

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังในชุมชน
Factors Related to Health Behaviors Among Persons with
Chronic Kidney Disease in Community

Corresponding author E-mail: kakura050@gmail.com *
(Received: 2022, February 17; Revised: 2022, March 17;
Accepted: 2022, March 30)

นภดล ศรีทา (Noppadon Srita)^{1*}
ศิวพร อึ้งวัฒนา (Sivaporn Aungwattana)¹
เดชา ทำดี (Decha Tamdee)¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการหาความสัมพันธ์เชิงทำนายเพื่อศึกษาความสัมพันธ์และอิทธิพลของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมต่อพฤติกรรมสุขภาพในผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังในชุมชน โดยนำ PRECEDE-PROCEED model (PRECEDE Model) มาประยุกต์ใช้ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะโรคไตเรื้อรังระดับ 1 - 2 จำนวน 175 คน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน - ตุลาคม พ.ศ. 2563 เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล, แบบสอบถามปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังในชุมชน วิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยด้วยสถิติพรรณนา และสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นต้น

ผลการวิจัยพบว่าผู้ที่เป็นโรคไตในชุมชนมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{x} = 80.39, SD = 10.36) โดยปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพในผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังในชุมชนมากที่สุด คือการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง รองลงมาคือการสนับสนุนทางสังคม, การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังและความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังตามลำดับ โดยปัจจัยนำและปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง และสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังในชุมชน ได้ร้อยละ 52.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001

คำสำคัญ: ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังในชุมชน, ปัจจัยนำ, ปัจจัยเอื้อ, ปัจจัยเสริม, พฤติกรรมสุขภาพ, ผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังในชุมชน

ABSTRACT

This predictive correlational research aimed to investigate the influence of predisposing, enabling, and reinforcing factors on health behaviors among persons with chronic kidney disease in community. The PRECEDE - PROCEED model (PRECEDE Model) was applied to formulate the conceptual framework of the study. Sample were 175 in patients with diabetes and hypertension that who have stage 1 or 2 chronic kidney disease. Data were collected during September – October, 2020. The research instrument was a questionnaire on personal data, predisposing factors, enabling factors, reinforcing factors and health behaviors among persons with chronic kidney disease. The data were analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis.

The results indicated that the mean score of the health behaviors was moderate ($\bar{x} = 80.39$, $SD = 10.36$). It was also found that factors that were most predictive of health behaviors among people with chronic kidney disease in the community were perception of benefits of preventing chronic kidney disease; social support; perception of risk of having chronic kidney; and knowledge about chronic kidney disease, respectively. Moreover, the predisposing factors and reinforcing factors are positively and moderately correlated. Together they were able to predict the health behaviors of people with chronic kidney disease in the community at 52.2% with a statistical significance of .001

Keywords: Factors related to health behaviors among persons with Chronic Kidney Disease in community, Predisposing factors, Enabling factors, Reinforcing factors, Health behaviors, Persons with Chronic Kidney Disease in the community

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease [CKD]) เป็นภาวะที่ไตเสื่อมการทำงานอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานจนทำให้ไตเสื่อมลงอย่างถาวรและไม่สามารถทำหน้าที่ปกติได้ (Kuntachuvetsiri, 2013) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (Unaphak & Rattanamane, 2015) พบว่าทั่วโลกมีความชุกของโรคไตเรื้อรังร้อยละ 10 ของประชากร หรือประมาณ 700 ล้านราย โดยความชุกเพิ่มสูงขึ้นถึงร้อยละ 29.3 เมื่อเทียบกับปี 1990 (Webster, Nagler, Morton & Masson, 2017) ในแต่ละปีมีจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคไตเรื้อรังสูงถึงหนึ่งล้านล้านราย (Berns, 2015) สำหรับประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 17.6 ของประชากร ในปี พ.ศ. 2563 หรือประมาณ 8 ล้านคน (Thai Health Promotion Foundation, 2020) โดยมีสาเหตุหลักจากโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ตามลำดับ (Thanakitjaru,

2015) จาก 1) ปัจจัยที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้ เช่น เพศ อายุ กรรมพันธุ์ (Lin et al., 2013) 2) ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดโรคเพิ่มขึ้น เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง (Thungtong, 2017) น้ำหนักเกินหรือโรคอ้วน (Hall, et al., 2014) และ 3) ปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ เช่น พฤติกรรมการบริโภคอาหาร น้ำ และยา (Sritarapipat, Pothiban, Panuthai, Lumlertgul & Nanasilp, 2012; Lee & Chung, 2014; Loosman, Rottier, Honig & Siegert, 2015) โดยอาการแสดงและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จะรุนแรงตามระดับการเสื่อมของไต เมื่อเกิดพยาธิสภาพของหน่วยไตเพิ่มมากขึ้นนำไปสู่การสูญเสียหน้าที่อย่างถาวร และเกิดโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (End Stage Renal Disease, ESRD) ต้องได้รับการรักษาบำบัดทดแทนไต (Renal Replacement Therapy, RRT) ซึ่งมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง จากรายงานของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยปี พ.ศ. 2560 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาบำบัดทดแทนไตเพิ่มขึ้นทุกปี (Nephrology Society of Thailand, 2020) และใช้งบประมาณในการบำบัดทดแทนไตกว่า 17,000 ล้านบาท (Department of Disease Control: DDC, Ministry of public health, 2016) ดังนั้นจึงจำเป็นต้องให้ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการเกิดโรคไตเรื้อรังได้ควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ และรับการดูแลรักษาอย่างรวดเร็ว เพื่อชะลอการเสื่อมของไตอย่างมีประสิทธิภาพ

เป้าหมายสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังคือการป้องกันหรือชะลอการเสื่อมของไต ซึ่งทำได้โดยการจัดการกับปัจจัยที่เป็นสาเหตุของโรค (Nephrology Society of Thailand, 2017) และพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการก้าวหน้าของโรค (Wei et al., 2013; Júnior et al., 2014; Hall et al., 2014) มีการศึกษาที่สนับสนุนว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดำเนินชีวิตจะช่วยชะลอการเสื่อมของไตได้ (Onyenwenyi & Ricardo, 2015; Ricardo et al., 2015) จากการศึกษาของกวีศรา สอนพุด (Sornpood, 2020) พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงยังมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิตไม่ได้ มีระดับไขมันสูงกว่าปกติ มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ท้วม - อ้วน ขาดองค์ความรู้ในการเชื่อมโยงกับความรู้เรื่องโรคและการดูแลสุขภาพ ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ทั้งพฤติกรรมการบริโภคอาหาร น้ำ และยา รวมถึงขาดการตระหนักรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมยังไม่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย การสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคจำเป็นต้องอาศัยปัจจัยหลายประการตามแนวคิด PRECEDE - PROCEED Framework โดยกรีน และครูเตอร์ (Green & Kreuter, 2005) มีแนวคิดว่าพฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย (Multiple factors) แบ่งเป็น 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า 1) อายุ 2) รายได้ 3) ระดับการศึกษา 4) การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค 5) การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค 6) การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค 7) การรับรู้ต่ออุปสรรค 8) แรงจูงใจด้านสุขภาพ 9) การรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติตน 10) การเข้าถึงสถานบริการสุขภาพและการส่งต่อ และ 11) แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Kraiyasri, 2000; Unaphak, et al., 2015; Plangklang, 2018)

กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) สาขาโรคไตขึ้น โดยมุ่งเน้นการลดปัจจัยเสี่ยง คัดกรองการเกิดโรคไตเรื้อรังในประชากรกลุ่มเสี่ยงและสนับสนุนการจัดตั้งคลินิกชะลอไตเสื่อม (CKD clinic) ขึ้นในโรงพยาบาลทั่วประเทศ ซึ่งเป้าหมายในการคัดกรองในประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง คือ ร้อยละ 80 (DDC, Ministry of public health, 2016) จาก

การศึกษาข้อมูลของจังหวัดเชียงใหม่พบว่าอำเภอสารภีสามารถคัดกรองโรคไตเรื้อรังจากผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงได้มากที่สุด (4,766/11,743 ราย) คิดเป็นร้อยละ 40.59 ถือเป็นความสำเร็จที่ดีในระดับหนึ่ง แต่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ขั้นต่ำที่ร้อยละ 80 โดยแบ่งเป็น ระยะที่ 1 จำนวน 2,080 ราย (ร้อยละ 34.66) ระยะที่ 2 จำนวน 1,727 ราย (ร้อยละ 32.96) ระยะที่ 3 จำนวน 630 ราย (ร้อยละ 21.82) ระยะที่ 4 จำนวน 182 ราย (ร้อยละ 5.84) และระยะที่ 5 จำนวน 147 ราย (ร้อยละ 4.72) (Chiang Mai Provincial Health Office, 2017) จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1 - 2 ยังคงพบอยู่เป็นจำนวนมากในเขตอำเภอสารภี จากสภาพสังคมอำเภอสารภีในปัจจุบันมีความเป็นสังคมกึ่งเมืองและเร่งรีบในการดำเนินชีวิตมากกว่าอดีตอาจส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพของคนในชุมชน ทำให้พบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะ 3 - 5 เพิ่มขึ้นทุกปี หากเราทราบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะโรคไตเรื้อรังระดับ 1 - 2 ในอำเภอสารภีก็จะสามารถชะลอและป้องกันการเสื่อมของไตเข้าสู่ระยะถัดไปได้

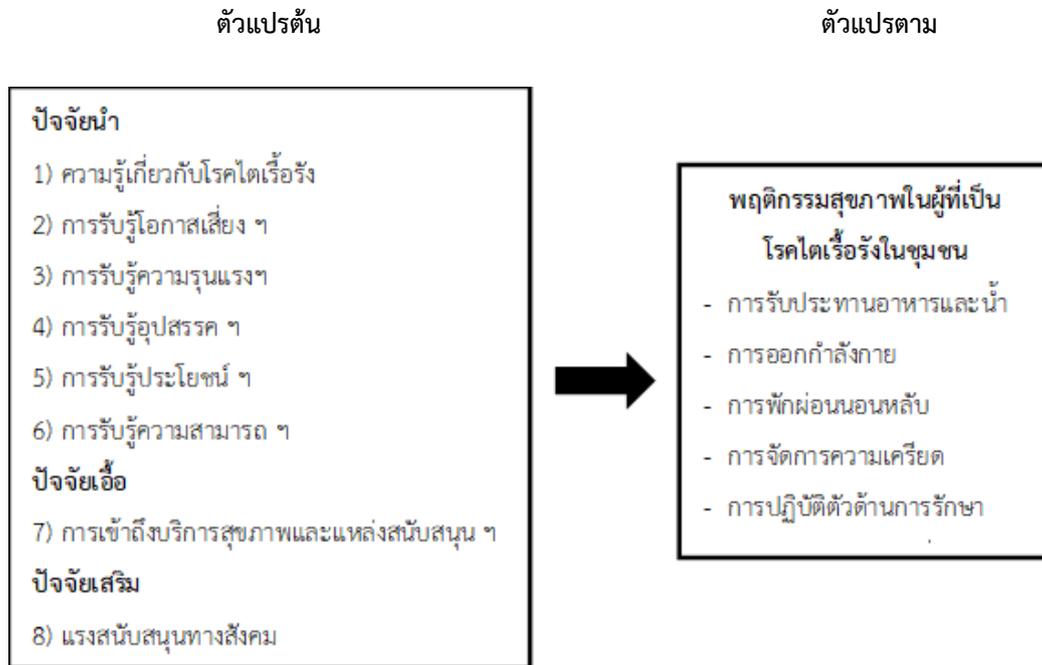
ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนได้เห็นถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพในผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงที่มีภาวะโรคไตเรื้อรังระดับ 1 - 2 ในชุมชน จึงนำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงดังกล่าว รวมทั้งปัจจัยอื่น ๆ มาศึกษาตามแบบจำลองพฤติกรรมสุขภาพ PRECEDE Model เพื่อหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงที่มีภาวะโรคไตเรื้อรังระดับ 1 - 2 ในอำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ ดังนี้ ปัจจัยนำ ได้แก่ 1) ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง 2) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง 3) การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคไตเรื้อรัง 4) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง และ 5) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง และ 6) การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติตนตามคำแนะนำเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ และปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวและบุคลากรด้านสุขภาพ โดยเป็นการศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ที่เป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะโรคไตเรื้อรังระดับ 1 - 2 เพื่อนำผลที่ได้มาจัดทำแผนงานและโครงการที่เกี่ยวข้องในการป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรังของจังหวัดเชียงใหม่มีพฤติกรรมป้องกันการโรคไตเรื้อรังที่ดีขึ้น เกิดประสิทธิผลในการดำเนินงานคัดกรอง ทำให้อัตราป่วยและตายด้วยโรคไตเรื้อรังลดลงและบรรลุตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังในชุมชน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม แต่ละปัจจัยกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังในชุมชน
3. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังในชุมชน

กรอบแนวคิดการวิจัย

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังในชุมชน



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive Correlational Study) โดยศึกษาในช่วงเดือนกันยายน - ตุลาคม พ.ศ. 2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะโรคไตเรื้อรังระดับ 1 - 2 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ≥ 6 เดือน ที่เข้ารับบริการที่หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิอำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ ปี พ.ศ. 2562 จำนวน 741 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เทคนิคของ Thorndike (1978) หาสัดส่วนผู้ที่เป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะโรคไตเรื้อรังระดับ 1 - 2 ต่อผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังรายใหม่ทั้งหมด ได้กลุ่มตัวอย่าง 140 ราย และป้องกันความคลาดเคลื่อนในการเก็บข้อมูลจึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 ของกลุ่มตัวอย่าง (Kaewkangwan & Singhasiwanon, 2011) จึงได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 175 ราย

เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้า

มีอายุ 18 - 60 ปี สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดี ยินยอมเข้าร่วมในการศึกษาโดยสมัครใจ

เกณฑ์ในการคัดออก

เป็นผู้ป่วยมีอาการของโรคไตเรื้อรังระยะ 3 - 5 และต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต มีโรคหรือภาวะแทรกซ้อนอื่น หรือโรคที่เป็นภาวะแทรกซ้อนของเบาหวานและความดันโลหิตสูง

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามกรอบแนวคิดของแบบจำลองการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ (PRECEDE Model) (Green & Kreuter, 2005) ประกอบด้วย แบบสอบถามจำนวน 2 ชุด 7 ส่วน ได้แก่

ชุดที่ 1

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรัง ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังในชุมชน ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือนของครอบครัว สิทธิในการรักษา ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และแหล่งที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง เป็นแบบเติมข้อความ
2. แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังในชุมชน ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย ค่าความดันโลหิต ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด HbA1c, ระดับไขมันในเลือด (Total cholesterol, LDL-cholesterol, HDL-cholesterol), BUN, Creatinine, eGFR และยาที่ใช้ในการรักษาโรคไตเรื้อรัง บันทึกโดยผู้วิจัยจากแฟ้มผู้ป่วยที่มีการตรวจครั้งหลังสุด

