

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม การดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคไตเนโฟรติก

Effects of the Health Literacy Program on Health Literacy and Self-Care Behaviors of School-aged Children with Nephrotic Syndrome

เบญจวรรณ ช่วยแก้ว, เพ็ญญา เพ็ชรเล็ก* และอศรัย พิชัยรัตน์

Benjawan Chuaykaew, Pennapa Petchlek,* and Aussaree Pichairat

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Boromarajonani College of Nursing, Trang, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute

(Received: April 17, 2026, Revised: July 13, 2026, Accepted: August 22, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ ชนิด 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคไตเนโฟรติกของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคไตเนโฟรติกทั้งเพศชายและหญิงที่รับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ตรัง จังหวัดตรัง จำนวน 42 คน เป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 21 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มอย่างง่าย และควบคุมความเหมือนในเรื่อง เพศ อายุ ระดับชั้นการศึกษา และระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคไตเนโฟรติก กลุ่มควบคุมได้รับการให้สุขศึกษาเกี่ยวกับรู้เท่าทันโรคไตเนโฟรติก กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 8 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมี 3 ส่วน คือแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคไตเนโฟรติก ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ .80 และแบบสอบถามพฤติกรรมดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคไตเนโฟรติกมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ .82 ตามลำดับ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่าหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มทดลอง ($M = 112.19$, $SD = 4.73$) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ ($M = 105.90$, $SD = 3.61$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 81.66$, $SD = 3.18$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคไตเนโฟรติกของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรม ($M = 67.28$, $SD = 2.98$) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ ($M = 61.57$, $SD = 3.48$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 56.95$, $SD = 2.95$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นกัน โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพสามารถส่งเสริมความรู้และพฤติกรรมดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคไตเนโฟรติกได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ผลลัพธ์นี้ ควรนำโปรแกรมนี้นามาประยุกต์ใช้กับเด็กวัยเรียนโรคไตเนโฟรติก และผู้ปกครองเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคไตเนโฟรติก และสร้างแรงจูงใจให้เด็กวัยเรียนโรคไตเนโฟรติกสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และมีสุขภาพที่ดีต่อไป

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมดูแลตนเอง, เด็กวัยเรียนโรคไตเนโฟรติก

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: pennapape@bcnt.ac.th)

Abstract

This quasi-experimental study, using a two-group pretest-posttest design, aimed to compare the mean scores of health literacy and self-care behaviors of school-aged children with nephrotic syndrome in the experimental group before and after receiving a health literacy promotion program. The sample consisted of school-aged children of both sexes with nephrotic syndrome receiving treatment at Trang Hospital, Trang Province, comprising 42 participants in the experimental group and 21 in the control group. Participants were randomly assigned using simple random sampling, with matching controlled for sex, age, educational level, and duration of illness with nephrotic syndrome. The control group received standard health education on nephrotic syndrome awareness, while the experimental group received the 8-week health literacy promotion program. Data were collected using a three-part instrument: a general information questionnaire, a health literacy questionnaire, and a self-care behavior questionnaire for school-aged children with nephrotic syndrome. All instruments were verified for content validity; the health literacy questionnaire had a Cronbach's alpha of .80, and the self-care behavior questionnaire had a Cronbach's alpha of .82. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and paired t-test.

The results showed that after receiving the health literacy promotion program, the experimental group's mean health literacy score ($M = 112.19$, $SD = 4.73$) was significantly higher than before the program ($M = 105.90$, $SD = 3.61$) and significantly higher than the control group ($M = 81.66$, $SD = 3.18$), at the .05 level. Similarly, the experimental group's mean self-care behavior score after the program ($M = 67.28$, $SD = 2.98$) was significantly higher than before the program ($M = 61.57$, $SD = 3.48$) and significantly higher than the control group ($M = 56.95$, $SD = 2.95$), at the .05 level. The health literacy promotion program significantly improved both health literacy and self-care behaviors among school-aged children with nephrotic syndrome ($p < .05$).

Based on these findings, this program should be applied to school-aged children with nephrotic syndrome and their parents to promote self-care behaviors, and to motivate school-aged children with nephrotic syndrome to sustain continuous self-care, thereby preventing complications and promoting long-term good health.

Keywords: Health Literacy, Self-Care Behaviors, School-Aged Children with Nephrotic Syndrome

