรรมการสนับสนุนการจัดการตนเองโดยใช้แถบสีสื่อสาร ทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ตนเอง มีแนวทางในการปฏิบัติตัวให้ได้ผลตามเกณฑ์ในการควบคุมโรค ซึ่งจะส่งผลในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นได้

คำสำคัญ: โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง, แถบสีสื่อสาร, โรคไตเรื้อรังระยะ 1-3a

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศาลาแดง อำเภอเมือง จังหวัดอ่างทอง

Registered Nurse (Professional level), Health Promoting Hospital, Sala Daeng Subdistrict, Mueang District, Ang Thong Province

Abstract

Quasi-experimental research, one group measured before and after aims to compare knowledge, attitudes, and behavior in patients with stage 1 chronic kidney disease. The -3a before and after receiving the self-management support program is observed. The samples are 46 patients having chronic kidney disease stage 1-3a who came for treatment in the Clinic of Chronic Diseases, Health Promoting Nursing, Saladaeng Sub-district. The research method is the self-management support program along with a questionnaire on knowledge, attitude, and behavior toward chronic kidney disease stage 1-3a. Data are analyzed by using the descriptive statistic method in order to compare the mean score of knowledge, attitude, and behavior between before and after entering the self-management support program. Paired t-test statistics are used, as well.

The results show that after receiving the self-management support program, the sample group's knowledge, attitude, and behavior of chronic kidney disease stage 1-3a increased at a very good level, which is different from the time before joining the program statistically significant at the .05 level ($t = 5.42, 8.08, 9.89$ respectively).

communicative color bars are used as the formats of self-management support activities in order to make the patients' self-awareness. There are guidelines on how to act in accordance with the criteria for disease control to prevent complications that will occur.

Keywords: Self-management support program, Communicative color bars, CKD stage 1-3a

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของประเทศไทย เนื่องจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้อัตราการเกิดและความชุกของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพิ่มมากขึ้น จากการสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 ปี 2557 (สำนักโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กระทรวงสาธารณสุข, 2559) พบว่ามีการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเพิ่มขึ้น หนึ่งในสามของประชาชนไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป มีความชุกโรคเบาหวานจากร้อยละ 6.9 ปี 2552 เป็นร้อยละ 8.9 ในปี 2557 เพิ่มขึ้นเป็นจำนวน 4.8 ล้านคน ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา หรือเฉลี่ยเพิ่มขึ้นประมาณ 300,000 คน/ปี ส่วนความชุกของโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มจากร้อยละ 21.4 ในปี 2552 เป็นร้อยละ 24.7 ในปี 2557 เพิ่มขึ้นจำนวน 13 ล้านคน หรือเฉลี่ยเพิ่มขึ้นประมาณ 600,000 คน/ปี โดยพบความชุกของโรคไตเรื้อรังในประชากรผู้ใหญ่มากถึงร้อยละ 17.5 โดยพบว่าร้อยละ 8.9 เป็นผู้ป่วยในระยะที่ 1 และ 2 (อัตราการกรองของไตมากกว่าหรือเท่ากับ 60 มิลลิลิตร/นาที/1.73 เมตร²) ระยะที่ 3 ร้อยละ 7.8 (อัตราการกรองของไตน้อยกว่า 60 แต่มากกว่าหรือเท่ากับ 30 มิลลิลิตร/นาที/1.73 เมตร²) และร้อยละ 1.1 อยู่ในระยะที่ 4 และ 5

(อัตราการกรองของไตน้อยกว่า 30 มิลลิลิตร/นาที่/1.73 เมตร²) (Ingsathit et al., 2010) จังหวัดอ่างทองมีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเช่นกัน โดยพบว่า ระหว่างปี พ.ศ.2559-2561 มีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็น 4,204, 5,231 และ 5,950 คน ตามลำดับ ซึ่งเป็นระยะ 1-3a จำนวน 1,035 , 1,085 และ 1,281 คน ซึ่งเพิ่มขึ้นตามลำดับเช่นกัน (คลังข้อมูลสุขภาพ HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง, 2562) และจากการสำรวจข้อมูลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่รับบริการคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศาลาแดงภายหลังการตรวจร่างกายประจำปี พบปัญหาการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและควบคุมระดับความดันโลหิตสูงได้ไม่ดี สาเหตุเกิดจากพฤติกรรมปฏิบัติตัวในเรื่องของการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และมีภาวะเครียด รวมถึงไม่ทราบว่าการตรวจเลือดที่ผ่านมามีแนวโน้มเป็นอย่างไรโดยเฉพาะค่าไตที่ไม่รู้ว่าอยู่ระยะไหน ทำให้ไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ซึ่งจากข้อมูลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 1-3a ของตำบลศาลาแดงก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน โดยพบว่า ระหว่างปี พ.ศ.2559-2561 มีจำนวน 312, 431 และ 553 ตามลำดับ (คลังข้อมูลสุขภาพ HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง, 2562)

โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ สาเหตุหลักส่วนใหญ่เกิดจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น ขาดการออกกำลังกาย น้ำหนักตัวเกิน สูบบุหรี่ และดื่มสุรา ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำรงชีวิต โดยเฉพาะการรับประทานอาหารไม่เหมาะสม เช่น อาหารหวานมันเค็ม รับประทานอาหารผักน้อยลง การประกอบอาชีพที่มีความเครียดในที่ทำงานเพิ่มขึ้น นอกจากนี้อาจเกิดจากความไม่รู้ หรือมีความรู้ไม่เพียงพอในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ส่งผลให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิตได้ไม่ดี และเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา (ดวงมณี วิยะทัศน์ และอุไร ศิลปะกิจโกศล, 2561) รวมทั้งโรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease: CKD) ซึ่งโรคนี้ในระยะแรกมักไม่พบอาการผิดปกติ ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าตนเองป่วย มักพบเมื่อโรคดำเนินไปมากแล้วหรือเข้าสู่ระยะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (end stage renal disease: ESRD) ซึ่งเป็นระยะที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยการบำบัดทดแทนไต ได้แก่ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางหน้าท้อง หรือการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา ตั้งแต่ระดับบุคคลจนถึงระดับประเทศ ปัจจุบันค่าใช้จ่ายในการล้างไตทางช่องท้องหรือการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเฉลี่ยประมาณ 240,000 บาทต่อคนต่อปี ซึ่งยังไม่รวมถึงค่าใช้จ่ายด้วยยาและค่าใช้จ่ายทางอ้อมอื่นๆ (สำนักโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

แนวปฏิบัติในการจัดการป้องกันหรือชะลอการเสื่อมของไต ประกอบด้วย การควบคุมความดันโลหิต การควบคุมอาหาร การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบจัดการพฤติกรรมดูแลตนเอง (Eknoyan et al., 2013) แต่จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังส่วนใหญ่มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม (ศิริลักษณ์ ถูทอง, 2560; กวิศรา สอนพุด และลัทธิ พิชัยบัณฑิตกุล, 2564) เนื่องจากโรคไตเรื้อรังในระยะเริ่มต้นถึงระยะปานกลางไม่ปรากฏอาการผิดปกติอย่างชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยไม่เห็นความสำคัญ และไม่ตระหนักถึงการใช้ชีวิต พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม การสนับสนุนการจัดการตนเอง (self-management support) จึงเป็นกุญแจ

สำคัญที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้อย่างประสบผลสำเร็จ (ชตชัย วัฒนะ, 2558; ธวัชชัย สัตยสมบูรณ์ และยุวณัฐ สัตยสมบูรณ์, 2563) ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรค ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้ อีกทั้งยังช่วยลดค่าใช้จ่ายในภาพรวมของประเทศอีกด้วย

การสนับสนุนการจัดการตนเอง เป็นกระบวนการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงมุมมองเกี่ยวกับพฤติกรรมของตนเอง ได้แก่ การตั้งเป้าหมาย การเก็บรวบรวมข้อมูล การประมวลและประเมินข้อมูล การตัดสินใจ การลงมือปฏิบัติ และการสะท้อนตนเอง (Creer, 2000) เลือกทักษะที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อแก้ปัญหา และปฏิบัติพฤติกรรมใหม่ รวมถึงการรักษาความมั่นคงทางอารมณ์ (Lorig & Holman, 2003) จากการทบทวนเกี่ยวกับการนำแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองไปประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังพบว่า ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการตนเองในระยะก่อนบำบัดทดแทนไตเพิ่มขึ้น (เสาวนีย์ ชนะพาล, 2558) มีความรู้เรื่องการจัดการตนเอง การรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น (จุฑามาศ จันทร์ฉาย, มณีนรัตน์ ชีระวิวัฒน์, และนิรัตน์ อิมามิ, 2555) และมีน้ำตาลสะสมในเลือด (A1c) ลดลง มีความรู้และกิจกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น (นันทนภัส พิระพฤตพิงค์, น้ำอ้อย ภักดีวงศ์, และอำภพร นามวงศ์พรหม, 2555) วัตถุประสงค์หลักของการสนับสนุนการจัดการตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยทราบข้อมูล สถานการณ์การเจ็บป่วยของตนเอง และแนวทางในการรักษา ซึ่งครอบคลุมในส่วนของข้อมูล que ผู้ป่วยจะได้รับและต้องปฏิบัติ ร่วมกันกับผู้ให้บริการ เช่น การตัดสินใจในการรักษา การรับประทานยา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพ

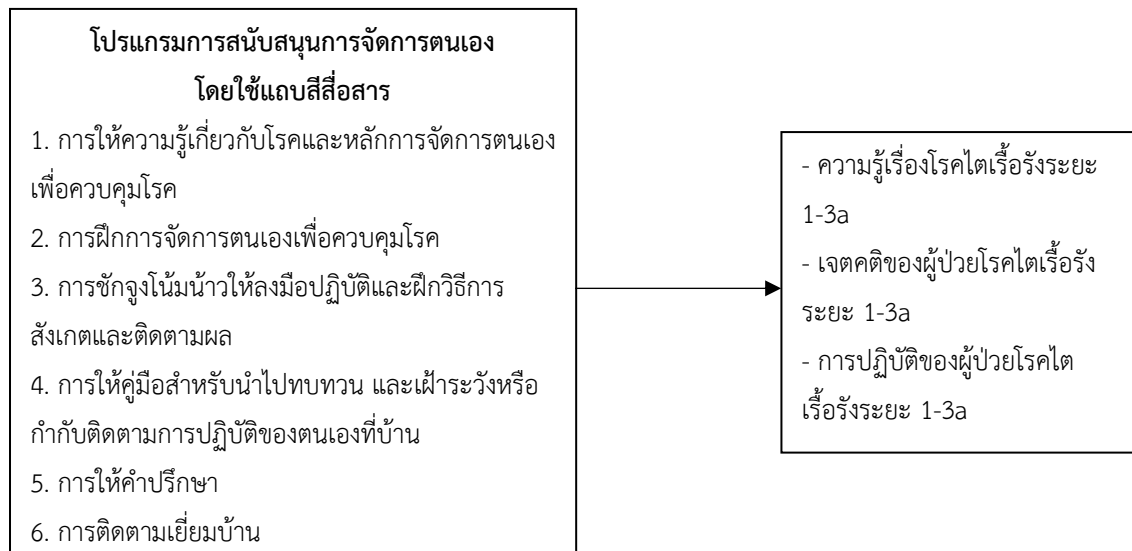
ผู้วิจัยจึงได้นำมาเป็นกลยุทธ์ในจัดทำโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 1-3a ได้แก่ 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและหลักการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรค 2) การฝึกทักษะเฉพาะที่จำเป็นในการควบคุมโรค 3) การชักจูงโน้มน้าวให้ลงมือปฏิบัติ และฝึกวิธีการสังเกตและติดตามผล 4) การให้คู่มือสำหรับการนำไปทบทวนและเฝ้าระวังหรือกำกับติดตามการปฏิบัติของตนเองที่บ้าน 5) การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่ม และ 6) การติดตามเยี่ยมบ้านหรือเยี่ยมทางโทรศัพท์ ตลอดจนศึกษาผลของโปรแกรมฯ ดังกล่าวต่อความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 1-3a เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนาแนวทางสำหรับบุคลากรทางการพยาบาลและผู้สนใจในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีโรคไตเรื้อรังระยะ 1-3a อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 1-3a ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองโดยใช้แถบสีสื่อสาร

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้โปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองตามแนวคิดของ Creer (2000) ในการฝึกการจัดการตนเองเพื่อให้มีความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง สามารถประเมินตนเองได้จนเกิดความตระหนักรู้ เกิดเจตคติที่ดีในการจัดการตนเอง และตัดสินใจในการปฏิบัติตัวจนทำให้คะแนนเฉลี่ยความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตัวเพิ่มขึ้น โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพ



ภาพ กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) แบบกลุ่มเดียวทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (one group pretest-posttest design) มีรายละเอียดของวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานและ/หรือโรคความดันโลหิตสูงที่รับบริการในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศาลาแดง ในปี พ.ศ. 2561 จำนวน 182 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานและ/หรือโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคไตเรื้อรังระยะ 1-3a โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ 1) เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และ/หรือโรคความดันโลหิตสูง 2) เป็นโรคไตเรื้อรังระยะ 1-3a (ค่า eGFR $\geq$ 45 มล./นาที/1.73 เมตร²) (สำนักโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กระทรวงสาธารณสุข, 2559) 3) มีการรับรู้ปกติ อ่านออก เขียนได้ สามารถพูดคุยโต้ตอบได้ปกติ และ 4) สมัครใจเข้าร่วมโครงการโดยการลงนามอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) โดยใช้โปรแกรม G* Power 3.1 ใช้ Test family เลือก t-test, Statistical test เลือก Mean: Difference between Two Dependent Means (Matched Pairs) กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (effect size) ขนาดกลาง เท่ากับ .50 ค่าความคลาดเคลื่อน เท่ากับ .05 และค่า power เท่ากับ .95 ได้

