

บริบทที่ส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อชะลอ ความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

The Context That Promotes Self-care to Delay the Deterioration of the Kidney in Patients with Chronic Kidney Disease

เพชรรัตน์ เจิมรอด, ปร.ด. (การวิจัยและสถิติทางวิทยาการปัญญา)¹

Petcharat Jermrod, Ph.D. (Research and Statistics in Cognitive Science)¹

นวลักษณ์ กลางบุรีรัมย์, ศศ.ม. (บรรณารักษศาสตร์และสารสนเทศศาสตร์)²

Nawalak Klangburam, M.A. (Library and Information Science)²

Received: November 3, 2021 Revised: December 5, 2021 Accepted: December 7, 2021

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาบริบทที่ส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3b-ระยะ 4 ในพื้นที่ 6 ภาค ภาคละ 15 คน รวมจำนวน 90 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย ผู้วิจัย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล แนวคำถามในการสัมภาษณ์ และแบบบันทึกภาคสนาม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสังเกต ในช่วงเดือนพฤษภาคมถึงเดือนสิงหาคม 2564 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า บริบทสำคัญที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังใส่ใจในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อชะลอความเสื่อมของไต มี 7 ประการ ได้แก่ 1) การมีข้อมูลด้านสุขภาพเพียงพอ 2) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง 3) การเข้าถึงบริการได้ง่าย ใกล้บ้าน 4) ความเชื่อมั่นในแพทย์และพยาบาลผู้ให้บริการ 5) การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว 6) การมีที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ/ช่องทางผ่อนคลายความเครียด และ 7) การมีเป้าหมายในชีวิต

¹ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

¹ Assistant Professor, Faculty of Nursing, Suan Dusit University

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: petcharat_jer@dusit.ac.th

² นักวิชาการอิสระ

² Freelance Academic Researcher

การวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรสุขภาพในหน่วยบริการของรัฐระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ ควรพิจารณำบริบททั้ง 7 ประการ มาเป็นแนวทางในการจัดระบบบริการหรือกิจกรรมการพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ใส่ใจดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อชะลอ ความเสื่อมของไต

คำสำคัญ: บริบทที่ส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเอง ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง การชะลอความเสื่อมของไต

Abstract

This qualitative research aimed to study the context that promotes self-care to delay the deterioration of the kidney in patients with chronic kidney disease. The participants were 90 patients with chronic kidney disease stage 3b–stage 4, from 6 regions by county, 15 participants per region. The research tools consisted of the researchers, the personal data record form, the interview questions, and the field record form. Data were collected by in-depth interview and observation from May to August 2021. Data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, and content analysis.

The research results revealed that seven contexts that promote self-care to delay the deterioration of the kidney in patients with chronic kidney disease were composed of 1) having enough health information 2) self-esteem 3) access to health services easily and nearby home 4) trust in the doctors and nurses who are service providers 5) family support 6) having a mental binder/ stress relief channel, and 7) having a goal of life.

This research suggests that health workers in primary and secondary government services should consider these seven contexts as a guideline for nursing services or promoting activities for patients with chronic kidney disease who are entitled to national health security to have proper self-care to delay the deterioration of the kidney.

Keywords: The context that promotes self-care, Chronic kidney disease, Delaying the deterioration of the kidney

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease [CKD]) เป็นปัญหาทางสุขภาพของประชากรทุกประเทศจากความชุกที่สูงขึ้นอย่างรวดเร็ว จนทั่วโลกตระหนักกว่าเป็นโรคร้าย (Vejakama, Ingsathit, Attia, & Thakkestian, 2015) ชาวอเมริกันวัยผู้ใหญ่ 30 ล้านคน เป็นโรคไตเรื้อรัง (National Kidney Foundation, 2021) โดยมีความชุกร้อยละ 13.10 (Vejakama et al., 2015) ประเทศแถบทวีปแอฟริกามีความชุกร้อยละ 15.80 (Kaze, Llori, Jaar, & Echouffo-Tcheugui, 2018) และประเทศออสเตรเลียมีความชุกร้อยละ 11.50 (Venuthurupalli, Hoy, Healy, Cameron, & Fassett, 2017) อีกทั้งประชากรชายโรปร้อยละ 10 หรือประมาณ 70 ล้านคน สูญเสียการทำงานไตบางส่วน และมีความเสี่ยงสูงที่จะต้องพึ่งการรักษาทดแทนไตด้วยการล้างไตหรือการปลูกถ่ายไต (European Renal Association, 2015) ส่วนประเทศแถบทวีปเอเชีย ผลการสำรวจความชุกของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา มีดังนี้ ประเทศเกาหลีใต้สำรวจในปี พ.ศ. 2552 มีความชุกร้อยละ 13.70 ประเทศสิงคโปร์สำรวจในปี พ.ศ. 2553 มีความชุกร้อยละ 15.60 ประเทศจีนสำรวจในปี พ.ศ. 2555 มีความชุกร้อยละ 10.80 และประเทศอินเดียสำรวจในปี พ.ศ. 2556 มีความชุกร้อยละ 17.20 (ประเสริฐ ธนกิจจารุ, 2558) สำหรับกลุ่มประเทศอาหรับในแถบตะวันออกกลาง ยังไม่มีรายงานความชุกของการเกิดโรคไตเรื้อรัง เนื่องจากที่ผ่านมายังมีการศึกษาในประเด็นนี้น้อย จึงทำให้มีข้อมูลไม่เพียงพอ (Farag, Kari, & Singh, 2012) สำหรับประเทศไทย การสำรวจอย่างเป็นระบบของโครงการ Thai SEEK Study ในปี พ.ศ. 2552 พบความชุกของโรคไตเรื้อรังร้อยละ 17.50 (Ingsathit et al., 2010) พื้นที่กรุงเทพมหานคร ภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีความชุกสูงกว่าภาคกลาง

และภาคใต้ (โสภณ เมฆพน, 2561; Ingsathit et al., 2010) โดยการกระจายตัวของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีมากที่สุดในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล รองลงมาคือ จังหวัดเชียงราย (ประเสริฐ ธนกิจจารุ, 2558; โสภณ เมฆพน, 2561; Ingsathit et al., 2010) และทั่วประเทศมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังประมาณ 8 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องรับการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดหรือการล้างไตทางช่องท้อง ประมาณ 1 แสนคน (โสภณ เมฆพน, 2561)

การเพิ่มขึ้นของโรคไตเรื้อรังในปัจจุบัน ส่วนหนึ่งมาจากปัจจัยด้านอายุ (ประเสริฐ ธนกิจจารุ, 2558; โสภณ เมฆพน, 2561; Ingsathit et al., 2010) อายุที่เพิ่มขึ้นทำให้ไตมีการเสื่อมสภาพตามวัยและสูญเสียการทำงาน นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นที่ทำให้อุบัติการณ์ของโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้น ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง กลุ่มโรคที่ทำให้เกิดการอักเสบและเกิดความเสียหายต่อหน่วยกรองของไต โรคถุงน้ำในไต ที่จะเบียดและทำลายเนื้อเยื่อไตที่อยู่โดยรอบโรคไตและโรคอื่นที่ส่งผลกระทบต่อระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย การมีกรดยูริกในเลือดสูงจนทำให้เป็นโรคไตจากเกาต์ โรคไตอักเสบเรื้อรังจากการติดเชื้อภาวะที่มีสิ่งกีดขวางการไหลของปัสสาวะ ทำให้ปัสสาวะคั่งและเกิดการติดเชื้อซ้ำ ๆ เช่น นิ่วในไต เนื้องอก หรือต่อมลูกหมากโตในผู้ชาย การสูบบุหรี่ ความอ้วน การรับประทานยาแก้ปวดต่อเนื่องเป็นเวลานาน และการให้ยาแผนโบราณ (ประเสริฐ ธนกิจจารุ, 2558; โสภณ เมฆพน, 2561; European Renal Association, 2015; Ingsathit et al., 2010) อีกทั้งมีการศึกษาพบว่า การรับประทานสมุนไพรบางชนิด เช่น หนานเฉาเหว่ย ถั่งเช่า เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคไตได้ แม้สรรพคุณของสมุนไพรดังกล่าวจะช่วยลดเบาหวาน บำรุงไต แต่พบว่า สมุนไพรที่บำรุงไตจะทำให้เลือดไปเลี้ยงไตมากขึ้น จึงทำให้ไตทำงาน

หนักขึ้น จนเกิดภาวะไตวายเฉียบพลัน (โสภณ เมฆธน, 2561)

