ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จังหวัดอุบลราชธานี

เพ็ญศรี จิตต์จันทร์[*a], ณัฐนวียาน์ จิตต์จันทร์[**]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 จำนวน 50 ราย คัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนด และจับคู่ให้มีความคล้ายคลึงกันแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ จำนวน 8 สัปดาห์ กิจกรรมประกอบด้วยการให้ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง การช่วยลดปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา การพัฒนาทักษะในการเลือกและปรุงอาหาร การจำกัดน้ำดื่ม การรับประทานยาและการติดตามเยี่ยมบ้าน กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ Independent t-test และ Paired-t test โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ กลุ่มทดลอง (Mean=78.28, SD=1.45) มีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาสูงกว่ากลุ่มควบคุม (Mean=47.52, SD=2.95) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ <0.001 ผลการศึกษาสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 มีการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา ซึ่งจะช่วยชะลอการเสื่อมของไตและชะลอเวลาในการบำบัดทดแทนไตได้

คำสำคัญ: โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ; โรคไตเรื้อรัง; การปฏิบัติตามคำแนะนำการรักษา

[*] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
[**] พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงแสนสุข อุบลราชธานี
[a] Corresponding author: เพ็ญศรี จิตต์จันทร์ Email: phenjit989@gmail.com
รับบทความ: 29 พ.ค. 69; รับบทความแก้ไข: 22 มิ.ย. 69; ตอบรับตีพิมพ์: 22 มิ.ย. 69; ตีพิมพ์ออนไลน์: 7 ก.ย. 69

The Effects of a Health Promotion Program on adherence to treatment in patients with Chronic Kidney Disease in Ubon Ratchathani Province

Pensri Jitchan[*], Nutnaveeya Jitjunr[**]

Abstract

This quasi-experimental research with two groups aimed at examining the effect of a health promotion program on adherence to treatment recommendations among chronic kidney disease patients in Ubon Ratchathani Province. Samples consisted of 50 patients with stages 3-4 chronic kidney disease, selected based on specified criteria and matched for similarity. The samples were divided into an experimental group and a control group, with 25 individuals in each group. The experimental group received the health promotion program for 8 weeks, while the control group received standard care. The instruments used for data collection included a personal information questionnaire and an adherence to treatment recommendations assessment. The statistical methods used for data analysis were frequency distribution, percentage, mean, standard deviation, independent t-test, and paired t-test.

The findings revealed that, after receiving the health promotion program, the experimental group had a significantly higher average score for adherence to treatment recommendations as compared to those from the control group, at $p<0.001$ level. The study results can be used as a guideline to encourage patients with chronic kidney disease stages 3-4 to adhere to treatment recommendations, which will help slow down kidney deterioration and delay the need for kidney replacement therapy.

Keywords: Health promotion program; Chronic kidney disease; Adherence to treatment

[*] Assistant Professor, Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani Rajabhat University
[**] Registered Nurse, Dong Saen Suk District Health Promoting Hospital, Ubon Ratchathani
[a] Corresponding author: Pensri Jitchan Email: phenjit989@gmail.com
Received: May 29, 26; Revised: Jun. 22, 26; Accepted: Jun. 22, 26; Published Online: Sep. 7, 26

บทนำ

โรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขของโลกรวมถึงประเทศไทย เนื่องจากอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นทุกปี มีผู้ป่วยมากกว่า 800 ล้านคนที่เป็นโรคไตเรื้อรัง ส่วนใหญ่พบในผู้สูงอายุ ผู้หญิง ชนกลุ่มน้อยทางเชื้อชาติ ผู้ที่เป็นเบาหวาน และความดันโลหิตสูง[1] สำหรับประเทศไทยมีผู้ป่วยไตเรื้อรังถึงร้อยละ 17.6 ของประชากรทั้งหมดในปี พ.ศ. 2563 หรือประมาณ 8 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้าย 2 ล้านคน และมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นเฉลี่ยปีละ 19,000-22,000 ราย มีผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตมากกว่า 170,000 ราย[2] จังหวัดอุบลราชธานีมีผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคไตเรื้อรังทั้งหมดในปีงบประมาณ 2566 จำนวน 34,253 ราย โดยพบระยะที่ 1-5 จำนวน 3,567, 6,470, 15,823, 5,476, และ 2,917 จากสถิติดังกล่าวจะเห็นว่าโรคไตเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและเป็นปัญหาที่มีความรุนแรง ทำให้มีค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเพิ่มขึ้น จำเป็นต้องได้รับการป้องกันและดูแลรักษาเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตและผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

