

## ปัจจัยทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 3-4 ในโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

เพียงดาว จุลบาท, ปร.ด.\* และนางณภัทร รุ่งเนย, ค.ด.\*\*

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทำนายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ในโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ในโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 114 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตนเมื่อเป็นโรคไตเรื้อรัง 3) แบบประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .78 และ .85 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มตัวแปรเป็นลำดับขั้น

ผลการวิจัยพบว่า ระดับการศึกษา อายุ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตน การสนับสนุนของครอบครัว และการรับรู้ความสามารถตนเอง สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ได้ร้อยละ 67.6 ( $R^2=.676, p<0.05$ ) ตัวแปรที่มีอิทธิพลมากที่สุด ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตน ( $Beta=0.541, p<0.05$ ) รองลงมา คือ การสนับสนุนของครอบครัว ( $Beta=0.266, p<0.05$ ) และระดับการศึกษา ( $Beta=0.232, p<0.05$ ) ตามลำดับ บุคลากรทีมสุขภาพในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิและโรงพยาบาลควรพัฒนาระบบบริการสุขภาพโดยส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วม และเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ

**คำสำคัญ:** พฤติกรรมจัดการตนเอง ชะลอไตเสื่อม โรคไตเรื้อรัง

\*โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

\*\* วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Corresponding author E-mail: nongnaphat.ru@pi.ac.th

(Received: February 18, 2024; Revised: May 30, 2024; Accepted: June 1, 2024)

## Factors Predicting Self-Management Behavior for Delaying Kidney Deterioration Among Patients with Stage 3-4 Chronic Kidney Disease at Prachomklao Hospital Phetchaburi Province

Piangdao Chulabat, Ph.D. \* & Nongnaphat Rungnoi, Ph.D.\*\*

### Abstract

This predictive research aimed to study factors predicting self-management behavior for delaying kidney degeneration among patients with stage 3-4 chronic kidney disease (CKD) at Prachomklao hospital, Phetchaburi province. One hundred and fourteen participants with stage 3-4 CKD were selected by simple random sampling. The research instruments consisted of: 1) demographic data questionnaire; 2) knowledge test on CKD and self-management practices, and 3) self-management behavior assessment and related factors questionnaires. The last two instruments' Cronbach's alpha coefficients were 0.78 and 0.85 respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple regression.

The results revealed that education level, age, knowledge on the disease and self-management practices, family support, and self-efficacy could collectively predict self-management behaviors for delaying kidney degeneration among patients with stage 3-4 CKD accounted for 67.6 % of the variance with a statistical significance. ( $R^2=0.676$ ,  $p<0.05$ ) The most influential variable was knowledge on CKD and self-management practices (Beta=0.541,  $p<0.05$ ), followed by family support (Beta=0.266,  $p<0.05$ ), and education level (Beta=.232,  $p<0.05$ ) respectively. Healthcare providers in primary healthcare units and hospitals should create healthcare service systems that encourage family participation and enhance patients' knowledge in order to promote the modification of self-management behaviors aimed at delaying kidney deterioration.

**Keywords:** Self-management behavior Delaying kidney deterioration Chronic kidney disease

---

\* Prachomklao Hospital, Phetchaburi province

\*\* Boromarajonani College of Nursing Suratthani, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health.

## บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของทุกประเทศทั่วโลกและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 10 ของประชากรโลก (Jadoul et al., 2024) และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคอ้วน และจากพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้ไตเสื่อม เช่น การใช้ยาแก้อักเสบชนิดไม่ใช่สเตียรอยด์ (Non-steroidal anti-inflammatory drugs: NSAIDs) และการรับประทานอาหารเสี่ยงต่อสุขภาพ เป็นต้น (Kovesdy, 2022) จากการคาดการณ์ภายใน พ.ศ. 2573 จะมีผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องการบำบัดทดแทนไต ร้อยละ 70 อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา และรายงานผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2564 พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 1-5 ทั้งหมด 1,007,251 ราย (กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล, 2565) ในปีงบประมาณ 2565 มีผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายรับบริการบำบัดทดแทนไต รวม 82,463 คน ซึ่งงบประมาณในการบริการบำบัดทดแทนไตมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ใน พ.ศ. 2565 การใช้จ่ายงบประมาณหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพิ่มขึ้นถึง 19,012 ล้านบาท (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2566) นับเป็นภาระในการจัดบริการสุขภาพและมีค่าใช้จ่ายในการรักษาจำนวนมาก

สถิติในจังหวัดเพชรบุรีพบอุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-5 ในปีงบประมาณ 2563-2566 มีแนวโน้มขึ้นลงไม่คงที่ โดยผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะที่ 3-4 มีจำนวนเท่ากับ 5,684, 6,549, 4,831, 5,257 คน และระยะที่ 5 มีจำนวนเท่ากับ 391, 657, 609, 692 คน ตามลำดับ สำหรับโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี มีจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 เท่ากับ 1,718, 2,451, 1,334, 1,633 คน และระยะที่ 5 เท่ากับ 137, 384, 366, 437 คน ตามลำดับ และพบว่าสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี จากโรคไตเรื้อรังตั้งแต่ปีงบประมาณ 2564-2566 สูงเป็นอันดับต้นอย่างต่อเนื่อง (Health Data Center, 2566) จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ที่ไม่สามารถชะลอความเสื่อมของไตได้ทำให้การดำเนินโรคเข้าสู่ระยะที่ 5 เร็วขึ้น ส่งผลให้อุบัติการณ์ผู้ป่วยที่ต้องบำบัดทดแทนไตรายใหม่มีจำนวนเพิ่มขึ้น จากสถิติที่ผ่านมา พ.ศ.2565-2566 มีผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตประมาณปีละ 100 ราย ทำให้จำนวนเครื่องไตเทียมและบุคลากรเฉพาะทางในโรงพยาบาลของรัฐบาลและเอกชนที่ให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในจังหวัดเพชรบุรีที่ไม่เพียงพอกับจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี, 2566)

