

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3  
จังหวัดตราด


เสาวนีย์ กระจ่างจันทร์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา  
สิงหาคม 2560  
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

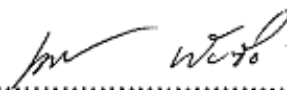
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา  
วิทยานิพนธ์ของ เสาวนีย์ กระแจะจันทร์ จบปีนี้แล้ว เห็นควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม  
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

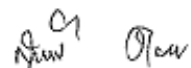
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

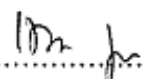
.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุภาภรณ์ ค้วงแพง)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม  
(ดร.เขมรดี มาสิงบุญ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


.....ประธาน  
(รองศาสตราจารย์ ดร.นพวรรณ เป็ยชื่อ)

.....กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุภาภรณ์ ค้วงแพง)

.....กรรมการ  
(ดร.เขมรดี มาสิงบุญ)

.....กรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุวรรณ จันทร์ประเสริฐ)

คณะพยาบาลศาสตร์อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม  
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ของมหาวิทยาลัยบูรพา

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรีย์ ไชยมงคล)

วันที่ 25 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2560

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุภาภรณ์ ค้วงแพง อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และ ดร.เขมรดี มาสิงบุญ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่ได้เสียสละเวลา ในการให้ความรู้ ให้คำปรึกษา ให้คำแนะนำในการแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ของวิทยานิพนธ์ด้วยความละเอียด เอาใจใส่ดูแลเป็นอย่างดี ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างมาก จึงขอกราบขอบพระคุณท่านอาจารย์ทั้งสองอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณท่านอาจารย์กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาทุก ๆ ท่าน ที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ นอกจากนี้ ยังได้รับความอนุเคราะห์ จากผู้อำนวยการโรงพยาบาล คณะกรรมการวิจัย พยาบาล รวมทั้งบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกท่านใน โรงพยาบาลตราด ที่ทำให้การเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นไปโดยสะดวก และขอขอบพระคุณ ผู้ป่วยโรค ไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือ และเสียสละเวลาในการทำวิจัยครั้งนี้ ทำให้ได้ข้อมูล ที่เป็นประโยชน์ในการศึกษา เพื่อพัฒนาคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย และศึกษาวิจัยต่อไป

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา และครอบครัวของข้าพเจ้าที่ช่วยเป็น กำลังใจ สนับสนุน ผลักดันให้ผ่านพ้นอุปสรรคต่าง ๆ นำมาซึ่งความสำเร็จในครั้งนี้ คุณค่าและ ประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ขอมอบเป็นความกตัญญูกตเวทิตาแด่บุพการี บูรพาจารย์ เพื่อน ๆ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ และผู้มีพระคุณทุกท่าน ที่ทำให้ผู้วิจัยเป็นผู้มีการศึกษา และประสบความสำเร็จตราบนานทุกวันนี้ ขอให้ผลงานที่มีคุณค่านี้อันเกิดประโยชน์แก่ทุก ๆ ท่าน ที่จะนำไปพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 หรือผู้ป่วยอื่น ๆ ให้สามารถดูแลตนเอง และปัญหาที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิตต่อไปอย่างดี และมีความสุข

เสาวนีย์ กระแจะจันทร์

54921481:สาขาวิชา: การพยาบาลผู้ใหญ่; พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คำสำคัญ: โรคไตเรื้อรัง/ พฤติกรรมการจัดการตนเอง/ การรับรู้ภาวะสุขภาพ/ การรับรู้สมรรถนะ  
 แห่งตน/ การสนับสนุนทางสังคม

เสาวนีย์ กระแจะจันทร์: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของ  
 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 จังหวัดตราด (FACTORS ASSOCIATED WITH SELF-  
 MANAGEMENT BEHAVIORS AMONG PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE  
 STAGE 1-3 IN TRAT PROVINCE) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: สุภาภรณ์ ค้วงแพง,  
 พย.ค., เชมารดี มาสิงบุญ, D.S.N. 94 หน้า. ปี พ.ศ. 2560.

