



การพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ในเครือข่ายบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ โรงพยาบาลสงขลา

Development of Self-Care Behaviors for Patients with Chronic Kidney Disease In Songkhla Hospital's Contracted Unit of Primary Care

เบญจมาส เรืองดิษฐ์^{1*}, เสาวลักษณ์ อุไรรัตน์¹, และ ชุลินดา สมะแอ¹

Benjamass Reungdit^{1*}, Saovaluk Urairat¹, and Sulinda Samaair¹

ศูนย์การดูแลต่อเนื่อง โรงพยาบาลสงขลา^{1*}

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบประสิทธิผลของการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มารับการรักษาในเครือข่ายบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิโรงพยาบาลสงขลา กลุ่มตัวอย่างได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 จำนวน 40 คน ซึ่งมีค่าอัตราการกรองของไตระหว่าง 30-59 ml/min/1.73 m² (ค่าซีรีมครีเอตินินมากกว่า 2 mg/dl) กระบวนการพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองมีระยะเวลา 6 เดือน ประกอบด้วย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองและฝึกทักษะที่จำเป็น เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง เพื่อชะลอไตเสื่อมจากโรคเรื้อรังและการทดสอบทางห้องปฏิบัติการเพื่อตรวจระดับซีรีมครีเอตินินในเลือด แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 4 คน และความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าสัมประสิทธิ์เท่ากับ .78 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติที่คู่ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้ายโดยมีคะแนนความรู้และการปฏิบัติด้านการบริโภคอาหาร การผ่อนคลายอารมณ์ และการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ยิ่งไปกว่านั้น ผู้ป่วยทุกรายสามารถชะลอการเกิดภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้ายจากระดับซีรีมครีเอตินินที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองสามารถทำผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนไตชะลอความก้าวหน้าของโรคและการได้รับการบำบัดทดแทนไตได้

คำสำคัญ: การพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเอง, โรคไตเรื้อรัง

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail CCC-SKhospital@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์ 081-5431490)

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effectiveness of self-care behavior development among patients with chronic kidney disease (CKD) attending Songkhla hospital's contracted unit of primary care. The purposive sampling method was used to recruit 40 subjects diagnosed with CKD stage 3 as indicated by glomerular filtration rate ranging from 30 to 59 ml/min/1.73 m² (serum creatinine >2 mg/dl). The process of self-care behavior development lasted 6 months, which included self-care behavior adjustment and necessary skillstraining. Instruments used for data collection were demographic data recording form, self-management behaviors to delay CKD progression questionnaire, and serum creatinine. Questionnaire was confirmed by a panel of four experts for content validity and tested for reliability by Cronbach alpha which had coefficient of 0.78. Data were analyzed using descriptive statistics and the paired t-test.

The results showed that the sample could statistically significantly develop better self-care behaviors in terms of risks perception for end stage renal disease (ESRD) consisting of knowledge, food consumption, emotional relaxation, and exercise ($p < .05$). Furthermore, the sample could slow the progression to the ESRD as represented by the statistically significant decrease of serum creatinine levels ($p < .05$). The findings of this study indicated that self-care behavior development could enable patients with CKD at pre-dialysis stages to delay the CKD progression and the renal replacement therapy.

Keywords : Development of self-care Behaviovs, Chronic Kidney Disease

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย สาเหตุของโรคไตเรื้อรังที่พบบ่อยเกิดจากโรคเบาหวาน และภาวะความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรังระยะแรกมักไม่พบอาการผิดปกติ ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ทราบและตรวจพบเมื่อโรคดำเนินการไปนานแล้ว เมื่อโรคดำเนินการเข้าสู่ระยะไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (End Stage Renal Disease, ESRD) (Ingsathit, Thakkinstian, Chaiprasert, Sangthawan, Gojaseni, Kiattisunthorn et al., 2010; ประเสริฐ ธนกิจจารุ, 2558) ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง หรือการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วย และประเทศต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายจำนวนมาก (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี, 2547; Ong-ajyooth, Vareesangthip, Khonputsa & Aekplakorn, 2009) จากการศึกษาในประเทศไทย พบว่าความชุกของโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ขึ้นไปมีประมาณ 2.9-13% เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนประชากรทั้งประเทศ 70 ล้านคน (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2545) พบว่าจำนวนประชากรที่เป็นโรคไตเรื้อรังตั้งแต่ระยะที่ 3 ขึ้นไปมีจำนวนมากเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ (ประเสริฐ ธนกิจจารุ และเอกอนุดตตร จิตตินันท์, 2545)



อย่างไรก็ตามผู้ป่วยโรคเบาหวานพบความชุกโรคไตเรื้อรังประมาณ 40% ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ขึ้นไป ประมาณ 1.9 และ 1.6 เท่าตามลำดับ (ประเสริฐ ธนกิจจารุ, 2558) ยิ่งไปกว่านั้นจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเพียง 1.9% ทราบว่าตนป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง เป้าหมายที่สำคัญในการรักษาโรคไตเรื้อรัง คือ การป้องกันการเสื่อมของไตไม่ให้เข้าสู่ไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ดังนั้นการตรวจคัดกรองและวินิจฉัยโรคตั้งแต่ระยะเริ่มแรกเพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงและการดูแลรักษาจึงมีความสำคัญยิ่ง (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2546; Sritarapipat, Pothiban, Panuthai, Lumlertgul & Nanasilp, 2012)

จากสถิติการสำรวจสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย พบว่า ปัจจุบันมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายลงทะเบียนที่สามารถเข้าถึงการรักษาบำบัดทดแทนไต โดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และล้างไตทางช่องท้องประมาณ 1,400 ราย คิดเป็นอัตราส่วน 100 คน ต่อประชากร 1 ล้านคน ค่าใช้จ่ายรวมค่ายา 300,000 – 400,000 บาทต่อคน ต่อปี (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2557) จากสถิติผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายรายใหม่ ที่รับบำบัดทดแทนไต โดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และล้างไตทางช่องท้อง ในโรงพยาบาลสงขลา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 - 2558 มีจำนวน 230 คน และในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยที่เคยรับยาในสถานบริการเครือข่ายโรงพยาบาลสงขลา จำนวน 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.83 จากผลการตรวจทางปฏบัติการโครงการบูรณาการโรคเรื้อรังแบบบูรณาการ ลดความแออัด ส่งผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ รพ.สต./PCU ของศูนย์บริการเครือข่ายโรงพยาบาลสงขลา ที่คัดกรองผลเลือดที่มีผลเลือด Serum Creatinine ≥ 2 อยู่ในกลุ่มโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ขึ้นไปได้รับการส่งต่อพบแพทย์เฉพาะทางโรคไตทุกราย พบว่า ปี พ.ศ. 2557 พบ 27 ราย จากยอดผู้ป่วย 1,554 คน คิดเป็นร้อยละ 1.74 และปี พ.ศ. 2558 พบรายใหม่ 17 ราย จากผู้ป่วย 2,049 คน คิดเป็นร้อยละ 0.83 (โรงพยาบาลสงขลา, 2558)

ผู้วิจัยในฐานะทีมดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ให้การบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จึงมีแนวคิดในการพัฒนาพฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังกลุ่มนี้ ที่ส่งต่อช่องทางด่วนมายังคลินิกพิเศษโรคไต โรงพยาบาลสงขลา ในการปรับเปลี่ยนยา วินิจฉัยแยกโรคหาสาเหตุ โดยประยุกต์แนวคิด ทฤษฎี ทางด้านพฤติกรรมศาสตร์การศึกษาและการสนับสนุนทางสังคม โดยเยี่ยมบ้านร่วมทีมสหวิชาชีพ โภชนากร เภสัชกร มาบูรณาการต่อในรูปแบบการจัดสนทนารายบุคคล เพื่อพัฒนาพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 เพื่อสามารถชะลอเวลาการเข้าสู่โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (ระยะที่ 5) ให้ช้าที่สุด เพื่อลดขั้นตอนการบำบัดทดแทนไต รวมทั้งปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างต่อเนื่อง จะช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตเรื้อรังดีขึ้นได้อย่างยาวนานที่สุด

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนาพฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตเรื้อรัง ที่รับยาในสถานบริการเครือข่ายโรงพยาบาลสงขลา ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ความรู้ และผลการปฏิบัติด้านการรับบริโภคอาหาร การผ่อนคลายอารมณ์ และการออกกำลังกายที่เหมาะสม รวมทั้งความสามารถในการชะลอการเข้าสู่โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ทฤษฎีความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) ทฤษฎีแรงจูงใจ (Motivation) การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment)

และการสนับสนุนทางด้านสังคม (Social Support) มาบูรณาการร่วมกับแนวทางการจัดการตนเอง (Self-Management) ของ Kanfer & Gaelick-Bays. (1991) และรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยเทคนิค 5A ของ Glasgow, Funnell, Bonomi, Davis, Beckham, & Wagner. (2002) ในการจัดสนทนารายบุคคลเพื่อทำให้เกิดกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จากการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย การเรียนรู้ และผลการปฏิบัติด้านการบริโภคอาหาร การผ่อนคลายอารมณ์ และการออกกำลังกายที่เหมาะสม ซึ่งจากผลของการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองดังกล่าว จะทำให้ผู้ป่วยสามารถชะลอการเข้าสู่โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายได้

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียว ประเมินผล ก่อน - หลังการวิจัย (Pre-Post Evaluation) โดยทำการศึกษาแบบภาคตัดขวางในช่วงเวลาที่กำหนด คือ กรกฎาคม พ.ศ.2558 – ธันวาคม พ.ศ.2558

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีค่า Serum Creatinine ≥ 2 และคำนวณอัตราการกรองของไตเรื้อรังอยู่ในระยะที่ 3 ($\text{GFR} 30\text{--}59 \text{ mL/min/1.73 m}^2$) ได้รับการส่งต่อพบแพทย์เฉพาะทางโรคไตทุกราย พบว่า ปี พ.ศ.2557 พบ 27 ราย จากยอดผู้ป่วย 1,557 คน คิดเป็นร้อยละ 1.75 พ.ศ.2558 พบรายใหม่ 17 ราย จากยอดผู้ป่วย 2,049 คน คิดเป็นร้อยละ 0.83 ที่มารับยาในคลินิกโรคเรื้อรังในสถานบริการเครือข่าย โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 40 คน จากคุณสมบัติที่กำหนดดังต่อไปนี้คือ 1) เป็น ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ที่มีค่า Serum Creatinine $\geq 2 \text{ mg/dL}$ และคำนวณอัตราการกรองของไตเรื้อรังอยู่ในระยะที่ 3 2) สมารถเข้าร่วมโครงการวิจัยในช่วงเวลาที่ทำการและ 3) มีญาติที่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ทุกครั้งจนสิ้นสุดการวิจัย คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* Power ใช้ Test Family เลือก t-test, Statistical test เลือก Mean: Difference Between Two Dependent Mean (Matched Pairs) กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Medium Effect Size) = .50 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และค่าอำนาจ (Power) = .80 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้เท่ากับ 27 คน อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยยึดหลักในการกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมกับการวิจัยแบบกึ่งทดลองกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest-Posttest Quasi-Experimental Design) ในระยะยาวจึงเพิ่ม 20% ของขนาดกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณ (อรุณ จิรวัฒนกุล, 2556) และแทนค่าในสูตรได้เท่ากับ 42 คน แต่มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 2 คน ไม่สนใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัย ภายหลังการให้ข้อมูลเพื่อขออนุญาตยินยอม (Informed Consent) ดังนั้น จำนวนกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการมีจำนวน 40 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เป็นโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวทางการจัดการตนเอง (Self-Management) ของ Kanfer & Gaelick-Bays. (1991) ร่วมกับรูปแบบของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วยเทคนิค 5A ของ (Glasgow, Funnell, Bonomi, Davis, Beckham & Wagner (2002)