โรคไตเรื้อรัง เป็นภาวะที่ไตมีความผิดปกติของโครงสร้างหรือหน้าที่เป็นระยะเวลานานเกิน 3 เดือน ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพ โดยตรวจพบลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือพบร่วมกันในสองข้อต่อไปนี้เช่น พบโปรตีนอัลบูมินหรือ เม็ดเลือดแดงในปัสสาวะ มีความผิดปกติของเกลือแร่ ตรวจพบไตผิดปกติทางรังสี มีพยาธิสภาพของไต มีประวัติการได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไต หรือมีการทำงานลดลงโดยประเมินจากค่าอัตราการกรองของไตที่มีค่าน้อยกว่า 60 มล./นาที/1.73 ตารางเมตร นานติดต่อกันเกิน 3 เดือน[2] สาเหตุของโรคไตเรื้อรังมักเกิดจากโรคหลอดเลือดฝอยไตอักเสบเรื้อรัง แต่ปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมักจะมีสาเหตุมาจากโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงตามลำดับ นอกจากนี้แล้วยังมีสาเหตุอื่น ได้แก โรคไตอักเสบเรื้อรัง โรคไตอุดกั้น โรคหนวยไตอักเสบ โรคไตอักเสบลูปส หรือโรคไตจากเก๊าต์ โรคไตจากการกินยาแก้ปวดต่อเนื่องเป็นเวลานาน และโรคถุงน้ำในไตที่สามารถถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ได้ ตัวอย่างเช่น โรค Autosomal dominant polycystic kidney disease[3] ซึ่งโรคไตเรื้อรังแบ่งได้เป็น 5 ระยะ ในระยะแรกเริ่มมักไม่ปรากฏอาการ จนกระทั่งเมื่อเกิดพยาธิสภาพของหน่วยไตเพิ่มมากขึ้นจะนำไปสู่การสูญเสียหน้าที่ของไตอย่างถาวร ซึ่งจะทำให้พบอาการและอาการแสดงที่ชัดเจนมากขึ้น เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะที่ 3 เป็นต้นไป จะพบอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน ความดันโลหิตสูง มีภาวะซีด เกิดความผิดปกติของสมดุลเกลือแร่ในร่างกาย เกิดความผิดปกติของกระดูก มีภาวะเลือดเป็นกรด มีภาวะน้ำหรือของเสียคั่ง รวมถึงเกิดความผิดปกติทางหัวใจและหลอดเลือด ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้อาจส่งผลกระทบที่รุนแรงทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานและเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้

เป้าหมายสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังคือ การป้องกันหรือการชะลอการเสื่อมของไตเพื่อยืดระยะเวลาในการเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรค ช่วยลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนต่างๆ[2] ซึ่งการชะลอการเสื่อมของไต และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยจะต้องปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาเพื่อรักษาการทำหน้าที่ของไตให้นานที่สุด กลวิธีในการชะลอไตเสื่อม ประกอบด้วย 1) การจัดการด้วยยา ได้แก่ ยาลดความดันโลหิต ยาลดน้ำตาลในเลือด และยาลดไขมันในเลือด และ 2) การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและพฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ ออกกำลังกายที่เหมาะสมควบคุมน้ำหนัก งดสูบบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หลีกเลี่ยงการใช้ยาที่มีผลต่อไต และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมระดับปานกลาง มีการออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ

มีการรับประทานอาหารตามความชอบความเคยชิน รับประทานอาหารที่มีปริมาณโซเดียมสูง โดยลดการรับประทานอาหารเฉพาะอาหารที่มีความเค็มแต่ไม่ทราบว่าอาหารอื่นๆ ที่มีโซเดียมสูงจะมีผลต่อการเกิดไตเสื่อม เช่น ผงชูรส เครื่องปรุงรสต่างๆ เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่ามีการรับประทานยาไม่ตรงตามแผนการรักษาของแพทย์ และมีการรับประทานยาบางอย่างที่มีผลทำให้ไตเสื่อมมากขึ้น พฤติกรรมการดูแลตนเองดังกล่าวเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ไตมีความเสื่อมเร็วขึ้นและไม่สามารถชะลอระยะการเสื่อมของไตได้[4] ดังนั้นผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องปฏิบัติตามคำแนะนำรักษาเพื่อรักษาหน้าที่ของไตและลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคไตเรื้อรัง

การปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาจึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ซึ่งองค์การอนามัยโลก ได้ให้ความหมายการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาว่า (Adherence to treatment) เป็นพฤติกรรมของบุคคลที่จะรับประทานยา รับประทานอาหาร รวมไปถึงการปรับเปลี่ยนวิถีทางการดำเนินชีวิตตามคำแนะนำของบุคคลากรทางการแพทย์ นอกจากนี้การปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษายังเป็นวิธีการจัดกระทำที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาให้ได้ผลดี แบ่งได้ 3 วิธี คือ 1) การจัดกระทำด้านการให้ความรู้ ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง อาการ และแผนการรักษา 2) การจัดกระทำด้านการปรับพฤติกรรม มีเป้าหมายเพื่อกระตุ้นแรงจูงใจและสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วยให้ปฏิบัติตนตามคำแนะนำในการรักษา และ 3) การจัดกระทำด้านจิตสังคม มีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมการรับรู้ด้านบวก ความเชื่อและทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา[5] ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาจึงมีความจำเป็น เพื่อไม่ให้การดำเนินของโรคเข้าสู่ภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ซึ่งจะต้องทำการรักษาโดยการบำบัดทดแทนไต ทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการดูแลเพิ่มขึ้น และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา เช่นการติดเชื้อในกระแสเลือด หรือติดเชื้อที่เยื่อบุช่องท้อง หรือติดเชื้อได้ง่าย จะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วขึ้น

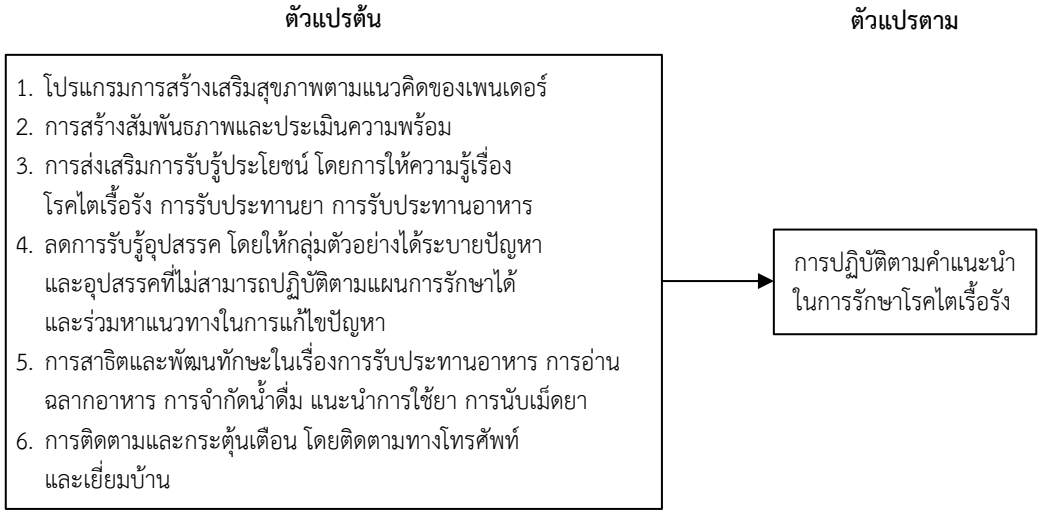
การที่จะให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษานั้น จำเป็นต้องได้รับการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์[6] กล่าวว่า การที่บุคคลจะปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติพฤติกรรมใดขึ้นอยู่กับความคาดหวังในผลลัพธ์และความเชื่อในสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการเรียนรู้จากแหล่งข้อมูลต่างๆ จะส่งผลต่อการตัดสินใจเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้นบุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมหรือกระทำสิ่งใดๆ เพราะเห็นว่ามีประโยชน์ มีคุณค่า และหากบุคคลได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัว เพื่อน หรือบุคคลกรทางการแพทย์จะทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะทำพฤติกรรมนั้นๆ การส่งเสริมผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังให้ปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษานั้น ผู้ป่วยต้องมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง จึงจะทำให้มีพฤติกรรมในการควบคุมโรคได้ดีขึ้น จากการทบทวนงานวิจัยพบว่าหลังให้ความรู้ คะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยและผู้ดูแล ทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านอาหาร,ออกกำลังกาย การรักษาและการใช้ยา มีค่าคะแนนพฤติกรรมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ[7] จะเห็นว่าการสร้างเสริมสุขภาพ โดยการให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง จะทำให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ซึ่งจะช่วยควบคุมโรคและชะลอการเสื่อมของไตได้