เมื่อพิจารณาผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัดระดับกระทรวงสาธารณสุขเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาไต ในปี พ.ศ.2563-2564 กำหนดเป้าหมาย คือ ร้อยละ 50 ของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของปริมาณเลือดที่ไหลผ่านตัวกรองของไตในหนึ่งนาที (estimated glomerular filtration rate; eGFR) ลดลงน้อยกว่า 4 ml/min/1.73m<sup>2</sup>/yr ซึ่งผลลัพธ์บรรลุเป้าหมาย คือ ร้อยละ 63.28 และ 61.51 ตามลำดับ และในปี พ.ศ.2565-2566 ได้กำหนดเป้าหมาย คือ ร้อยละ 66 ของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของปริมาณเลือดที่ไหลผ่านตัวกรองของไตในหนึ่งนาทีลดลงน้อยกว่า 5 ml/min/1.73m<sup>2</sup>/yr พบว่า ผลลัพธ์ใน พ.ศ.2565 บรรลุเป้าหมาย คือ ร้อยละ 70.69 แต่ใน พ.ศ.2566 ผลลัพธ์ได้เท่ากับร้อยละ 60.04 ซึ่งยังไม่บรรลุเป้าหมาย ผลลัพธ์การดำเนินงานมีแนวโน้มขึ้นลงไม่สม่ำเสมอ โดยเฉพาะใน

พ.ศ.2566 มีแนวโน้มลดลงมาก สะท้อนให้เห็นว่าการดูแลเพื่อชะลอไตเสื่อมระยะสุดท้ายเป็นประเด็นเร่งด่วนที่ต้องวิเคราะห์และค้นหาสาเหตุเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

ปัจจุบันโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี มีคลินิกโรคไตเรื้อรังซึ่งดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะต่างๆ แต่ยังไม่มีความปฏิบัติเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองที่เหมาะสม การจัดการตนเอง (self-management) เป็นพฤติกรรมจัดการดูแลสุขภาพของบุคคลอย่างต่อเนื่องเมื่อเจ็บป่วยเพื่อควบคุมอาการ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและลดผลกระทบจากโรคและการเจ็บป่วย (Ryan & Sawin, 2009) ซึ่งการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเองอย่างเป็นระบบจะช่วยให้ชะลอภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้ (พนิดา รัตนศรี, 2565; วิศรดา ตีเมืองชัย และพิชญากร ภัคสุพศิน, 2564; Ayat Ali et al., 2021; Bonner et al., 2014; Lee et al., 2016; Lin et al., 2017; Nguyen et al., 2019) อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วย จากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังส่วนใหญ่มักมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่ไม่เหมาะสมทั้งในด้านการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต การรับประทานอาหาร การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง (จันทร์จิรา วาจามัน และวิลวัลย์ ชมนิรัตน์, 2562; นิชกานต์ วงษ์ระกอบ และลัทธิวิ ปิยะบัณฑิตกุล, 2560; Lee, & Chae, 2014) และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตน การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตน และปัจจัยด้านสังคม เช่น การสนับสนุนทางสังคม (ภทรพรรณ อุณภาค และขวัญชัย รัตนมณี; 2558; Li et al., 2014; Schrauben et al., 2020; Wu et al., 2016) รวมทั้งปัจจัยด้านพยาธิสภาพของโรคและด้านระบบบริการสุขภาพ (Chironda & Bhengu, 2019) และงานวิจัยบางเรื่องพบว่า ระยะของโรคและความรู้ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจัดการตนเอง (เสาวนีย์ กระแจจันท์ และคณะ, 2560) และการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะไตวายระยะที่ 3-4 ยังมีน้อย กล่าวได้ว่า ปัจจัยทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังยังมีข้อค้นพบที่ขัดแย้งกันและเป็นประเด็นสำคัญที่ควรศึกษาวิจัยเพิ่มเติมโดยเฉพาะในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 3-4