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 45 คน (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) แต่เนื่องจากมีบางกิจกรรมที่ต้องมีการจับคู่ผู้ป่วย จึงใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 46 คน โดยการเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเลือกข้างต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ คู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง สำหรับนำไปทบทวนและฝึกปฏิบัติ และแบบประเมินตนเองจากแถบสีสื่อสารที่ใช้เป็นเกณฑ์ในการควบคุมโรค
2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างเองจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำแนกเป็น 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ซึ่งเป็นแบบเติมคำตอบ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้โรคไตเรื้อรังระยะ 1-3a เกี่ยวกับโครงสร้างและหน้าที่ของไต สาเหตุการเกิดโรค อาการเตือน ปัจจัยเสี่ยง และการเฝ้าระวังการเกิดโรคไตเรื้อรัง จำนวน 7 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า 3 ระดับ ได้แก่ ใช่ เท่ากับ 1 คะแนน ไม่ใช่ เท่ากับ 0 คะแนน และไม่ทราบ เท่ากับ 0 คะแนน โดยคะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-7 คะแนน กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ย ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2553)

คะแนน ระหว่าง 0-3 คะแนน หมายถึง ระดับ ต่ำ

คะแนน ระหว่าง 4-5 คะแนน หมายถึง ระดับ ปานกลาง

คะแนน ระหว่าง 6-7 คะแนน หมายถึง ระดับ สูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเจตคติผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะ 1-3a เป็นความคิดเห็นเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การบริการตรวจตามนัด การดูแลตนเองเพื่อป้องกันไตวายเรื้อรัง อาการผิดปกติที่ต้องพบแพทย์ และการรักษาโดยการบำบัดทดแทนไต จำนวน 8 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า 3 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วย เท่ากับ 3 คะแนน ไม่แน่ใจ เท่ากับ 2 คะแนน และไม่เห็นด้วย เท่ากับ 1 คะแนน โดยคะแนนรวมอยู่ในช่วง 8-24 คะแนน กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ย ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2553)

คะแนน ระหว่าง 8-13 คะแนน หมายถึง ระดับ ต่ำ

คะแนน ระหว่าง 14-19 คะแนน หมายถึง ระดับ ปานกลาง

คะแนน ระหว่าง 20-24 คะแนน หมายถึง ระดับ สูง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการปฏิบัติตัวผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 1-3a เป็นระดับของการปฏิบัติตัวในเรื่อง การรับประทานยา การรับประทานอาหาร การขอคำปรึกษา การปฏิบัติตัวเล็ก นุหรี การควบคุมความดันโลหิต การตรวจตามนัด และการออกกำลังกาย จำนวน 10 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า 3 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ เท่ากับ 3 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง เท่ากับ 2 คะแนน และไม่เคยปฏิบัติ เท่ากับ 1 คะแนน โดยคะแนนรวมอยู่ในช่วง 10-30 คะแนน กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ย ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2553)

คะแนน ระหว่าง 10-16 คะแนน หมายถึง ระดับ ต้องปรับปรุง

คะแนน ระหว่าง 17-23 คะแนน หมายถึง ระดับ ปานกลาง

คะแนน ระหว่าง 24-30 คะแนน หมายถึง ระดับ ดี

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือการวิจัยทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน แล้วนำไปปรับปรุงคำถามตามที่คุณผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ แล้วส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาอีกครั้ง จากนั้นนำแบบสอบถามทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานและ/หรือโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคไตเรื้อรังระยะ 1-3a ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามเจตคติและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 1-3a เท่ากับ .605 และ .607 และแบบสอบถามความรู้โรคไตเรื้อรัง ระยะ 1-3a มีค่าความเชื่อมั่น KR-20 เท่ากับ .77

การเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - เมษายน พ.ศ. 2562 แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะก่อนการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 1-3a เป็นรายกลุ่มกับผู้ป่วยโรคเบาหวานและ/หรือโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคไตเรื้อรังระยะ 1-3a โดยใช้แบบสื่อบรรยาย รวมทั้งแจ้งวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการทำวิจัย และการขอความยินยอมอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร นัดหมายกลุ่มตัวอย่างในการดำเนินการวิจัยในคลินิกโรคไตเรื้อรังหลังเสร็จจากการพบแพทย์และรับยาเรียบร้อยแล้ว โดยใช้เวลาทั้งหมด 3 เดือนๆ ละ 1 ครั้งๆ ละ 60 นาที ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - เมษายน พ.ศ.2562

1.2 สร้างกลุ่มไลน์ เพื่อให้คำปรึกษาและติดต่อประสานงานการดำเนินการวิจัย

1.3 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนเข้าโปรแกรม โดยการตอบแบบสอบถามก่อนการทดลอง (pretest)