กระบวนการพัฒนาพฤติกรรมกาารดูแลตนเอง ประกอบด้วย 1) การประเมินความรู้เรื่องไตเสื่อมจากเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากงานวิจัย เรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมกาารบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่รักษาด้วยกาารล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (ศิริลักษณ์ น้อยปาน, 2555) ร่วมกับ การทบทวนวรรณกรรมเพื่อใช้ประเมินความรู้สภาพปัญหาที่แท้จริงของกลุ่มตัวอย่างก่อนเริ่มให้ความรู้การจัดการตนเอง 2) แผนการสอนเรื่องการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม ซึ่งครอบคลุมการจัดการตนเอง 3 ด้าน คือ การจัดการตนเองเรื่องอาหาร และใช้ยา, การออกกำลังกาย และการผ่อนคลายอารมณ์ 3) การใช้สมุดบันทึกพฤติกรรมกาารจัดการตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยติดตามการปฏิบัติพฤติกรรมกาารจัดการตนเอง รวมทั้งใช้ประกอบการประเมินผลสำเร็จตามเป้าหมายในแต่ละสัปดาห์ 4) การใช้คู่มือการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม เป็นคู่มือที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ใช้เป็นเอกสารประกอบการให้ความรู้ และแจกให้ผู้ป่วยหลังให้ความรู้เพื่อนำไป ทบทวน และศึกษาด้วยตนเองขณะปฏิบัติกาารจัดการตนเองที่บ้าน เนื้อหาครอบคลุมเรื่องโรค และการดำเนินการของโรค ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยส่งเสริมให้เกิดไตเสื่อมจากเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และแนวทางการจัดการชะลอไตเสื่อม 5) สื่อนำเสนอภาพนิ่ง (Power Point) ใช้ในการให้ความรู้ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้มองเห็นภาพต่าง ๆ มากขึ้น เกิดความเข้าใจในเนื้อหาสอดคล้องกับแผนกาารให้ความรู้และมีรูปภาพประกอบ เช่น ภาพกาารทำงานของไต, ภาพกาารดำเนินการของโรค, ภาพล้างไต เป็นต้น 6) การสนับสนุนจากสังคม โดยการเยี่ยมบ้านร่วมทีมสหวิชาชีพ ส่งพบแพทย์เฉพาะทางโรคไต โรงพยาบาลสงขลาและ ติดตามกระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลสุขภาพทั่วไป ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองเป็นคำถามลักษณะเลือกตอบ จำนวน 8 ข้อ

2.2 แบบสอบถามพฤติกรรมกาารจัดการตนเอง เพื่อชะลอไตเสื่อมจากโรคเรื้อรัง พัฒนามาจากการศึกษาของศิริลักษณ์ ฤงทอง, ทิพมาส ชินวงศ์ และเพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์ (2558) ใช้เพื่อประเมินพฤติกรรมกาารจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่างแต่ละด้าน ซึ่งครอบคลุม ความรู้ และการปฏิบัติด้านการบริโภคอาหาร การผ่อนคลายอารมณ์ และการออกกำลังกาย ซึ่งแบบสอบถามนี้ ใช้แบบประเมินพฤติกรรมกาารจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราประเมินรวมค่า มีมาตรวัด 3 ระดับ และ 5 ระดับ รวมข้อคำถามทั้งหมด 76 ข้อ คะแนนที่มากบ่งชี้ ถึงการมีพฤติกรรมกาารจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมจากโรคเรื้อรังที่ดี

2.3 การทดสอบทางห้องปฏิบัติการเพื่อตรวจระดับซีรั่มครีเอตินินในเลือด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (Content Validity) ของเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือใช้ในการทดลอง เป็นโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมกาารดูแลตนเองซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 1) แบบประเมินความรู้เรื่องไตเสื่อมจากโรคเรื้อรัง 2) แผนการสอนเรื่องการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม 3) สมุดบันทึกพฤติกรรมกาารจัดการตนเอง 4) คู่มือการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม 5) สื่อนำเสนอภาพนิ่ง (Power Point) และ 6) แผนการสนับสนุนทางสังคมโดยจัดทำเป็นตารางเยี่ยมบ้าน และการติดตามทางโทรศัพท์ โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคไต จำนวน 1 คน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้าน

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะไตเสื่อมเรื้อรัง จำนวน 1 คน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยไตเสื่อมจากโรคเรื้อรัง จำนวน 1 คน จากการตรวจสอบดัชนีความตรงเนื้อหาของเครื่องมือทั้งชุด (S-CVI) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ในครั้งนี้มีค่าเท่ากับ .97