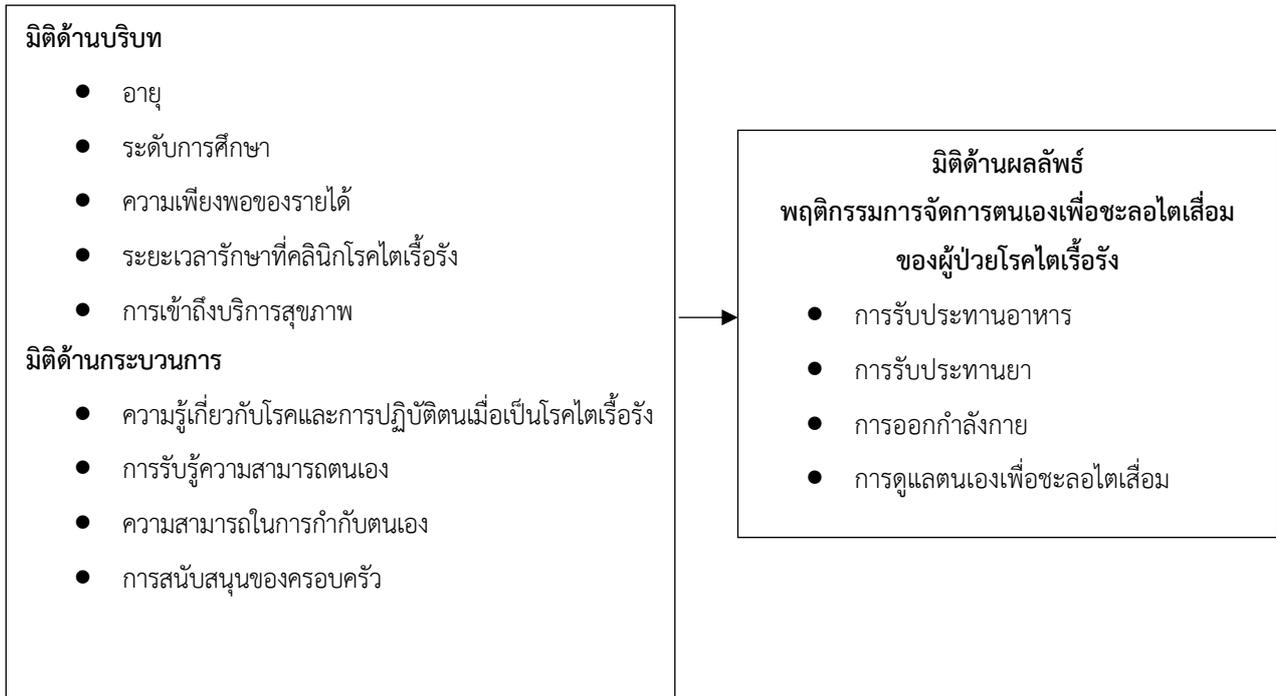
จากปัญหาดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียม หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี และอาจารย์ผู้สอนด้านการดูแลผู้ป่วยโรคไตติดต่อเรื้อรังซึ่งมีส่วนร่วมในการให้บริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังตระหนักถึงความสำคัญของการชะลอไตเสื่อมให้การดำเนินโรคช้าที่สุด ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ในโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี และผลการวิจัยสามารถใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนางานเพื่อตอบสนองตัวชี้วัดระดับกระทรวงสาธารณสุขในเรื่องการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) สาขาไต ช่วยลดจำนวนผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 5 รายใหม่ และลดความแออัดการรอคิวการเข้ารับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี สามารถเตรียมพร้อมก่อนการบำบัดทดแทนไตผู้ป่วยระยะที่ 4-5 ให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนและมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามวิถีสุขภาพก้าวหน้าต่อไป

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ในโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
2. เพื่อปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ในโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

## กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) ซึ่งเป็นพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคคลอย่างต่อเนื่องเมื่อเจ็บป่วยเพื่อควบคุมอาการ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและลดผลกระทบจากโรคและการเจ็บป่วย (Ryan & Sawin, 2009) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า พฤติกรรมการจัดการตนเองเกี่ยวข้องปัจจัยหลายประการทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตน คำแนะนำที่ได้รับ รวมทั้งแรงสนับสนุนทางสังคม (ภทรพรรณ อุณาภาค และขวัญชัย รัตนมณี, 2558; ฤดีรัตน์ สีวงศ์แพทย์ และคณะ, 2564; เสาวนีย์ กระแจจะจันทร์ และคณะ, 2560; Li et al., 2014; Schrauben et al., 2020; Wu et al., 2016) ซึ่งแนวคิดของไรอัน และซาวิน (Ryan & Sawin, 2009) กล่าวถึงองค์ประกอบของการจัดการตนเองและครอบครัวว่า ประกอบด้วย 3 มิติ คือ 1) มิติด้านบริบท (context dimension) ได้แก่ พยาธิสภาพของโรคและความรุนแรงของการเจ็บป่วย วิธีการรักษา ปัจจัยด้านกายภาพและสิ่งแวดล้อมทางสังคม ปัจจัยส่วนบุคคล และครอบครัวซึ่งรวมถึงความสามารถของครอบครัว 2) มิติด้านกระบวนการ (process dimension) ได้แก่ ความรู้และความเชื่อ การกำกับตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม และ 3) มิติด้านผลลัพธ์ (outcome dimension) จากการจัดการตนเอง ดังนั้น การศึกษาวิจัยครั้งนี้เลือกตัวแปรทำนาย คือ มิติด้านบริบท ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาการรักษาที่คลินิกโรคไตเรื้อรัง การเข้าถึงบริการสุขภาพ มิติด้านกระบวนการ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตนเมื่อเป็นโรคไตเรื้อรัง การรับรู้ความสามารถตนเอง การกำกับตนเอง และการสนับสนุนของครอบครัว และมิติด้านผลลัพธ์ คือ ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง สรุปเป็นกรอบแนวคิดได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

### วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (predictive research) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยตั้งแต่วันที่ ธันวาคม 2566 ถึงเดือนพฤษภาคม 2567

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** ประกอบด้วย

**ประชากร** ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ปีงบประมาณ 2566-2567 จำนวน 666 ราย

**กลุ่มตัวอย่าง** กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ที่เข้ารับบริการที่คลินิกโรคไตเรื้อรังโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ในช่วงเดือนธันวาคม 2566 ถึงพฤษภาคม 2567 คำนวณจากโปรแกรม G\* power version 3.1.9.7 (Faul et al., 2009) เลือกใช้ Statistical test-linear multiple regression: fixed model, R<sup>2</sup> deviation from zero analysis: a priori: compute required sample size ที่ กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (medium effect size) = 0.15 (Cohen, 1992) ระดับนัยสำคัญ ( $\alpha$ ) เท่ากับ 0.05 อำนาจการทดสอบ (Power of test) (1- $\beta$ ) เท่ากับ 0.80 จำนวนตัวแปรที่ใช้ทดสอบการทำนาย (total number of predictors) 9 ตัวแปร คำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างได้เท่ากับ 114 คน