ตำบลไร่น้อย อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย 19 หมู่บ้าน มีประชากรทั้งหมด 24,445 ราย เป็นชาย 12,268 คน หญิง 12,177 คน มีโรงพยาบาล 1 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3 แห่ง ซึ่งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงแสนสุข รับผิดชอบ 4 หมู่บ้าน ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและรับจ้าง และมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ก่อนรับการบำบัดทดแทนไตจำนวน 468 ราย[8]

จากการสำรวจและลงพื้นที่พบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังไม่เห็นความสำคัญของการเป็นโรคไตเรื้อรัง เนื่องจากยังไม่มีอาการและอาการแสดงที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตมากนัก การรับประทานยายังไม่สม่ำเสมอ ไม่ได้มีการปฏิบัติพฤติกรรมด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังได้ถูกต้อง ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อลดความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนจากโรค ผู้วิจัยจึงใช้แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์มาออกแบบโปรแกรม โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับรู้ประโยชน์ ลดการรับรู้อุปสรรค และสนับสนุนให้ครอบครัวมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้มีการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา ซึ่งจะช่วยชะลอการเสื่อมของไต ลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และชะลอการบำบัดทดแทนไต โดยผลการศึกษาที่ได้จะนำมาเป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีพฤติกรรมการควบคุมโรคที่ดี ส่งเสริมคุณภาพชีวิต สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย ญาติและบุคลากรสาธารณสุขในการปรับใช้ต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์[6] มาใช้ในการออกแบบโปรแกรม ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จังหวัดอุบลราชธานี หลังทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จังหวัดอุบลราชธานี ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังกลุ่มทดลองภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาโรคไตเรื้อรังสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

2. ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาโรคไตเรื้อรังสูงกว่ากลุ่มควบคุม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มประเมินผลก่อนและหลังการทดลอง (Two-group pretest-posttest design with comparison group)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 2687 ราย กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ที่ตำบลไร่น้อย จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 468 ราย คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีวิเคราะห์ค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.5 อำนาจการทดสอบเท่ากับ 0.8 จากการศึกษาของ สิริชยา อังกูรขจร และสุนิดา ปรีชาวงษ์[5] คำนวณค่าอิทธิพลได้ 0.50 จากการเปิดตารางได้กลุ่มตัวอย่าง 22 ราย เพื่อป้องกันการออกจากโปรแกรมจึงเพิ่มเป็นกลุ่มละ 25 ราย[9] แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างตรงตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างให้มีลักษณะใกล้เคียงกัน โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้ 1) มีอายุ 20 ปีขึ้นไป, 2) เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3-4, 3) มีอาการคงที่ ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ และ 4) มีสติสัมปชัญญะดี ไม่มีปัญหาด้านการได้ยิน สามารถอ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทยได้ มีเบอร์โทรศัพท์ติดต่อได้ และมีความยินดีและเต็มใจในการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ เกณฑ์ในการคัดออกมีดังนี้ 1) ไม่สามารถ อ่าน เขียน ได้ 2) มีอาการกำเริบ และ 3) ย้ายที่อยู่บ่อยไม่สามารถติดตามได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือดำเนินการทดลองและเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพประกอบด้วย 1) การสร้างสัมพันธภาพและประเมินความพร้อม 2) การส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ โดยการให้ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง การรับประทานยา การรับประทานอาหาร 3) ลดการรับรู้อุปสรรค โดยให้กลุ่มตัวอย่างได้ระบายปัญหาและอุปสรรคที่ไม่สามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาได้และร่วมหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา 4) การสาธิตและพัฒนทักษะในเรื่องการรับประทานอาหาร การอ่านฉลากอาหาร การจำกัดน้ำดื่ม แนะนำการใช้ยา การนับเม็ดยา และ 5) การติดตามและกระตุ้นเตือน โดยติดตามทางโทรศัพท์และเยี่ยมบ้าน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ระยะของโรคไต