ประเด็นต่าง ๆ ที่กล่าวมาข้างต้นนั้น ล้วนเป็นสาเหตุของโรคไตเรื้อรังทั้งสิ้น แต่สาเหตุหลัก 2 ประการที่มีอัตราส่วนถึงสองในสามของสาเหตุทั้งหมด คือ โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง (ประเสริฐ ธนกิจจารุ, 2558) ซึ่งมีผลการศึกษาสนับสนุนว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีโรคไตเรื้อรังร่วมด้วยมีการดำเนินโรคไปสู่ภาวะไตวายเร็วกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น 2 เท่า ส่วนสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง คือ โรคหัวใจ เพราะโรคไตเรื้อรังเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (ประเสริฐ ธนกิจจารุ, 2558; Vejakama et al., 2015) จากการศึกษาติดตามอุบัติการณ์การเกิดโรคไตเรื้อรังและความก้าวหน้าของโรคในอาสาสมัครจากโครงการ Thai SEEK 1 เป็นเวลา 8 ปี (โครงการ Thai SEEK 2) พบอุบัติการณ์การเกิดโรคไตเรื้อรังในอาสาสมัครกลุ่มปกติสูงถึงร้อยละ 28 โดยพบการรั่วของอัลบูมินในปัสสาวะ สำหรับปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคไตเรื้อรังในอาสาสมัครกลุ่มนี้ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และการมีรายได้น้อย ส่วนอาสาสมัครที่เป็นโรคไตเรื้อรังแล้วนั้น ปัจจัยที่มีผลทำให้ระยะของโรคแย่ลงจนต้องฟอกเลือดล้างไต คือ โรคเบาหวาน และการมีระดับกรดยูริกในเลือดสูง โดยพบความก้าวหน้าของโรคถึงร้อยละ 23 และจากการติดตามสาเหตุการเสียชีวิตของอาสาสมัครจากโครงการ Thai SEEK 1 พบว่า สาเหตุหลักมาจากโรคมะเร็ง โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด และโรคติดเชื้อ (อติพร อิงค์สาธิต และคณะ, 2560)

ผลกระทบที่เกิดจากการป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังที่เด่นชัดที่สุด คือ ภาระด้านเศรษฐกิจในการดูแลสุขภาพ โดยพบว่า ค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยชาวยุโรปที่ต้องล้างไต คือ ประมาณ 80,000 ยูโรต่อปี (European Renal Association, 2015) สำหรับประเทศไทย

รายงานประจำปี 2561 ของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ระบุว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องรับการบำบัดทดแทนไตทุกสิทธิการรักษา มีจำนวน 128,907 คน (คณะกรรมการลงทะเบียนการบำบัดทดแทนไตในประเทศไทย [TRT] สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2562) โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรายงานว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในปีเดียวกัน มีจำนวน 50,000 คน แบ่งออกเป็นผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง (CAPD) ประมาณ 30,000 คน และผู้ป่วยที่ฟอกไตด้วยเครื่องฟอกไตเทียม ประมาณ 20,000 คน ต้องใช้งบประมาณในการดูแลรักษากว่า 20,000 ล้านบาทต่อปี (โสภณ เมฆธน, 2561) ดังนั้น เมื่อหักจำนวนผู้ป่วยที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติออก จะเป็นผู้ป่วยที่ใช้สิทธิการรักษาอื่นอีกจำนวน 78,907 คน ซึ่งยังไม่มีการรวบรวมรายงานค่าใช้จ่ายไว้ แต่หากคิดค่าใช้จ่ายโดยอนุโลมตามผู้ป่วยที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแล้ว จำนวนค่าใช้จ่ายจะเพิ่มขึ้นอีกกว่าเท่าตัว ซึ่งนับว่าเป็นภาระค่าใช้จ่ายที่สูงมาก

จากข้อมูลสถานการณ์ปัญหาดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขในฐานะหน่วยงานที่รับผิดชอบด้านสุขภาพอนามัยของประชาชน ได้ตระหนักถึงผลกระทบในวงกว้างของปัญหาเหล่านี้ จึงได้มีนโยบายในการส่งเสริมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงไม่ให้เจ็บป่วยจากโรคที่สามารถป้องกันได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง โดยมีการจัดระบบบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเหล่านี้อย่างทั่วถึง มีการติดตามเฝ้าระวังไม่ให้มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ค้นหาผู้ที่มีภาวะไตเสื่อมให้ได้รับการตรวจรักษาเพื่อชะลอความเสื่อมของไตให้ช้าที่สุด เพราะเป้าหมายสำคัญของการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีลดภาระทางเศรษฐกิจของผู้ป่วย ครอบครัว และ

ภาพรวมของประเทศชาติ คือ การชะลอความเสื่อมของไต อย่างไรก็ตาม ยังไม่สามารถยับยั้งอัตราความก้าวหน้าของโรคไต ดังจะเห็นได้จากความชุกของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไตเสื่อมมากขึ้น จนต้องรับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีฟอกเลือดล้างไตทางช่องท้อง หรือปลูกถ่ายไต ในช่วงปี พ.ศ. 2559–2563 เพิ่มขึ้นทุกปี จาก 1,531 คน เป็น 1,726 คน 1,942 คน 2,274 คน และ 2,580 คน ต่อล้านประชากร ตามลำดับ (คณะอนุกรรมการลงทะเบียนการบำบัดทดแทนไต [TRT] สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2563) ทั้งนี้ บุคลากรสุขภาพได้ตระหนักถึงปัญหาดังกล่าว และมุ่งหวังที่จะจัดระบบบริการเพื่อสนับสนุนการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ซึ่งสิ่งสำคัญที่สุด คือ ตัวผู้ป่วยเองต้องร่วมมือกับบุคลากรสุขภาพในการดูแลตนเอง ต้องปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพที่ดี แต่สิ่งดังกล่าวขึ้นอยู่กับบริบทใดบ้าง เพื่อให้สามารถเข้าใจผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมากขึ้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเพื่อค้นหาคำตอบจากผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังกลุ่มที่ใส่ใจดูแลสุขภาพตนเอง จนสามารถชะลอความเสื่อมของไตได้ โดยไม่ปล่อยให้เป็นภาระของหน่วยบริการและบุคลากรสุขภาพเพียงอย่างเดียว ซึ่งการใส่ใจดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเป็นตัวแปรสำคัญในการคงไว้ซึ่งสุขภาพและความสำเร็จตามเป้าหมายร่วมกันของผู้ป่วยและบุคลากรสุขภาพผู้ให้บริการ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาบริบทที่ส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

แนวคิดเบื้องต้นที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้การศึกษาตามแนวปรากฏการณ์วิทยาของไฮเดกเกอร์ (Horrigan-kelly,

Millar, & Dowling, 2016) ที่มีพื้นฐานจากปรัชญาอัตถิภาวนิยม (existentialism) ซึ่งเป็นแนวทางที่เน้นธรรมชาติการดำรงอยู่ของแต่ละบุคคลในปรากฏการณ์หนึ่ง เพื่อค้นหาความหมายของปรากฏการณ์ดังกล่าวที่มีต่อบุคคลผู้นั้น การให้ความหมายสิ่งใดของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับการรับรู้และการตีความของบุคคลผู้นั้น ภูมิหลังของบุคคล เช่น วัฒนธรรม ความเป็นอยู่ การศึกษา ฐานะครอบครัว ล้วนมีส่วนสำคัญต่อการตีความและการให้ความหมาย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) ตามแนวปรากฏการณ์วิทยาของไฮเดกเกอร์ (Horrigan-kelly et al., 2016)

ผู้ให้ข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3b–ระยะ 4 ที่มีค่าการทำงานของไต (GFR) ในระยะเวลา 1 ปีย้อนหลัง คงที่หรือดีขึ้น (ซึ่งให้ข้อสันนิษฐานว่าสามารถคงสภาพของไต หรือชะลอความเสื่อมของไตได้) ในพื้นที่ 6 ภาค ภาคละ 2 จังหวัด ได้แก่ ภาคเหนือ: จังหวัดเชียงรายและจังหวัดพิจิตร ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ: จังหวัดขอนแก่นและจังหวัดสุรินทร์ ภาคกลาง: จังหวัดสระบุรีและจังหวัดปทุมธานี ภาคตะวันออก: จังหวัดฉะเชิงเทราและจังหวัดตราด ภาคตะวันตก: จังหวัดเพชรบุรีและจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ และภาคใต้: จังหวัดสุราษฎร์ธานี และจังหวัดสงขลา โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลคือ 1) ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2) อายุ 45–75 ปี 3) รับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของรัฐไม่น้อยกว่า 3 ปี 4) สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ 5) ไม่มีความบกพร่องทางสติปัญญา การได้ยิน การรับรู้ และการสื่อสาร และ 6) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย สำหรับจำนวนผู้ให้ข้อมูล ใช้เกณฑ์