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครวิจัยเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) ประกอบด้วย 1) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 3-4 ที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี 2) อายุ 18 ปี ขึ้นไป ไม่มีปัญหาทางการได้ยิน การมองเห็น การพูดและการใช้ภาษาไทย 3) มีความสามารถในการอ่านเขียนและเข้าใจภาษาไทย และ 4) ยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion criteria) คือ เจ็บป่วยเฉียบพลันและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เลขที่ 20/2566 ลงวันที่ 18 ธันวาคม 2566 และกลุ่มตัวอย่างได้รับการสอบถามความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย โดยผู้วิจัยแนะนำตนเอง อธิบายข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการวิจัย ประโยชน์และผลกระทบที่จะเกิดขึ้นจากการทำวิจัยอย่างละเอียด เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจดีแล้ว จึงให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวกับผู้เข้าร่วมวิจัยถูกเก็บเป็นความลับ และเผยแพร่ผลสรุปของการวิจัยในภาพรวม และใช้เป็นประโยชน์ต่อการศึกษาในเชิงวิชาการเท่านั้น และกลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการให้ข้อมูลเมื่อใดก็ได้โดยไม่กระทบต่อการรักษาพยาบาลหรือการรับบริการใดๆ ที่ได้รับ

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส สิทธิการรักษา อาชีพ รายได้ ศาสนา ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ระยะของโรคไตเรื้อรัง

ชุดที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตนเมื่อเป็นโรคไตเรื้อรัง เป็นแบบทดสอบความรู้และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรคไตที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 20 ข้อ เป็นแบบทดสอบแบบถูกผิด ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน เกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ (Best & Kahn, 2016) คือ ระดับดี คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป (คะแนนเฉลี่ย 16-20 คะแนน) ระดับพอใช้ คะแนนร้อยละ 60-79 (คะแนนเฉลี่ย 12-15 คะแนน) และระดับต้องปรับปรุง คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (คะแนนเฉลี่ยต่ำกว่า 12 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามการเข้าถึงบริการสุขภาพ เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้คุณภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ได้รับจากคลินิกโรคไตเรื้อรังที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 5 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ คือ ระดับดีมาก เท่ากับ 5 คะแนน และระดับต้องปรับปรุง เท่ากับ 1 คะแนน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความสามารถในการกำกับตนเอง เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 5 ข้อ เกี่ยวกับความสามารถในการควบคุมหรือกำกับตนเองให้ปฏิบัติกิจกรรมดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมทั้งด้านอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การจัดการความเจ็บป่วยและการมาตรวจตามนัด ลักษณะ

แบบสอบถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ คือ ระดับดีมาก เท่ากับ 5 คะแนน และระดับต้องปรับปรุง เท่ากับ 1 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนของครอบครัว เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความคิดเห็นของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเกี่ยวกับการสนับสนุนช่วยเหลือของครอบครัวที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 5 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการสนับสนุนช่วยเหลือของครอบครัวในการจัดการอาหาร การรับประทานยา การดูแลเมื่อเจ็บป่วยและการมาพบแพทย์

ส่วนที่ 5 แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม ใช้เครื่องมือแบบประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อมของละอองดาว ทับอาจ (2559) ซึ่งมีความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .79 ประกอบด้วยพฤติกรรมการจัดการตนเอง 4 ด้าน จำนวน 46 ข้อ ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร จำนวน 24 ข้อ ด้านการรับประทานยา จำนวน 12 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 6 ข้อ และการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม จำนวน 4 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำหรือทุกครั้ง เท่ากับ 5 คะแนน และไม่ปฏิบัติหรือปฏิบัติน้อยมาก เท่ากับ 1 คะแนน

การแปลผลระดับพฤติกรรมและการรับรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพความสามารถตนเอง ความสามารถในการกำกับตนเอง และการสนับสนุนของครอบครัว กำหนดเกณฑ์การจำแนก 5 ระดับ (Best & Kahn, 2016) ดังนี้ 4.51-5.00 คะแนน หมายถึง ระดับดีมาก 3.51-4.50 คะแนน หมายถึง ระดับดี 2.51-3.50 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง 1.51-2.50 คะแนน หมายถึง ระดับน้อย และ 1.00-1.50 คะแนน หมายถึง ระดับน้อยที่สุด

#### การตรวจคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบทดสอบ (content validity) แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมและแบบประเมินการรับรู้การสนับสนุนของครอบครัว ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลด้านโรคไต 2 ท่าน และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านไตเทียม 1 ท่าน รวมจำนวน 3 ท่าน ให้ผู้ทรงคุณวุฒิให้คะแนนความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Item objective congruence: IOC) คำนวณได้เท่ากับ 1.00 ทุกข้อ ปรับแก้ไขก่อนนำมาใช้จริง

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยนำแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคไตและการปฏิบัติตน แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม และแบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนของครอบครัว ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังซึ่งมีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน จากนั้นนำไปหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคไตและการปฏิบัติตน คำนวณด้วยสูตร Kuder-Richardson (KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.78 ค่าความยากเท่ากับ 0.23-0.86 และค่าอำนาจจำแนกเท่ากับ 0.22-0.47 จึงเป็นแบบทดสอบที่มีค่าความยากง่ายในระดับที่ยอมรับได้คือมีค่าระหว่าง 0.20-0.90 และมีค่าอำนาจจำแนกที่ยอมรับได้คือตั้งแต่ .20 ขึ้นไป (Boopathiraj & Chellamani, 2013) ส่วนแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .85 ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับที่ยอมรับได้คือ มากกว่าหรือเท่ากับ .70 (Harkness et al., 2013)

### การเก็บรวบรวมข้อมูล การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ มีขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1) ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี และประสานงานกับแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขออนุญาตใช้ข้อมูลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 จากแฟ้มประวัติ รวมถึงขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยจากผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4

2) ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยพิจารณาจากแฟ้มประวัติ

3) ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล การขอใช้ข้อมูลจากแฟ้มประวัติ รวมถึงรายละเอียดของการตอบแบบสอบถามและระยะเวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถาม จากนั้นขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย โดยการให้อ่านเอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับอาสาสมัครวิจัย และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจึงให้ลงชื่อในใบยินยอมอาสาสมัคร

4) เมื่อผู้วิจัยนัดหมายพบกับกลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกและผ่านการลงชื่อยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยการอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามอย่างละเอียด เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจแล้วให้ลงมือตอบแบบสอบถาม โดยให้เวลากลุ่มตัวอย่างสำหรับการตอบแบบทดสอบและแบบสอบถามประมาณ 30-45 นาที

5) เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสอบถาม จากนั้นเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อมูลเพิ่มเติม เมื่อเสร็จสิ้นกระบวนการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยจนกระทั่งได้ข้อมูลครบถ้วนตามจำนวนข้อในแบบสอบถาม

6) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่รวบรวมข้อมูลได้ทั้งหมดไปดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

**การวิเคราะห์ข้อมูล** วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป Statistical Package for the Social Science (SPSS) กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติ ( $\alpha$ ) ที่ 0.05 ซึ่งมีรายละเอียดการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1) ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยสถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

2) คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตน พฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม และการสนับสนุนของครอบครัว วิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3) ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ในโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี วิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มตัวแปรเป็นลำดับขั้น (stepwise multiple regression)

### ผลการวิจัย

ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ในคลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 114 คน ได้แบบสอบถามที่สมบูรณ์คืนครบทุกฉบับ กลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.79 อายุ 60-74 ปี ร้อยละ 43.86 อายุเฉลี่ย 70.54 ปี ( $M=70.54$   $SD=13.37$ ) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 71.05 สถิติการรักษาสูงสุด คือ ประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 59.65 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 46.49

มีรายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 51.75 ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 81.58 กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีโรคประจำตัว โรคที่พบมากที่สุด คือ โรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 51.75 รองลงมา คือ โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ร้อยละ 28.07 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ร้อยละ 49.12 และระยะที่ 4 ร้อยละ 50.88 มีระยะเวลาในการรักษาในคลินิกชะลอไตเสื่อมเฉลี่ย 2.77 ปี ( $SD=1.80$ ) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n=114)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ	ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ			ความเพียงพอของรายได้		
ชาย	39	34.21	เพียงพอ	55	48.25
หญิง	75	65.79	ไม่เพียงพอ	59	51.75
อายุ (ปี) (Min=27, Max=97 M=70.54 SD=13.37)			ศาสนา		
< 45 ปี	1	0.88	พุทธ	106	92.98
45-59 ปี	24	21.05	อิสลาม	8	7.02
60-74 ปี	50	43.86	การศึกษา		
75 ปีขึ้นไป	39	34.21	ประถมศึกษา	93	81.58
สถานภาพสมรส			ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.)	1	0.88
โสด	9	7.89	ปริญญาตรี	20	17.54
คู่	81	71.05	โรคประจำตัว		
หม้าย/หย่า	24	21.05	เบาหวาน	12	10.53
สิทธิการรักษา			ความดันโลหิตสูง	9	7.89
เบิกจ่ายตรง	27	23.68	ไขมันในเลือดสูง	1	0.88
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	68	59.65	เกาต์	1	0.88
ประกันสังคม	14	12.28	เบาหวานและความดันโลหิตสูง	32	28.07
สิทธิสวัสดิการพนักงานท้องถิ่น	5	4.39	เบาหวาน ความดันโลหิตสูงและไขมันสูง	59	51.75
อาชีพ			ระยะของโรคไตเรื้อรัง		
ข้าราชการ	4	3.51	ระยะที่ 3	56	49.12
รับจ้าง	21	18.42	ระยะที่ 4	58	50.88
ส่วนตัว	19	16.67	ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาคลินิกโรคไตเรื้อรัง		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	53	46.49	1 ปี	25	21.93
รายได้			2-4 ปี	71	62.28
ต่ำกว่า 1,000 บาท	37	32.46	5 ปีขึ้นไป	18	15.79
1,000 - 4,999 บาท	21	18.42	(Min=1, Max=8, M=2.77, SD=1.80)		
มากกว่า 5,000 บาท	56	49.12			

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ	ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ดูแลหลัก					
บุตร/หลาน	80	70.18			
คู่สมรส	34	29.82			

**พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม** ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมอยู่ในระดับปานกลาง ( $M=3.29$ ,  $SD=0.33$ ) มีค่าเฉลี่ยสูงสุดอยู่ในระดับดี คือ ด้านการรับประทานยา ( $M=3.87$ ,  $SD=0.53$ ) และค่าเฉลี่ยต่ำสุดอยู่ในระดับน้อย คือ ด้านการออกกำลังกาย ( $M=2.21$ ,  $SD=0.53$ ) รายละเอียดดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม ( $n=114$ )

พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม	M	SD	การแปลผล
1) ด้านการรับประทานอาหาร	3.39	0.38	ระดับปานกลาง
2) ด้านการรับประทานยา	3.87	0.53	ระดับดี
3) ด้านการออกกำลังกาย	2.21	0.53	ระดับน้อย
4) ด้านการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม	2.54	0.47	ระดับปานกลาง
<b>รวม</b>	<b>3.29</b>	<b>0.33</b>	<b>ระดับปานกลาง</b>

### ปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4

เมื่อพิจารณาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ค่าเฉลี่ยสูงสุดอยู่ในระดับดี คือ การเข้าถึงบริการสุขภาพ ( $M=4.22$ ,  $SD=0.32$ ) รองลงมา คือ ความสามารถในการกำกับตนเอง ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ( $M=3.91$ ,  $SD=0.46$ ) คะแนนต่ำสุดอยู่ในระดับปานกลาง คือ การสนับสนุนของครอบครัว ( $M=3.11$ ,  $SD=0.72$ ) สำหรับคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตนเมื่อเป็นโรคไตเรื้อรัง มีค่าเฉลี่ย 12.08 คะแนน จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน ( $SD=2.12$ ) ซึ่งอยู่ในระดับพอใช้ รายละเอียดดังตารางที่ 3

### ตารางที่ 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม (n=114)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมจัดการตนเอง	M	SD	การแปลผล
มิติด้านบริบท			
การเข้าถึงบริการสุขภาพ	4.22	0.32	ระดับดี
มิติด้านกระบวนการ			
1) ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตนเมื่อเป็นโรคไตเรื้อรัง	12.08	2.12	ระดับพอใช้
2) การรับรู้ความสามารถตนเอง	3.69	0.43	ระดับดี
3) ความสามารถในการกำกับตนเอง	3.91	0.46	ระดับดี
4) การสนับสนุนของครอบครัว	3.11	0.72	ระดับปานกลาง

ผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ได้แก่ การกระจายแบบปกติ (normality) ความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (linearity) ค่าความแปรปรวนคงที่ (homoscedasticity) ความสัมพันธ์กันเองระหว่างตัวแปรอิสระ (multicollinearity) และความเป็นอิสระของค่าความคลาดเคลื่อน (autocorrelation) (Hair et al., 2019) พบว่า ผลการทดสอบพบว่าเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มตัวแปรเป็นลำดับขั้น พบว่า มิติด้านบริบทได้แก่ ระดับการศึกษา อายุ มิติด้านกระบวนการได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตน (knowledge) การสนับสนุนของครอบครัว และการรับรู้ความสามารถตนเอง สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ได้ร้อยละ 67.6 ( $R^2=.676$ ,  $p<0.05$ ) ตัวแปรที่มีอิทธิพลมากที่สุด ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตน ( $Beta=0.541$ ,  $p<0.05$ ) รองลงมา คือ การสนับสนุนของครอบครัว ( $Beta=0.266$ ,  $p<0.05$ ) ส่วนความพอเพียงของรายได้ ระยะเวลารักษาที่คลินิกโรคไตเรื้อรัง การเข้าถึงบริการสุขภาพ และความสามารถในการกำกับตนเอง ไม่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมของกลุ่มตัวอย่างได้ รายละเอียดดังตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** การวิเคราะห์ถดถอยแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression) ของปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 (n=114)

ตัวแปรอิสระ	Unstandardized		Standardized	t	p-value
	Coefficients		Coefficients		
	b	S.E.	Beta		
มิติด้านบริบท					
ระดับการศึกษา (education)	0.205	0.054	0.232	3.784	<0.001
อายุ (age)	0.004	0.002	0.160	2.591	0.011
มิติด้านกระบวนการ					
ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตน (knowledge)	0.086	0.011	0.541	7.942	<0.001
การสนับสนุนของครอบครัว (support)	0.124	0.031	0.266	3.999	<0.001
การรับรู้ความสามารถตนเอง (self-efficiency)	0.124	0.042	0.171	2.959	0.004
ค่าคงที่ (constant)	1.057	0.204		5.179	<0.001

หมายเหตุ R=0.822, R<sup>2</sup>=0.676, F 45.023, p<0.05

สามารถเขียนเป็นสมการทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ในรูปคะแนนมาตรฐาน ในรูปคะแนนมาตรฐาน (Standardized Score) ได้ดังนี้

$$Z \text{ Behavior} = 0.541 Z \text{ knowledge} + 0.266 Z \text{ support} + 0.232 Z \text{ education} + 0.171 Z \text{ self-efficiency} + 0.160 Z \text{ age}$$

### อภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตนเมื่อเป็นโรคไตเรื้อรังอยู่ในระดับพอใช้ อธิบายได้ว่า การที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ และสำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา อาจมีข้อจำกัดในการเรียนรู้และการเข้าถึงแหล่งข้อมูลความรู้ต่างๆ ประกอบกับการเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังส่งผลให้ความสามารถในการเรียนรู้ลดลง (Hannan et al., 2019) ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจและการปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรคน้อย ส่งผลให้มีพฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมาของ ศิวีโล โปธิชัย และคณะ (2565) พบว่าพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง และสอดคล้องกับ Mansoor et al. (2020) ซึ่งทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่า ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังอาจปฏิเสธการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่คุ้นชินของตนเอง ทำให้มีพฤติกรรมการจัดการตนเองในระดับปานกลาง

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในรายด้าน พบว่า ค่าเฉลี่ยสูงสุดอยู่ในระดับดีเพียงด้านเดียว คือ ด้านการรับประทานยา แต่ด้านอื่นๆ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการดูแลตนเอง เพื่อชะลอไตเสื่อมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยให้ความสำคัญกับการรับประทานยา