บทนำ

โรคไตเนโฟรติก (Nephrotic Syndrome) เป็นโรคไตเรื้อรังที่พบได้บ่อยในเด็ก ในทวีปอเมริกาและยุโรป พบเด็กกลุ่มอาการโรคไตเนโฟรติกประมาณ 1-7 คนต่อเด็ก 100,000 คน และความชุกพบได้สูงสุด 16 คนต่อเด็ก 100,000 คน (Davin & Rutjes, 2011) ประเทศไทยพบอัตราอุบัติการณ์ของโรคไตเนโฟรติกชนิดปฐมภูมิ (Primary Nephrotic Syndrome) อยู่ที่ประมาณ 2 ถึง 7 ราย ต่อประชากรเด็ก 100,000 คนต่อปี โดยในเด็กมักเป็นชนิด Minimal Change Disease (MCD) ซึ่งตอบสนองต่อยากลุ่มสเตียรอยด์ได้ดี (สมาคมโรคไตเด็กแห่งประเทศไทย, 2563) สำหรับผู้ป่วยเด็กโรคไตเนโฟรติกที่ได้รับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์ตรัง จังหวัดตรัง พ.ศ. 2565 และ พ.ศ. 2566 จำนวน 78 และ 100 คน ตามลำดับ พบในกลุ่มเด็กวัยเรียนอายุระหว่าง 8-12 ปี มากที่สุด กลุ่มอาการของโรคนี้เกิดจากความเสียหายบริเวณโกลเมอรูลาร์ ส่งผลให้มีลักษณะเด่น 4 ประการ คือ มีโปรตีนรั่วออกมาในปัสสาวะจำนวนมาก มีระดับอัลบูมินในเลือดต่ำ มีอาการบวมกดบวม และมีไขมันในเลือดสูง หากไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง อาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อได้ง่ายเนื่องจากภูมิคุ้มกันต่ำ หรืออาจเกิดภาวะไตวายได้ในที่สุด สาเหตุของโรคไตในเด็กมีความแตกต่างกันตามช่วงอายุ โดยในเด็กเล็กมักเกิดจากความผิดปกติแต่กำเนิดของโครงสร้างไตหรือระบบทางเดินปัสสาวะ ส่วนในเด็กโตมักมีสาเหตุมาจากภาวะได้อีกเสบหลังการติดเชื้อแบคทีเรียหรือโรคเอสแอลอี (SLE) การรักษาโรคนี้จำเป็นต้องใช้ยาสเตียรอยด์เป็นเวลานาน ซึ่งส่งผลข้างเคียงต่อร่างกาย เช่น ทำให้มีใบหน้ากลม (moon face) และยังมีผลกระทบต่อสภาพจิตใจและสถานะทางการเงินของครอบครัว เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องอาศัยการดูแลรักษาที่ยาวนาน และต่อเนื่อง (พรทิพย์ ศิริบุรณพิพัฒนา, 2565).

พฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพที่ไม่เหมาะสมของเด็กวัยเรียนเป็นปัจจัยหลักที่ทำให้โรคไตเนโฟรติกกำเริบ เช่น การรับประทานอาหารเค็ม อาหารไขมันสูง และจากการวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรม การรับประทาน อาหาร ของเด็กวัยร่นกลุ่มอาการเนโฟรติก พบว่าอาหารที่รับประทานในโรงเรียนเป็นประเภทอาหารจานเดียว ร้อยละ 72.72 กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมรับประทานอาหารโดยรวมในระดับสูง โดยพบว่า ด้านการเลือกชนิดอาหาร และด้านการหลีกเลี่ยงอาหารที่ไม่ควรรับประทานอยู่ในระดับสูง ด้านการรับประทานอาหารที่เหมาะสมอยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนี้ อิทธิพลจากครอบครัวและกลุ่มเพื่อนมีผลอย่างมากต่อการเลือกรับประทานอาหารของเด็ก (กองส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย, 2561) หากเด็กวัยเรียนและครอบครัวขาดความรู้ และความเข้าใจในเรื่องการรับประทานอาหารและผลข้างเคียงของยาสเตียรอยด์ เช่น ภาวะใบหน้ากลม (moon face) อาจทำให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจและการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้องตามมา (สมรัตน์ แดงสกุลและคณะ, 2558)

แนวคิดทฤษฎีความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ของ Nutbeam (2008) เป็นการสร้างและพัฒนาขีดความสามารถระดับบุคคลในการดำรงรักษาสุขภาพตนเองอย่างยั่งยืน มีการขึ้นาระบบสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของประชาชน มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพของตนเองร่วมกับผู้ให้บริการ และสามารถคาดการณ์ความเสี่ยงด้านสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นได้ รวมทั้งกำหนดเป้าประสงค์ในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดการโรคเรื้อรังที่กำลังเป็นปัญหาระดับโลก ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีองค์ประกอบ 6 ด้าน ดังนี้ 1) ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ 2) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 3) การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญสุขภาพ 4) การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง 5) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ 6) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ ที่ถูกต้อง (พิทยา ไพบูลย์ศิริ, 2561) ความรอบรู้ด้านสุขภาพแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับที่ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Basic/ functional literacy) ระดับที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ (Communicative/ interactive literacy) และระดับที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ (Critical literacy) ผู้ป่วยที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ จะมีความสามารถป้องกันและดูแลสุขภาพน้อยกว่า สถานะทางสุขภาพโดยรวมน้อยกว่า ทำให้เกิดโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น (Department of Health, 2018) อาจกล่าวได้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นเครื่องมือสำคัญที่จะช่วยดูแล

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ดี เนื่องจากโรคเรื้อรังเป็นโรคที่แพทย์ไม่ได้อยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลา ทฤษฎีความรู้ด้านสุขภาพ ไม่ได้มุ่งเน้นให้ผู้ป่วย "รู้" ว่าเป็นโรคอะไร แต่เน้นพัฒนาทักษะ 3 ระดับที่จำเป็นต่อการใช้ชีวิตประจำวัน เช่นเดียวกับเด็กวัยเรียนโรคไตเนโฟรติก ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังสามารถใช้ทฤษฎีความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเอง เข้าใจสาเหตุการเจ็บป่วย เข้าถึง ตัดสินใจเลือกปฏิบัติ และนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยความเต็มใจ เพื่อส่งเสริมสุขภาพของตนเองได้อย่างยั่งยืน