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ของแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง เพื่อชะลอไตเสื่อมจากโรคเรื้อรัง โดยการหาค่าความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency) โดยใช้การคำนวณหาสัมประสิทธิ์อิอัลฟา ของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) จากผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 จำนวน 10 คน โดยได้ค่าสัมประสิทธิ์อิอัลฟา ของครอนบาคของแบบสอบถาม เท่ากับ .78 ส่วนการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือทางห้องปฏิบัติการเพื่อตรวจระดับซีรัมครีเอตินินในเลือด เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลสงขลาทำการควบคุมคุณภาพด้วยการตั้งค่ามาตรฐาน (Calibration) ทุกครั้ง ก่อนการตรวจหาผลลัพท์ทางคลินิก เพื่อให้สอดคล้องกับการตรวจสอบค่ามาตรฐานจากบริษัทผู้ผลิต

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาต และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลไปยังศูนย์บริหารเครือข่ายโรงพยาบาลสงขลา และผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในหน่วยปฐมภูมิ เครือข่ายโรงพยาบาลสงขลา
2. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด
3. เก็บรวบรวมข้อมูล (Pre-test) ด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมจากโรคเรื้อรังและเจาะเลือดเพื่อทดสอบค่าระดับ Serum Creatinine
4. ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามที่กำหนดไว้ในโปรแกรม ดังนี้สัปดาห์ที่ 1 ให้ความรู้เรื่องโรค และเป้าหมายการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วย ด้วยสื่อนำเสนอภาพนิ่งสัปดาห์ที่ 2 เยี่ยมบ้านดำเนินการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองในเรื่องการควบคุมอาหาร และการออกกำลังกาย การจัดการความเครียดตามหลักทฤษฎีความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) ทฤษฎีแรงจูงใจ (Motivation) การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) และการสนับสนุนทางด้านสังคม (Social Support) สัปดาห์ที่ 3 กระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์สัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยเยี่ยมบ้าน เพื่อดำเนินการส่งเสริมการพัฒนาพฤติกรรมในการดูแลตนเองในเรื่องการใช้จ่าย และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยบูรณาการร่วมกับรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยเทคนิค 5A ของ Glasgow, Funnell, Bonomi, Davis, Beckham & Wagner (2002) สัปดาห์ที่ 5 และ 6 ให้ผู้ป่วยดำเนินการดูแลตนเองตามที่คุณวิจัยสอน ในสัปดาห์ที่ 1-4 ที่บ้านสัปดาห์ที่ 7 โทรศัพท์กระตุ้นเตือนการพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองและสอบถามปัญหาต่าง ๆ จากการปฏิบัติพร้อมทั้งให้คำแนะนำ สัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยดำเนินการส่งเสริมการพัฒนาการ ดูแลตนเอง ถ้าผู้ป่วยทำไม่ได้ให้ความรู้และฝึกทักษะซ้ำสัปดาห์ที่ 9 และ 10 ให้ผู้ป่วยดำเนินการดูแลตนเองตามที่คุณวิจัยสอน ในสัปดาห์ที่ 1-8 ที่บ้าน สัปดาห์ที่ 11-12 โทรศัพท์กระตุ้นเตือนการพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเอง และสอบถามปัญหาต่าง ๆ จากการปฏิบัติพร้อมทั้งให้คำแนะนำ และนัดวันเวลาในการประเมินผล
5. เก็บรวบรวมข้อมูล (Post-test) ด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง เพื่อชะลอไตเสื่อมจากโรคเรื้อรังและเจาะเลือดเพื่อทดสอบค่าระดับ Serum Creatinine ในสัปดาห์ที่ 13
6. นำแบบสอบถามผลการประเมินโปรแกรม จากกิจกรรมมาตรวจสอบความถูกต้อง และความสมบูรณ์ เพื่อนำมาวิเคราะห์ตามขั้นตอนต่อไป



การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลเกี่ยวกับสถานะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยไตเรื้อรัง วิเคราะห์แจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ

2. ข้อมูลด้านพฤติกรรม การดูแลตนเอง และความสามารถในการชะลอการเข้าสู่โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ด้วยค่าสถิติเชิงพรรณนา ใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมจัดการตนเองในแต่ละด้าน เพื่อชะลอไตเสื่อมจากโรคเรื้อรัง และค่าซีรัมครีเอตินินของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติทีคู่ (Paired t-test)

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสงขลา ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับการพิจารณาและอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากผู้ป่วยและญาติ โดยอธิบายวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่พึงจะได้รับ และการไม่เกิดอันตรายจากการวิจัย การไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล โดยมีการเก็บข้อมูลเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม การมีสิทธิปฏิเสธและหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกระยะ โดยไม่จำเป็นต้องอธิบายเหตุผลให้ผู้วิจัยทราบ และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัย และผู้วิจัยอธิบายข้อสงสัยจนผู้ป่วยและญาติเข้าใจ เมื่อผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ตาราง 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (n=40)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	16	40.00
หญิง	24	60.00
อายุ		
31 – 40 ปี	2	5.00
41 – 50 ปี	4	10.00
51 – 60 ปี	4	10.00
61 – 70 ปี	15	37.50
มากกว่า 70 ปี	15	37.50
สถานภาพสมรส		
คู่	30	75.00
โสด	7	17.50
หม้าย	3	7.50



ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
การศึกษา		
ประถมศึกษา	11	27.50
มัธยมศึกษา	14	35.00
ปริญญาตรี	9	22.50
ไม่ได้รับการศึกษา	6	15.00
สิทธิในการรักษา		
บัตรทอง	20	50.00
ราชการ	10	25.00
จ่ายเงินเอง	8	20.00
ประกันสังคม	2	5.00
ระยะเวลาเป็นโรคไตเรื้อรัง		
น้อยกว่า 1 ปี	7	17.50
1.1 – 2 ปี	24	60.00
2.1 – 3 ปี	6	15.00
มากกว่า 3 ปี	3	7.50
ประวัติการเจ็บป่วย		
เบาหวาน	7	17.50
ความดันโลหิตสูง	14	35.00
เบาหวานและความดันโลหิตสูง	19	47.50
ผู้ดูแลที่บ้าน		
ภรรยา/สามี	16	40.00
บุตร	13	32.50
ญาติพี่น้อง	9	22.50
พ่อ-แม่	2	5.00

จากตาราง 1 ข้อมูลด้านประชากรและสถานะสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จำนวน 40 ราย ที่เข้าร่วมวิจัย เป็นเพศหญิงร้อยละ 40.00 และเพศชายร้อยละ 60.00 มีอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 75.00 สถานภาพสมรสร้อยละ 75.00 จบมัธยมศึกษาร้อยละ 35.00 ด้านสวัสดิการรักษ สิทธิบัตรทองร้อยละ 70.00 ระยะเวลาที่เป็นโรคไตเรื้อรัง 1-2 ปี ร้อยละ 60.00 มีประวัติเป็นทั้งเบาหวาน และความดันโลหิตสูงร้อยละ 47.50 ผู้ดูแลที่บ้านเป็นภรรยาหรือสามีร้อยละ 70.00

2. พฤติกรรมการดูแลตนเองและความสามารถในการชะลอการเข้าสู่โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

ตาราง 2 เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงความรู้ การปฏิบัติกาดูแลตนเอง และระดับ Serum Creatinine ก่อนและหลังการทดลอง (n = 40)



ตัวแปร	Pre-test		Post-test		t	df	p-value
	M	SD	M	SD			
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	31.17	2.11	44.98	1.14	-35.91	39	0.000
ความรู้	54.23	3.36	61.15	2.79	-8.68	39	0.000
การปฏิบัติการดูแลตนเอง	43.65	2.48	61.98	1.60	-75.14	39	0.000
Serum creatinine	2.66	0.21	2.32	0.18)	13.21	39	0.001

จากตาราง 2 พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยง ของการเกิดภาวะไตเรื้อรัง ระยะสุดท้าย และการบำบัดทดแทนไต พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้าย และการบำบัดทดแทนไต ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ทั้งด้านสุขภาพกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม รวมทั้งค่าใช้จ่ายที่สูงมากจนตลอดชีวิต ก่อนทดลอง ($M=31.17$, $SD=2.11$) หลังการทดลองการรับรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($M=44.98$, $SD=1.14$) ($p < 0.05$)

พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านความรู้ พบว่า การพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร การผ่อนคลาย การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในภาพรวมก่อนการทดลอง ($M=54.23$, $SD=3.36$) หลังการทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($M=61.15$, $SD=2.79$) ($p < 0.05$)

พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านปฏิบัติ พบว่า การพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านปฏิบัติเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร การผ่อนคลายอารมณ์ และการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ในภาพรวมก่อนทดลอง ($M=43.65$, $SD=2.48$) หลังการทดลองเพิ่มขึ้น ($M=61.98$, $SD=1.60$) เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่า การพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร การผ่อนคลายอารมณ์ และการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในภาพรวมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$)

ระดับ Serum Creatinine พบว่าก่อนทดลอง ($M=2.66$, $SD=0.21$) หลังการทดลองลดลง ($M=2.32$, $SD=0.18$) เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าระดับ Serum Creatinine ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$)

อภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง เป็นเวลา 1.1-2 ปี ร้อยละ 60.0 รองลงมาคือ น้อยกว่า 1 ปี ร้อยละ 17.5 และระยะเวลา 2.1-3 ปี ร้อยละ 15.0 และผู้ที่ป่วยเป็นระยะเวลามากกว่า 3 ปี ร้อยละ 7.5 แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยเริ่มเข้าสู่ระยะโรคไตเรื้อรังไม่นานมากนัก ยังมีโอกาสประคับประคองให้สภาวะสุขภาพคงที่ และชะลออาการเสื่อมของไตให้ช้าลงได้ ด้านประวัติการเจ็บป่วย ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีประวัติการเจ็บป่วยที่เป็นทั้งโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ร้อยละ 47.5 เป็นเฉพาะความดันโลหิตสูงอย่างเดียว ร้อยละ 35.0 และเป็นเฉพาะเบาหวานอย่างเดียว ร้อยละ 17.5 แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยโรคไตกลุ่มตัวอย่าง อาจจะมีการดูแลในช่วงเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ไม่เหมาะสมเพียงพอ จึงเกิดภาวะโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้น หรือดูแลดี แต่ด้วยความสูงวัย อวัยวะต่าง ๆ เริ่มเสื่อม โดยเฉพาะไต ที่มีการทำงานหนักมานาน จึงมีโอกาสดำเนินชีวิตได้ (คมคาย คำพิทักษ์, 2545) โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มักมีโรคแทรกซ้อน คือ โรคไต และโรคหัวใจ พบ

ทุกราย เพียงแต่อาจจะเกิดขึ้นช้าหรือเร็วเท่านั้น ซึ่งขึ้นอยู่กับ การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยรวมทั้งการสนับสนุนทางสังคมที่บ้าน ของญาติผู้ป่วย (ธนวรรณ อัมสมบุญ, 2546) ด้านผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีผู้ดูแลที่บ้านเป็นภรรยาหรือสามี ร้อยละ 40.0 รองลงมา คือ บุตร ร้อยละ 32.5 ญาติพี่น้อง ร้อยละ 22.5 และบิดามารดา ร้อยละ 5.0 แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีผู้ดูแลที่บ้านทุกราย ซึ่งเหตุผลในการเข้าร่วมวิจัยอาจเป็นเพราะคิดว่ามีความพร้อมในการเข้าร่วมกิจกรรมได้ต่อเนื่อง ทั้งผู้ป่วยและญาติ