ของ Nastasi and Schensul (2005) ที่กำหนดว่า การสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลัก และ/หรือการสัมภาษณ์เชิงลึก ควรใช้จำนวนผู้ให้ข้อมูล 5-30 คน เพื่อความครอบคลุม ผู้วิจัยจึงกำหนดจำนวนผู้ให้ข้อมูลภาคละ 15 คน รวมจำนวน 90 คน โดยรับสมัครผู้ให้ข้อมูลตามเกณฑ์ที่กำหนด ผ่านทางบุคลากรสุขภาพที่เป็นผู้ประสานงานในพื้นที่ และดำเนินการสัมภาษณ์จนข้อมูลที่ได้มีความอิ่มตัว

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มีดังนี้

1. ผู้วิจัย เป็นเครื่องมือที่สำคัญ มีการเตรียมความพร้อมโดยศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งทบทวนเทคนิคการสัมภาษณ์เชิงลึก การรับฟังอย่างมีประสิทธิภาพ และการสะท้อนคิด

2. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา แหล่งรายได้ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ผู้ดูแลให้ความช่วยเหลือ และที่พักอาศัย จำนวน 8 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

3. แนวคำถามในการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวัน (อาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด ความชอบส่วนตัว ฯลฯ) ข้อมูลด้านสุขภาพ ประวัติการเจ็บป่วย การรักษาทั้งแผนปัจจุบันและการรักษาทางเลือก การใช้ยาหรือผลิตภัณฑ์เพื่อจุดประสงค์ด้านสุขภาพ พฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพ ความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติเกี่ยวกับโรคประจำตัวที่เป็น ความเชื่อต่างๆ ที่ผู้ป่วยยึดถือและมีผลต่อการตัดสินใจในการใช้ชีวิตประจำวัน ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาของแพทย์ การปฏิบัติตัวหลังแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรัง แหล่งความช่วยเหลือ สนับสนุน และบทบาทในครอบครัว/ชุมชน มีลักษณะคำถามเป็น

แบบปลายเปิด

4. แบบบันทึกภาคสนาม ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับรหัสผู้ให้ข้อมูล วัน-เวลาที่สัมภาษณ์ สถานที่ในการสัมภาษณ์ และสิ่งที่สังเกตได้ขณะทำการสัมภาษณ์ เช่น การแสดงสีหน้า ท่าทาง อารมณ์ สิ่งแวดล้อม บรรยากาศ

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแนวคำถามในการสัมภาษณ์ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ตรวจสอบความเหมาะสมของคำถาม ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยอายุรแพทย์โรคไต พยาบาลผู้เชี่ยวชาญโรคไต และอาจารย์พยาบาล ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล มีดังนี้ 1) หลังจากโครงการวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยสวนดุสิต (เอกสารรับรองเลขที่ SDU-RCI 2021-0121 วันที่ 14 พฤษภาคม 2564) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยผ่านสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ เตรียมผู้ช่วยผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ และเจ้าพนักงานสาธารณสุข/นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 2 คน เพื่อช่วยบันทึกข้อมูล และบันทึกเทปการสัมภาษณ์ จากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยพบผู้ให้ข้อมูล แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล (ข้อ 2) และให้ผู้ให้ข้อมูลตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล (หากผู้ให้ข้อมูลไม่สะดวก ผู้วิจัยอ่าน

ข้อคำถามและบันทึกข้อมูลให้) ใช้เวลาคนละ 5–10 นาที จากนั้นผู้วิจัยขออนุญาตบันทึกเทประหว่างการสัมภาษณ์ และดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกตามแนวคำถามในการสัมภาษณ์ โดยใช้เวลาคนละ 45–50 นาที ขณะทำการสัมภาษณ์ ผู้ช่วยผู้วิจัยสังเกตพฤติกรรมและสิ่งต่าง ๆ บันทึกข้อมูลในแบบบันทึกภาคสนาม เมื่อการสัมภาษณ์เสร็จสิ้น ผู้วิจัยถอดเทปการสัมภาษณ์ วิเคราะห์เนื้อหา และตรวจสอบเนื้อหาที่วิเคราะห์แล้ว หากประเด็นใดยังไม่ชัดเจน จะสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลเพิ่มเติม ก่อนเดินทางออกจากพื้นที่

ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤษภาคมถึงเดือนสิงหาคม 2564

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยถอดเทปการสัมภาษณ์นำมาประกอบกับข้อสังเกตที่บันทึกไว้ระหว่างการสัมภาษณ์ ดำเนินการกับข้อมูลดังกล่าวเป็นรายบุคคลจนครบ ทบทวนเนื้อหาสาระ โดยการอ่านแบบใคร่ครวญ เพื่อทำความเข้าใจข้อมูลทั้งหมดว่ามีความหมายและขอบเขตใดบ้าง จากนั้นจึงกำหนดรหัส (coding) ให้ข้อมูลที่มีความหมายและขอบเขตเดียวกัน กำหนดรหัสข้อมูลจนครบ นำมารวมเป็นหมวดหมู่ (categories) และตั้งชื่อเพื่อสื่อถึงคุณลักษณะของข้อมูลในหมวดหมู่นั้น จากนั้นพิจารณาข้อมูลในหมวดหมู่ที่จัดไว้ว่าอยู่ในหัวเรื่องหลัก (theme) ไต่บ้าง สรุปประมวลความโดยใช้ภาษาทางวิชาการ ในการอธิบายเรื่องราวให้ครอบคลุมเนื้อหา คัดเลือกประโยคคำพูดที่ยืนยันข้อสรุปได้ชัดเจนที่สุดมาประกอบ (Holloway & Galvin, 2017)

สำหรับการสร้างความน่าเชื่อถือของข้อมูล ผู้วิจัยใช้วิธีการตรวจสอบสามเส้า (Cohen & Manion, 1994) โดยเปรียบเทียบข้อค้นพบของปรากฏการณ์ที่ศึกษาจากมุมมองที่ต่างกัน เมื่อสัมภาษณ์เสร็จจะ

ดำเนินการวิเคราะห์และจัดหมวดหมู่ข้อมูล รวมทั้งกำหนดหัวเรื่องหลักโดยสังเขปก่อนว่าจะอยู่ในขอบเขตใดบ้าง และทวนสอบกับผู้ให้ข้อมูลให้เสร็จสิ้นในวันที่สัมภาษณ์ และนำมาพิจารณาพร้อมกับผู้วิจัยร่วม เพื่อหาข้อสรุปที่ตรงกันอีกครั้ง

หมายเหตุ: จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ผู้วิจัยไม่สามารถอยู่ในพื้นที่ได้นานและต้องใช้มาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม ทำให้ผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูลทำความเข้าใจกันยากขึ้นได้ไม่ดีพอ อาจส่งผลกระทบต่อความคล่องตัวของข้อมูล อีกทั้งไม่สามารถไปสังเกตบริบทต่าง ๆ ที่บ้านของผู้ให้ข้อมูลได้

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 67.78 มีอายุต่ำสุด-สูงสุด คือ 45–75 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 65.53 ปี ($SD = 9.86$) มีสถานภาพสมรสคู่ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35.55 ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 66.67 มีแหล่งรายได้จากเงินสงเคราะห์ภาครัฐร่วมกับลูกหลาน/ญาติพี่น้องให้ คิดเป็นร้อยละ 75.55 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 4,800 บาท ($SD = 2,685$) ส่วนใหญ่มีผู้ดูแลให้ความช่วยเหลือเป็นลูกหลาน/ญาติพี่น้องที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกัน/ละแวกเดียวกัน คิดเป็นร้อยละ 60 และมีที่พักอาศัยเป็นบ้านของตนเอง/บ้านที่ตนเองมีส่วนร่วมในกรรมสิทธิ์หรือได้สิทธิอยู่อาศัย มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.33

2. บริบทที่ส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พบว่าบริบทสำคัญที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังใส่ใจในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อชะลอความเสื่อมของไต วิเคราะห์และสรุปได้ 7 ประการ ได้แก่ 1) การมีข้อมูลด้านสุขภาพเพียงพอ 2) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง 3) การเข้าถึงบริการได้ง่าย ใกล้บ้าน 4) ความเชื่อมั่นใน