ระยะทดลอง ดำเนินการตามโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 1-3a ได้แก่ การตั้งเป้าหมาย การเก็บรวบรวมข้อมูล การประมวลและประเมินข้อมูล การตัดสินใจ การลงมือปฏิบัติ และการสะท้อนตนเอง รายละเอียด ดังนี้

2.1 ครั้งที่ 1 เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2562 ดำเนินการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง ปัจจัยชักนำให้เกิดโรคไตเรื้อรัง ระยะและความรุนแรงของโรคไตเรื้อรัง การประเมินตนเองว่าอยู่ระยะใด อันตรายและภาวะแทรกซ้อน แนวทางการรักษา หลักการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อน พร้อมแจกคู่มือโรคไตเรื้อรังนำไปทบทวนที่บ้าน

2.2 ครั้งที่ 2 เดือนมีนาคม พ.ศ.2562 ฝึกการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

2.2.1 การกำหนดเป้าหมายในการควบคุมโรคที่เป็นไปได้จริง โดยใช้แบบสื่อบรรยาย กำหนดเกณฑ์ที่แสดงว่าควบคุมได้ทั้งค่าระดับน้ำตาลในเลือดที่ได้จากการเจาะปลายนิ้ว ค่าความดันโลหิต ค่าดัชนีมวลกายและรอบเอว เพื่อวางแผนตนเองในการกำจัดปัจจัยชักนำต่อไป การ

กำหนดแถบสีที่แสดงถึงความสามารถในการควบคุมโรคที่ส่งผลถึงการรักษไต ดังนี้ สีเขียว หมายถึง ควบคุมโรคได้ดี สีเหลืองและสีส้ม หมายถึง ควบคุมโรคได้ระดับพอใช้ ต้องควบคุมให้เข้มงวดมากขึ้น สีแดง หมายถึง ควบคุมโรคไม่ได้ และมีภาวะเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อน ต้องรีบแก้ไข แสดงดังตาราง 1

ตาราง 1 แถบสีสื่อสารแสดงระดับการควบคุมโรค จำแนกตามผลการตรวจร่างกาย/ห้องปฏิบัติการ

รายการ	ผลการตรวจร่างกาย/ ห้องปฏิบัติการ			
	เขียว	เหลือง	ส้ม	แดง
ความดันโลหิต (mmHg)	$\leq 139/89$	140/90 – 159/99	160/100-179/109	$\geq 180/110$
ระดับน้ำตาลในเลือด (mg/dl)	90-130	131 - 154	155 -182	≥ 183
ดัชนีมวลกาย (kg/m^2)	18.5 – 22.9	23.0 – 24.9	25.0 -29.9	≥ 30
รอบเอวหญิง (ซม.)	ไม่เกิน 80 ซม.	-	-	เกิน 80 ซม.
รอบเอวชาย (ซม.)	ไม่เกิน 90 ซม.	-	-	เกิน 90 ซม.

2.2.2 ฝึกการติดตามเฝ้าระวังและการประเมินตนเองในการควบคุมโรค โดยเจ้าหน้าที่ทำการตรวจคัดกรองหาค่าน้ำตาลในเลือด ค่าความดันโลหิต น้ำหนัก ส่วนสูง เพื่อหาค่าดัชนีมวลกาย และวัดรอบเอว และให้ผู้ป่วยฝึกประเมินตนเองรายแถบสีตามค่าที่ตนเองตรวจคัดกรองได้ พร้อมวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาแนวทางปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ได้ค่าตามเป้าหมายตามเกณฑ์

2.2.3 ฝึกการแก้ปัญหาและตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการควบคุมโรค โดยให้ผู้ป่วยเลือกแบบจำลองอาหารที่ตนเองต้องการรับประทานใน 1 มื้อ แล้วนำมาคำนวณค่าโซเดียมที่ได้ในมื้อนั้น เปรียบเทียบความต้องการของร่างกายที่ควรได้โซเดียมต่อวันไม่เกิน 2,400 มิลลิกรัม เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในการเลือกรับประทานอาหาร เกิดการเรียนรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

2.2.4 ให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติ เฝ้าระวัง กำกับติดตามการปฏิบัติของตนเองที่บ้านตามคู่มือโรคไตเรื้อรัง

2.3 ครั้งที่ 3 เดือนเมษายน พ.ศ.2562 ติดตามเยี่ยมบ้าน เสริมพลังในการปฏิบัติตัว โดยผู้วิจัยลงเยี่ยมบ้านกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่รับผิดชอบในเขตพื้นที่ ติดตามกระตุ้นเตือน ให้คำปรึกษา ให้ข้อมูลในส่วนขาด หรือสิ่งที่ผู้ป่วยยังไม่แน่ใจหรือยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง รวมทั้งการให้คำปรึกษาผ่านไลน์กลุ่มตามความต้องการของผู้ป่วย