2.2 แบบประเมินการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารเครื่องดื่ม การรับประทานยา การออกกำลังกาย การมาตรวจตามนัด ตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพ โดยผู้วิจัยทบทวนจากแนวปฏิบัติเพื่อชะลอการเสื่อมของไต ซึ่งแบบสอบถามมีด้านบวก 12 ข้อ และด้านลบ 8 ข้อ รวม 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดแบบประเมินค่า 4 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ คือปฏิบัติเป็นประจำ เท่ากับ 4 คะแนน, บ่อยครั้ง เท่ากับ 3 คะแนน, บางครั้ง

เท่ากับ 2 คะแนน, และ ไม่เคยปฏิบัติ เท่ากับ 1 คะแนน และข้อคำถามที่เป็นด้านลบ มีเกณฑ์การให้คะแนนตรงกันข้าม คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 20 คะแนน คะแนนสูงสุดเท่ากับ 80 คะแนน โดยคะแนนรวมที่มากหมายถึงกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาดีที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 1 ท่าน และพยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 1 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ การพิจารณาความตรงตามเนื้อหาโดยดูจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4 ตรงกันทุกท่าน โดยแบบประเมินการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.90 สำหรับการหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาที่ได้ปรับปรุงแก้ไขแล้ว นำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษาวิจัยจำนวน 10 ราย ที่ตำบลไร่น้อย โดยแบบประเมินการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา ไปหาความเที่ยงของเครื่องมือโดยวิธีหาค่าความสอดคล้องภายใน และวิเคราะห์โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ผลการตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.88

วิธีการดำเนินการวิจัย

ทีมผู้วิจัยดำเนินการวิจัยด้วยตนเองที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพดงแสนสุข ตำบลไร่น้อย จังหวัดอุบลราชธานี มีรายละเอียดดังนี้

1. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเข้า และมีลักษณะคล้ายคลึงกันทั้งสองกลุ่ม และใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ (กำหนดตัวเลข 1-50) ถ้าจับได้หมายเลขคู่กำหนดให้เป็นกลุ่มทดลอง ถ้าจับได้หมายเลขคี่กำหนดให้เป็นกลุ่มควบคุม
2. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล โดยเริ่มจากการแนะนำตัวผู้วิจัย สร้างสัมพันธภาพและอธิบายวิธีดำเนินการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ

กลุ่มควบคุม

สัปดาห์ที่ 1 สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่างและญาติ โดยผู้วิจัยแนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายถึงการพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างฟัง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบประเมินการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา (Pre-test) หลังจากนั้นกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการดูแลตามปกติจากพยาบาลประจำการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพดงแสนสุข

สัปดาห์ที่ 8 นัดกลุ่มตัวอย่างให้ตรงกับวันที่แพทย์นัดติดตามอาการ และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา (Post-test)เมื่อสิ้นสุดขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยมอบหนังสือคู่มือ "ปฏิบัติตัวอย่างไร ไม่ให้ไตเสื่อมเร็วขึ้น" และสมุดบันทึกการใช้ยาประจำตัวแก่กลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งให้ข้อมูลตามโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

กลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบประเมินการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา, (Pre-test) ให้ข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่างและญาติเป็นรายบุคคลในเรื่อง 1) สาเหตุการเกิดโรค พยาธิสรีรวิทยา และการดำเนินของโรค, 2) การรักษาด้วยยาและประโยชน์จากการรับประทานยา และ 3) การเลือกรับประทานอาหาร หลีกเลี่ยงอาหารหวาน มัน เค็ม เกลือต่ำ งดสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และมีคาเฟอีน ออกกำลังกายที่เหมาะสม โดยเนื้อหาสั้น กระชับและเข้าใจง่าย ภายหลังจากการให้ข้อมูล ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ซักถามข้อสงสัย (ใช้ระยะเวลา 45-60 นาที) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเล่าถึงประสบการณ์ที่ดีและคิดว่าเป็นประโยชน์ต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา ให้กลุ่มตัวอย่างได้ระบายถึงอุปสรรคหรือปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาได้วิเคราะห์ปัญหาและร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา ร่วมกันทั้งพยาบาล ผู้ป่วยและญาติ (ใช้ระยะเวลา 30 นาที)