แพทย์และพยาบาลผู้ให้บริการ 5) การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว 6) การมีที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ/ ช่องทางผ่อนคลายความเครียด และ 7) การมีเป้าหมายในชีวิต ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 การมีข้อมูลด้านสุขภาพเพียงพอ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมักมีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังประจำตัวอยู่ก่อน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จึงมีประสบการณ์ในการรับบริการในสถานพยาบาลอยู่แล้ว อย่างไรก็ตาม ที่ผ่านมา ส่วนใหญ่อาจยังไม่ได้ตระหนักตกใจ หรือให้ความสนใจที่จะดูแลตนเอง นอกจากการไปตรวจรักษาตามนัดปกติ อาจเป็นเพราะคิดว่าโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเหล่านี้เป็นโรคที่พบได้กับคนส่วนใหญ่เมื่อมีอายุมากขึ้น เนื่องจากอัตราป่วยของทั้งสองโรคนี้นั้นค่อนข้างสูง จึงพบผู้ป่วยด้วยโรคดังกล่าวได้ทั่วไป ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“ใครๆ ก็เป็นกัน ถึงเวลาที่มาอายุ นี้ก็เป็นเบาหวานมาจะสิบปีแล้ว ความดันเพิ่งมาสองปี...ก็ไม่ได้รู้สึกผิดปกติมากมายอะไร” (P10)

“โรคความดัน เบาหวาน มันมาพร้อมกับอายุ” (P22, P48, P52)

“แก่แล้วก็มีโรค ไม่มีอะไรดี” (P74)

“ได้วัยแล้ว โรคก็มาเป็นธรรมดา” (P34)

แต่เมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไต มีภาวะไตเสื่อม ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีความรู้ดีกว่าโรคนั้นรุนแรงกว่าโรคเดิมที่ตนเองเป็นอยู่ เพราะไตเป็นอวัยวะสำคัญทำให้เกิดความกลัวและวิตกกังวลอย่างมาก จึงต้องการข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ ทั้งจากแพทย์พยาบาล บุคลากรสุขภาพอื่น และสื่อต่างๆ การเข้าถึงแหล่งข้อมูลเหล่านี้ทำให้ได้ข้อมูลด้านสุขภาพที่เพียงพอต่อความต้องการของตนเอง เกิดความสบายใจที่ได้คำตอบในสิ่งที่วิตกกังวล ได้รับความรู้และได้แนวทางในการปฏิบัติตัวเพื่อการชะลอความเสื่อมของไตให้ช้าที่สุด ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“เครียดเลยเมื่อหมอบอกว่าไตเสื่อมแล้ว

ถ้าปล่อยให้เสื่อมไปเรื่อย ๆ ต้องล้างไต พยาบาลเขาพาไปห้องปรึกษา ก็รู้ว่าต้องทำอะไรเพื่อใหมันเสื่อมช้าลง ก็พอจะโล่งใจบ้างที่ยังมีแนวทาง” (P22)

“ตอนแรกก็ไม่รู้หรอกนะว่าเป็นโรคไตแล้วจะยังไป...แต่รู้สึกว่ามันกลัว ก็กลับมาถามเอาจากหมออนามัยแถวบ้าน เขาก็ให้ความรู้เยอะแยะ...” (P5)

“พยาบาลเขามาแนะนำและให้ออกสารมาก็พอจะรู้ว่าต้องลดการกินเค็ม ก็มีตัวอย่าง สบยี่ห้ออะไรก็ตามเขา มีเบอร์โทรให้ติดต่อ” (P80)

“ลูกหลานก็พยายามหาคลิปหาอะไรเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวมาให้ดู...โดยหลักๆ ก็จะคล้ายๆ กันกับไบปลิว (แผ่นพับ) ของหมอ” (P34)

“ช่วงรอมหมอมาตรวจ ก็ดูรายการทางทีวีที่พยาบาลเขาเปิดให้ดู ก็มีแนะนำออกกำลังกาย ทำให้รู้ว่าจะออกกำลังกายยังไง...อยากจะทำแต่ตัวเอง” (P80)

“ที่บ้านคิดจนดาวเทียม ลูกเขาตั้งช่องที่เราชอบดูไว้ให้...ก็มีช่องสุขภาพให้ดูด้วย...ได้มีวิธีสังเกตอาการผิดปกติ ไปบอกหมอได้” (P12)

2.2 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การที่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรู้สึกว่าคุณค่าในตนเองมีคุณค่า มีความสำคัญสามารถทำประโยชน์ให้ผู้อื่นได้รับการยกย่องให้เป็นตัวอย่างเป็นแรงจูงใจสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังใส่ใจในการดูแลสุขภาพตนเอง ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลอย่างเคร่งครัด และสนใจที่จะแสวงหาวิธีการต่างๆ ที่จะส่งเสริมสุขภาพตนเองให้ดีขึ้น ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“ถ้าขาดเราชะคน ลูกเต้าลำบาก ไม่มีคนเฝ้าบ้าน” (P52)

“หมอมชมว่าป้าคุณเบาหวานและความดันได้ดี ค่าไตก็ไม่เพิ่ม นี่ยังให้ป้าเล่าให้คนอื่นฟังตอนเข้ากลุ่มว่าทำได้ยังไง” (P45)

“ถ้าเราดูแลตัวเองดี ๆ ก็ไม่เป็นภาระใคร...ช่วยเค้าทำมาหากินไม่ได้ ก็ยังช่วยทำงานบ้านก็อ้อ ๆ แก๊ก ๆ” (P45)

“ต้องดูแลตัวเองให้ดี จะได้อยู่เป็นร่วมโพธิ์ร่วมไทรให้ลูกหลานนานๆ” (P52)

“หมอเขาเกรงใจเป็นตัวอย่างกับคนอื่น ก็รู้สึกภูมิใจ ตอนนี้มีหลายคนมาปรึกษา” (P12)

“เกิดเป็นคนมันยาก ต้องอยู่ทำประโยชน์ให้เต็มที่ก่อนจะได้ไม่เสียชาติเกิด” (P12)

2.3 การเข้าถึงบริการได้ง่าย ใกล้บ้าน การที่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเข้าถึงบริการได้ง่ายจากหน่วยบริการใกล้บ้าน ไม่ต้องเดินทางไกล เป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาต่อเนื่อง ตามปกติ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีอาการอ่อนเพลียอยู่แล้วจากปัญหาด้านสุขภาพ หากต้องเดินทางไกลหรือต้องใช้เวลาในการรอพบแพทย์นานๆ จะก่อให้เกิดความท้อแท้ เบื่อหน่าย และสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ส่วนใหญ่ต้องมีผู้พามา ลูกหลานเสียเวลา ปัจจัยหลายๆ ประการนี้ทำให้ผู้ป่วยหลุดออกจากการรักษาต่อเนื่องในระบบได้ง่าย การมีหน่วยบริการใกล้บ้าน มีทีมเยี่ยมบ้าน เป็นครั้งคราว เป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างบุคลากรทีมสุขภาพของหน่วยบริการกับผู้ป่วย ผู้ป่วยรู้สึกถึงการได้รับการดูแลเอาใจใส่ มีความสนิทสนมคุ้นเคย ถ้าพูดคล้ายปรึกษาปัญหาด้านสุขภาพ จึงได้รับการแก้ไขป้องกันไม่ให้เกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรงได้ทัน่วงที ผู้ป่วยได้รับการเสริมแรงทางสังคมอย่างต่อเนื่องจนอยากปรับพฤติกรรมสุขภาพของตัวเองให้ดี เพื่อช่วยลดภาระของแพทย์ พยาบาล ที่ตนเองมีความรู้สึกดีด้วย ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“แต่ก่อนต้องไปหาหมอที่ในเมือง (โรงพยาบาล) เสียเวลาเป็นวันๆ เหนื่อยจนท้อ เสียทั้งเงิน เสียทั้งเวลา บางทีลูกหลานก็ไม่สะดวกที่จะพาไป ก็ต้องขาดนัด” (P45)

“ตอนนี้ระบบบริการดี ใช้ได้ หมอใหญ่มาตรวจจ่ายยา ที่โรงพยาบาลตำบล (รพ.สต.) แล้ว ใกล้บ้านดี ไม่เสียเวลาลูกหลานต้องพาไป เราไปเองได้” (P45)

“หมอใหญ่ก็เคยออกมาเยี่ยม มากับพยาบาล

แดดร้อน สงสารหมอ หมอบอกถ้าไม่ยากให้หมอ เหนื่อยก็ต้องรักษาสุขภาพให้ดี อย่ากินเค็ม” (P5)

“ช่วงโควิดระบาด ก็มียาจัดส่งมาที่บ้าน ไม่ต้องไปเอาเอง” (P25, P48, P70)

“วันไหน อสม.พาหมอมาเยี่ยม ไม่มีอะไรตอบแทน ก็เก็บผักเก็บหญ้าในสวนไว้ให้ อยากให้มาเยี่ยมบ่อยๆ มีกำลังใจ” (P40)