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ได้มีการพัฒนาพฤติกรรม การดูแลตนเองเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ทั้งนี้ เพราะผู้ป่วยแต่ละราย ได้สนทนารายบุคคลกับผู้วิจัยเพียงสองต่อสอง ทำให้เกิดความไว้วางใจและไม่เกรงว่าคนอื่นจะรู้ปัญหาของตนเอง ผู้ป่วยจึงเปิดใจ ยอมรับปัญหา หยั่งเห็นปัญหาด้วยตัวเอง ผู้ป่วยยอมรับว่ากลัวภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมาก ๆ และกลัวการล้างไต ที่จะมีผลกระทบต่อวิถีชีวิตอย่างมาก (สุนิสา สีมม, 2556) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังส่วนมากยอมรับว่า ได้แสวงหาข้อมูลต่าง ๆ มากพอสมควร แต่ไม่เข้าใจว่าจะทำได้อย่างไร หรือทำไม่ได้ตามที่ตั้งใจ รวมทั้งรู้สึกเครียดและอัดอัดที่ต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตตนเอง จากปกติ ไปสู่รูปแบบที่แพทย์แนะนำ (สุภาพร องค์สุริยานนท์, 2551) อาจเป็นเพราะก่อนการทดลองผู้ป่วยมีการรับรู้ไม่ดีหรือไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย คิดว่าทุกคนต้องเป็น หลีกเลี่ยงไม่ได้ ถ้าเป็นแล้วต้องล้างไตอย่างเดียว ซึ่งแพทย์และยาจะช่วยให้เท่านั้น (นฤมล แก่นสาร, 2558) เมื่อได้สนทนากับผู้วิจัย ได้มีการละลายพฤติกรรมเดิม เพื่อเปิดรับพฤติกรรมใหม่ เกิดความเข้าใจ เกิดสัมพันธภาพที่ดี มีปฏิสัมพันธ์ต่อเนื่อง มีการจูงใจที่เหมาะสมแก่เวลา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กันตภารัตน์ อ้วนศรีเมือง, จิระภา ศิริวัฒนเมธานนท์ และสุพัตรา บัวทิ (2556) และสุรดา โพธิ์ตาทอง, ดวงพร พุ่มทองดี และนางลักษณ์ กาญจนเมธาคศักดิ์ (2555) ที่พบว่า เมื่อผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีความหวังจะมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และมีการสร้างพลังในตนเองของผู้ป่วยให้เกิดขึ้นได้อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการสนับสนุนทางสังคมของญาติและผู้วิจัยที่บ้าน ที่ช่วยกระตุ้นเตือนให้กำลังใจตลอด ทำให้ผู้ป่วยรับรู้บทบาทของตนเองรับรู้ว่าเป็นปัญหาของตนเอง และรับรู้ว่าเป็นที่พึ่งแห่งตน ดังนั้น ถ้าหากว่าตนเองไม่เข้าใจตนเอง ไม่รับรู้และไม่ดูแลตนเอง โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นมีสูง แต่ถ้ามีการรับรู้ที่ดี ยอมรับ ปรับตัว และแก้ไขก็จะสามารถประคับประคองให้เกิดช้าที่สุด หรือไม่เกิดขึ้น ดังนั้น หลังการทดลอง ค่าคะแนนเฉลี่ยจึงเพิ่มขึ้น และแตกต่างจากก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ ได้มีการพัฒนาพฤติกรรม การดูแลตนเองในภาพรวม

ด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร การผ่อนคลายอารมณ์ และการออกกำลังกาย มีการพัฒนาขึ้นอย่างชัดเจน ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะผลจากการสนทนารายบุคคลของผู้ป่วยกับผู้วิจัย ทำให้ผู้ป่วยได้มีการระลึกถึงข้อมูล และทบทวนประสบการณ์ของการดูแลตนเองที่ผ่านมา รวมทั้งอุปสรรคต่าง ๆ ที่ขัดขวางพฤติกรรมไม่ให้เกิดขึ้น การสนทนาทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าจะต้องทำอะไร และทำได้อย่างไร เมื่อทำแล้วจะได้อะไร ถ้าไม่ทำอะไร เกิดอะไร ทำให้ผู้ป่วยได้หัดคิด วิเคราะห์ สังเคราะห์ และตั้งใจต่อปัญหาของตนเอง ได้ไตร่ตรองว่าใครควรจะเป็นผู้กระทำเพื่อแก้ไขปัญหาของตนเอง (รุ่งทิพย์ สีนวลผล, 2546) เมื่อผู้ป่วยได้มีการรับรู้ที่ดี มีการเรียนรู้ในสิ่งที่จะต้องกระทำ จึงนำไปสู่การตัดสินใจจะกระทำ เกิดการจดจำ และนำไปทดลองกระทำได้ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และเกิดผลลัพธ์ตามที่คาดหวัง (ปรียานุช แยมวงษ์, 2545) ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังส่วนใหญ่ยอมรับว่า แพทย์ พยาบาลได้ให้คำแนะนำอย่างดีถึงการดูแลสุขภาพของตนเอง แต่เนื่องจาก