ชุดที่ 2

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง มีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบปลายปิด โดยให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว จำนวน 10 ข้อ ปลายปิด โดยให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว จำนวน 10 ข้อ โดยมีคำตอบ 3 ตัวเลือก โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนน คือ ตอบถูกต้อง ให้ 1 คะแนน ตอบผิด/ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ ให้ 0 คะแนน

การแปลผลคะแนนโดยการนำคะแนนมารวมกัน คะแนนอยู่ในช่วง 0 - 10 คะแนน แบ่งคะแนนความรู้เป็น 3 ระดับ ได้แก่ สูง ปานกลาง ต่ำ มีการจัดระดับคะแนน ดังนี้

คะแนนมากกว่า 7.00 คะแนน	หมายถึง ผู้ป่วยมีความรู้ระดับสูง
คะแนนช่วง 4.00 – 6.99 คะแนน	หมายถึง ผู้ป่วยมีความรู้ระดับปานกลาง
คะแนนน้อยกว่า 3.00 คะแนน	หมายถึง ผู้ป่วยมีความรู้ระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงฯ, การรับรู้ความรุนแรงฯ, การรับรู้อุปสรรคฯ, การรับรู้ประโยชน์ฯ ข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (rating scale) จำนวน 30 ข้อใน 4 องค์ประกอบ มีมาตรวัด 5 ระดับ

1. การคิดคะแนนและการแปลผลการรับรู้โอกาสเสี่ยงฯ ทำได้โดยการนำคะแนนมารวมกันทั้งหมด 5 ข้อ คะแนนมีตั้งแต่ 5 - 25 คะแนน พิจารณาแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับสูง	คือ ได้คะแนนช่วง 18.36 – 25.00 คะแนน
ระดับปานกลาง	คือ ได้คะแนนช่วง 11.68 – 18.35 คะแนน
ระดับต่ำ	คือ ได้คะแนนช่วง 5.00 – 11.67 คะแนน

2. การคิดคะแนนและการแปลผลการรับรู้ความรุนแรงฯ ทำได้โดยการนำคะแนนมารวมกันทั้งหมด 5 ข้อ คะแนนมีตั้งแต่ 5 - 25 คะแนน พิจารณาแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับสูง	คือ ได้คะแนนช่วง	18.36 – 25.00	คะแนน
ระดับปานกลาง	คือ ได้คะแนนช่วง	11.68 – 18.35	คะแนน
ระดับต่ำ	คือ ได้คะแนนช่วง	5.00 – 11.67	คะแนน

3. การคิดคะแนนและการแปลผลการรับรู้อุปสรรคฯ ทำได้โดยการนำคะแนนมารวมกันทั้งหมด 10 ข้อ คะแนนมีตั้งแต่ 10 - 50 คะแนน พิจารณาแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับสูง	คือ ได้คะแนนช่วง	36.68 – 50.00	คะแนน
ระดับปานกลาง	คือ ได้คะแนนช่วง	23.34 – 36.67	คะแนน
ระดับต่ำ	คือ ได้คะแนนช่วง	10.00 – 23.33	คะแนน

4. การคิดคะแนนและการแปลผลการรับรู้ประโยชน์ฯ ทำได้โดยการนำคะแนนมารวมกันทั้งหมด 10 ข้อ คะแนนมีตั้งแต่ 10 - 50 คะแนน พิจารณาแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับสูง	คือ ได้คะแนนช่วง	36.68 – 50.00	คะแนน
ระดับปานกลาง	คือ ได้คะแนนช่วง	23.34 – 36.67	คะแนน
ระดับต่ำ	คือ ได้คะแนนช่วง	10.00 – 23.33	คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถฯ ข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (rating scale) จำนวน 10 ข้อ มีมาตรวัด 5 ระดับ การคิดคะแนนและการแปลผลการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคไตเรื้อรัง ทำได้โดยการนำคะแนนมารวมกันทั้งหมด 9 ข้อ คะแนนมีตั้งแต่ 9 - 45 คะแนน พิจารณาแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับสูง	คือ ได้คะแนนช่วง	33.02 – 45.00	คะแนน
ระดับปานกลาง	คือ ได้คะแนนช่วง	21.01 – 33.01	คะแนน
ระดับต่ำ	คือ ได้คะแนนช่วง	9.00 – 21.00	คะแนน

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามข้อมูลด้านปัจจัยอื่น ได้แก่ 1) การมีระบบบริการสุขภาพที่ผู้ป่วยควรได้รับเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง 2) สถานที่ตั้ง เวลาของบริการ ค่าใช้จ่ายในการมารับการรักษา และ 3) การได้รับข้อมูลหรือฝึกทักษะที่จำเป็นต่อการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังจากบุคลากรทางสุขภาพ เป็นข้อคำถามแบบประเมินค่า (rating scale) จำนวน 9 ข้อ มีมาตรวัด 5 ระดับ

การคิดคะแนนและการแปลผลการได้รับปัจจัยเอื้อในการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย ทำได้โดยการนำคะแนนมารวมกันทั้งหมด 9 ข้อ คะแนนมีตั้งแต่ 9 - 45 คะแนน การแปลผลคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคไตเรื้อรัง พิจารณาแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับสูง	คือ ได้คะแนนช่วง 33.02 – 45.00 คะแนน
ระดับปานกลาง	คือ ได้คะแนนช่วง 21.01 – 33.01 คะแนน
ระดับต่ำ	คือ ได้คะแนนช่วง 9.00 – 21.00 คะแนน

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามข้อมูลด้านปัจจัยเสริม ได้แก่ ความพึงพอใจของผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังในการได้รับความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนที่ผู้ป่วยได้รับ ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน/เพื่อนบ้าน และบุคลากรทางการแพทย์ เป็นข้อคำถามแบบมีตัวเลือกให้ตอบ ข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (rating scale) จำนวน 5 ข้อ

การคิดคะแนนและการแปลผลการได้รับปัจจัยเสริมในการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยทำได้โดยการนำคะแนนมารวมกันทั้งหมด 5 ข้อ คะแนนมีตั้งแต่ 5 - 25 คะแนน การแปลผลคะแนนการได้รับปัจจัยเสริมในการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย พิจารณาแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับสูง	คือ ได้คะแนนช่วง 18.36 – 25.00 คะแนน
ระดับปานกลาง	คือ ได้คะแนนช่วง 11.68 – 18.35 คะแนน
ระดับต่ำ	คือ ได้คะแนนช่วง 5.00 – 11.67 คะแนน

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังในชุมชน สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังระดับ 1 - 2 เป็นข้อคำถามแบบมีตัวเลือกให้ตอบ ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (rating scale) จำนวน 35 ข้อ ใน 5 องค์ประกอบ คือ 1) การรับประทานอาหารและน้ำ จำนวน 10 ข้อ โดยมีค่าคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 10 - 40 คะแนน 2) การออกกำลังกายมีจำนวน 4 ข้อ โดยมีค่าคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 4 - 16 คะแนน 3) การพักผ่อนนอนหลับ มีจำนวน 3 ข้อ โดยมีค่าคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 3 - 12 คะแนน 4) การจัดการความเครียด จำนวน 3 ข้อ โดยมีค่าคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 3 - 12 คะแนน และ 5) การปฏิบัติตัวด้านการรักษาและการดูแลตนเองทั่วไป 15 ข้อ ค่าคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 15 - 60 คะแนน มีมาตราวัด 4 ระดับ แต่ละข้อมีความหมาย ดังนี้