มากกว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนับเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยชะลอไตเสื่อมได้ดี (Lightfoot et al., 2023) สอดคล้องกับการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังมีพฤติกรรมการออกกำลังกายในระดับน้อย ข้อค้นพบนี้สะท้อนให้เห็นว่า ทีมสุขภาพจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มตัวแปรเป็นลำดับขั้น พบว่า ระดับการศึกษา อายุ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตน การสนับสนุนของครอบครัว และการรับรู้ความสามารถตนเอง สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ได้ร้อยละ 67.6 ตัวแปรที่มีอิทธิพลมากที่สุด ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตน รองลงมา คือ การสนับสนุนของครอบครัว สอดคล้องกับแนวคิดการจัดการตนเองซึ่งบุคคลจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยทั้งด้านบริบทและกระบวนการ ได้แก่ ความรู้ วิธีการรักษา การสนับสนุนของครอบครัวและการกำกับตนเอง (Ryan & Sawin, 2009) สอดคล้องกับการวิจัยที่ผ่านมาของ Li et al. (2014) พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และฤติรัตน์ สีวงษ์แพทย์ และคณะ (2564) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตนมีผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองมากที่สุด ขณะที่อาทิตยา อติวิชยานนท์ และคณะ (2558) พบว่า การสนับสนุนของครอบครัวมีอำนาจในการทำนายการจัดการตนเองได้มากที่สุด และรองลงมา คือ ความรู้และภทรพรรณ อุณาภาค และขวัญชัย รัตนมณี (2558) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และการรับรู้ความสามารถตนเอง

เมื่อผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีระยะของโรคที่ก้าวหน้าเพิ่มขึ้นจะทำให้ครอบครัวตระหนักถึงความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยอยู่ในวัยผู้สูงอายุจึงได้รับการดูแลจากครอบครัวเพิ่มขึ้น (Chen et al., 2018; Isnaini et al., 2021) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ และมีผู้ดูแลหลักคือ บุตรหลาน ซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัว ทำให้ได้รับการสนับสนุนดูแลทั้งด้านอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การดูแลเมื่อเจ็บป่วยและค่าใช้จ่าย ดังที่ Schrauben et al. (2022) ศึกษาวิจัยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมจะช่วยให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังสามารถจัดการตนเองได้ดี

สำหรับปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องทั้งมิติด้านบริบทและกระบวนการ ได้แก่ ความพอเพียงของรายได้ ระยะเวลารักษาที่คลินิกโรคไตเรื้อรัง การเข้าถึงบริการสุขภาพ และความสามารถในการกำกับตนเอง ไม่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมของกลุ่มตัวอย่างได้ การที่ความเพียงพอของรายได้ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองได้ เนื่องจากผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่เข้าสู่ระยะไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 มักรับรู้ความรุนแรงของโรคว่ารุนแรง กังวลว่าจะต้องรักษาด้วยการบำบัดทดแทนทางไต จึงพยายามจัดการดูแลตนเองแม้ว่าจะมีรายได้ของครอบครัวไม่เพียงพอ สอดคล้องกับการวิจัยของศิริโล โปธิ์ชัย และคณะ (2565) พบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ขณะที่เสาวนีย์ กระจ่างจันทร์ และคณะ (2560) พบว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเอง

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. **ด้านการบริหาร** ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่าการสนับสนุนของครอบครัวมีผลต่อการจัดการตนเองมากที่สุด ดังนั้น ผู้บริหารควรสนับสนุนการพัฒนากระบวนการที่ส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 โดยสนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม

2. **ด้านการปฏิบัติการพยาบาล** พยาบาลวิชาชีพควรพัฒนาความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบและสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกันจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมได้อย่างเหมาะสม

3. **ด้านวิชาการ** อาจารย์พยาบาลและบุคลากรทางการศึกษาควรตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนาศักยภาพของนักศึกษาและพยาบาลวิชาชีพในการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัว

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาวิจัยต่อยอดในรูปแบบวิจัยเชิงพัฒนาเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัว

## เอกสารอ้างอิง

- กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล. (บรรณาธิการ). (2565) *ระบาดวิทยาและการทบทวนมาตรการป้องกันโรคไตเรื้อรัง*. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.
- จันทร์จิรา วาจามั่น, และวิลาวณีย์ ชมนิรัตน์. (2562). การพัฒนาแนวทางการให้บริการผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะที่ 1-2 ของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัด นครราชสีมา. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 37*(1), 175-184.
- ณิกานต์ วงษ์ประกอบ, และลัทธิ ปิยะบัณฑิตกุล. (2560). ปัจจัยทำนายการเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา, 23*(2), 94-106.
- พนิดา รัตนศรี. (2565). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสำราญ. *วารสารสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, 4*(2), 209-224.
- ภทรพรรณ อุณาภาค, และขวัญชัย รัตนมณี. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา, 10*(2), 44-54.
- ละอองดาว ทับอาจ. (2559). *ผลของรูปแบบการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ของอำเภอเนินมะปราง จังหวัดพิษณุโลก* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

- ฤดีรัตน์ สืบวงศ์แพทย์, อรทัย ทำทอง, พรรณี ไพศาลทักษิณ, กนกฉัตร สายดวงแก้ว และเครือวัลย์ สารเถื่อนแก้ว. (2564). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังในระยะก่อนการบำบัดทดแทนไต. *วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ*, 8(2), 181-196.
- วิศรุดา ตีเมืองซ้าย, และพิชญานร ภัคสุพศิน. (2564). การพัฒนารูปแบบการชะลอภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในคลินิกโรคไตปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 18(3), 125-135.
- ศิริไล โปธิชัย, จินตนา กิ่งแก้ว, และณกานดา ยมศรีเคน. (2565). พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกไตระยะที่ 1-4 ในตำบลโพธิ์ ตำบลหนองแก้ว ตำบลโพนเขวา อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารโรงพยาบาลสกลนคร*, 25(3), 48-57.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2566). *รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2565*. แสงจันทร์การพิมพ์.
- เสาวนีย์ กระจ่างจันทร์, สุภาภรณ์ ดั่งแพง และเขมาวดี มาสิงบุญ. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1- 3 จังหวัดตราด. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ*, 34(1), 14-22.
- หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. (2566). *รายงานสรุปสถิติผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง* (เอกสารอัดสำเนา).
- อาทิตยา อติวิชญานนท์, ภาวนา กิริติยวงศ์, และสุภาภรณ์ ดั่งแพง. (2558). ปัจจัยทำนายการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง. *รามธิบดีพยาบาลสาร*, 21(2), 172-185.
- Ayat Ali, A. S., Lim, S. K., Tang, L. Y., Rashid, A. A., & Chew, B. H. (2021). The effectiveness of nurse-led self-management support program for people with chronic kidney disease stage 3-4 (CKD-NLSM): Study protocol for a randomized controlled trial. *Science Progress*, 104(2), 003685042111026159.
- Best, J. W. & Kahn, J. V. (2016). *Research in Education*. Pearson Education India.
- Bonner, A., Havas, K., Douglas, C., Thepha, T., Bennett, P., & Clark, R. (2014). Self-management programmes in stages 1-4 chronic kidney disease: a literature review. *Journal of Renal Care*, 40(3), 194-204.
- Boopathiraj, C., & Chellamani, K. (2013). Analysis of test items on difficulty level and discrimination index in the test for research in education. *International Journal of Social Science & Interdisciplinary Research*, 2(2), 189-193.
- Chen, Y. C., Chang, L. C., Liu, C. Y., Ho, Y. F., Weng, S. C., & Tsai, T. I. (2018). The roles of social support and health literacy in self-management among patients with chronic kidney disease. *Journal of Nursing Scholarship*, 50(3), 265-275.