การจัดการตนเองที่ดีของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 จะช่วยชะลอการเสื่อมของไต  
 และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งการที่ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดี  
 มีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายประการ การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาปัจจัยที่มี  
 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง  
 การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วย  
 โรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ที่มารับการตรวจรักษาตาม  
 แพทย์นัดที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคไต โรงพยาบาลตราด จำนวน 96 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง  
 โดยใช้การสุ่มอย่างง่ายแบบไม่ใส่คืน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย  
 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเอง แบบประเมินการรับรู้  
 ภาวะสุขภาพ SF-12 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะ  
 แห่งตน และแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ  
 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับต่ำ โดยการรับรู้  
 ภาวะสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรร  
 มการจัดการตนเองในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ( $r = .406$ ,  $r = .316$ ,  
 $r = .498$  ตามลำดับ) ส่วนระยะเวลาการเจ็บป่วยและความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองไม่มี  
 ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเอง

ผลการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลและบุคลากรทางด้านสุขภาพควรส่งเสริมให้  
 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 มีการรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและได้รับการ  
 สนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 มีสามารถการจัดการ  
 ตนเองได้เหมาะสม

54921481: MAJOR: ADULT NURSING; M.N.S (ADULT NURSING)

KEYWORDS: CHRONIC KIDNEY DISEASE/ SELF-MANAGEMENT BEHAVIORS/  
HEALTH PERCEPTION/ PERCEIVED SELF-EFFICACY/ SOCIAL  
SUPPORT

SAOWANEE KRAJAECHAN: FACTORS ASSOCIATED WITH  
SELF-MANAGEMENT BEHAVIORS AMONG PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY  
DISEASE STAGE 1-3 IN TRAT PROVINCE. ADVISORY COMMITTEE: SUPAPORN  
DUANGPAENG, D.N.S., KHEMARADEE MASINGBOON, D.S.N., 94 P. 2017.

Good self-management of patients with chronic kidney disease stage 1-3 helps to slow the deterioration of the kidney and prevent complications. There are several factors that contribute to self-management behaviors of the patients. This descriptive correlational study is aimed to investigate the relationship between self-management behaviors and health perception, illness duration, self-management knowledge, perceived self-efficacy and social support among patients with chronic kidney disease stage 1-3. Ninety six chronic kidney disease stage 1-3 patients were randomly selected from a chronic kidney outpatient department of Trat hospital to participate in the study. Data were collected by self-report questionnaires including Personal Data Questionnaire, Self-management Behavior Scale, Health Perception Scale (SF-12), Self-Management Knowledge Scale, Perceived Self-efficacy Scale and Social Support Scale. Data were analyzed using Pearson's product moment correlation coefficients.

The results revealed that the participants reported their self-management behaviors at a low level. Health perception, perceived self-efficacy and social support were significantly related to self-management behavior at moderate level ( $r = .406$ ,  $r = .316$ ,  $r = .498$ ,  $p < .05$  respectively). Illness duration and self-management knowledge were not related to self-management behaviors.

The results of this study suggest that nurses and health care providers should provide interventions for patients with the chronic kidney disease stage 1-3 to have good health perception, high perceived self-efficacy and high support to improve the self-management behaviors among patients.

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย .....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....	จ
สารบัญ .....	ฉ
สารบัญตาราง .....	ช
สารบัญภาพ .....	ฌ
บทที่	
1 บทนำ .....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
สมมติฐานการวิจัย .....	5
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	5
ขอบเขตของการวิจัย .....	7
นิยามศัพท์เฉพาะ .....	7
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	9
โรคไตเรื้อรัง .....	9
แนวคิดและทฤษฎีการจัดการตนเอง .....	22
พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3.....	26
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 1-3 .....	27
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	35
สถานที่ในการทำวิจัย.....	35
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	35
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	37
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย .....	42
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	43
การเก็บรวบรวมข้อมูล .....	43
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	44

## สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิจัย.....	45
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง .....	45
ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการจัดการตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุน ทางสังคม.....	48
ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความรู้ เกี่ยวกับการจัดการตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่าง.....	49
5 สรุปและอภิปรายผล .....	51
สรุปผลการวิจัย.....	51
การอภิปรายผล .....	52
ข้อเสนอแนะ.....	57
บรรณานุกรม.....	59
ภาคผนวก .....	72
ภาคผนวก ก.....	73
ภาคผนวก ข.....	75
ภาคผนวก ค.....	77
ภาคผนวก ง.....	89
ประวัติย่อของผู้วิจัย .....	94

## สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง .....	45
2	ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของพฤติกรรมการจัดการตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม.....	48
3	ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3.....	50



## สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการวิจัย .....	7

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไตเรื้อรังกำลังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก เนื่องจากมีอุบัติการณ์การเกิดเพิ่มมากขึ้นและมีความรุนแรงของโรคมากขึ้น จากการศึกษาระบาดวิทยาของโรคไตเรื้อรังทั่วโลก พบอุบัติการณ์การเกิดร้อยละ 7.2 ในประชากรอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป และร้อยละ 23.4 ถึง 35.8 ในประชากรอายุตั้งแต่ 64 ปีขึ้นไป นอกจากนี้ยังพบว่า มีผู้ป่วยเสียชีวิตร้อยละ 6 ต่อปี (McReady, 2008) นอกจากนี้ยังพบว่ามีอุบัติการณ์การเสียชีวิตจากโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยภายในระยะเวลา 20 ปี คือตั้งแต่ปี ค.ศ. 1990-2110 พบว่าอัตราการเสียชีวิตจากโรคไตเรื้อรังที่เคยอยู่ในอันดับที่ 27 เลื่อนมาเป็นอันดับที่ 18 (Nicola & Zoccali, 2015) ส่วนในภูมิภาคเอเชีย จากการสำรวจความชุกของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในแต่ละประเทศ พบว่า มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอยู่ระหว่างร้อยละ 3.2-18.0 (Tsukamoto et al., 2009) สำหรับประเทศไทย จากรายงานของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556-2558 พบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีอัตราการป่วยเพิ่มขึ้นคิดเป็นอัตราป่วยต่อประชากร 100,000 คน เท่ากับ 743.46, 806.01 และ 993.89 คนตามลำดับ และพบว่าโรคไตวายเป็นสาเหตุการป่วยของผู้ป่วยอยู่ในอันดับที่ 5 (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2558) สำหรับโรงพยาบาลตราด จังหวัดตราด พบว่ามีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเข้ารับบริการทั้งหมด ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 ถึง ปี พ.ศ. 2558 จำนวน 1,172, 1,479 และ 1,516 คน ตามลำดับ (งานเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลตราด, 2558) ซึ่งจะเห็นได้ว่าภายในระยะเวลาเพียง 3 ปี มีจำนวนผู้ป่วยโรคไตเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเป็นจำนวนมาก

ไตเรื้อรัง หมายถึง ภาวะที่ไตมีความผิดปกติในหน้าที่หรือโครงสร้างในการทำงานอย่างน้อย 3 เดือน หรือมีค่าการทำงานของไตน้อยกว่า 60 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวกาย 1.73 ตารางเมตร (National Kidney Foundation, 2002) ซึ่งสาเหตุสำคัญของโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไตอักเสบ โรคถุงน้ำที่ไต การได้รับสารที่ทำลายไต และปฏิกิริยาภูมิแพ้เป็นต้น (เกรียง ตั้งสง่า, 2554; Chikotas, Gunderman, & Oman, 2006) โดยแบ่งระยะการดำเนินของโรคไตเรื้อรังออกเป็น 5 ระยะ ตามระดับการทำงานของไต ซึ่งโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-2 เป็นระยะที่การทำหน้าที่ของไตลดลงเพียงเล็กน้อย จึงมักไม่มีอาการและอาการแสดงของโรค ส่วนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 เป็นระยะที่การทำงานของไตลดลงเหลือร้อยละ 10-20 มักปรากฏอาการและอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อนชัดเจนขึ้น ผู้ป่วยในระยะนี้มักได้รับยาเพื่อควบคุมภาวะแทรกซ้อน