ครั้งที่ 2 การสอนสาธิตและการฝึกทักษะ ให้แก่กลุ่มตัวอย่าง ในเรื่อง 1) การเลือกซื้ออาหารที่มีโซเดียมต่ำ และการอ่านฉลากส่วนประกอบของอาหาร, 2) การคำนวณปริมาณเกลือโซเดียมที่ควรจำกัดในแต่ละวัน และ 3) แนะนำการใช้ยาและการนับเม็ดยาเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของการรับประทานยา พร้อมทั้งผู้วิจัยจะให้ “สมุดบันทึกการใช้ยาประจำตัว” แก่กลุ่มตัวอย่าง และสอนให้กลุ่มตัวอย่างบันทึกตารางการรับประทานยาทุกชนิดลงในสมุด โดยที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าใจว่าในหนึ่งมื้อจะต้องรับประทานยาอะไรบ้าง

สัปดาห์ที่ 4 นัดกลุ่มตัวอย่างให้ตรงกับวันที่แพทย์นัดติดตามอาการ ทบทวนการปฏิบัติตนตามคำแนะนำในการรักษาที่เหมาะสม พร้อมทั้งสอบถามการปฏิบัติและกระตุ้นเตือนให้เกิดการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ (ใช้ระยะเวลา 30 นาที)

สัปดาห์ที่ 3 และ 6 ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา พร้อมทั้งกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วย ปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาด้านการรับประทานอาหารที่มีโซเดียมต่ำ และการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัย โดยใช้เวลาในช่วงที่กลุ่มตัวอย่างสะดวก (ใช้ระยะเวลา 15-30 นาที)

สัปดาห์ที่ 8 นัดกลุ่มตัวอย่างให้ตรงกับวันที่แพทย์นัดติดตามอาการ และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา (Post-test)

ขั้นสิ้นสุดการทดลอง ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างและญาติที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย กลุ่มควบคุมและญาติจะได้รับคู่มือและได้รับการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาด้านการรับประทานอาหาร และการรับประทานยา เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ กำหนดค่าความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติค่าทีคู่ (Paired t-test) และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติค่าทีอิสระ

(independent t-test) เมื่อทดสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov พบว่ามีการแจกแจงแบบปกติ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ทีมผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยพร้อมเครื่องมือวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เพื่อพิจารณาตรวจสอบและอนุมัติ ซึ่งผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์วันที่ 29 พฤศจิกายน 2567 เลขที่รับรองจริยธรรม SSJ.UB 2567-11.015 หลังจากรับรองแล้ว จึงดำเนินการวิจัยโดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ตามคุณสมบัติที่กำหนด ข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับ โดยไม่เปิดเผยชื่อ สกุลผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยจะใช้รหัสแทน ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะนำเสนอในภาพรวมตามการศึกษานี้เท่านั้น ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะเก็บไว้ 1 ปี หลังจากนั้นจะถูกทำลายโดยทีมวิจัย

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษากลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 60.00 กลุ่มทดลองร้อยละ 52.00 อายุเฉลี่ยกลุ่มควบคุม 57 ปี (SD=9.19) กลุ่มทดลอง 56.60 ปี (SD=8.56) ส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงานทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองร้อยละ 40.00 และร้อยละ 52.00 มีสถานภาพสมรสคู่ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองร้อยละ 68.00 และร้อยละ 72.00 และมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองร้อยละ 76.00 และ 84.00 มีโรคร่วม 2 โรคทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองร้อยละ 64.00 และ 56.00 ส่วนใหญ่เป็นโรคไตระยะที่ 3 ร้อยละ 94.00 และ 96.00 ตามลำดับ และผู้ดูแลส่วนใหญ่ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเป็นบุตรหลานร้อยละ 80.00 และ 92.00 ตามลำดับ

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t test พบว่าก่อนการทดลองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=6.61, p=0.000) ส่วนหลังการทดลองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=46.61, p=.000) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการการได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ

การปฏิบัติตามคำแนะนำการรักษา	กลุ่มทดลอง (n=25)		กลุ่มควบคุม (n=25)		df	t	p-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD			
ก่อนทดลอง	47.20	3.27	41.60	2.67	48	6.61	0.000*
หลังทดลอง	78.28	1.45	47.52	2.95	35.00	46.61	0.000*

*p<0.05

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ โดยใช้สถิติ Paired t-test

การปฏิบัติตามคำแนะนำการรักษา	$\bar{x}$	SD	df	t	p-value
ก่อนทดลอง (n=25)	47.20	3.27	24	268.39	0.000*
หลังทดลอง (n=25)	78.28	1.45			

*p<0.05

การอภิปรายผล

ผลจากการศึกษาพบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ระดับ 0.001 สามารถอภิปรายผลได้ว่าเนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับการสร้างเสริมสุขภาพตามโปรแกรมที่ผู้วิจัยได้กำหนดไว้ ซึ่งแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์[6] กล่าวว่า การที่บุคคลจะปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นขึ้นอยู่กับความคาดหวังในผลลัพธ์และความเชื่อในสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการเรียนรู้จากแหล่งข้อมูลต่างๆ จะส่งผลต่อการตัดสินใจเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้กลุ่มทดลองเห็นความสำคัญได้รับรู้ถึงประโยชน์ ซึ่งผู้วิจัยได้ให้ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง สาเหตุ อาการ การรักษา ประโยชน์ของการรับประทานยา การรับประทานอาหารโซเดียมต่ำ ส่งเสริมสมรรถนะ โดยได้รับการพัฒนาทักษะในการเลือกอาหารและปรุงอาหาร ตลอดจนการอ่านฉลากอาหารที่ลดโซเดียม การจำกัดน้ำดื่ม แนะนำการใช้ยา การนับเม็ดยา ทำให้กลุ่มทดลองมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง ซึ่งจะช่วยควบคุมโรคไม่ให้รุนแรง ลดภาวะแทรกซ้อนและอาการรบกวนจากโรคไตเรื้อรังได้ ทำให้เห็นประโยชน์ จึงทำให้มีการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำในการรักษามากขึ้น และการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัว เพื่อน หรือบุคคลกรทางการแพทย์ ซึ่งผู้วิจัยเป็นบุคลากรทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข จึงทำให้กลุ่มทดลองมีแนวโน้มที่จะทำพฤติกรรมนั้นๆ ซึ่งการได้รับข้อมูลจากบุคลากรสุขภาพ เป็นรูปแบบหนึ่งที่ชักนำให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเกิดการปฏิบัติพฤติกรรมชะลอความเสื่อมของไต เนื่องจากบุคลากรสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ เป็นต้น ล้วนเป็นบุคคลสำคัญในระบบสุขภาพที่มีบทบาทให้ ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การได้รับข้อมูลที่ชัดเจนจากบุคลากรสุขภาพจะช่วย ให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ ความเข้าใจและสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำ[10] ซึ่งการที่กลุ่มทดลองได้รับความรู้เกี่ยวกับโรค อาการ และแผนการรักษาได้รับการกระตุ้นแรงจูงใจและสร้างพลังอำนาจสนับสนุนทางด้านจิตสังคม เพื่อส่งเสริมการรับรู้ด้านบวก ความเชื่อและทัศนคติที่ดี ทำให้มีการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาได้ดี[5] นอกจากนี้หากผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีความเชื่อหรือการรับรู้ที่ถูกต้องจะเป็นตัวกำหนดให้มีพฤติกรรมชะลอความเสื่อมของไตอย่างเหมาะสม โดยการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติส่งผลให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเกิดความเข้าใจและปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม[11,12] นอกจากนี้กลุ่มทดลองยังได้ลดการรับรู้อุปสรรค โดยได้ระบายปัญหาและอุปสรรคที่ไม่สามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ และผู้วิจัยได้หาแนวทางในการแก้ไขปัญหาร่วมกัน จึงทำให้กลุ่มทดลองมีการปฏิบัติตามแผนการรักษามากขึ้น การที่กลุ่มทดลองได้รับการช่วยเหลือ แก้ไข ลดอุปสรรคในการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา ทำให้การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในระดับต่ำจะทำให้กลุ่มทดลองมีความร่วมมือในการรักษา รวมไปถึงการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อชะลอความเสื่อมของไต