ปฏิบัติประจำ	หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมทุกวันสม่ำเสมอหรืออย่างน้อย 6 วัน/สัปดาห์
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น 3-5 วัน/สัปดาห์
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น 1-2 วัน/สัปดาห์
ไม่ปฏิบัติเลย	หมายถึง ไม่ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเลย

เกณฑ์การให้คะแนน

ข้อความที่ให้ความหมาย	บวก	ลบ
ปฏิบัติประจำ	4	1
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	3	2
ปฏิบัติบางครั้ง	2	3
ไม่ปฏิบัติเลย	1	4

สำหรับการวิจัยนี้คะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังในชุมชนได้จากการรวมคะแนนทั้งหมด 35 ข้อ คะแนนรวมที่ได้มีค่าอยู่ระหว่าง 35 - 140 คะแนน การแปลผลคะแนน พิจารณาแบ่งระดับพฤติกรรมเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์อันตรภาคชั้น (Kannasut, 1999) ดังนี้

คะแนนช่วง 100.02 - 140.00	หมายถึง ผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังในชุมชนมีพฤติกรรมสุขภาพระดับสูง
คะแนนช่วง 70.01 - 100.01	หมายถึง ผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังในชุมชนมีพฤติกรรมสุขภาพระดับปานกลาง
คะแนนช่วง 35.00 - 70.00	หมายถึง ผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังในชุมชนมีพฤติกรรมสุขภาพระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา(Content Validity Index: CVI)

นำเสนอแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 ท่าน ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 ท่าน พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 2 ท่าน อาจารย์สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจำนวน 2 ท่านและผู้เชี่ยวชาญแนวคิด PRECEDE Model จำนวน 1 ท่าน หลังจากได้รับข้อเสนอแนะผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขแล้วนำแบบสอบถามมาคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index [CVI]) ดังนี้ 1) แบบสอบถามปัจจัยนำ ประกอบด้วยแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง เท่ากับ .86, แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง เท่ากับ .83, การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคไตเรื้อรัง เท่ากับ .97, การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง เท่ากับ 1.00, การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง เท่ากับ .95, แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติตนตามคำแนะนำเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง เท่ากับ .90, 2) แบบสอบถามปัจจัยเอื้อ เท่ากับ .93 และ 3) ปัจจัยเสริม เท่ากับ 1.00 และ แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังในชุมชน เท่ากับ .95

การหาความเที่ยง (Reliability)

นำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขและตรวจสอบความตรงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ที่เป็นที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่น(Reliability) โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่า

ความเชื่อมั่นดังนี้ 1) ปัจจัยนำ ได้แก่ แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงฯ เท่ากับ .71, การรับรู้ความรุนแรงฯ เท่ากับ .74, การรับรู้อุปสรรคฯ เท่ากับ .79, การรับรู้ประโยชน์ฯ เท่ากับ .72, การรับรู้ความสามารถฯ เท่ากับ .77, 2) ปัจจัยเอื้อ เท่ากับ .77 และ 3) ปัจจัยเสริม เท่ากับ .73 และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังในชุมชน เท่ากับ .75 ตามลำดับ สำหรับแบบสอบถามความรู้ฯ เนื่องจากแบบทดสอบนี้ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนที่เป็นแบบ 2 ค่า (dichotomous) จึงหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรคูเตอร์ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20) (Srisatidnarukul, 2005) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ .71

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้นำโครงร่างวิทยานิพนธ์เสนอคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่จริยธรรม 2563-EXP071 ก่อนเข้าร่วมวิจัยผู้วิจัยจะชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างและข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถือเป็นความลับ ไม่ระบุชื่อหรือที่อยู่ของกลุ่มตัวอย่าง โดยนำไปใช้ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมและข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 1 ปี ภายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม โดยนำมาแจกแจงความถี่ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation: SD)

2. สถิติวิเคราะห์ (Analytical Statistics)

2.1 วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมแต่ละปัจจัยกับ พฤติกรรมสุขภาพในผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังในชุมชนด้วยสถิติสเปียร์แมน (Spearman's rank correlation) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .001

2.2 วิเคราะห์ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพในผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังในชุมชนด้วย สถิติวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน (Stepwise regression analysis)

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.6 มีอายุอยู่ในช่วง 51 - 60 ปี ร้อยละ 78 (\bar{x} = 53.57 ปี, SD = 6.25) สถานภาพสมรส ร้อยละ 72 อาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 42.9 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 43.4 รายได้/เดือนของครอบครัวที่ 5,001 – 10,000 บาท ร้อยละ 68 ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สิทธิบัตรทอง) ร้อยละ 78.9 ระยะเวลาเฉลี่ยของการเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ประมาณ 5 ปี (5.73 ± 2.38 ปี), (5.45 ± 2.36 ปี) ตามลำดับ ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 28

ข้อมูลสุขภาพพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) อยู่ในช่วง 18.50 - 22.9 kg/m² ร้อยละ 36.57 (\bar{x} = 24.51 kg/m², SD = 4.25) มีอัตราการกรองของไต (eGFR) อยู่ในช่วง ≥ 90 ml/min/

1.73 m² ร้อยละ 78 (\bar{x} =97.68 ml/ min/ 1.73 m², SD = 12.01) ใช้กลุ่มยาในการรักษาโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูงเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 63.4 ระดับความดันโลหิต 3 ครั้งก่อนเป็นโรคไตเรื้อรัง ระดับ 1 - 2 ส่วนใหญ่ครั้งที่ 1, 2 และ 3 อยู่ในช่วง (140 - 159/90 - 99 mmHg), (130-139/85-89 mmHg), (130-139/85-89 mmHg) ร้อยละ 41.7, 38.3 และ 38.9 ตามลำดับ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่า มีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) อยู่ในช่วง ≥ 7 mg% ร้อยละ 84.6 (\bar{x} = 8.82 mg%, SD= 1.99) มีระดับ Total cholesterol < 200 ml/dL ร้อยละ 56 (\bar{x} =198.05 ml/dL, SD = 47.21), LDL-cholesterol < 130 ml/dL ร้อยละ 65.1 (\bar{x} =112.23 ml/dL, SD= 44.20) และ HDL-cholesterol > 40 ml/dL ร้อยละ 68.6 (\bar{x} =46.41 ml/dL, SD = 13.87)

พฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังในชุมชน

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{x} =80.39, SD = 10.36) รายงานพบว่ามีพฤติกรรมจัดการความเครียดอยู่ในระดับสูง (\bar{x} =9.62, SD =1.99), การออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{x} =10.47, SD = 3.25), การพักผ่อนนอนหลับอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{x} = 8.63, SD = 1.92), การปฏิบัติตัวด้านการรักษาและการดูแลตนเองทั่วไปอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{x} = 33.75, SD = 5.60) การรับประทานอาหารและน้ำอยู่ในระดับต่ำ (\bar{x} = 17.92, SD = 4.19) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนของพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังในชุมชนโดยรวมและรายด้านของกลุ่มตัวอย่าง (n=175)