การจัดการโรคไตเนโฟรติกให้มีประสิทธิภาพอาศัยความร่วมมือระหว่างตัวเด็กและครอบครัว เนื่องจากเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด ความสำคัญของการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ โดยการใช้โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ผลงานวิจัยส่วนใหญ่แสดงให้เห็นว่า การใช้โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพโดยใช้กระบวนการต่าง ๆ เช่น กระบวนการกลุ่ม หาความรู้เพิ่มเติมมานำเสนอ สร้างสถานการณ์จำลอง รวมถึงการใช้สื่อหลากหลาย สามารถเพิ่มระดับความรู้ด้านสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคไตเนโฟรติก และก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดีขึ้น พยาบาลและครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการดูแล ประคับประคอง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคไตเนโฟรติกอย่างเป็นองค์รวม โดยเฉพาะในรายที่ต้องใช้ยาสแตียรอยด์เป็นเวลานานจนเกิดผลข้างเคียงทั้งทางร่างกายและจิตใจ การสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ช่วยให้เด็กวัยเรียนโรคไตเนโฟรติกและครอบครัวมีพฤติกรรมดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคไตเนโฟรติกอย่างเหมาะสมและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป ลดโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อน และช่วยชะลอการเสื่อมของไตในระยะยาวเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของเด็กผู้ป่วย

วัตถุประสงค์วิจัย

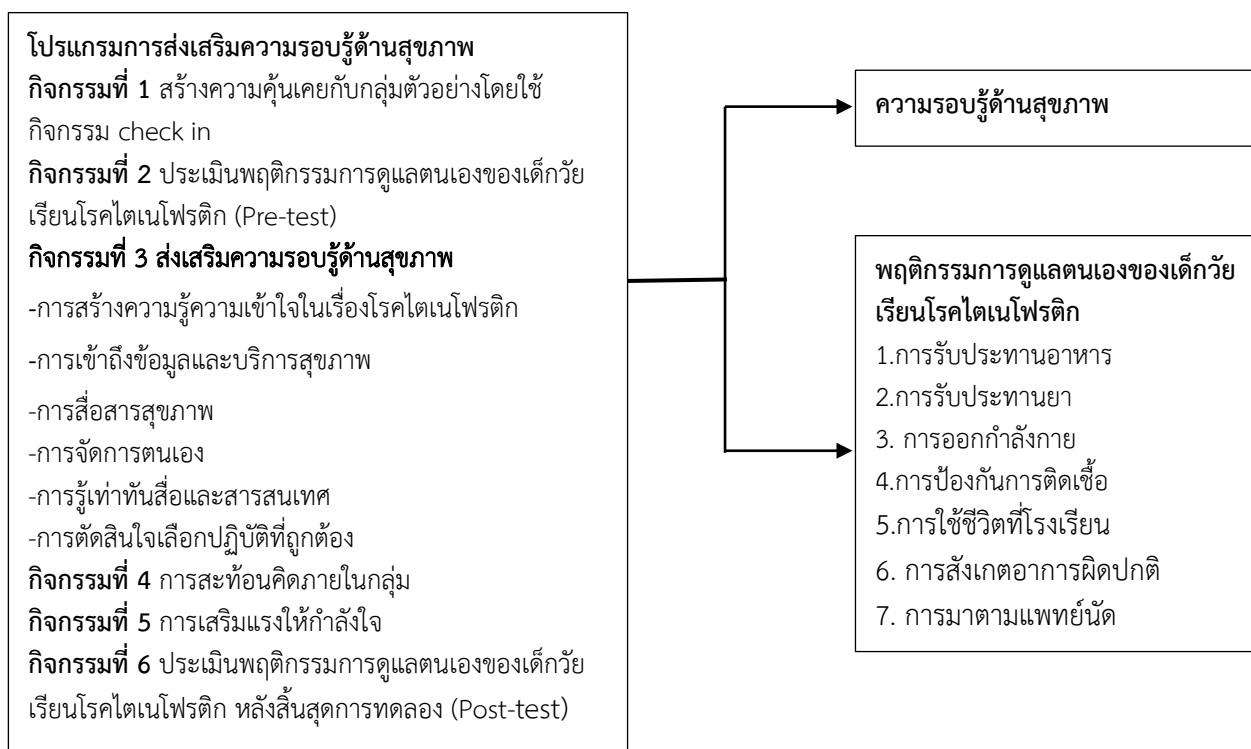
1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคไตเนโฟรติกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคไตเนโฟรติก ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ

สมมติฐาน

1. ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคไตเนโฟรติกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพมีความแตกต่างกัน
2. ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคไตเนโฟรติกของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการทฤษฎีความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ของ Nutbeam (2008) เป็นการสร้างและพัฒนาขีดความสามารถระดับบุคคลในการดำรงรักษาสุขภาพตนเอง อย่างยั่งยืนมีการขึ้นาระบบสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของประชาชน มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพของตนเองร่วมกับผู้ให้บริการ และสามารถคาดการณ์ความเสี่ยงด้านสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นได้ ดังกรอบแนวคิดการวิจัย ภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research Design) ชนิด 2 กลุ่ม วัดก่อน-หลังการทดลอง (Pretest-Posttest Control Group Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคไตเนโฟรติกทั้งเพศชายและหญิงที่รับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ตรัง จังหวัดตรัง ในปี พ.ศ.2566 จำนวน 100 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคไตเนโฟรติกทั้งเพศชายและหญิงที่รับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ตรัง จังหวัดตรัง จำนวน 42 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 21 คน คำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power (3.1.9.7) เลือก t-test Means difference between two dependent means (two groups) กำหนดค่าอิทธิพลขนาดใหญ่ (Effect size) = 0.8 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = 0.05 และค่า Power=0.80 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 42 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 21 คน วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีเฉพาะเจาะจง จำนวน 42 คน และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธี สุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลาก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจะใช้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกันโดยการจับคู่ (match paired) ให้มีการคล้ายคลึงกันในเรื่อง (1) เพศ (2) อายุ (3) ระดับชั้นการศึกษา และ (4) ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคไตเนโฟรติก

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยในระยะ remission อายุตั้งแต่ 8-12 ปี ทั้งเพศชายและหญิง
2. ไม่มีการเจ็บป่วยรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโปรแกรม ฯ
3. บิดาหรือมารดาหรือผู้ปกครอง อนุญาตให้เข้าร่วมการวิจัย
4. ผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยเป็นผู้ป่วยในระยะ remission

เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Exclusion criteria)

1. กลุ่มตัวอย่างไม่ได้มาโรงพยาบาลตามวันนัดในขณะที่ทำวิจัย
2. กลุ่มตัวอย่างมีภาวะแทรกซ้อนขณะทำวิจัย

เกณฑ์การถอนกลุ่มตัวอย่างออกจากโครงการวิจัย (Discontinuation criteria)

1. กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมการวิจัยไม่ครบถ้วนตลอดการวิจัย
2. กลุ่มตัวอย่างย้ายไปอยู่จังหวัดอื่นหรือติดต่อไม่ได้ในช่วงการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่

โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ โดยพัฒนาจากแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2008) ซึ่งในโปรแกรมนี้นักวิจัยได้นำองค์ประกอบ 6 องค์ประกอบที่เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ มาเป็นกิจกรรมในโปรแกรมจำนวน 6 กิจกรรมได้แก่ กิจกรรมที่ 1 ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ใช้เวลา 20 นาที, กิจกรรมที่ 2 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ใช้เวลา 20 นาที, กิจกรรมที่ 3 การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญสุขภาพ ใช้เวลา 20 นาที, กิจกรรมที่ 4 การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง ใช้เวลา 20 นาที, กิจกรรมที่ 5 การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ใช้เวลา 20 นาที และกิจกรรมที่ 6 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ใช้เวลา 20 นาที ซึ่งใช้เวลาทั้งหมด 120 นาที ต่อครั้ง โดยกลุ่มตัวอย่าง เข้าร่วมโปรแกรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นระยะเวลา 2 เดือน

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 3 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ระดับการศึกษา ผู้ดูแลหลัก จำนวนสมาชิกในครอบครัว อาหารที่ชอบรับประทาน ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคไตเนโฟรติกและ จำนวนครั้งของการนอนพักรักษาที่โรงพยาบาลใน 1 ปีที่ผ่านมา รวม 9 ข้อ เป็นลักษณะเติมข้อความและลักษณะเลือกตอบ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคไตเนโฟรติก จำนวน 20 ข้อ ลักษณะการออกแบบคำถามทั้งทางด้านบวกและด้านลบ ลักษณะ Likert Scale เป็นข้อความด้านบวก 15 ข้อ และข้อความด้านลบ จำนวน 5 ข้อ ผู้วิจัยได้กำหนดให้ผู้เลือกตอบคำถามได้ 4 ตัวเลือก

ประกอบด้วยความถี่ในการปฏิบัติ คือ ไม่เคยเลย (1 คะแนน), เป็นบางครั้ง (2 คะแนน), บ่อยครั้ง (3 คะแนน), เป็นประจำ (4 คะแนน) แบ่งระดับคะแนนออกเป็น 3 ระดับ คือ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับสูง (คะแนนอยู่ในช่วง 56 - 80 คะแนน) ระดับปานกลาง (คะแนนอยู่ในช่วง 28 - 55 คะแนน) และระดับต่ำ (คะแนนอยู่ในช่วง 1- 27 คะแนน)