“หมอที่มาเยี่ยมบ้าน ตอนแรกๆ เห็นแก่ที่โรงพยาบาล หน้าแกลดูๆ นะ เลยไม่กล้าซักถามอะไรที่ไหนได้เวลาเจอแกมาเยี่ยมบ้าน ใจดี คุยสนุก ไม่ดูเลย ตอนนี้สงสัยอะไรก็กล้าถาม” (P45)

“หาหมอใกล้บ้าน สบายใจดี รู้จักหมอทุกคน เพราะรักษากันมานานจนคุ้นเคย เจ็บป่วยอะไรก็ไปหาได้ตลอด ไม่ต้องรอให้เป็นเยอะ” (P34)

2.4 ความเชื่อมั่นในแพทย์และพยาบาล ผู้ให้บริการ บุคลิกลักษณะของแพทย์และพยาบาลที่เป็นผู้ให้บริการสุขภาพ แสดงออกถึงการมีความรู้ความสามารถ มีหลักการนำเชื่อถือ มีส่วนสำคัญต่อการให้ความร่วมมือในแผนการรักษาและการปฏิบัติตัวเพื่อการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสมของผู้ป่วย การพูดจา สื่อสาร การยกเหตุผลประกอบให้เข้าใจง่าย การปฏิบัติเป็นตัวอย่าง การชี้ข้อดีข้อเสียของผลิตภัณฑ์หรือวิธีการดูแลสุขภาพที่ผู้ป่วยนำมาปรึกษาในเชิงวิชาการ โดยไม่ตัดสินหรือโน้มนำให้เชื่อเพื่อผลประโยชน์ส่วนตัว เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นในตัวผู้ให้บริการและบริการที่ได้รับ จึงส่งผลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำได้อย่างไม่ลังเล ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“หมอเขาเก่งนะ จะพูดจะจาอะไรก็รู้ดีกว่า เชื่อถือได้” (P15)

“ทำตามหมอแนะนำนะดีแน่ เพราะเขาเรียนมา...เขาไม่ได้ประโยชน์อะไรด้วย แต่เราเป็นคนได้ประโยชน์” (P41)

“เห็นโฆษณา...(ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารยี่ห้อหนึ่ง) ว่าบำรุงไต เอาไปถามหมอเขา เขาไม่รู้ เจอกัน

วันหลังเขาก็ไปหาข้อมูลมาบอก” (P80)

“อะไรที่หมอรับปากไว้ไม่เคยล้มเลย พูดคำไหน คำนั้น คนแบบนี้เป็นคนดี เชื่อถือได้” (P80)

“หมอเขาแนะนำให้รางดกินเค็ม เราก็เคยเห็น หมอเขากินกล้วยเดี่ยวตอนมาออกหน่วย เขาไม่ปรุงเลย แสดงว่าเขาก็แนะนำเราในสิ่งที่เขาทำ” (P12)

“เขาไม่บังคับให้เราทำตามนะ แต่เขาทำให้อู” (P12)

หมายเหตุ “หมอ” ในที่นี้ หมายถึง พยาบาล และบุคลากรสุขภาพทุกประเภท เนื่องจากคนต่างจังหวัดนิยมเรียกบุคลากรสุขภาพว่า “หมอ” และเรียกแพทย์ว่า “หมอใหญ่” (ผู้วิจัย)

2.5 การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว การที่บุคคลในครอบครัวให้การช่วยเหลือ สนับสนุน ในการใช้ชีวิตประจำวัน หรือสนับสนุนด้านกำลังใจ แก่ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกท้อแท้ การมีส่วนร่วม ในการจัดการด้านสุขภาพผู้ป่วยของบุคคลใน ครอบครัว เช่น การทำอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วย การชวนออกกำลังกาย การใช้ช่วงเวลาพักผ่อนร่วมกัน การพาไปพบแพทย์ การสนับสนุนค่าใช้จ่ายส่วนตัว สิ่งต่างๆ เหล่านี้เป็นปัจจัยเสริมที่มีส่วนทำให้สุขภาพ ของผู้ป่วยดีขึ้น ดังกล่าวต่อไปนี้

“ลูกเขาเตรียมอาหารไว้ให้ครบสามมื้อ แรกๆ ก็กินไม่ค่อยได้ มันจืดๆ ตอนหลังเขาก็ค่อยๆ ปรับ” (P10)

“ไม่ลืมนัดหมอ เพราะพ่อบ้านเขาขีดปฏิบัติ ใจไว้ให้ ถึงเวลาเขาก็เตือน” (P57)

“ลูกหลานมาเยี่ยมบ่อยๆ เทศกาลใหญ่ๆ เช่น ปีใหม่ สงกรานต์ ก็รวมญาติเยอะหน่อย...ลูกหลาน มากี่มีกำลังใจ” (P36)

“ค่าใช้จ่ายไม่มีอะไรมาก แต่ลูกๆ เขาก็รวมกัน ให้เงินใช้ เดือนละสามพันทุกเดือน ก็เอาไปทำบุญมั่ง รวมๆ ไว้แจกหลานๆ เวลามาเยี่ยมบ้าง...ไม่เครียดอะไร...สบายๆ” (P45)

“หมอแนะนำให้ออกกำลังกาย จะให้ไป กระโดดโลดเต้นแบบที่ อบต.เขาจัด เราก็ไม่ไหว หลานเขาเลยหาทางยืมมาให้” (P22)

“ไม่มีครอบครัวก็ไม่ได้ลำบากอะไร อยู่กับ พี่ๆ น้องๆ มีอะไรเขาก็ช่วยเหลือ” (P37)

“ป่าตาไม่ค่อยดี ลูกเขากลับกินยาผิด เขาเลย หาของจัดใส่ไว้ให้เป็นมือๆ” (P74)

“พอรู้ว่าเราไตเสื่อม ลูกเขาก็ไปคุยกับหมอ ว่าจะต้องรักษายังไงจะได้ไม่ดูแลได้ถูก...ช่วยจัดยา ไว้ให้...พาไปหาหมอ...ถ้าต้องล้างไต เป็นเรื่องใหญ่ ไม่อยากให้ไปถึงขนาดนั้น...เราก็ต้องดูแลตัวเองให้ดี จะได้ไม่เป็นภาระลูก...” (P74)

2.6 การมีที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ/ช่องทาง ผ่อนคลายความเครียด โรคเรื้อรังเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด บางช่วงของการดำเนินของโรคอาจสร้างความถดถอยทางอารมณ์ ความรู้สึกด้านลบให้แก่ผู้ป่วย ซึ่งจะส่งผลเสียต่อสุขภาพ การมีที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ มีช่องทางผ่อนคลายนความเครียด จะช่วยให้ผู้ป่วยผ่านช่วงเวลาที่ยากลำบากด้านจิตใจนี้ไปได้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่หาที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ช่องทาง ผ่อนคลายความเครียด ดังกล่าวต่อไปนี้

“เข้าหาทางธรรม ทำบุญทำทานให้สบายใจ...” (P31)

“ช่วงไหนเครียดๆ รู้สึกหดหู่ ก็เปิดวิทยุ ฟังเสียงสวดมนต์ ฟังอะไรไปเรื่อยเปื่อย...เพลินๆ ดี...กลับได้” (P77)

“เอาศาสนาเป็นหลักยึดเหนี่ยว เรื่องเจ็บป่วย ก็คงเป็นเวรกรรม...ใช้เวรกรรมหมด ซาดิหน้าจะได้แข็งแรง” (P31)

“เวลาเครียดๆ ก็เปิดลิเกดู...หรือไม่ก็หาดู รายการตลกๆ ทางโทรทัศน์” (P48)

“ปลูกต้นไม้แล้วสบายใจ หรือไม่ก็หาอะไรทำไป” (P58)

2.7 การมีเป้าหมายในชีวิต ส่วนหนึ่งของการใส่ใจดูแลสุขภาพเพื่อชะลอความเสื่อมของไตให้ช้าที่สุด เพราะผู้ป่วยมีเป้าหมายในชีวิตที่ยังไปไม่ถึง แบ่งออกเป็น 2 ประเด็น คือ ต้องการเห็นการเจริญเติบโต ความก้าวหน้าในชีวิตของลูกหลานหรือบุคคลอันเป็นที่รัก และอีกประเด็นหนึ่ง คือ ต้องการหลีกเลี่ยงความทุกข์ทรมานจากอาการแทรกซ้อนของโรค เมื่อถึงบั้นปลายชีวิตก็ต้องการตายดี สิ่งนี้จึงเป็นแรงจูงใจในการใส่ใจดูแลสุขภาพตนเอง ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“อยากอยู่บวชลูกหลานให้ครบก่อน...”
(P15, P52)