ระยะหลังการทดลอง เป็นการทำแบบสอบถามหลังการดำเนินการตามโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 1-3a (posttest)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ วิเคราะห์คะแนนแบบสอบถามความรู้ เจตคติและการปฏิบัติของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 1-3a โดยใช้ค่าเฉลี่ย (M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ เจตคติและการปฏิบัติของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 1-3a ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองฯ โดยใช้สถิติการทดสอบที่แบบไม่เป็นอิสระต่อกัน (paired t-test) ซึ่งตัวแปรตามผ่านการทดสอบสอบข้อตกลงเบื้องต้น การแจกแจงปกติของข้อมูล (normality)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ จังหวัดอ่างทอง รหัสโครงการวิจัยเลขที่ ATGEC23-2562 ลงวันที่อนุมัติ 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2562

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวานและ/หรือโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคไตเรื้อรังระยะ 1-3a จำนวน 46 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 89.10 มีอายุในช่วง 55-64 ปี ร้อยละ 54.34 ($M = 63.80, SD = 7.95$) มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 69.60 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 43.50 รองลงมาคือ อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 30.40 รายได้มากกว่า 2,000 บาท ร้อยละ 73.91 ($M = 3,323.91; SD = 2,504.50$) ดังตาราง 2

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยโรคเบาหวานและ/หรือโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคไตเรื้อรังระยะ 1-3a ($n = 46$)

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	5	10.90
หญิง	41	89.10
อายุ (ปี) ($M = 63.80; SD = 7.95$)		
< 55	4	8.70
55-64	25	54.35
≥ 65	17	36.95
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	32	69.57
มัธยมศึกษา/ปวช.	12	26.09
อนุปริญญา/ปวส.	1	2.17
ปริญญาตรี	1	2.17

ตาราง 2 (ต่อ)

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
เกษตรกรกรรม	20	43.50
รับจ้าง	14	30.40
ค้าขาย	12	26.10
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท) ($M = 3,323.91$; $SD = 2,504.50$)		
< 2,000	12	26.09
$\geq 2,000$	34	73.91

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตัวระหว่างก่อนและหลังเข้าโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ผู้ป่วยโรคเบาหวานและ/หรือโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคไตเรื้อรังระยะ 1-3a มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ อยู่ในระดับดีมาก ($M = 5.74$, $SD = 1.12$) ซึ่งสูงกว่าก่อนการทดลอง ($M = 4.26$, $SD = 2.15$) และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.429$, $p < .05$) คะแนนเฉลี่ยเจตคติหลังการทดลอง อยู่ในระดับดีมาก ($M = 21.28$, $SD = 2.20$) ซึ่งสูงกว่าหลังการทดลอง ($M = 18.93$, $SD = 2.56$) และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 8.088$, $p < .05$) คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวหลังการทดลอง อยู่ในระดับดีมาก ($M = 27.83$, $SD = 1.70$) ซึ่งสูงกว่าหลังการทดลอง ($M = 24.70$, $SD = 2.66$) และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 9.894$, $p < .05$) ดังตาราง 3

ตาราง 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตัวระหว่างก่อนและหลังเข้าโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 1-3a ($n = 46$)

ตัวแปร	ก่อนเข้าโปรแกรม		หลังเข้าโปรแกรม		Mean difference	t	p
	M	SD	M	SD			
ความรู้	4.26	2.15	5.74	1.12	-1.48	5.42*	.00
เจตคติ	18.93	2.56	21.28	2.20	-2.35	8.08*	.00
การปฏิบัติตัว	24.70	2.66	27.83	1.70	-3.13	9.89*	.00

* $p < .05$

อภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ผู้ป่วยโรคเบาหวานและ/หรือโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคไตเรื้อรังระยะ 1-3a มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตัวสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่า

โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองที่ประกอบไปด้วยการมีคู่มือให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและหลักการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรค โดยการใช้แถบสีสื่อสารเป็นเครื่องมือเฝ้าระวังหรือกำกับติดตามการปฏิบัติตนของตนเอง และการติดตามเยี่ยมบ้าน มีผลต่อความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตัวที่ดีขึ้น ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer (2000) รวมทั้ง สอดคล้องกับผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนไต (เสาวนีย์ ชนะพาล, 2558) และโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนบำบัดทดแทนไต (ไพรินทร์ สำราญรัมย์, รัตนศิริ ทาโต, และจรรยา ฉิมหลวง, 2558)

การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคที่บุคคลนั้น ๆ ประสบมีผลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองที่ดีขึ้น (Canadian Diabetes Association Clinical Practice Guidelines Expert Committee, Jones, Berard, MacNeill, Whitham, & Yu, 2013) การให้ความรู้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 1-3a ไม่ใช่เป็นเพียงการถ่ายทอดข้อมูลแต่เป็นกระบวนการที่เป็นพลวัตร (Creer, 2000) ตามความต้องการของบุคคล ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองนี้ ยังใช้การฝึกทักษะการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรค ประกอบด้วย การตั้งเป้าหมายในการควบคุมโรคที่เป็นไปได้จริงโดยใช้แถบสีสื่อสารกำหนดตามเกณฑ์การควบคุมโรค ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจได้ง่าย และนำไปสู่การปฏิบัติที่ได้ผลกว่าการบอกเพียงตัวเลขที่ยากต่อการจดจำ การมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายการควบคุมโรค โดยพิจารณาความสามารถของตนเองประกอบการตัดสินใจ จะทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนเพื่อควบคุมโรคได้เป็นอย่างดี เนื่องจากการให้ความรู้เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จในการควบคุมโรคเรื้อรัง การสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อการควบคุมโรคต้องการความรู้เป็นฐานในการพัฒนาทักษะการแก้ปัญหา เพิ่มความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง โดยให้มีความเหมาะสมกับการนำไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์และชีวิตจริงของผู้ป่วยแต่ละราย (ชดช้อย วัฒนนะ, 2558)

การฝึกการติดตามเฝ้าระวังตัวเอง โดยการระบายสีประเมินตนเองตามการคัดกรองในแต่ละครั้ง จะทำให้ผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์ตนเองได้ เห็นความก้าวหน้าของตนเองหลังจากปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทั้งระดับความดันโลหิต ค่าน้ำตาลในเลือด ดัชนีมวลกาย และรอบเอว นำไปสู่การบรรลุเป้าหมายที่กำหนด สอดคล้องกับการศึกษาของสมคิด จูหว่า, รุ่ง วงศ์วัฒน์, และอนุกุล มะโนทน (2562) พบว่า การใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้เครื่องมือป้องกันจราจรชีวิต 7 สี มาเป็นสื่อให้ความรู้แก่ผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความตระหนักถึงความรุนแรงของโรค เป็นหัวใจความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน กลยุทธ์การฝึกแก้ปัญหาโดยให้ผู้ป่วยเลือกแบบจำลองอาหารที่ตนเองต้องการรับประทาน 1 มื้อ แล้วนำมาคำนวณค่าโซเดียมเปรียบเทียบกับเกณฑ์โซเดียมที่ผู้ป่วยควรได้รับใน 1 วัน จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในการเลือกรับประทานอาหารและตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการควบคุมโรค ซึ่งเป็นการประเมินข้อมูลที่ผู้ป่วยเคยปฏิบัติ ทำให้สามารถเรียนรู้และประเมินได้ว่าการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น (Creer & Holroyd, 1997) การให้คู่มือสำหรับนำไปทบทวน เฝ้าระวังกำกับติดตามการปฏิบัติตนเองที่บ้าน รวมถึงการติดตามเยี่ยมบ้านและกระตุ้นเตือนทางแอปพลิเคชันไลน์ ดังการศึกษาของ Klein, Mogles, and

Van Wissen (2014) โดยการให้ความรู้ผ่านทางโมบายแอปพลิเคชันที่ประกอบด้วยข้อมูลสุขภาพ และการติดตามระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ทำให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการจัดการตนเอง และเกิดการเสริมพลังเมื่อได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการศึกษาของดวงมณี วิยะทัศน์ และอุไร ศิลปะกิจโกศล (2561) พบว่า โปรแกรมการจัดกิจกรรมกลุ่มเรียนรู้ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้มีผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง

ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษานี้ ใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียวทดสอบก่อนหลังการทดลอง โดยไม่มีกลุ่มควบคุม ตลอดจนถึงขาดการวัดผลลัพธ์ทางคลินิกที่เกี่ยวข้อง อาจทำให้ลดความเชื่อมั่นของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 1-3a

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

สนับสนุนให้เครือข่ายผู้ที่ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ดูแลและครอบครัว ได้รับการอบรมและฝึกทักษะการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการวิจัย ที่มีการวัดประสิทธิผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 1-3a เช่น ค่าการทำงานของไต โดยมีกลุ่มเปรียบเทียบและการวัดซ้ำ (repeated measure) เพื่อศึกษาความคงอยู่ของความรู้ ทักษะและพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง รวมทั้งการวัดผลลัพธ์ทางคลินิกที่เกี่ยวข้องต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศาลาแดง อำเภอเมือง จังหวัดอ่างทอง ที่สนับสนุนการดำเนินงานและอำนวยความสะดวกในการจัดทำโครงการ รวมทั้งขอขอบคุณ ดร.สมหมาย คชนาม วิทยากรผู้สอนและที่ปรึกษาในการดำเนินการวิจัยนี้จนสำเร็จไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- กวีศรา สอนพุด, และลัษวี ปิยะบัณฑิตกุล. (2564). การพัฒนาชุมชนรักษไตโดยชุมชน ตำบลศรีสะเกษ อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 41(3), 85-98.
- คลังข้อมูลสุขภาพ HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง. (2562). *สถิติผู้ป่วย พ.ศ.2559-พ.ศ.2561*. อ่างทอง : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง.