ตอนที่ 3 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัย ดัดแปลงจากแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ของเด็กวัยเรียนวัยรุ่น กรมอนามัย (2563) จำนวน 30 ข้อ แบ่งเป็นด้านละ 5 ข้อ เลือกตอบ 4 ตัวเลือก ประกอบด้วยความถี่ในการปฏิบัติ คือ ไม่เคยเลย (1 คะแนน), เป็นบางครั้ง (2 คะแนน), บ่อยครั้ง (3 คะแนน), เป็นประจำ (4 คะแนน) เกณฑ์การพิจารณาความรู้ด้านสุขภาพ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ (คะแนน < 60 %) ความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนน ≥ 60 - 79 %) และความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง (คะแนน ≥ 80 %)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความตรงของเครื่องมือ (Validity) โดยการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา จากแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพและแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคไตเนโฟรติก ที่จัดทำขึ้นมาปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญในเรื่องโรคไตเนโฟรติก จำนวน 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญเรื่องความรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 2 ท่าน คำนวณค่า IOC เป็นรายข้อ โดยแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ มีค่า IOC ระหว่าง 0.67-1.00 และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคไตเนโฟรติก มีค่า IOC ระหว่าง 0.67-1.00

2. การหาค่าความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพและแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคไตเนโฟรติก ไปทดลองใช้กับเด็กวัยเรียนโรคไตเนโฟรติก ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน และนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Chronbach's coefficient alpha) ซึ่งค่าความเที่ยง ของเครื่องมือวิจัยตามเกณฑ์ที่ยอมรับได้ของเครื่องมือทั่วไป .80 ขึ้นไป (บุญใจ ศรีสถิตนรางกูร, 2553) แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่นที่ .80 และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคไตเนโฟรติกมีค่าความเชื่อมั่นที่ .82

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล เดือน มิถุนายน 2566 - เดือน กันยายน 2567

กลุ่มควบคุม

1. ผู้วิจัย ส่งหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง ไปยังโรงพยาบาลศูนย์ตรัง จังหวัดตรัง พร้อมรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย คำจำกัดความ และกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย พร้อมตัวอย่างแบบสอบถามทั้งหมดจำนวน 1 ชุด

2. เมื่อได้รับอนุญาตให้ทำการเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยประสานกับหัวหน้าแผนกหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม เพื่อขอรายชื่อกลุ่มตัวอย่าง

3. จากนั้นผู้วิจัยส่งหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลและใบยินยอมของกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (Assent form) ไปยังบิดา มารดา หรือผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่าง พร้อมรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยและคำจำกัดความ จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างนำมาส่งที่หัวหน้าแผนกหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมที่ประสานไว้

4. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคไตเนโฟรติก และแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในเวลาที่กลุ่มควบคุมว่างและ ไม่กระทบกับชั่วโมงการตรวจของแพทย์

5. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลการวิจัยด้วยตนเองโดยใช้เวลาประมาณ 60 นาที ในการตอบแบบสอบถาม

6. หลังจากนั้นผู้วิจัยนัดกลุ่มควบคุมตอบแบบสอบถามทั้ง 3 ตอนอีกครั้งอีก 2 เดือนข้างหน้า

7. หลังได้แบบสอบถามผู้วิจัยตรวจสอบความเรียบร้อยของข้อมูลก่อนนำมาวิเคราะห์ต่อไป

กลุ่มทดลอง

1. ผู้วิจัย ส่งหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง ไปยังโรงพยาบาลศูนย์ตรัง จังหวัดตรัง พร้อมรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย คำจำกัดความ และกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย พร้อมตัวอย่างแบบสอบถามทั้งหมดจำนวน 1 ชุด

2. เมื่อได้รับอนุญาตให้ทำการเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยประสานกับหัวหน้าแผนกหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม เพื่อขอรายชื่อกลุ่มตัวอย่าง

3. จากนั้นผู้วิจัยส่งหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลและใบยินยอมของกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (Assent form) ไปยังบิดา มารดา หรือผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่าง พร้อมรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย และคำจำกัดความ จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างนำมาส่งที่หัวหน้าแผนกหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมที่ประสานไว้

4. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคไตเนโฟรติก และแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ หลังจากการตรวจของแพทย์

5. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลการวิจัยด้วยตนเองโดยใช้เวลาประมาณ 60 นาที ในการตอบแบบสอบถาม

6. จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการทดลองโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยตนเองโดยใช้เวลาประมาณ 120 นาที ต่อ 1 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์

กิจกรรมที่ 2 check in เป็นการบอกความรู้สึกของตนเองว่าขณะนี้ตนรู้สึกอย่างไร โดยเปรียบเทียบกับท้องฟ้าเช่น วันนี้ท้องฟ้าสดใส มีแสงแดดอ่อน พร้อมสำหรับการมาโรงพยาบาลตามนัด

กิจกรรมที่ 3 ให้ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ เกี่ยวกับโรคไตเนโฟรติก ใช้เวลา 20 นาที พร้อมชมสื่อทาง youtube 10 นาที