“ไม่อยากทรมาน ถ้าเราดูแลตัวเองดี ๆ ก็คงไม่ต้องถึงกับล้างไต...เห็นคนล้างไตแล้วทรมานแทน”
(P55)

“อยากเห็นลูกหลานมีหลักมีฐานมั่นคงก่อนจะได้ตายตาหลับ” (P9)

“อยากอยู่เลี้ยงหลาน” (P33, P68, P84)

“ที่ผ่านมาลำบากมาก พอจะสบายก็มาเป็นโรคไตอีก ยังไม่อยากจะตายเร็ว ขออยู่สบาย ๆ บ้าง”
(P37)

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยที่เป็นบริบทสำคัญที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังใส่ใจในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อชะลอความเสื่อมของไต ตามลำดับดังนี้

1. การมีข้อมูลด้านสุขภาพเพียงพอ โรคไตเรื้อรังมักพบเป็นโรคแทรกซ้อนจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นที่เป็นอยู่ก่อน โดยเฉพาะโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมอาการได้ ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยรับทราบว่าคุณภาพไตเสื่อมจนถึงขั้นแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังร่วมด้วยทำให้เกิดความรู้สึกว่าสุขภาพของตนเองแย่ง ก่อให้

เกิดความวิตกกังวลอย่างมาก จึงพยายามเสาะหาข้อมูลต่าง ๆ โดยเฉพาะข้อมูลด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังที่ตนเองสงสัยใคร่รู้ การมีข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคไต การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนและภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้าย การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไต (ภทรพรรณ อูณาภาค และขวัญชัย รัตนมณี, 2558) การได้มาของข้อมูลเหล่านี้มาจากหลากหลายแหล่ง ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลเสาะหาข้อมูลด้านสุขภาพจากบุคลากรสุขภาพ เอกสารทางการแพทย์ หรือจากสื่อโทรทัศน์ วิทยุทัศน์ อันเป็นช่องทางที่ทำให้ผู้ให้ข้อมูลมีข้อมูลด้านสุขภาพเพียงพอต่อการนำมาใช้ประโยชน์ ผู้ที่สามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือหลากหลายช่องทางจะทำให้มีข้อมูลมาประกอบการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและการจัดการสุขภาพตนเองอย่างเหมาะสม ซึ่งเป็นความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างหนึ่ง ทั้งนี้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ โดยผู้ที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงจะมีการตระหนักถึงการป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพ เช่น การฉีดวัคซีน ป้องกันโรคระบาดตามฤดูกาล มากกว่าจะปล่อยให้เจ็บป่วยแล้วถึงมารักษา ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำมีแนวโน้มที่จะประสบปัญหาสุขภาพตั้งแต่อายุน้อย และมักมีสุขภาพแย่กว่าหรือป่วยหนักจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพราะขาดความรู้และทักษะในการป้องกันและดูแลสุขภาพของตนเอง (Dewalt, Berkman, Sheridan, Lohr, & Pignone, 2004) สอดคล้องกับการศึกษาของ Jain and Green (2016) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจำกัดจะมีภาวะแทรกซ้อนสูง เพราะไม่ทราบแนวทางการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมสำหรับการดูแลสุขภาพเพื่อการชะลอภาวะไตเสื่อมของตนเอง และสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า

ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (จตุพร จันทะพุกษ์ และ ลักขณา ชอบเสียง, 2563) ดังนั้น การมีข้อมูลด้านสุขภาพเพียงพอจึงเป็นช่องทางให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีความรู้ด้านสุขภาพ รับรู้ความรุนแรงของโรค สามารถเลือกวิธีการดูแลสุขภาพตนเองและจัดการสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม เพื่อบรรลุเป้าหมายในการชะลอความเสื่อมของไต

2. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นแรงกระตุ้นทางบวกให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังหันมาดูแลเอาใจใส่ในการดูแลสุขภาพตนเองจนสามารถชะลอความเสื่อมของไตได้ เพราะคนที่รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าจะเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง เชื่อว่าตนเองทำได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Poorgholami, Javadpour, Saadatmand, and Jahromi (2015) ที่พบว่า ผู้ป่วยไตวายที่ต้องเข้ารับการรักษาด้วยการฟอกไตที่เห็นคุณค่าในตนเองต่ำ จะมีความมุ่งมั่นในการรักษาตัวลดลงและไม่ใส่ใจตนเอง และสอดคล้องกับการศึกษาของวัน ประทุมสุวรรณ และบัวทอง สว่างโสภาคกุล (2564) ที่พบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย

3. การเข้าถึงบริการได้ง่าย ใกล้บ้าน ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ความเสื่อมถอยของร่างกายประกอภกับพยาธิสภาพของโรคทำให้ผู้ป่วยเหนื่อยและอ่อนเพลียง่าย หากต้องเดินทางไกลหรือใช้เวลารอคอยรับบริการนาน อีกทั้งในการเดินทางไปรับบริการจากสถานบริการที่อยู่ไกล ส่วนใหญ่ไม่สามารถไปเองได้ ต้องพึ่งพาญาติหรือญาติพี่น้องในการเดินทางไปพบแพทย์ตามนัด สิ่งนี้จึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยรับการรักษาไม่ต่อเนื่องแต่จากนโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประเทศไทย

มีการปรับเปลี่ยนระบบบริการเป็นเชิงรุก พัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ ใกล้บ้าน เพื่อให้ผู้รับบริการเข้าถึงบริการได้ง่าย ไม่ต้องเดินทางไกล และไม่ต้องไปแออัดที่สถานบริการขนาดใหญ่ในเมือง สอดคล้องกับผลการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอจักษ์ราช จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ผู้รับบริการมีความพึงพอใจในระดับดีมาก เพราะมีความยืดหยุ่นในช่วงเวลาที่สะดวกต่อการเข้ารับบริการสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรดี บุคลากรมีความสุภาพ เป็นมิตร และสนใจฟังในสิ่งที่ผู้ป่วยซักถามลดระยะเวลาารับบริการ เมื่อเปรียบเทียบกับหน่วยบริการระดับที่สูงกว่า นอกจากนี้ การให้บริการปฐมภูมิยังมีการติดตามเยี่ยมบ้านและให้บริการสุขภาพเชิงรุกซึ่งทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลต่อเนื่อง (อรทัย มานะธรรุระ, 2555)

4. ความเชื่อมั่นในแพทย์และพยาบาลผู้ให้บริการ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เป็นผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ทั้งหมดอยู่ในสังคมชั้นกลางและสังคมชนบท ทางเลือกในการรับบริการจึงขึ้นอยู่กับระบบบริการพื้นฐานที่ทางรัฐจัดให้ โดยอยู่ในระดับปฐมภูมิและระดับทุติยภูมิ การรับรู้คุณภาพบริการขึ้นอยู่กับสัมพันธ์ภาพส่วนบุคคลกับผู้ให้บริการเป็นสำคัญ เหตุผลของการให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นไปเพื่อประโยชน์ของผู้อื่น (ทำให้หมอบอใจ/ สงสารหมอ ไม่อยากให้หมอเหนื่อย/ ไม่เป็นภาระของลูกหลาน ฯลฯ) มากกว่าจะปฏิบัติเพราะคิดถึงประโยชน์ของตนเอง ความเชื่อมั่นไว้วางใจแพทย์และพยาบาลผู้ให้บริการด้านสุขภาพส่งผลต่อความร่วมมือในแผนการรักษา ผู้ป่วยที่ไม่มีความเชื่อมั่นและไว้วางใจผู้ให้บริการจะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ให้บริการในระดับต่ำ ทำให้ไม่ใช้โอกาสในการซักถาม ทำความเข้าใจแผนการรักษา ส่งผลถึงการปฏิบัติตนที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งความไว้วางใจเป็นปัจจัยสำคัญในการรับการรักษาที่ต่อเนื่องและปฏิบัติตามแผนการรักษา (Halbert,

Armstrong, Gandy, & Shaker, 2006)

5. การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว สังคมไทยยังคงเป็นสังคมที่ครอบครัวมีความสำคัญ มีการช่วยเหลือเกื้อกูลกันในครอบครัวและเครือญาติ โดยเฉพาะสังคมชนบท การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวจึงทำให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังหันมาเอาใจใส่ในการดูแลสุขภาพตนเองจนสามารถชะลอความเสื่อมของไตได้ สอดคล้องกับการศึกษาของเกษฎาภรณ์ นานะมิน, มาลี ล้วนแก้ว, ทอฝัน ทองสมบัติ, และ บุญกร ทิ้งชัว (2561) ที่พบว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชีวิตประจำวัน เช่น การปรุงอาหาร การช้ยา การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย การช่วยดูแลเมื่อไม่สบายเล็กน้อย การช่วยจัดการความเครียด หรือการเฝ้าระวังภาวะไม่พึงประสงค์ เช่น ค่าน้ำตาลในเลือดผิดปกติ ความดันโลหิตสูงเกินไป หรือน้ำหนักเกิน จะช่วยส่งเสริมผู้ป่วยในการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ จนสามารถช่วยชะลอความเสื่อมของไตได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของชมพูนุท สิงห์มณี, ทวีลักษณ์ วรรณฤทธิ์, และ จิราภรณ์ เตชะอุดมเดช (2560) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตผ่านทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง มีพฤติกรรมสุขภาพหลังได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวดีกว่าก่อนได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว และดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการบริการตามปกติ

6. การมีที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ/ช่องทางผ่อนคลาย ความเครียด ความเจ็บป่วยเป็นภาวะวิกฤตอย่างหนึ่ง ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลจนกลายเป็นความเครียด ยิ่งเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรังอย่างโรคไต ความวิตกกังวลและความเครียดย่อมคงอยู่ต่อเนื่องยาวนาน ภาวะเครียดเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น ภาวะอ้วนลงพุง โรคหัวใจ และหลอดเลือด โรคทางระบบประสาทรวมถึงโรคอัลไซเมอร์ (คณิน จินตนาปราโมทย์ และพรชัย

สิทธิศรีณย์กุล, 2562) ผู้ที่เป็นโรคเหล่านี้อยู่แล้วจะควบคุมพยาธิสภาพได้ยากขึ้น การป้องกันไม่ให้อาการมีความเครียดเรื้อรังจึงเป็นหนทางในการคงไว้ซึ่งสภาวะ เมื่อผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้รับทราบการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีโรคไตแทรกซ้อน แสดงถึงพยาธิสภาพที่แย่งของโรคที่เป็นอยู่เดิม ทำให้เกิดความเครียด หากไม่สามารถระบายความเครียดได้นานไปอาจเปลี่ยนเป็นโรคซึมเศร้า เบื่อหน่ายชีวิต ท้อแท้ หดห้วง การมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีความหวังซึ่งเป็นมิติทางจิตวิญญาณ ทั้งนี้ ฟลอเรนซ์ ไนดิงเกล เชื่อว่าจิตวิญญาณเป็นแหล่งสำคัญที่สุดสำหรับการเยียวยาความเจ็บป่วยของบุคคล (Young & Koopsen, 2011) ทำให้บุคคลมีพลังภายในที่แข็งแกร่ง มีความเข้มแข็งภายในตน เห็นคุณค่าของตนเอง และพร้อมสำหรับการเผชิญปัญหา (Fisher, 2010) การหาสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันไป แต่สังคมไทยที่ประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ มักนำหลักศาสนามาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยว เพื่อให้มีความเข้มแข็ง สามารถเผชิญปัญหาได้ตั้งผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในการวิจัยครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าที่พบว่า ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชนบท เมื่อนำหลักธรรมคำสอนของศาสนา มาปฏิบัติในชีวิตประจำวัน จะสามารถยอมรับความเจ็บป่วย และมีแนวทางในการดำเนินชีวิตได้อย่างสมดุล (ศิริวรรณ พิริยคุณธร, ขวัญตา บาลทิพย์, และ ขนิษฐา นาคะ, 2557) ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี การพึงเสียงสวดมนต์หรือการสวดมนต์ด้วยตนเองก็เป็นวิธียึดเหนี่ยวที่มีประสิทธิภาพวิธีหนึ่ง ซึ่งการสวดมนต์บำบัดในผู้ป่วยมะเร็งจะส่งเสริมการนอนหลับ ทำให้จิตใจสงบ เป็นสมาธิ ทำให้คิดดี คิดทางบวก และทำให้ชีวิตมีพลัง ไม่ท้อแท้ ช่วยเสริมผลการรักษาและลดอาการข้างเคียง (เขาวรัตน์ มัชฌิม, วราภรณ์ คงสุวรรณ, และกิตติกร นิลมานันต์, 2559) ดังนั้น การส่งเสริม

สนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มียึดเหนี่ยวทางจิตใจ และค้นหาช่องทางผ่อนคลายความเครียดที่เหมาะสมกับตนเอง จะช่วยให้จิตใจมีความสงบ จากการลดการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ส่งผลให้ไตและอวัยวะต่างๆ ทำงานตามปกติ ไม่หลังฮอร์โมนที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพออกมามากเกินไป โดยเฉพาะคอร์ติซอลและอะดรีนาลีน

7. การมีเป้าหมายในชีวิต การมีเป้าหมายในชีวิตเกิดจากการที่บุคคลมีความเชื่อว่า ชีวิตของตนเองมีความสำคัญหรือมีความหมาย ทำให้ดำเนินชีวิตอย่างมีทิศทาง เป้าหมายในชีวิตช่วยสร้างแรงจูงใจในการกำหนดพฤติกรรมของบุคคล การแสวงหาค้นพบความหมายและเป้าหมายในชีวิตเป็นลักษณะหนึ่งของบุคคลที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณ ทำให้บุคคลนั้นมีทิศทางในการดำเนินชีวิตที่แน่นอน มีพลังภายในที่แข็งแกร่ง และเห็นคุณค่าของตนเอง (พัชนี สมกำลัง และมาริสา ไกรฤกษ์, 2552) ซึ่งการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่เป็นผู้ให้ข้อมูลมีเป้าหมายในการที่จะมีชีวิตอยู่ เพื่อทำภารกิจของตนเองให้สมบูรณ์ ต้องการเห็นการเจริญเติบโต ความก้าวหน้าในชีวิตของลูกหลานหรือบุคคลอื่นเป็นที่รัก และต้องการหลีกเลี่ยงความทุกข์ทรมานจากอาการแทรกซ้อนของโรค จึงมีความใส่ใจในการดูแลตนเอง ซึ่งบุคคลที่มีเป้าหมายชัดเจนจะมีความกระตือรือร้นในการค้นหาตนเอง ตลอดจนมีการกระทำด้วยความทุ่มเท เพื่อให้บรรลุเป้าหมายนั้น สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเป้าหมายร่วมกันในการดูแลตนเอง ที่พบว่า ผู้ป่วยมีการพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการฟื้นฟูสภาพร่างกายตนเองอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดีขึ้น (ริงฤทธิ์ ทองอยู่, ดวงพร ปิยะคง, และสมลักษณ์ เทพสุริยานนท์, 2562) การมีเป้าหมายในชีวิตมีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับผลลัพธ์ด้านสุขภาพกาย

และสุขภาพใจที่ดีขึ้นในผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่มีเป้าหมายในชีวิตระดับปานกลางถึงระดับสูง มีการปฏิบัติตามบริการด้านการป้องกันเพิ่มขึ้น ค่าใช้จ่ายด้านการดูแลสุขภาพพลดลง และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น (Musich, Wang, Kraemer, Hawkins, & Wicker, 2018) ซึ่งเป้าหมายในชีวิตของแต่ละบุคคลย่อมแตกต่างกันไป หากบุคลากรสุขภาพมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังค้นพบเป้าหมายในชีวิตของตนเอง จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความมุ่งมั่นที่จะดูแลตนเองเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรสุขภาพในหน่วยบริการสุขภาพของรัฐระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิควรพิจารณานำบริบททั้ง 7 ประการ มาใช้เป็นแนวทางในการจัดระบบบริการหรือกิจกรรมการพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ใส่ใจในการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อชะลอความเสื่อมของไต

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาในลักษณะเดียวกับการวิจัยครั้งนี้ โดยศึกษาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังภายใต้บริบทอื่นหรือในสังคมและวัฒนธรรมอื่น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณมหาวิทยาลัยสวนดุสิต ที่สนับสนุนทุนวิจัยจากงบประมาณด้านวิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม ประเภทงานวิจัยมูลฐาน ประจำปีงบประมาณ 2564 ขอขอบพระคุณแพทย์หญิงดลนภา ภัทรจิตินันท์ อายุรแพทย์โรคไต และศาสตราจารย์ (พิเศษ) แพทย์หญิงภัทรา คุระทอง ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรศาสตร์โรคไต ที่ให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