พฤติกรรมสุขภาพ	พิสัย	\bar{x}	SD.	ระดับคะแนน
โดยรวม	35 - 140	80.39	10.36	ปานกลาง
รายด้าน				
ด้านการรับประทานอาหารและน้ำ	10 - 40	17.92	4.19	ต่ำ
ด้านการออกกำลังกาย	4 - 16	10.47	3.25	ปานกลาง
ด้านการพักผ่อนนอนหลับ	3 - 12	8.63	1.92	ปานกลาง
ด้านการจัดการความเครียด	3 - 12	9.62	1.99	สูง
ด้านการปฏิบัติตัวด้านการรักษา ฯ	15 - 60	33.75	5.60	ปานกลาง

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม แต่ละปัจจัยกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังในชุมชน

พบว่าความรู้, การรับรู้โอกาสเสี่ยง, การรับรู้ประโยชน์, การเข้าถึงบริการสุขภาพฯ และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .292$, $r = .511$, $r = .536$, $r = .300$ และ $r = .340$) ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง, การรับรู้โอกาสเสี่ยง, การรับรู้ความรุนแรง, การรับรู้อุปสรรค, การรับรู้ประโยชน์, การรับรู้ความสามารถ, การเข้าถึงบริการสุขภาพ, แรงสนับสนุนทางสังคม กับ พฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังในชุมชน (n = 175)

ตัวแปร	ความรู้	การรับรู้โอกาสเสี่ยง	การรับรู้ความรุนแรง	การรับรู้อุปสรรค	การรับรู้ประโยชน์	การรับรู้ความสามารถ	การเข้าถึงบริการสุขภาพ	แรงสนับสนุนทางสังคม	พฤติกรรมสุขภาพ
1. ความรู้	1.000								
2. การรับรู้โอกาสเสี่ยง	.098	1.000							
3. การรับรู้ความรุนแรง	.098	.236**	1.000						
4. การรับรู้อุปสรรค	.201**	.420**	.176*	1.000					
5. การรับรู้ประโยชน์	.074	.963**	.206**	.324**	1.000				
6. การรับรู้ความสามารถ	.203**	.438**	.182*	.993**	.334**	1.000			
7. การเข้าถึงบริการสุขภาพ	.061	.217**	.027	.182*	.221**	.186*	1.000		
8. แรงสนับสนุนทางสังคม	.134	.123	.153*	.088	.131	.079	.348**	1.000	
9. พฤติกรรมสุขภาพ	.292**	.511**	.137	.133	.536**	.142	.300**	.340**	1.000

* p < .05, **p < .001

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังในชุมชน

ผลการวิเคราะห์เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังในชุมชนพบว่าการรับรู้ประโยชน์, แรงสนับสนุนทางสังคม, ความรู้, และการรับรู้โอกาสเสี่ยง สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังในชุมชนโดยมีอำนาจการทำนายได้ ร้อยละ 52.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยปัจจัยที่มีอำนาจการทำนายสูงสุด ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ ($\beta=1.000$, p-value<.001) รองลงมา คือ แรงสนับสนุนทางสังคม ($\beta=.218$, p-value<.001), ความรู้ ($\beta=.211$, p-value<.001) และการรับรู้โอกาสเสี่ยง ($\beta= -.423$, p-value<.05) ตามลำดับดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังในชุมชนด้วยวิธี Stepwise (n = 175)

ตัวแปรอิสระ	b	SE	β	t
1. การรับรู้ประโยชน์	2.169	.458	1.000	4.734**
2. แรงสนับสนุนทางสังคม	.602	.149	.218	4.045**
3. ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง	1.495	.382	.211	3.913**
4. การรับรู้โอกาสเสี่ยง	-1.911	.954	-.423	-2.003*
Constant (a) = 43.315, R = .722, R ² = .522, Adj. R ² =.511, F = 46.370			* p < .05, **p < .001	

อภิปรายผล

พฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังในชุมชน

การศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{x} = 80.39, SD = 10.36) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมจัดการความเครียดอยู่ในระดับสูง (\bar{x} = 9.62, SD. =1.99), การออกกำลังกาย อยู่ในระดับปานกลาง (\bar{x} = 10.47, SD = 3.25), การพักผ่อนนอนหลับ อยู่ในระดับปานกลาง (\bar{x} = 8.63, SD = 1.92), การปฏิบัติตัวด้านการรักษาและการดูแลตนเองทั่วไปอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{x} = 33.75, SD = 5.60) และการรับประทานอาหารและน้ำอยู่ในระดับต่ำ (\bar{x} = 17.92, SD = 4.19) แสดงให้เห็นว่าแม้กลุ่มตัวอย่างจะผ่านการตรวจคัดกรองโรคไตเรื้อรังจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขพร้อมๆ กับการคำแนะนำและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังไปบ้างแล้ว แต่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังที่ถูกต้องอยู่ในระดับปานกลาง จึงทำให้พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 42.9 มีอาชีพรับจ้างทั่วไป มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 43.4 ต้องใช้ชีวิตเร่งรีบในการทำงานรับจ้าง และระดับการศึกษาประถมศึกษาจึงอาจไม่มีความพอในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ แสงรวี มณีศรี (Maneesri, 2010) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2 - 4 มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อวิเคราะห์เป็นรายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของการควบคุมอาหารอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยของการจำกัดน้ำอยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ยของการรับประทานยาอยู่ในระดับสูง

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม แต่ละปัจจัยกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังในชุมชน

1. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังในชุมชนกับปัจจัยนำ

ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลาง กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .292, p < .001$) แสดงให้เห็นว่าหากกลุ่มตัวอย่างมีความรู้มาก จะมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่มากขึ้น ผลการศึกษาสนับสนุนแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Janz, Champion & Strecher (2002) ที่กล่าวว่าบุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการโรคจะขึ้นอยู่กับปัจจัยร่วมด้านความรู้เรื่องโรค ความรู้เรื่องโรคเป็นปัจจัยด้านโครงสร้างของปัจจัยร่วมที่เป็นสิ่งสนับสนุนโดยตรงต่อการรับรู้ของบุคคล ที่ส่งผลโดยตรงต่อแนวโน้มในการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรค ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{x} = 4.62, SD = 1.46) ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของภัทรพรรณ อุณาภาค และคณะ (Unaphak et al., 2015) ที่พบว่าพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง แต่ในส่วนของ การควบคุมอาหาร การจำกัดน้ำ และการออกกำลังกาย ยังมีผู้ป่วยอีกจำนวนไม่น้อยที่ไม่ทราบการปฏิบัติเพื่อชะลอการเสื่อมของไตและป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ และสอดคล้องกับชัยยา ปานันท์ และคณะ (Panunt et al., 2017) ที่พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมป้องกันการโรคไตเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .610, p < .001$) อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ร้อยละ 78.2 และมีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 43.4 เมื่อมาตามนัดเพื่อมาตรวจติดตามอาการของโรคเบาหวาน