- | | |
|--------------|--|
| สัปดาห์ที่ 1 | กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มทดลอง |
| สัปดาห์ที่ 2 | กิจกรรมที่ 1 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ใช้เวลา 20 นาที
กิจกรรมที่ 2 การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญสุขภาพ ใช้เวลา 20 นาที |
| สัปดาห์ที่ 3 | กิจกรรมที่ 1 การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ใช้เวลา 20 นาที
กิจกรรมที่ 2 การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง ใช้เวลา 20 นาที |
| สัปดาห์ที่ 4 | กิจกรรมที่ 1 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ใช้เวลา 20 นาที |
| สัปดาห์ที่ 5 | สอบถามปัญหาอุปสรรคพร้อมให้กำลังใจ จากนั้น ทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคไตเนโฟรติก |
| สัปดาห์ที่ 6 | ดำเนินกิจกรรมเหมือนสัปดาห์ที่ 2 |
| สัปดาห์ที่ 7 | ดำเนินกิจกรรมเหมือนสัปดาห์ที่ 3 |
| สัปดาห์ที่ 8 | ดำเนินกิจกรรมเหมือนสัปดาห์ที่ 4 พร้อมสอบถามปัญหาอุปสรรคและให้กำลังใจ |

จากนั้นทำกิจกรรม check out โดยสอบถามกลุ่มตัวอย่างว่าเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้แล้วรู้สึกเป็นอย่างไรบ้างให้เปรียบเทียบความรู้สึกกับสัปดาห์ต่างๆ

7. หลังสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 8 ของการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองทำแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคไตเนโฟรติก และแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ อีกครั้ง และกล่าวสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

8. หลังได้แบบสอบถามผู้วิจัยตรวจสอบความเรียบร้อยของข้อมูลก่อนนำมาวิเคราะห์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Chi-Square

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม การดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคไตเนโฟรติก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ วิเคราะห์ด้วยสถิติที (Independent t-test) ซึ่งก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลได้ผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติสำหรับกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน เมื่อทดสอบการแจกแจงข้อมูลเป็นแบบปกติ (Normal Distribution) และความแปรปรวนของประชากรทั้ง 2 กลุ่มเท่ากันโดยใช้สถิติ Levene s test ได้ค่า p-value > 0.05

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม การดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคไตเนโฟรติก ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ วิเคราะห์ด้วยสถิติที (Paired t-test) ซึ่งก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลได้ผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติ สำหรับกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน เมื่อทดสอบความสัมพันธ์พบว่ามีความสัมพันธ์กันสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value < 0.001 และการแจกแจงข้อมูลปกติ (Normal Distribution)

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้รับหนังสือการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง ดังเอกสารหมายเลข 14/2566 ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยด้วยตนเอง มีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยคำนึงถึงความยินยอมและสิทธิของกลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก กลุ่มตัวอย่างสามารถสิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ และตอบแบบสอบถามได้ทันทีหากไม่ประสงค์จะ

ตอบข้อคำถามอีกต่อไป ข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้รับการศึกษาครั้งนี้ถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลต่าง ๆ จะนำเสนอในภาพรวม ไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลที่แท้จริง กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งขอออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ก่อนที่การวิจัยจะสิ้นสุดลงโดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใด ๆ โดยไม่มีผลกระทบกับผลการรักษาของกลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังตาราง 1

ตาราง 1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง(n=21)		กลุ่มควบคุม(n=21)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					1.000 ^a
ชาย	14	66.67	14	66.67	
หญิง	7	33.33	7	33.33	
อายุ					1.000 ^a
10 ปี- 10 ปี 11 เดือน	6	28.57	6	28.57	
11 ปี – 11 ปี 11 เดือน	7	33.33	7	33.33	
12 ปี – 12 ปี 11 เดือน	8	38.10	8	38.10	
น้ำหนัก					23.333 ^a
30-40 กก.	14	66.67	13	61.90	
41- 50 กก.	7	33.33	8	38.10	
ระดับการศึกษา					1.000 ^a
ประถมศึกษาปีที่ 4	6	28.57	6	28.57	
ประถมศึกษาปีที่ 5	7	33.33	7	33.33	
ประถมศึกษาปีที่ 6	8	38.10	8	38.10	
ผู้ดูแลหลัก					
บิดาและมารดา	21	100	21	100	
ปู่ย่า หรือตายาย	0	0	0	0	
จำนวนสมาชิกในครอบครัว					
3 คน	7	33.33	7	33.33	
4 คน	6	28.57	8	38.10	
5 คน	8	38.10	6	28.57	
อาหารที่ชอบรับประทาน					
อาหารทอด	2	9.53	6	28.57	
อาหารรสเปรี้ยว	6	28.57	2	9.53	
อาหารรสเผ็ด	6	28.57	8	38.10	
อาหารรสหวาน	7	33.33	5	23.80	
ระยะเวลาที่เป็นโรคไตเนโฟรติก					1.000 ^a
3 ปี 1 วัน – 6 ปี	8	38.10	8	38.10	
6 ปี 1 วัน – 9 ปี	13	61.90	13	61.90	
จำนวนครั้งที่นอนรพ.ใน 1 ปีที่ผ่านมา					2.381 ^a
1 ครั้ง	8	38.10	9	42.86	
2 ครั้ง	13	61.90	12	57.14	