มีความเครียดสูง ความกังวลใจมีมาก จึงอยู่ในสภาวะไม่พร้อมที่จะกระทำตามที่ได้รับคำแนะนำ ผู้ป่วยยอมรับว่า ส่วนมากไม่ได้ทำ เพราะยังทำใจไม่ได้ที่ต้องจำกัดอาหารที่ชอบโดยเฉพาะอาหารรสเค็มและมีเกลือโซเดียมสูง รวมทั้งการจำกัดผักผลไม้ที่มีโปแตสเซียมสูง การจำกัดน้ำดื่ม ทำให้รู้สึกทุกข์ทรมานมาก (ศรีสมัย วิบูลยานนท์ และ สุพัฒน์ วาณิชการ, 2553; ศิริลักษณ์ ถุงทอง, ทิพนาส ชินวงศ์ และเพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์, 2558) เมื่อได้มาสนทนากับผู้วิจัย ได้ทบทวนปัญหาด้วยตนเอง ได้รับรู้บทบาทของตนเอง ที่จะต้องกระทำเพื่อจัดการปัญหาของตนเอง ได้รับรู้วิธีที่จะกระทำได้แบบค่อยเป็นค่อยไปไม่ยุ่งยาก ทำให้เกิดความสบายใจ ความเครียดและความกังวลใจลดลง เมื่อได้นำไปทดลองกระทำแล้วได้ผลดีตามที่คาดหวัง การรับรู้ความสามารถของตนเองว่า ทำได้เพิ่มขึ้นนำไปสู่ความคาดหวังในผลลัพธ์จากการกระทำเพิ่มมากขึ้น ทำให้เกิดการตัดสินใจที่จะกระทำต่อเนื่อง ผู้วิจัยได้กระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจ และสร้างพลังให้เกิดขึ้นว่าคุณทำได้ และทำได้ดีตามที่ต้องการ รวมทั้งโน้มน้าวให้ญาติรับรู้และมีส่วนร่วมในการสนับสนุนทางสังคมที่บ้านอย่างต่อเนื่อง เกิดแรงจูงใจไปกระทำต่อไปเพื่อให้ผลลัพธ์เกิดเพิ่มขึ้นตามที่คาดหวัง ดังนั้น หลังการทดลอง ค่าคะแนนเฉลี่ย การพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในภาพรวมด้านความรู้ เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร การผ่อนคลายอารมณ์ และการออกกำลังกาย จึงเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ได้มีการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และดีขึ้นอย่างชัดเจน ทั้งนี้ เพราะการสนทนารายบุคคลของผู้วิจัยกับผู้ป่วยช่วยให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเอง เกี่ยวกับการรับรู้ที่ดีต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย มีการเรียนรู้ที่ถูกต้อง และมีการปฏิบัติที่ต่อเนื่อง เพื่อการพัฒนา พฤติกรรมการดูแลตนเอง เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร การผ่อนคลายอารมณ์ และการออกกำลังกาย ส่งผลให้ค่า Serum Creatinine ลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จะส่งผลต่อผลลัพธ์ทางคลินิก ที่บ่งชี้ถึงการชะลอความเสื่อมของไตได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Chen, Tsai, Sun, Wu, Lee & Wu (2011) พบว่า การให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 เข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนการจัดการตนเองที่มีทั้งการให้ความรู้ การพัฒนาทักษะในการดูแลตนเอง และการติดตามเยี่ยมที่บ้าน ทำให้ผู้ป่วยสามารถชะลอความเสื่อมของไต ลดการใช้บริการทางสุขภาพ และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และทำให้อัตราการมีชีวิตรอดสูงขึ้น และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Cueto-Manzano, Martínez-Ramírez & L. Cortés-Sanabria (2010) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีโรคร่วมได้แก่เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และ Metabolic Syndrome เมื่อได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและวิถีชีวิตในด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย เป็นระยะเวลา 6 เดือน นอกจากทำให้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีขึ้นแล้ว ยังส่งผลทำให้ตัวชี้วัดสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคไตดีขึ้น ได้แก่ ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ระดับน้ำตาลในเลือด และ Serum Creatinine ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพทั้งด้านพฤติกรรมสุขภาพและด้านคลินิก

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำผลการวิจัยครั้งนี้ขยายผลไป ในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ให้มากขึ้นและครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายในโรงพยาบาล ได้แก่ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและเบาหวาน เพื่อป้องกัน และชะลอการเกิดโรคไตเรื้อรัง

2. ควรมีการติดตามพฤติกรรมกาาดูแลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างในระยะยาวอย่างน้อย 1 ปี เพื่อความต่อเนื่องและความยั่งยืนของพฤติกรรมกาาดูแลสุขภาพตนเองที่บ้าน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการออกแบบการวิจัยเป็นแบบการทดลองเชิงสุ่ม (Randomized Controlled Trial) เพื่อยืนยันและทดสอบประสิทธิผล ของโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมกาาดูแลสุขภาพตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และได้ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือมากขึ้น

2. ควรมีการศึกษาตัวแปรผลลัพธ์ด้านคลินิกอื่น ๆ ที่สัมพันธ์กับโรคไตเรื้อรัง เช่น ระดับเม็ดเลือดแดง ระดับโปรตีนในปัสสาวะ แคลเซียม และฟอสเฟตในเลือด เพื่อทดสอบทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมกาาดูแลสุขภาพตนเองต่อการทำหน้าที่ของไต

3. ควรมีการใช้รูปแบบการสนทนารายบุคคล เป็นหนึ่งในกระบวนการพัฒนาพฤติกรรมกาาดูแลสุขภาพตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เพราะการสนทนารายบุคคลจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการระบุปัญหา และวิธีการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง ส่งผลทำให้เกิดความตระหนักต่อปัญหา และความคาดหวังในความสามารถของตนเองที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกาาดูแลสุขภาพตนเองต่อไป

รายการอ้างอิง

กันตารัตน์ อ้วนศรีเมือง, จิระภา ศิริวัฒนเมธานนท์ และสุพัตรา บัวที. (2556). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความรู้ การจัดการตนเอง และดัชนีชี้วัดทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3.