ร่วมด้วย ดังนั้นการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 จึงมุ่งเน้นที่การดูแลรักษาเพื่อชะลอความเสื่อมของไตและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยการควบคุมอาหาร จำกัดน้ำดื่ม เปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิต และการรับประทานยาเพื่อควบคุมโรคร่วมและลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4-5 เป็นระยะที่การทำงานของไตลดลงมาก ผู้ป่วยจะมีภาวะแทรกซ้อนมากขึ้นและอาจจำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต (ศศิธร ชิดนาฮี, 2552; อุปลักษณ์ ศุภสินธุ์, 2554) ซึ่งจากการศึกษาของ สมนึก คำรงกิจชัยพร (2547) ทำการสำรวจเจ้าหน้าที่การไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย จำนวน 3,499 ราย ในปี 2528 และได้ติดตาม 12 ปี ต่อมา เพื่อสำรวจการเกิดไตเสื่อมหรือผิดปกติที่เกิดขึ้นเล็กน้อยเพียงใด โดยสามารถติดตามได้ 2,967 ราย พบว่ามีผู้เป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 เพิ่มจากร้อยละ 1.6 เป็นร้อยละ 6.4 ระยะที่ 4 เพิ่มจากร้อยละ 0.1 เป็นร้อยละ 0.2 และระยะที่ 5 เพิ่มจากที่ตรวจไม่พบ เป็น ร้อยละ 0.2 รวมมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้นทั้ง 3 ระยะ จากร้อยละ 1.7 เป็นร้อยละ 6.8 จากการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าเมื่อระยะเวลาผ่านไปผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจะมีการดำเนินของโรคไปสู่ระยะที่รุนแรงขึ้น ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและมีโอกาสต้องได้รับการรักษาโดยการบำบัดทดแทนไตมากขึ้น โดยพบว่าระหว่าง พ.ศ.2551-2552 มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตเพิ่มขึ้นมากกว่า 10 เท่า ภายในระยะเวลา 2 ปี และคาดว่าจะมีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นมากกว่า 30 เท่า ใน 10 ปีข้างหน้า (อติพร อิงค์สาธิต, 2554)

ในอดีตวงการแพทย์ให้ความสำคัญกับการรักษาเมื่อเกิดภาวะไตวายเรื้อรังมากแล้ว แต่พบว่า ภาวะดังกล่าวทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น ความผิดปกติของสมดุลน้ำเกลือแร่ และความเป็นกรดด่าง ภาวะซีด ความดันโลหิตสูง ภาวะหัวใจห้องล่างซ้ายโต และภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ รวมทั้งความผิดปกติของระบบประสาท ระบบทางเดินอาหาร ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก และระบบต่อมไร้ท่อ เป็นต้น ซึ่งภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้รับความทุกข์ทรมาน คุณภาพชีวิตลดลง อีกทั้งต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้น (Molsted, Prescott, Heaf, & Eidemak, 2007) นอกจากผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวแล้ว การรักษาโดยการบำบัดทดแทนไต ยังส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ และเศรษฐกิจ (กล้าเผชญ โชคบารุง, 2551; กนกวรรณ พูนพานิชย์, 2549; กานดา ออประเสริฐ, 2537)

ดังนั้นเพื่อป้องกันและลดความรุนแรงของผลกระทบดังกล่าว ในปัจจุบันจึงมุ่งเน้นที่การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะที่ 1-3 โดยมีเป้าหมายสำคัญในการดูแลรักษาเพื่อชะลอการเสื่อมของไตและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2552) โดยการค้นหาผู้ป่วยตั้งแต่ระยะเริ่มแรก และเริ่มให้การรักษาทันทีที่ตรวจพบ สนับสนุนการจัดการตนเอง

และให้การช่วยเหลือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและวิถีชีวิต (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2554)

การจัดการตนเอง (Self-management) เป็นพฤติกรรมหรือการกระทำของบุคคลในการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องขณะเจ็บป่วย เพื่อป้องกันการลุกลามของโรค ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และลดผลกระทบจากการเจ็บป่วย (Bartholomew, Sockrider, Gruman & VanKorff, 1966; Curtin, Mapes, Schatell, and Burrows-Hudson, 2005; Seiheimer, Czyzewski, Pacel, & Spinelli, 1993; Tobin, Reynolds, Holroyd, & Creer, 1986) โดย Curtin, Mapes, Schatell, and Hudson (2005) กล่าวว่า โรคเรื้อรังเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ดังนั้นเป้าหมายสำคัญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้คือการจัดการตนเองเพื่อ ควบคุมอาการ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และลดผลกระทบจากโรค โดยการจัดการตนเองเป็นการปฏิบัติของบุคคลร่วมกับทีมสุขภาพ การจัดการตนเองประกอบไปด้วย 2 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบด้านการดูแลสุขภาพ (Self-management of health care) ประกอบด้วย 5 มิติ คือ การติดต่อสื่อสาร การมีส่วนร่วมในการดูแล การปฏิบัติตามแผนการรักษา กิจกรรมการดูแลตนเอง และสมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง ส่วนองค์ประกอบด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน (Self-management in everyday life) เป็นการจัดการตนเองเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของร่างกาย การจัดการด้านอารมณ์ การคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพและการแสดงบทบาทหน้าที่ตามปกติ Curtin et al. (2005)