หมายเหตุ : a ใช้สถิติ Chi-Square

จากตาราง 1 พบว่า ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกัน ($p\text{-value} > .05$) จากการทดสอบด้วยสถิติ Chi-Square โดยกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 66.67) อายุเฉลี่ย 11 ปี (ร้อยละ 33.33) น้ำหนักอยู่ระหว่าง 30-40 กิโลกรัม (ร้อยละ 66.67) กำลังศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษาชั้นปีที่ 4-6 (ร้อยละ 28.57, 33.33, 38.10 ตามลำดับ) มีบิดามารดาเป็นผู้ดูแลหลัก (ร้อยละ 100) จำนวนสมาชิกครอบครัว 5 คนมากที่สุด (ร้อยละ 38.10) ชอบรับประทานอาหารรสหวานมากที่สุด (ร้อยละ 33.33) ระยะเวลาที่เป็นโรคไตเนฟรติก คือ 6 ปี 1 วัน- 9 ปี (ร้อยละ 61.90) และนอนโรงพยาบาลใน 1 ปีที่ผ่านมา จำนวน 2 ครั้งมากที่สุด (ร้อยละ 61.90)

กลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 66.67) อายุเฉลี่ย 11 ปี (ร้อยละ 33.33) น้ำหนักอยู่ระหว่าง 30-40 กิโลกรัม (ร้อยละ 61.90) กำลังศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษาชั้นปีที่ 4-6 (ร้อยละ 28.57, 33.33, 38.10 ตามลำดับ) มีบิดามารดาเป็นผู้ดูแลหลัก (ร้อยละ 100) จำนวนสมาชิกครอบครัว 4 คนมากที่สุด (ร้อยละ 38.10) ชอบรับประทานอาหารรสเผ็ดมากที่สุด (ร้อยละ 38.10) ระยะเวลาที่เป็นโรคไตเนฟรติก คือ 6 ปี 1 วัน- 9 ปี (ร้อยละ 61.90) และนอนโรงพยาบาลใน 1 ปีที่ผ่านมา จำนวน 2 ครั้ง มากที่สุด (ร้อยละ 57.14)

2. คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคไตเนฟรติกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ดังตาราง 2

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคไตเนฟรติกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง(n=21)		กลุ่มควบคุม(n=21)		df	t	p-value
	M	S.D.	M	S.D.			
ความรอบรู้ด้านสุขภาพหลังได้รับโปรแกรม	112.19	4.73	81.66	3.18	24.50	40	< .001
พฤติกรรมการดูแลตนเองหลังได้รับโปรแกรม	67.28	2.98	56.95	2.95	11.26	40	< .001

จากตาราง 2 พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคไตเนฟรติกสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$)

3. คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคไตเนฟรติกของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ดังตาราง 3

ตาราง 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคไตเนฟรติก ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ

กลุ่มทดลอง	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	df	p-value
	M	S.D.	M	S.D.			
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	105.90	3.61	112.19	4.73	8.53	20	< .001
พฤติกรรมการดูแลตนเอง	61.57	3.48	67.28	2.98	8.92	20	< .001

จากตาราง 3 พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง ($M = 105.90$, $SD = 3.61$) หลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง ($M = 112.19$, $SD = 4.73$) สูงกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 8.53$, $p\text{-value} < .001$) และก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคไตเนโฟรติกอยู่ในระดับสูง ($M = 61.57$, $SD = 3.48$) หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคไตเนโฟรติกอยู่ในระดับสูง ($M = 67.28$, $SD = 2.98$) สูงกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 8.92$, $p\text{-value} < .001$)

อภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพและคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคไตเนโฟรติก สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพและคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคไตเนโฟรติก สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลดังกล่าวสามารถอธิบายได้ด้วยแนวคิด Health Literacy ของ Nutbeam(2008) ซึ่งเสนอว่า การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพไม่ได้จำกัดเพียงการเพิ่มความรู้ แต่เป็นการพัฒนาความสามารถในการ การเข้าถึงข้อมูล การทำความเข้าใจ การสื่อสาร การประเมินข้อมูล และการตัดสินใจ เลือกพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เมื่อเด็กได้รับกิจกรรมที่ส่งเสริมทักษะทั้ง 6 ด้านอย่างต่อเนื่องจึงทำให้สามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการรับประทานยา การเลือกอาหาร การสังเกตอาการผิดปกติ และการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา ส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (วัชรพร เขยสุวรรณ, 2560) อีกทั้งกระบวนการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพผ่านการสอนสุขศึกษาและการใช้สื่อที่หลากหลาย เช่น การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่ม การสะท้อนคิด รวมทั้งการเสริมแรงให้กำลังใจสามารถเพิ่มขีดความสามารถของเด็กวัยเรียนโรคไตเนโฟรติกในการจัดการโรคเรื้อรังได้อย่างยั่งยืน และวัยนี้เป็นช่วงรอยต่อของการพัฒนาทางสมองและพฤติกรรม ซึ่งสมองส่วนลิมบิก (Limbic system) ที่ควบคุมอารมณ์และความประพฤติดังกล่าวยังไม่สมบูรณ์ ส่งผลต่อความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง การที่เด็กวัยเรียนโรคไตเนโฟรติกมีการพัฒนาทักษะการเข้าถึงข้อมูล ความเข้าใจ การจัดการตนเอง และตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ทำให้เด็กวัยเรียนโรคไตเนโฟรติกมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง ช่วยลดความเสี่ยงที่จะต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพตามมา สอดคล้องกับงานวิจัยของ เสาวลักษณ์ ชาญกันและคณะ(2563) พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะแห่งตนและค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคไตกลุ่มอาการเนโฟรติกสูงกว่า ก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับ Davin, J.C., & Rutjes, N. W. (2011) และ Seigneux, R., & Martin, P.Y. (2009). และงานวิจัยของ สุวิดา ลิ้มเริ่มสกุลและคณะ(2565) ที่กล่าวว่ากลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุเบาหวานชนิดที่ 2 สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และสูงกว่าของกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เช่นเดียวกับ เบญจพร แก้วขอนแก่นและคณะ(2568) พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นโดยรวมอยู่ในระดับมาก และมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนงานวิจัยของ อลิสา บัวทอง(2567) พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ สูงกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($p\text{-value} = 0.002$) งานวิจัยของเอื้อจิต สุขพูลและคณะ (2563) ผลการวิจัยพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพสูง กว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สามารถกล่าวได้ว่า โปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพ สามารถทำให้บุคคลมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น พยาบาลจึงมี