และความดันโลหิตสูงจะได้รับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค สาเหตุ อาการและอาการแสดง ผลกระทบและการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมจากแพทย์และพยาบาลในทุกครั้งที่มารับการตรวจรักษา แต่ไม่ได้มีวิธีการถามกลับเพื่อเป็นการเน้นย้ำถึงความเข้าใจที่ถูกต้องในความรู้ที่ได้รับไป และเมื่อผู้ป่วยมีความรู้จึงนำความรู้ไปปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ แต่การจะชะลอการเสื่อมของไตจึงทำได้ยาก ส่งผลให้มีระดับพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น จึงควรเน้นย้ำให้ความรู้และมีการถามกลับถึงความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .511, p < .001$) แสดงให้เห็นว่าหากกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมาก็จะมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่มากขึ้น ผลการศึกษาสนับสนุนแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Janz et al. (2002) ที่กล่าวว่าบุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคจะขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านการรับรู้ของบุคคล ซึ่งการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเป็นความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจและความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับโอกาสที่จะเกิดโรคในสภาวะหรือสถานการณ์หนึ่ง ๆ และการยอมรับว่าตนเองมีความเสี่ยงในการเกิดโรคนับเป็นปัจจัยแรกด้านการรับรู้ของบุคคลที่สนับสนุนและส่งผลโดยตรงต่อแนวโน้มในการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรค ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{x} = 8.73, SD = 2.30$) สอดคล้องกับกันติชา บุญล้อม (Boonlom, 2019) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลางและมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมป้องกันโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .30, p = .032$) อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีภาวะโรคไตเรื้อรังระดับ 1 - 2 ซึ่งเป็นระยะที่ไม่แสดงอาการใด ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง และจากการสัมภาษณ์พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในการเข้ามารับการตรวจโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจัดวันนัดให้ และคิดว่า การรับประทายตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัดก็น่าจะเพียงพอต่อการชะลอไตเสื่อม จึงควรเน้นย้ำให้เห็นความสำคัญของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังจากปัจจัยร่วมอื่น ๆ นอกจากที่ได้รับคำแนะนำแบบเดิม ๆ

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .536, p < .01$) แสดงให้เห็นว่า หากกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ มากก็จะมีปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่มากขึ้น ผลการศึกษาสอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Becker, 1974) ที่กล่าวว่าพฤติกรรมสุขภาพเกิดจากการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค สอดคล้องกับการศึกษาของสุพัตรา การะเกตุ (Karaket, 2013) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แต่ผลการวิจัยพบว่าระดับคะแนนการรับรู้ประโยชน์ ของกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในระดับต่ำ ($\bar{x} = 17.19, SD = 4.77$) อาจมาจากการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพื่อชะลอไตเสื่อมจะเน้นที่การให้ความรู้และการรับรู้โอกาสเสี่ยงฯ เป็นส่วนใหญ่ กลุ่มตัวอย่างจึงขาดองค์ความรู้ใหม่ ๆ ที่จะรับรู้ว่าการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีนั้นมีประโยชน์ในการชะลอไตเสื่อมได้เช่นกัน จึงควรเน้นย้ำให้เห็นความสำคัญของการรับรู้ประโยชน์ฯ ด้วย

ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงฯ, การรับรู้อุปสรรคฯ และการรับรู้ความสามารถฯ กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังในชุมชน ซึ่งไม่เป็นไปตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Becker, 1974) ที่อธิบายว่าการที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่าตนเองมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรค โรคที่เกิดขึ้นนั้นมีความรุนแรงทำให้เกิดผลกระทบในการดำเนินชีวิตได้ เชื่อว่าการปฏิบัติพฤติกรรมจะก่อให้เกิดประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือลดความรุนแรงของโรค ถ้าหากป่วยเป็นโรคนั้น ๆ และแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค, การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคและการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคกับพฤติกรรมสุขภาพ (Boonlorn, 2019; Jannoom, Rattanagreethakul & Lawang, 2021) อาจเพราะการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานะภาพสมรสคู่ที่ส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง ช่วยลดอุปสรรคในการดูแลตนเองและมีภาวะโรคไตเรื้อรังระดับ 1 – 2 ที่มีความรุนแรงของโรคน้อยหากไม่ได้รับการวินิจฉัยอย่างจริงจังและบอกกล่าวอาจทำให้เชื่อว่าพฤติกรรมในการจัดการตนเองในปัจจุบันดีอยู่แล้วและสามารถควบคุมโรคได้ดี จึงอาจไม่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นจึงควรเน้นย้ำการรับรู้ความรุนแรงฯ, การรับรู้อุปสรรคฯ และการรับรู้ความสามารถฯ กระตุ้นให้ผู้ที่เป็โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะโรคไตเรื้อรังระดับ 1 – 2 ให้มีความตระหนักต่อการชะลอไตเสื่อมเพิ่มขึ้น

2. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังในชุมชนกับปัจจัยเอื้อ

การเข้าถึงบริการสุขภาพและแหล่งสนับสนุนการฝึกทักษะการปฏิบัติตนมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังในชุมชน ($r = .300, p < .01$) อธิบายได้ว่าหากกลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพฯ ได้มาก ก็จะมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่มากขึ้น ซึ่งอาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับคะแนนของการได้รับปัจจัยเอื้อโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 28.06, SD = 4.91$) ผลการศึกษาสอดคล้องกับสุนทรีย์ สุรัตน์ และคณะ (Suratana et al., 2016) ที่พบว่า การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .30 - .70$) และสอดคล้องกับการศึกษาของนิภาดา วรโพธิ์ (Vorapo, 2020) ที่พบว่า การเข้าถึงแหล่งบริการและทรัพยากรในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .158, p = .001$)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังในชุมชนกับปัจจัยเสริม

แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังในชุมชน ($r = .340, p < .01$) อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวมาก จะมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่มากขึ้น ผลการศึกษาสอดคล้องกับกิตติพร เนาวิสุวรรณ และคณะ (Nawsuwan et al., 2016) ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .543, p = .001$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยะพร ทองเนื่อนวล (Thongnuanual, 2018) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วย

เบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .505, p = .01$)

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังในชุมชน

พบว่าปัจจัยทำนาย 4 ตัว ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์, แรงสนับสนุนทางสังคม, ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและการรับรู้โอกาสเสี่ยงฯ สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 52.2 ($R^2 = .522$) (ตารางที่ 3) พิจารณาค่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทำนายกับพฤติกรรมสุขภาพที่มากที่สุดเข้าไปตามลำดับ ดังนี้

การรับรู้ประโยชน์ มีความสัมพันธ์ทางบวกและสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังในชุมชนได้และเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลมากที่สุด ร้อยละ 41.4 ($R^2 = .414$) ต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังในชุมชน อธิบายได้ว่าความเชื่อของบุคคลที่ว่า การปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคนั้นมีประโยชน์ ลดความรุนแรงของโรค ลดผลกระทบทางสุขภาพ จะมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคได้ จากผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงประโยชน์ในการดูแลสุขภาพที่สามารถป้องกันโรคไตเรื้อรังได้ เช่น การปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางสุขภาพ การงดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ยาตอง การไม่สูบบุหรี่ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการชะลอการสูญเสียหน้าที่ของไตอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับภัทรพรรณ อุณาภาค และคณะ (Unaphak et al., 2015) ที่พบว่าการรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมปฏิบัติเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และสอดคล้องกับวารรัตน์ จันทรนุ้ม และคณะ (Jannoom et al., 2021) ที่ผลการศึกษาพบว่าการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมชะลอการสูญเสียหน้าที่ของไตสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมชะลอการสูญเสียหน้าที่ของไตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ร้อยละ 18.6 ($R^2 = .186, p < .01$)

เมื่อเพิ่มปัจจัยที่ 2 แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกและสามารถทำนายกับพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นอีก ร้อยละ 47.1 ($R^2 = .471$) อธิบายได้ว่าการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมคือสิ่งที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคมในด้านต่าง ๆ ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ทำให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติตัวเพื่อดูแลตนเอง ช่วยให้มีความรู้พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม (Green et al., 2005) ซึ่งหากกลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากจะทำให้มีการดูแลสุขภาพของตนเองดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของดุขฎิ จันทรบุศย์ (Chantharaboos, 2015) ที่พบว่าการได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และสอดคล้องกับศิริลักษณ์ ถุงทอง (Thungtong, 2017) ที่ผลการศึกษาพบว่าการได้รับการสนับสนุนการจัดการตนเองจากสังคมรอบข้างทั้งครอบครัวและหน่วยงานสาธารณสุขสามารถชะลอการเสื่อมของไตให้ช้าลงในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