เอกสารอ้างอิง

- เกษฎาภรณ์ นาขะมิน, มาลี ล้วนแก้ว, ทอฝัน ทองสมบัติ, และบุญกร ทิ้งชู้. (2561). การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลเพื่อชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ สาขามนุษยศาสตร์ และสังคมศาสตร์*, 5(พิเศษ), 160–171.
- คณะอนุกรรมการการลงทะเบียนการบำบัดทดแทนไตในประเทศไทย (TRT) สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2562). *ข้อมูลการบำบัดทดแทนไตในประเทศไทย พ.ศ. 2559–2562*. สืบค้นจาก <https://www.nephrothai.org/wp-content/uploads/2021/01/1.TRTR-Annual-report-2016-2019.pdf>
- คณะอนุกรรมการการลงทะเบียนการบำบัดทดแทนไต (TRT) สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2563). *ข้อมูลการบำบัดทดแทนไตในประเทศไทย พ.ศ. 2563*. สืบค้นจาก <https://www.nephrothai.org/wp-content/uploads/2021/10/Final-TRT-report-2020.pdf>
- คณิน จินตนาปราโมทย์, และพรชัย สิทธิศรีณย์กุล. (2562). สรีรวิทยาความเครียดจากการทำงานและการแก้ปัญหาเมื่อเผชิญความเครียดในอาชีพแพทย์. *Journal of Medical and Health Sciences*, 26(2), 112–123.
- จตุพร จันทะพุกฤษ, และลักขณา ขอบเสียง. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองในการชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 1–2. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 14(34), 243–258.
- ชมพูนุท สิงห์มณี, ทวีลักษณ์ วรรณฤทธิ์, และจิราภรณ์ เตชะอุดมเดช. (2560). ผลของการสนับสนุนของครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคไตระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง. *พยาบาลสาร*, 44(2), 78–88.
- ตะวัน ประทุมสุวรรณ, และบัวทอง สว่างโสภาคกุล. (2564). การเห็นคุณค่าในตนเอง ความแข็งแกร่งของจิตใจ กับการดูแลตนเองของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนบดินทรเดชา (สิงห์ สิงหเสนี) 2 กรุงเทพมหานคร. *วารสารสมาคมนักวิจัย*, 26(1), 308–323.
- ประเสริฐ ธนกิจจารุ. (2558). สถานการณ์ปัจจุบันของโรคไตเรื้อรังในประเทศไทย. *วารสารกรรมการแพทย์*, 40(5), 5–18.
- พัชนี สมกำลัง, และมารีตา ไกรฤกษ์. (2552). ความผาสุกทางจิตวิญญาณจากการแสวงหาคำความหมายของชีวิต: กรณีศึกษาชีวิตพลอเรนซ์ ในดิงเกิล ผู้นำทางการพยาบาล. *Journal of Nursing Science*, 27(3), 23–32.
- ภทรพรรณ อุณาภาค, และขวัญชัย รัตนมณี. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 10(2), 44–54.
- เยาวรัตน์ มัชฌิม, วราภรณ์ คงสุวรรณ, และกิตติกร นิลมานันต์. (2559). ประสบการณ์การสวดมนต์ของผู้ป่วยมะเร็ง: การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 36(3), 23–35.
- เริงฤทธิ์ ทองอยู่, ดวงพร ปิยะคง, และสมลักษณ์ เทพสุริยานนท์. (2562). ผลของโปรแกรมการพยาบาลอย่างมีเป้าหมายร่วมกันต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 37(2), 103–112.

- ศิริวรรณ พริยคุณธร, ขวัญตา บาลทิพย์, และขนิษฐานาคะ. (2557). ประสบการณ์การนำหลักคำสอนทางพุทธศาสนาใช้ในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในชุมชนชนบท. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 34(2), 39-52.
- โสภณ เมฆมน. (2561). คนเขียงรายไถวายสูงรองจากกรุงเทพฯ. สืบค้นจาก <http://www.thaihealth.or.th/Content/46330-คนเขียงรายไถวายสูงรองจากกรุงเทพฯ.html>
- อดิพร อิงค์สาริต, ชัยรัตน์ ฉายากุล, อำนาจ ชัยประเสริฐ, ประไพพิมพ์ ธีรคุปต์, ทวี สิริวงศ์, พรเพ็ญ แสงถวัลย์, ... รัตนา ชวนะสุนทรพจน์. (2560). *โครงการศึกษาการดำเนินโรคและผลลัพธ์ทางคลินิกของโรคไตเรื้อรังในประชากรไทย (รายงานผลการวิจัย)*. กรุงเทพฯ: สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย.
- อรทัย มานะชูระ. (2555). การให้บริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพจากมุมมองผู้รับบริการอำเภอจ๊กราช จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา*, 18(1), 17-28.
- Cohen, L., & Manion, L. (1994). *Research methods in education* (4th ed.). London: Routledge.
- Dewalt, D. A., Berkman, N. D., Sheridan, S., Lohr, K. N., & Pignone, M. P. (2004). Literacy and health outcomes: A systematic review of the literature. *Journal of General Internal Medicine*, 19(12), 1228-1239. doi:10.1111/j.1525-1497.2004.40153.x
- European Renal Association. (2015). *Chronic kidney disease—a challenge for European healthcare systems*. Retrieved from http://www.era-edta2015.org/press/1_150526_18.00_Press%20Release_CKD_Challenge.pdf
- Farag, V. M. K., Kari, J. A., & Singh, A. K. (2012). Chronic kidney disease in the Arab world: A call for action. *Nephron, Clinical Practice*, 121(3-4), c120-123. doi:10.1159/000345149
- Fisher, J. (2010). Development and application of a spiritual well-being questionnaire called SHALOM. *Religions*, 1(1), 105-121. doi:10.3390/rel1010105
- Halbert, C. H., Armstrong, K., Gandy, O. H., & Shaker, L. (2006). Racial differences in trust in health care providers. *Archives of Internal Medicine*, 166(8), 896-901. doi:10.1001/archinte.166.8.896
- Holloway, I., & Galvin, K. (2017). *Qualitative research in nursing and healthcare* (4th ed.). West Sussex: WILEY Blackwell.
- Horriggan-kelly, M., Millar, M., & Dowling, M. (2016). Understanding the key tenets of Heidegger's Philosophy for interpretive phenomenological research. *International Journal of Qualitative Methods*, 15(1), 1-4. doi:10.1177/1609406916680634

- Ingsathit, A., Thakkinstian, A., Chaiprasert, A., Sangthawan, P., Gojaseni, P., Kiattisunthorn, K., ... Singh, A. K. (2010). Prevalence and risk factors of chronic kidney disease in the Thai adult population: Thai SEEK study. *Nephrology, Dialysis, Transplantation*, *25*(5), 1567–1575. doi:10.1093/ndt/gfp669
- Jain, D., & Green, J. A. (2016). Health literacy in kidney disease: Review of the literature and implications for clinical practice. *World Journal of Nephrology*, *5*(2), 147–151. doi:10.5527/wjn.v5.i2.147
- Kaze, A. D., Llori, T., Jaar, B. G., & Echouffo-Tcheugui, J. B. (2018). Burden of chronic kidney disease on the African continent: A systematic review and meta-analysis. *BMC Nephrology*, *19*(1), 1–11. doi:10.1186/s12882-018-0930-5
- Musich, S., Wang, S. S., Kraemer, S., Hawkins, K., & Wicker, E. (2018). Purpose in life and positive health outcomes among older adults. *Population Health Management*, *21*(2), 139–147. doi:10.1089/pop.2017.0063
- Nastasi, B. K., & Schensul, S. L. (2005). Contributions of qualitative research to the validity of intervention research. *Journal of School Psychology*, *43*(3), 177–195. doi:10.1016/j.jsp.2005.04.003
- National Kidney Foundation. (2021). *About chronic kidney disease*. Retrieved from <https://www.kidney.org/atoz/content/about-chronic-kidney-disease>
- Poorgholami, F., Javadpour, S., Saadatmand, V., & Jahromi, M. K. (2015). Effectiveness of self-care education on the enhancement of the self-esteem of patients undergoing hemodialysis. *Global Journal of Health Science*, *8*(2), 132–136. doi:10.5539/gjhs.v8n2p132
- Vejakama, P., Ingsathit, A., Attia, J., & Thakkinstian, A. (2015). Epidemiological study of chronic kidney disease progression: A large-scale population-based cohort study. *Medicine*, *94*(4), 1–8. doi:10.1097/MD.0000000000000475
- Venuthurupalli, S. K., Hoy, W. E., Healy, H. G., Cameron, A., & Fassett, R. G. (2017). CKD screening and surveillance in Australia: Past, present, and future. *Kidney International Reports*, *3*(1), 36–46. doi:10.1016/j.ekir.2017.09.012
- Young, C., & Koopsen, C. (2011). *Spirituality, health, and healing: An integrative approach* (2nd ed.). Sudbury, MA: Jones and Bartlett.