วารสารสมาคมพยาบาลสาขากาาเคาาวันออกเฉียงเหนือ, 31(2): 91-99.

คมคาย คำพิทักษ์. (2545). พฤติกรรมกาาดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยเครื่องไตเทียม.

วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

จนวรรณ์ อิมสมบุญ. (2546). พฤติกรรมสุขภาพและการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. เอกสารการสอนชุดวิชาสุขภาพและการประชาสัมพันธ์งานสาธารณสุข, หน่วยที่ 1-8. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

นฤมล แก่นสาร. (2558). การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่มีการติดเชื้อของเยื่อช่องท้อง: กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 12(2): 81-91.

ประเสริฐ ธนกิจจารุ. (2558). สถานการณ์ปัจจุบันของโรคไตเรื้อรังในประเทศไทย. วารสารกรมการแพทย์, 5: 5-17.

ประเสริฐ ธนกิจจารุ และเอกอนุดตร จิตตินันท์. (2545). การรักษาผู้ป่วยโรคไตวายระยะก่อนการฟอกเลือด. กรุงเทพฯ: มูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย Medinfo G.D. Ltd..

ปริญญช แยมวงษ์. (2545). Obesity เวชปฏิบัติปริทรรศน์ 2. กรุงเทพฯ: อูษาการพิมพ์.



- รุ่งทิพย์ สีนวลผล. (2546). การติดตามการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- โรงพยาบาลสงขลา. (2558). รายงานประจำปี 2558. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- ศิริลักษณ์ น้อยปาน. (2555). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ศิริลักษณ์ ฤงทอง, ทิพมาส ชิมวงศ์ และเพลินพิศ ฐานิพัฒนานนท์. (2558). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง เพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวานต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 35(1): 67-84.
- ศรีสมัย วิบูลยานนท์ และสุพัฒน์ วาณิชการ. (2553). อาหารผู้ป่วยโรคไต. กรุงเทพฯ: มูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย.เอกสารอัดสำเนา.
- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2557). ข้อเสนอแนะเวชปฏิบัติการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมพ.ศ.2557. สืบค้นเมื่อ 18 ธ.ค. 58 จาก <http://www.nephrothai.org/index.asp>
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2545). อาหารทั่วไปและเฉพาะโรคผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2546). รายงานสุขภาพโลก 2002 ลดปัจจัยเสี่ยงสร้างเสริม สุขภาวะ. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี. (2547). สรุปผลการดำเนินงานสาธารณสุข 2543- 2546. เอกสารอัดสำเนา.
- สุนิสา สีม. (2556). การจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย, 6(1): 12-18.
- สุรดา โพธิ์ตาทอง, ดวงพร พุ่มทองดี และนงลักษณ์ กาญจนเมธาคัดดี. (2555). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและตัวชี้วัดทางคลินิกของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจากเบาหวาน. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร, 15(1): 31-39.
- สุภาพร องค์กริยานนท์. (2551). การพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโรงพยาบาลเจ้าพระยา ยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา, 6(1): 32-38.
- อรุณ จิรวัดน์กุล. (2556). ชุดความรู้สถิติ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- Chen, S. H., Tsai, Y. F., Sun, C. Y., Wu, I. W., Lee, C. C. & Wu, M. S. (2011). The Impact of Self-Management Support on the Progression of Chronic Kidney Disease. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 26(11): 3560-3566.



- Cueto-Manzano, A. M., Martínez-Ramírez, H. R. & Cortés-Sanabria, L. (2010). Management of Chronic Kidney Disease: Primary Health Care Setting, Self Care and Multidisciplinary Approach. **Clinical Nephrology**, 77(1): 99-104.
- Glasgow, R. E., Funnell, M. M., Bonomi, A. E., Davis, C., Beckham, V. & Wagner, E. H. (2002). Self-Management Aspects of the Improving Chronic Illness Care Breakthrough Series: Implementation with Diabetes and Heart Failure Teams. **Annals of Behavioral Medicine**, 24: 80-87.
- Ingsathit, A., Thakkestian, A., Chaiprasert, A., Sangthawan, P., Gojaseni, P., Kiattisunthorn, K. & et al. (2010). Prevalence and Risk Factors of Chronic Kidney Disease in the Thai Adult Population: Thai SEEK Study. **Nephrology Dialysis Transplantation**, 25(5): 1567-1575.
- Kanfer, F. H. & Gaelick-Buys, L. (1991). Self Management Methods. In F. H. Kanfer & A. Goldstein (Eds.). **Helping People Change: A Textbook of Methods** (pp. 305-360). New York: Pergamon.
- Ong-Ajyooth, L., Vareesangthip, K., Khonputsa, P. & Aekplakorn, W. (2009). Prevalence of Chronic Kidney Disease in Thai Adults: A National Health Survey. **BMC Nephrology**, 10(1): 35-45.
- Sritarapipat, P., Pothiban, L., Panuthai, S., Lumlertgul, D. & Nanasilp, P. (2012). Causal Model of Elderly Thais' Self-Management Behaviors of Pre-Dialysis Chronic Kidney Disease. **Pacific Rim International Journal of Nursing Research**, 16(4): 277-293.