ต่อมา Ryan and Sawin (2009) ได้พัฒนาและนำเสนอทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว (The individual and family self-management theory) โดยกล่าวว่า บุคคลและครอบครัวเป็นหน่วยเดียวกัน มีการปฏิบัติกิจกรรมร่วมกันอย่างเป็นระบบ ดังนั้นผลลัพธ์ของการจัดการที่ดีจึงมาจากความร่วมมือของบุคคลและครอบครัว โดยการที่ผู้ป่วยจะปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองได้นั้น จะต้องมียุทธศาสตร์ที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการ ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย การเข้าถึงบริการสาธารณสุข การอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเอง ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จัดอยู่ในมิติด้านบริบท (Context dimension) ส่วนการที่ผู้ป่วยจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่องนั้นขึ้นอยู่กับ การได้รับการสนับสนุนทั้งจากครอบครัวและทีมผู้ดูแลสุขภาพเป็นสำคัญ โดยการให้ข้อมูลเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ (Knowledge) ร่วมกับพัฒนาทักษะและความสามารถในการกำกับตนเอง (Self-regulation & ability) รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนในการจัดการ (Self-efficacy) ซึ่งปัจจัยดังกล่าวเป็นปัจจัยในมิติด้านกระบวนการ (Process dimension) หลังจากนั้นจะสามารถประเมินผลจากกระบวนการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วย โดยการประเมิน

พฤติกรรมสุขภาพเฉพาะที่เกิดจากพฤติกรรมจัดการตนเอง ได้แก่ ภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิต หรือความผาสุกของผู้ป่วย Ryan and Sawin (2009)

สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ต้องมีการจัดการตนเองที่เหมาะสมเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตในด้านการจำกัดเกลือ จำกัดน้ำ ควบคุมน้ำหนัก ออกกำลังกาย ควบคุมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ สร้างอุปนิสัยในการขับถ่ายที่ดี งดรับประทานยาที่ไม่จำเป็น พักผ่อนให้เพียงพอ ควบคุมความดันโลหิต ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด จำกัดอาหารโปรตีน ลดระดับไขมันในเลือด เฝ้าระวังการดำเนินของโรคโดยการติดตามผลการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งผู้ป่วยต้องมีการปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าวอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2555; อัมพร ซอฐานานุกิติ, 2551; Eskridge, 2010; Thomas-Hawkins, & Zazworsky, 2005) นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังต้องมีการจัดการตนเองที่ดีในด้านการสื่อสารกับทีมผู้ดูแลสุขภาพ การเป็นผู้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง และมีความมั่นใจในการดูแลตนเองด้วย (Curtin et al., 2005)

พฤติกรรมจัดการตนเองที่ดีจะช่วยชะลอการเสื่อมของไตและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยในระยะที่ 1-3 ได้ดี แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ยังมีพฤติกรรมจัดการตนเองทั้งในด้านการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและการรับประทานยาเพื่อควบคุม โรคร่วมไม่ต่อเนื่องและไม่สม่ำเสมอ (Costantini et al., 2008) เช่น การศึกษาพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในโรงพยาบาลห่างฉัตร จังหวัดลำปาง พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีพฤติกรรมจัดการตนเองในด้านการจัดการดูแลตนเอง และด้านการเป็นผู้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำ (บุญต่าย สิทธิไพศาล, 2553) และจากการศึกษาการจัดการด้วยตนเองในการรับประทานอาหารและการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีพฤติกรรมด้านการวางแผนรับประทานอาหาร ด้านการสื่อสารกับผู้ให้บริการ และด้านการจัดการเมื่อลืรับประทานยาอยู่ในระดับปานกลาง (นิตยา วิเศษชาติ, 2554)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการที่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจะปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยที่หลากหลาย ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนจากครอบครัว โรคร่วม ลักษณะเฉพาะของการเจ็บป่วย ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง การทำหน้าที่ของร่างกาย การรับรู้ภาวะสุขภาพ ระยะเวลาในการรักษา และอาการและอาการแสดง เป็นต้น อย่างไรก็ตามจากการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายและได้รับการบำบัดทดแทนไตโดยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและการล้างไตทางช่องท้อง สำหรับการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ยังพบว่ามีอยู่อย่างจำกัด ซึ่งผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะนี้มีความแตกต่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับ

การบำบัดทดแทนไตโดยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและการล้างไตทางช่องท้อง ทั้งในด้านการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ทำให้ขาดข้อมูลในการให้การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 โดยเฉพาะด้านการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการตนเองอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง ซึ่งพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะที่ 1-3 มีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยชะลอการเสื่อมของไตและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 โดยปัจจัยที่ศึกษาได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม เพื่อนำผลการศึกษาไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อชะลอความเสื่อมของไตและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมจัดการตนเอง ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 โดยปัจจัยประกอบด้วย การรับรู้ภาวะสุขภาพ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม

### สมมติฐานการวิจัย

การรับรู้ภาวะสุขภาพ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3

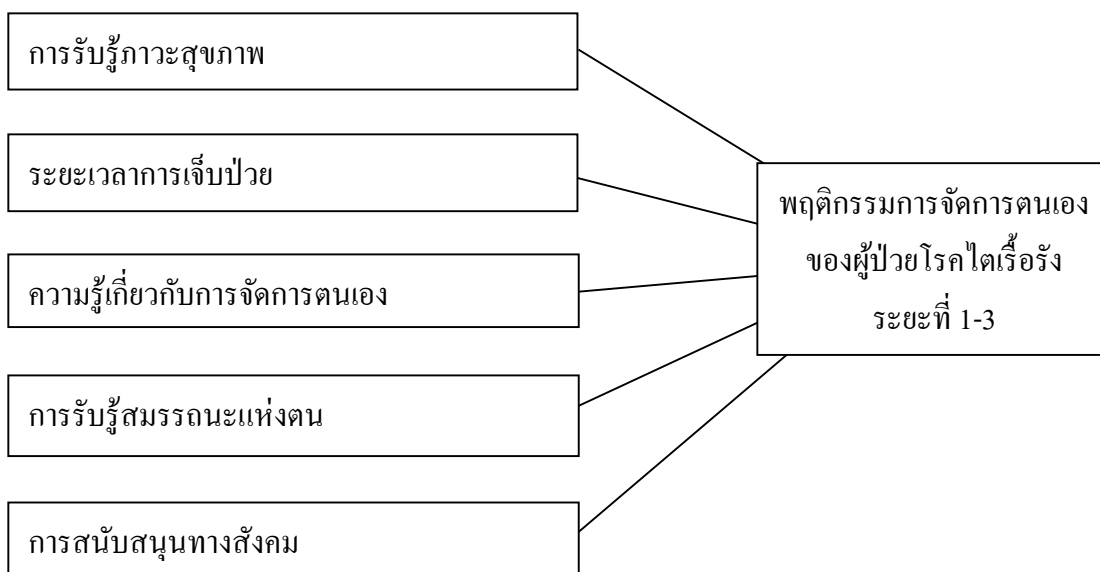
### กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว (The individual and family self-management theory) ของ Ryan and Sawin (2009) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดย Ryan and Sawin (2009) กล่าวว่า บุคคลและครอบครัวเป็นหน่วยเดียวกัน มีการปฏิบัติกิจกรรมร่วมกันอย่างเป็นระบบ ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงของบุคคลในครอบครัวจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของระบบ การจัดการกับภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังจึงเป็นความ