- จุฑามาศ จันทร์ฉาย, มณีรัตน์ ชีระวิวัฒน์, และนิรัตน์ อิมามี. (2555). โปรแกรมการเรียนรู้เรื่องเบาหวาน และการจัดการตนเองของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดประจวบคีรีขันธ์. *วารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา*, 7(2), 69-83.
- ชดช้อย วัฒนะ. (2558). การสนับสนุนการจัดการตนเอง: กลยุทธ์ในการส่งเสริมการควบคุมโรค. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 26(1), 117-127.
- ดวงมณี วิยะทัศน์, และอุไร ศิลปะกิจโกศล. (2561). ผลของโปรแกรมการจัดกิจกรรมกลุ่มเรียนรู้ต่อพฤติกรรมสุขภาพ และระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลพนมสารคาม. *วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย*, 5(2), 39-54.
- ธวัชชัย สัตยสมบูรณ์, และยุวณัฐ สัตยสมบูรณ์. (2563). รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการสนับสนุนการจัดการตนเอง ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 7(2), 232-243.
- นันทน์ภัส พิระพฒนิพงศ์, น้ำอ้อย ภักดีวงศ์, และอำภาพร นามวงศ์พรหม. (2555). ผลของโปรแกรมการจัดการดูแลตนเองต่อความรู้ กิจกรรมการดูแลตนเอง และค่าฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารสมาคมพยาบาล สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 30(2), 98-104.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ.
- ไพรินทร์ สำราญรัมย์, รัตน์ศิริ ทาโต, และจรรยา นิมหลวง. (2558). ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนบำบัดทดแทนไต. *วารสารพยาบาล*, 64(4), 15-24.
- ศิริลักษณ์ ฤงทอง. (2560). การชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 18 (พิเศษ), 17-24.
- สมคิด จุฬว้า, รุ่ง วงศ์วัฒน์, และอนุกุล มะโนทน. (2562). ประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและเครื่องมือ “ป้องกันจราจรชีวิต 7 สี” ต่อความรู้ การรับรู้ตามทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันและการควบคุมระดับความรุนแรงของโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ตำบลแม่กา อำเภอมือง จังหวัดพะเยา. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 39(2), 127-141.
- สำนักโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *คู่มือปฏิบัติการเพื่อดำเนินงานลดโรคไตเรื้อรัง (CKD) ในผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง*. นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- เสาวนีย์ ชนะพาล. (2558). *ผลของโปรแกรมสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมจัดการในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนบำบัดทดแทนไต* (วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- Canadian Diabetes Association Clinical Practice Guidelines Expert Committee, Jones, H., Berard, L. D., MacNeill, G., Whitham, D., & Yu, C. (2013). Self-management education. *Canadian Journal of Diabetes*, 37(Suppl1), 26-30.
- Creer, T. L. (2000). Self-management of chronic illness. In M. Boekaerts, P. R. Pintrich, & M. Zeidner (Eds.), *Handbook of self-regulation* (p. 601–629). California: Academic Press. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/B978-012109890-2/50047-0>
- Creer, T. L., & Holroyd, K.A. (1997). Self-management. In A. Baum, S. Newman, J. Weinman, R. West, & C. McManus (Eds.). *Cambridge handbook of psychology, health, and behavior* (pp.255-258). London: Cambridge University Press.
- Eknoyan, G., Lameire, N., Eckardt, K., Kasiske, B., Wheeler, D., Levin, A., ... & Levey, A. S. (2013). KDIGO 2012 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. *Kidney International*, 3(1), 5-14.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175–191.
- Ingsathit, A., Thakkestian, A., Chaiprasert, A., Sangthawan, P., Gojaseni, P., Kiattisunthorn, K., ... & Thai-SEEK Group. (2010). Prevalence and risk factors of chronic kidney disease in the Thai adult population: Thai SEEK study. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 25(5), 1567-1575.
- Klein, M., Mogles, N., & Van Wissen, A. (2014). Intelligent mobile support for therapy adherence and behavior change. *Journal of Biomedical Informatics*, 51, 137-151.
- Lorig, K. R., & Holman, H. R. (2003). Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 26(1), 1-7.