เมื่อเพิ่มปัจจัยที่ 3 ความรู้ มีความสัมพันธ์ทางบวกและสามารถทำนายกับพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 51 ($R^2 = .510$) อธิบายได้ว่าความรู้เกิดจากความจำ ความเข้าใจ สามารถนำความรู้ไปใช้คิดวิเคราะห์ สังเคราะห์และการประเมินค่า ความรู้จึงเป็นสิ่งที่ช่วยสนับสนุนให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรมได้ถูกต้องมากขึ้น ทำให้มีการคิดพิจารณาอย่างรอบคอบ ตัดสินใจเลือกสิ่งที่ดีและเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของตนเอง (Bloom, 1956; Dodd, et al., 2001) ดังนั้นบุคคลที่มีความรู้สูงจึงนำความรู้และความเข้าใจไปใช้ใน

การปฏิบัติตนได้ดีกว่าคนที่มีความรู้ที่น้อย การได้รับความรู้ที่เพียงพอและนำความรู้ที่ได้นั้นมาปฏิบัติทุกวันจะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมซึ่ง Lee et al., (2014) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานเกาหลี พบว่ามีเพียงร้อยละ 19 ของผู้เข้าร่วมการศึกษาเท่านั้นที่ได้รับความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ดังนั้นผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจึงต้องให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยมุ่งเน้นที่การเปลี่ยนพฤติกรรมของพวกเขาเพื่อให้เอื้อต่อสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าปัจจัยด้านความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกในทิศทางเดียวกันกับพฤติกรรมในการดูแลตนเองการป้องกันโรคแทรกซ้อน (Unaphak et al., 2015)

เมื่อเพิ่มปัจจัยที่ 4 การรับรู้โอกาสเสี่ยงฯ มีความสัมพันธ์ทางบวกและสามารถทำนายกับพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นอีก ร้อยละ 52.2 ($R^2 = .522$) อธิบายได้ว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรคส่งผลโดยตรงต่อการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมป้องกันโรค เมื่อกลุ่มตัวอย่างที่เป็นรับรู้ว่าคุณมีความเสี่ยงที่จะป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังทั้งจากการได้รับข้อมูลข่าวสาร จากบุคลากรทางการแพทย์ คำแนะนำของผู้อื่น ความรู้สุขภาพจากสื่อต่าง ๆ มีญาติสายตรงเป็นโรคไตเรื้อรัง ภาวะอ้วน หรือตรวจคัดกรองแล้วได้รับข้อมูลว่ามีระดับน้ำตาลในเลือดสูงและระดับความดันโลหิตสูงจะยิ่งทำให้กลุ่มตัวอย่างพร้อมที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคไตเรื้อรังมากกว่าคนที่ไม่เสี่ยง สอดคล้องกับการศึกษาของสิรินันท์ เจริญผล (Charoenphol, 2016) ที่พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงในสตรีผู้ใช้แรงงานที่มีภาวะน้ำหนักเกินได้ร้อยละ 33.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับอมรรัตน์ ลือนาม และคณะ (Luenam et al., 2019) ที่พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคสามารถเป็นตัวแปรทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตในประชาชนกลุ่มเสี่ยงซึ่งมีค่าอำนาจการทำนาย ($Adj R^2$) ร้อยละ 26.82

ส่วนการเข้าถึงบริการสุขภาพและแหล่งสนับสนุนการฝึกทักษะการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังไม่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังในชุมชนได้ อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในบริบทและวิถีชีวิตในชุมชนที่คล้ายคลึงกันและปัจจุบันการติดต่อสื่อสารหรือการเดินทางมีความสะดวกสบายมากขึ้น ทำให้สามารถเข้าถึงการรับบริการสุขภาพได้ง่ายมากขึ้น การเข้าถึงบริการสุขภาพและแหล่งสนับสนุนการฝึกทักษะการปฏิบัติตนของกลุ่มตัวอย่างจึงไม่แตกต่างกันมากนัก และจากการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นมีภาวะโรคไตเรื้อรังระดับ 1 - 2 ผู้ป่วยยังสามารถดูแลตนเองได้ดี สามารถไปรับบริการอย่างต่อเนื่องที่สถานบริการใกล้บ้าน พบแพทย์เพื่อตรวจตามนัด ดังนั้นจึงเป็นปัจจัยที่ไม่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังในชุมชนได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนหรือบุคลากรด้านสุขภาพควรส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคไตเรื้อรังแก่ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะโรคไตเรื้อรังระดับ 1 - 2 ให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารและน้ำ ส่งเสริมความรู้เรื่องโรคและการป้องกันโรคไตเรื้อรัง ทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชนเพื่อให้เกิดแรงสนับสนุนทางสังคมในการกระตุ้นเตือนและส่งเสริมกำลังใจในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ

2. องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นควรเข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุนการเข้าถึงบริการสุขภาพและแหล่งสนับสนุนการฝึกทักษะการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง โดยเพิ่มช่องทางการให้ข้อมูลข่าวสารกับประชาชนให้ทั่วถึงมากขึ้น จัดสถานที่ให้เอื้อต่อการออกกำลังกายและสนับสนุนการบริโภคอาหารที่เหมาะสมมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาบริบทของชุมชนเชิงวัฒนธรรมเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยภายในที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพเพื่อศึกษากลุ่มตัวอย่างในพื้นที่อื่น ๆ ที่ยังไม่มีใครศึกษาต่อไป
2. นำผลการวิจัยนี้ไปพัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรม / โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังในกลุ่มผู้ที่เป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะโรคไตเรื้อรังระดับ 1 – 2 ด้วยการส่งเสริมความรู้ร่วมกับให้รับรู้โอกาสเสี่ยงหรือรับรู้ประโยชน์จากพฤติกรรมสุขภาพที่ปฏิบัติอยู่ โดยต้องให้ครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป

References

- Becker, M. H. (1974). The health belief model and sick role behavior. Health Education Monographs, 2, 25-32.
- Berns, S. J. (2015). Improving care of patients with CKD: The 2015 National Kidney Foundation Presidential Address. American Journal of Kidney Diseases, 66(4), 547-551.
- Bloom, B. S. (1956). Taxonomy of education objective handbook I: Cognitive domain. David McKay.
- Chantharaboos, D. & Oba, N. (2015). Health behaviors among 2 diabetes mellitus patients with and without chronic kidney disease in network service in amphur maung, Nakhornsawan province (Master's thesis). Naresuan University. (in Thai).
- Charoenphol, S. & Thato, R. (2016). Factors predicting hypertension preventive behaviors among obese labour women (Master's thesis). Chulalongkorn University. (in Thai).
- Chiang Mai Provincial Health Office. (2017). Standard report group information in response to service plan, Kidney branch. Retrieved (2017, October 1) from <https://bit.ly/3naaTRI>. (in Thai).
- Department of Disease Control: DDC, Ministry of public health. (2016). Annual Report 2016 NCD. Nonthaburi: Department of Disease control. Retrieved (2020, March 16) from <https://bit.ly/31Hrd48>. (in Thai).
- Department of Health Service Support. (2017). Family volunteer guide care group for patients with chronic kidney disease (CKD). (1). Nonthaburi: Department of Health Service Support. (in Thai).

- Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Feroelicher, E. S., Humphereys, J., Lee, K., Miaskowski, C., Puntillo, K., Rankin, S. & Taylor, D. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of Advance Nursing*, 33(5), 668-675
- Green, L. W. & Kreuter, M. W. (2005). *Health program planning: An educational and ecological approach*. New York: McGraw Hill
- Hall, M. E., Carmo, J. M. d., Silva, A. A d., Juncos, L. A., Wang, Z. & Hall, J. E. (2014). Obesity, hypertension, and chronic kidney disease. *International Journal of Nephrology and Renovascular Disease*, 7, 75-88.
- Jannoom, W., Rattanaagreethakul, S. & Lawang, W. (2021). Factors influencing behaviors for delaying the progression of chronic kidney disease among diabetic persons, Chonburi province. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 29(1), 46-55. (in Thai).
- Janz, N. K., Champion, V. L. & Strecher, V. J. (2002). The health belief model. In K. Glanz, F. M. Lewis, & B. K. Rimer (Ed.), *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (3rd ed., pp. 45-66). Jossey-Baas A Wiley Company.
- Júnior, U. F. E., Elihimas, H. C. d. S., Lemos, V. M., Leão, M. d. A., Lemos, A., Valente, L. M. & Filho, B. M. (2014). Smoking as risk factor for chronic kidney disease: Systematic review. *Journal Brasileiro de Nefrologia*, 36(4), 519-528
- Kaewkangwan, J. & Singhasiwanon P. (2011). Size of sample group for clinical research. In Pitituttithum, P. & Pichiansoonthorn, C. (Ed.), *Clinical Research Textbook*. Bangkok: Faculty of Tropical Medicine, Mahidol University. (107-143). (in Thai).
- Kannasut, P. (1999). *Statistics for behavioral science research*. Bangkok: Chulalongkorn Press. (in Thai).
- Karaket, S. (2013). *Factors related to health promotion behaviors of health personnel in Bangkok Metropolitan Administration, General Hospital* (Master's thesis). Kasetsart University. (in Thai).
- Kraiyasri, R. (2000). *The Relationships between health belief, hardiness and self-care behavior in chronic renal failure patients* (Master's thesis). Burapha University. (in Thai).
- Kuntachuvetsiri, S. (2013). Patient with chronic kidney diseases. Retrieved (2020, March 16). from <https://bit.ly/2YoaaQW>. (in Thai).
- Lee, S. J. & Chung, C. W. (2014). Health behaviors and risk factors associated with chronic kidney disease in Korean patients with diabetes: The fourth Korean national health and nutritional examination survey. *Asian Nursing Research*, 8(1), 8-14.

- Loosman, W. L., Rottier, M. A., Honig, A. & Siegert, O. (2015). Association of depressive and anxiety symptoms with adverse events in Dutch chronic kidney disease patients: A prospective cohort study. *BMC Nephrology*, 16, 1-8. Retrieved (2020, March 16). from <https://bit.ly/3CKpyHI>
- Luenam, A., Ngamkham, N., Sangsawang, D., Pengpanich, W., Rattanasuwannachai, K., Sengla, W. & Prachuntasen, K. (2019). Predictive factors of self-care behavior for prevention of hypertension among population group at risk. *HCU Journal*, 23(1), 93-106. (in Thai).
- Maneesri, S. (2010). Factors influencing self management behaviors in patients with chronic kidney disease (Master's thesis). Mahidol University. (in Thai).
- Nawsuwan, K., Singhasem, P., Yimyearn, Y. & et al. (2016). Relationship and the predictive power of social support on the practice of hypertensive patients. Boromarajonani College of Nursing, *Uttaradit Journal*, 8(1), 1-13. (in Thai).
- Nephrology Society of Thailand. (2020). Thailand renal replacement therapy year 2020. Bangkok: The Nephrology Society of Thailand. (in Thai).
- Nephrology Society of Thailand. (2017). Clinical practice recommendation for comprehensive conservative care in chronic kidney disease, (1), Bangkok: The Nephrology Society of Thailand. (in Thai).
- Onyenwenyi C. & Ricardo, A. C. (2015). Impact of lifestyle modification on diabetic kidney disease. *Current Diabetes Reports*, 15(9), 1-14.
- Panunt, C., Khosem, S. & Tangjai, C. (2017). Factors affecting chronic kidney disease prevention behavior among people in Na duang district, Loei Province. *Srinagarind Medical Journal*, 32(4). (in Thai).
- Plangklang, R. (2018). Factors effecting to prevention of complication' diabetic mellitus among diabetic mellitus type 2 at public health center 2, Division of Public Health and Environment, Nakhon Sawan Municipality. *Journal of Health Science and Community Public Health*, 1(2), 86-101. (in Thai).
- Sornpood, K. & Piyabanditkul, L. (2020). Health care for slowly progression of chronic kidney disease among persons with diabetes, hypertension and people in a community at Srisaket province. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 40(1), 101-114. (in Thai).
- Srisatidnarakul, B. (2005). *The methodology in nursing research*. Bangkok: You and I Intermedia Ltd. (in Thai).
- Sritarapipat, P., Pothiban, L., Panuthai, S., Lumlertgul, D. & Nanasilp, P. (2012). Causal model of elderly Thai's self-management behaviors of pre dialysis chronic kidney disease. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 16(4), 277-293.

- Suratana, S., Sasivimonlux, K., Kruejak, K. & Mongkolthep, W. (2016). The relative factors of self-care behaviors of diabetes mellitus patients in Mae chan district, Chiang rai. *Journal of Community Development and Life Quality*, 4(2), 297-307. (in Thai).
- Thai Health Promotion Foundation. (2020). Statistics reveal that Thai people are addicted to salt. More than 8 million people have chronic kidney disease. Retrieved (2017, October 1) from <https://bit.ly/3CgsL1o>. (in Thai).
- Thanakitjaru, P. (2015). Current situation of chronic kidney disease in Thailand. *Journal of the Department of Medical Services*, 5, 5-17. (in Thai).
- Thongnuanual, P. (2018). Relationships and power of predictability of social supports to self-care behaviors of patients with controllable type 2 diabetes mellitus. *Thai Journal of Public Health and Health Sciences*, 2(2), 14-25. (in Thai).
- Thorndike, R. M. (1978). *Correlation procedures for research*. Gardner Press.
- Thungtong, S. (2017). Delayed progression diabetic nephropathy in patients with uncontrolled. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 18(2), 17-24. (in Thai).
- Unaphak, P., & Rattanamanee, K. (2015). The correlation factors of self-care behaviors to prevent complications among patients with Chronic Kidney Disease at Somdetphraphutthalertla hospital in Samutsongkhram province. *The Public Health Journal of Burapha University*, 2, 44-54. (in Thai).
- Vorapo, N. & Phetphum, N. (2020). Factors affecting preventive behaviors in preventing diabetic kidney disease of diabetic patients in Thapthan district, Uthaitani Province (Master's thesis). Naresuan University. (in Thai).
- Webster, A. C., Nagler, E. V., Morton, R. L. & Masson, P. (2017). Chronic kidney disease. *The Lancet*, 389, 1238-1252.
- Wei, L., MacDonald, T., Jennings, C., Sheng, X., Flynn, R. W. & Murphy, M. J. (2013). Estimated GFR reporting is associated with decreased nonsteroidal anti-inflammatory drug prescribing and increased renal function. *Kidney International*, 84(1), 174-178.