รับผิดชอบร่วมกันของบุคคลและครอบครัว ซึ่งบ่อยครั้งที่พบว่าความพยายามที่จะมีพฤติกรรม การจัดการตนเองที่ดีของผู้ป่วยต้องหยุดชะงัก อันเนื่องมาจากปัจจัยทางสังคมที่ไม่สอดคล้องกับภาวะ สุขภาพ ดังนั้น การมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่ดี จึงเป็นเรื่องที่ซับซ้อนและต้องอาศัยการบูรณา การพฤติกรรมจัดการตนเองให้เข้ากับวิถีการดำเนินชีวิตของบุคคลและครอบครัว โดย กระบวนการจัดการตนเองประกอบด้วยหลายมิติ ได้แก่ มิติด้านบริบท (Context dimension) เป็น ปัจจัยที่ส่งผลให้บุคคลและครอบครัวเข้าสู่กระบวนการจัดการตนเองและส่งผลโดยตรงต่อผลลัพธ์ ที่เกิดขึ้น สำหรับมิติด้านกระบวนการ (Process dimension) เป็นปัจจัยที่ทำให้กระบวนการจัดการ ตนเองของบุคคลเกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ส่วนมิติด้านผลลัพธ์ (Outcome dimension) เป็นการวัดผลลัพธ์จากการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองของบุคคล โดยสามารถวัดได้ 2 ระยะ ได้แก่ ผลลัพธ์ระยะสั้น (Proximal outcomes) เป็นการวัดพฤติกรรมสุขภาพเฉพาะที่เกิดจากการ ปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเอง ส่วนผลลัพธ์ระยะยาว (Distal outcomes) เป็นการวัดผลลัพธ์ที่ เกิดจากการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองเป็นระยะเวลานานอย่างต่อเนื่อง

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการตนเอง พบว่ามีผู้ให้ความหมายของการ จัดการตนเองไว้มากมายแต่คล้ายคลึงกัน รวมทั้งมีหลากหลายแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมจัดการ ตนเอง แต่ละแนวคิดจะประกอบไปด้วยองค์ประกอบที่แตกต่างกันซึ่งจากการศึกษาของ Curtin et al. (2005) เกี่ยวกับองค์ประกอบในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พบว่า การจัดการตนเองประกอบไปด้วย 2 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) องค์ประกอบด้านการดูแลสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย การติดต่อสื่อสาร การมีส่วนร่วมในการดูแล การปฏิบัติตามแผนการรักษา กิจกรรมการดูแลตนเอง และสมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง 2) องค์ประกอบด้านการดำเนิน ชีวิตประจำวัน ดังนั้นในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วย โรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ในครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงให้ความหมายของพฤติกรรมจัดการตนเองว่า หมายถึง การรับรู้และการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อชะลอการเสื่อมของไตและป้องกันการเกิด ภาวะแทรกซ้อน โดยครอบคลุมพฤติกรรมด้านการติดต่อสื่อสาร ด้านการมีส่วนร่วมในการดูแล ด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา ด้านกิจกรรมการดูแลตนเอง และด้านการศึกษาพิทักษ์สิทธิของตน (Curtin et al., 2005)

สำหรับการศึกษานี้ ผู้วิจัยสนใจศึกษาปัจจัยซึ่งคาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ระยะเวลาการ เจ็บป่วย ซึ่งเป็นปัจจัยในมิติด้านบริบท สำหรับความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง การรับรู้สมรรถนะ แห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยในมิติด้านกระบวนการ โดยสรุปความสัมพันธ์ ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

### ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ประชากรที่ศึกษาคือผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ที่มารับการตรวจรักษาตามแพทย์นัดที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคไต โรงพยาบาลตราด จังหวัดตราด ในปี พ.ศ. 2558 โดยเก็บรวบรวมข้อมูลในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 จำนวน 98 ราย โดยตัวแปรที่ศึกษาได้แก่ พฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 การรับรู้ภาวะสุขภาพ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม

### นิยามศัพท์เฉพาะ

**ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3** หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 โดยใช้เกณฑ์ของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย (2552) ที่นัดมารับการตรวจรักษาตามแพทย์นัดที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคไต โรงพยาบาลตราด จังหวัดตราด ในปี พ.ศ. 2558 โดยมีการแบ่งระยะของโรคไตเรื้อรัง ดังนี้

ระยะที่ 1 เป็นระยะที่ไตเริ่มเสียหาย โดยอัตราการกรองของไตยังปกติหรืออาจเพิ่มขึ้น ค่าอัตราการกรองของไตมีค่ามากกว่า 90 มิลลิลิตรต่อนาที ต่อพื้นที่ผิวร่างกาย 1.73 ตารางเมตร