บทบาทสำคัญในการเป็นผู้ส่งเสริมให้เด็กวัยเรียนโรคไตเนโฟรติกและผู้ปกครองเกิดความตระหนักและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อชะลอการเกิดภาวะไตวายในอนาคต

การนำผลการวิจัยไปใช้

กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคไตเนโฟรติก สูงกว่ากลุ่มควบคุม ดังนั้น การนำโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพไปใช้ในการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคไตเนโฟรติกสามารถป้องกันพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมซึ่งเป็นปัจจัยหลักที่ทำให้โรคไตเนโฟรติกกำเริบตามมา และอาจจะมีการบูรณาการโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรมที่เป็นเด็กโรคไตเนโฟรติกด้วย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรเพิ่มบทบาทของครอบครัว ร่วมกับการใช้โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อให้เด็กวัยเรียนโรคไตเนโฟรติก มีพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. อาจจะมีการเพิ่มสื่อในการสร้างความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคไตเนโฟรติก เช่น แอปพลิเคชัน Tik Tok เพื่อดึงดูดความสนใจของเด็กโรคไตเนโฟรติกมากยิ่งขึ้น
3. ควรมีการติดตามระยะยาว หรือ การศึกษามนหลายโรงพยาบาล หรือพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพเฉพาะสำหรับเด็กโรคไตเนโฟรติก

รายการอ้างอิง

- กองส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. (2561). *แนวทางการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับเด็ก*. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- <https://ssjnonthaburi.moph.go.th/nont/administrator/32ae084812e7127c39c5f56490608544/20240220152401-db51ffe25337f85b1e458fb912af0549.pdf>
- เบญจพร แก้วขอนแก่น, พิชชาดา ประสิทธิ์โชค, และอังศินันท์ อินทรกำแหง.(2568). ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ. *วารสารการวิจัยและนวัตกรรมด้านสาธารณสุข*, 3(2), 15–27.
- พิทยา ไพบูลย์ศิริ.(2561). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 30 2ส ของผู้บริหารภาครัฐ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*, 8(1), 97–107.
- พรทิพย์ ศิริบุรณ์พิพัฒนา. (2565). *การพยาบาลเด็กเล่ม2* (พิมพ์ครั้งที่ 6). สถาบันพระบรมราชชนก.
- วัชรพร เขยสุวรรณ.(2560). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: แนวคิดและการประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล. *วารสารแพทย์ทหารบก*, 44(3), 183–197.
- สมรัตน์ แดงสกุล, สุธิศา ล่ำม้าง, และศรีพรรณ กันธวัช.(2558). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของวัยรุ่นที่เป็นโรคไตเนโฟรติก. *วารสารพยาบาล*, 42(2), 62–71.
- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2563). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคไตเนโฟรติกในเด็ก*.
<https://thaipna.org>
- สุวิดา ลิ่มเริ่มสกุล, จงจิต เสน่หา, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, และปณิณัฐ บุรณะทรัพย์ขจรลิ่มเริ่มสกุล.(2565). ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 40(1), 84–98.
- เสาวลักษณ์ ชาญกัน, และชลิดา ธนฐิธิกุล. (2563). ผลของโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะแห่งตนต่อสมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคไตกลุ่มอาการเนโฟรติก. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 43(2), 74–84.
- อลิสรา บัวทอง.(2567). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ในอำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา*, 5(1), 1–13.
- เอื้อจิต สุขพล, ชลดา กิ่งมาลา, ภาวิณี แพงสุข, ธวัชชัย ยืนยาว, และวัชรวิงศ์ หวังมัน.(2563). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชนวัยทำงาน. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 29(3), 419–429.
- Davin, J.C., & Rutjes, N. W. (2011). Nephrotic syndrome in children: From bench to treatment. *International Journal of Nephrology*, 2011, Article 372304.
<https://doi.org/10.4061/2011/372304>
- Nutbeam, D. (2008). Defining, measuring and improving health literacy. *Health Evaluation and Promotion*, 35(4), 447–455.
- Seigneux, R., & Martin, P.Y. (2009). Management of patients with nephrotic syndrome. *Swiss Medical Weekly*, 139(29–30), 416–422.