ตามคำแนะนำของบุคลากรสุขภาพ[13,14] การติดตามทางโทรศัพท์และเยี่ยมบ้าน เป็นการกระตุ้นเตือนและเสริมแรงจูงใจ คอยให้คำปรึกษา ชี้แนะ หากกลุ่มทดลองมีปัญหาสามารถให้คำแนะนำและช่วยเหลือได้ ทำให้กลุ่มทดลองมีการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษามากยิ่งขึ้น

จะเห็นได้ว่าโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ ที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ประโยชน์ ลดอุปสรรค และการใช้อิทธิพลระหว่างบุคคลมากระทำไม่ว่าจะเป็นบุคคลในครอบครัว เพื่อน บุคลากรทางด้านการแพทย์ จะทำให้มีการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษามากขึ้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติ

1. นำโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเห็นประโยชน์และความสำคัญของการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา ซึ่งจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อน และลดความรุนแรงของโรคได้
2. ควรมีการติดตามและกระตุ้นเตือนการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาทุก 3 เดือน 6 เดือน เพื่อดูความยั่งยืนของการปฏิบัติ

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัย

ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพโดยประยุกต์ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษากับผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มอื่นๆ อีกต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี ที่ให้ทุนสนับสนุนในการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Kovesdy CP. Epidemiology of chronic kidney disease: an update 2022. Kidney Int Suppl (2011). 2022 Apr;12(1):7-11. doi: 10.1016/j.kisu.2021.11.003.
2. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. ข้อแนะนำเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2565 (ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์; 2565.
3. กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล. ระบาดวิทยาและการทบทวนมาตรการป้องกันโรคไตเรื้อรัง. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
4. วัชราพร สนิทผล, นันธิดา จาระธรรม, จันทร์เพ็ญ ประโยงค์. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคในผู้ป่วยไตเรื้อรัง ระยะที่ 3 และ 4 ที่แผนกไตเทียม โรงพยาบาลลำพูน. วารสารสาธารณสุขล้านนา. 2560; 13(2):48-63.
5. สิริชยา อังกูรขจร, สุนิดา ปรีชาวงษ์. ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ต่อความร่วมมือในการรับประทานอาหารและยาของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก. 2557;25(2):77-89.
6. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practice, 5th edition, Prentice Hall; 2006.

7. วราลี วงศ์ศรีชา. การพัฒนากระบวนการให้ความรู้ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 และผู้ดูแลในการป้องกันการเกิดโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน 2562;4(3):95-106.
8. ระบบคลังข้อมูลทางด้านสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข. โรคไตเรื้อรัง [อินเตอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 2567 มีนาคม 10]. เข้าถึงได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source
9. รัตน์ศิริ ทาโต. การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้ (ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2561
10. นุชพร ดุมใหม่, ปณิชา พลพินิจ, สายฝน ม่วงคุ้ม, เขมารดี มาสิงบุญ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมชะลอความเสื่อมของไตในผู้ที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 1-3. วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ. 2565;17(4):378-86.
11. Chen YC, Chang LC, Liu CY, Ho YF, Weng SC, Tsai TI. The Roles of Social Support and Health Literacy in Self-Management Among Patients with Chronic Kidney Disease. J Nurs Scholarsh. 2018 May;50(3):265-275. doi: 10.1111/jnu.12377.
12. Okoyo Opiyo R, Nyawade SA, McCaul M, Nyasulu PS, Lango DB, Were AJO, Nabakwe EC, Bukania ZN, Olenja JM. Perceptions on Adherence to Dietary Prescriptions for Adults with Chronic Kidney Disease on Hemodialysis: A Qualitative Study. Diseases. 2020 Aug 6;8(3):29. doi: 10.3390/diseases8030029.
13. โรจกร ลือมงคล. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในโรงพยาบาลคอนสวรรค์. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี.2563;18(1): 16-26.
14. Peikani FA, Shahgholian N, Kazemi A. The Effect of Health-belief-model-Based Training on Behaviors Preventing Peritonitis in Patients on Peritoneal Dialysis. Int J Prev Med. 2018 Aug 14;9:72. doi: 10.4103/ijpvm.IJPVM_566_17.