- Chironda, G., & Bhengu, B. (2019). Barriers to management of Chronic Kidney Disease (CKD) CKD in a renal clinic in KwaZulu-Natal Province, South Africa–A qualitative study. *International Journal of Africa Nursing Sciences, 10*, 116-123.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological bulletin, 112*(1), 155-159.
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. G. (2009). Statistical power analyses using G\* Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior research methods, 41*(4), 1149-1160.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2019). *Multivariate data analysis* (8th ed.). Cengage.
- Hannan, M., Phillips, S. A., Collins, E. G., Quinn, L., Steffen, A., & Bronas, U. G. (2019). Kidney Disease and Cognitive Impairment in Older Adults: The State of the Science. *Journal of Clinical Exercise Physiology, 8*(2), 74-81.
- Harkness, K., Arthur, H., & McKelvie, R. (2013). The measurement of uncertainty in caregivers of patients with heart failure. *Journal Nursing Measurement, 21*(1), 23-42.
- Health Data Center. (2566). ข้อมูลเพื่อตอบสนอง service plan สาขาโรคไต.  
[https://pbi.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat\\_id=e71a73a77b1474e63b71bccf727009ce](https://pbi.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=e71a73a77b1474e63b71bccf727009ce)
- Isnaini, N., Sukma, R., & Aprilina, H. D. (2021, January). The influence of family support on self efficacy of chronic kidney disease. In 4th International Conference on Sustainable Innovation 2020–Health Science and Nursing (ICoSIHSN 2020) (pp. 484-487). Atlantis Press.
- Jadoul, M., Aoun, M., & Imani, M. M. (2024). The major global burden of chronic kidney disease. *The Lancet Global Health, 12*(3), e342-e343.
- Kovesdy, C. P. (2022). Epidemiology of chronic kidney disease: an update 2022. *Kidney International Supplements, 12*(1), 7-11.
- Lee, M. C., Wu, S. F. V., Hsieh, N. C., & Tsai, J. M. (2016). Self-management programs on eGFR, depression, and quality of life among patients with chronic kidney disease: a meta-analysis. *Asian Nursing Research, 10*(4), 255-262.
- Lee, S. J., & Chae, 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, 14*(8), 8-14.
- Lightfoot, C. J., Wilkinson, T. J., & Smith, A. C. (2023). Non-pharmacological management of chronic kidney disease. *Medicine, 51*(3), 170-175.

- Li, H., Jiang, Y. F., & Lin, C. C. (2014). Factors associated with self-management by people undergoing hemodialysis: a descriptive study. *International journal of nursing studies*, *51*(2), 208-216.
- Lin, M. Y., Liu, M. F., Hsu, L. F., & Tsai, P. S. (2017). Effects of self-management on chronic kidney disease: A meta-analysis. *International journal of nursing studies*, *74*, 128-137.
- Mansoor, K., & Khuwaja, H. M. A. (2020). The effectiveness of a chronic disease self-management program for elderly people: a systematic review. *Elderly Health Journal*, *4*(1), 51-63.
- Nguyen, N. T., Douglas, C., & Bonner, A. (2019). Effectiveness of self-management programme in people with chronic kidney disease: A pragmatic randomized controlled trial. *Journal of advanced nursing*, *75*(3), 652-664.
- Ryan P. & Sawin K. J. (2009). The individual and family self-management theory: Background and perspectives on context, process, and outcomes. *Nursing Outlook*, *57*(4), 217-225.
- Schrauben, S. J., Cavanaugh, K. L., Fagerlin, A., Ikizler, T. A., Ricardo, A. C., Eneanya, N. D., & Nunes, J. W. (2020). The relationship of disease-specific knowledge and health literacy with the uptake of self-care behaviors in CKD. *Kidney international reports*, *5*(1), 48-57.
- Schrauben, S. J., Rivera, E., Bocage, C., Eriksen, W., Amaral, S., Dember, L. M., ... & Barg, F. K. (2022). A qualitative study of facilitators and barriers to self-management of CKD. *Kidney International Reports*, *7*(1), 46-55.
- Washington, T., Zimmerman, S., & Browne, T. (2016). Factors associated with chronic kidney disease self-management. *Social work in public health*, *31*(2), 58-69.
- Wu, S. F. V., Hsieh, N. C., Lin, L. J., & Tsai, J. M. (2016). Prediction of self-care behaviour on the basis of knowledge about chronic kidney disease using self-efficacy as a mediator. *Journal of clinical nursing*, *25*(17-18), 2609-2618.