ระยะที่ 2 เป็นระยะที่ไตมีความเสียหายมากขึ้นร่วมกับอัตราการกรองของไตเริ่มลดลง อัตราการกรองของไตมีค่าอยู่ในช่วง 60-89 มิลลิลิตรต่อนาที ต่อพื้นที่ผิวร่างกาย 1.73 ตารางเมตร



ระยะที่ 3 เป็นระยะที่อัตราการกรองของไตลดลงในระดับปานกลาง โดยมีค่าอยู่ในช่วง 30 - 59 มิลลิลิตรต่อนาที ต่อพื้นที่ผิวร่างกาย 1.73 ตารางเมตร

**พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3** หมายถึง การรับรู้และการปฏิบัติของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อชะลอการเสื่อมของไต และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยครอบคลุมพฤติกรรมด้านการติดต่อสื่อสาร ด้านการมีส่วนร่วมในการดูแล ด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา ด้านกิจกรรมการดูแลตนเอง และด้านการพิทักษ์สิทธิ์ตนเอง ประเมินพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง (The Self-Management Behavior Questionnaire; SMBQ) ของ Sritarapipat. (2012) ซึ่งประยุกต์มาจาก The Self-Management Behavior Indices ของ Curtin et al. (2008)

**การรับรู้ภาวะสุขภาพ** หมายถึง ความรู้สึก ความเชื่อ และความคิดเห็นของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ต่อภาวะสุขภาพของตนเองขณะเจ็บป่วยโดยรวมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ประเมินโดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ (SF-12 version 2) ฉบับภาษาไทย ของบริษัท Quality Metric Incorporated เลขที่ใบอนุญาต QM019105

**ระยะเวลาการเจ็บป่วย** หมายถึง ช่วงเวลาเป็นปีตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคไตเรื้อรังจนถึงวันที่เก็บข้อมูล(หากมีเศษเป็นเดือนมากกว่า 6 เดือน นับเป็น 1 ปี และน้อยกว่า 6 เดือนไม่นับ) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วย

**ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง** หมายถึง ความเข้าใจของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต การควบคุมโรคร่วม และการติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ประเมินโดยใช้แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองซึ่งผู้วิจัยแปลและดัดแปลงมาจากแบบประเมิน Chronic Kidney Disease Self-Management Knowledge Tool (CKD-SMKT) ของ Devraj and Wallace (2012)

**การรับรู้สมรรถนะแห่งตน** หมายถึง การรับรู้ถึงความมั่นใจหรือความเชื่อมั่นของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ในความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองให้สำเร็จ เพื่อชะลอการเสื่อมของไตและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองของ Sritarapipat. (2012)

**การสนับสนุนทางสังคม** หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 เกี่ยวกับการได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลต่าง ๆ ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว เครือญาติ เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงานตลอดจนบุคลากรทางด้านการแพทย์ ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมินค่า และด้านทรัพยากร ประเมินโดยใช้แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของ นันทกา คำแก้ว (2547)

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม โดยผู้วิจัยได้ศึกษาจากตำรา วารสาร บทความวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. โรคไตเรื้อรัง
  - 1.1 โรคไตเรื้อรังและอุบัติการณ์ของโรคไตเรื้อรัง
  - 1.2 ความหมายและสาเหตุของโรคไตเรื้อรัง
  - 1.3 การวินิจฉัยและการแบ่งระยะของโรคไตเรื้อรัง
  - 1.4 แนวทางการรักษาโรคไตเรื้อรัง
  - 1.5 ผลกระทบที่เกิดจากโรคไตเรื้อรัง
2. แนวคิดและทฤษฎีการจัดการตนเอง
  - 2.1 ความหมายของการจัดการตนเอง
  - 2.2 ทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว
3. พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3
4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3
  - 4.1 การรับรู้ภาวะสุขภาพ
  - 4.2 ระยะเวลาการเจ็บป่วย
  - 4.3 ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง
  - 4.4 การรับรู้สมรรถนะแห่งตน
  - 4.5 การสนับสนุนทางสังคม

### โรคไตเรื้อรัง

#### โรคไตเรื้อรังและอุบัติการณ์ของโรคไตเรื้อรัง

โรคไตเรื้อรัง คือ ภาวะที่การทำงานของไตลดลง ถึงแม้จะให้การรักษาที่ถูกต้องแล้วก็ตาม ไตก็ไม่สามารถกลับมาทำงานได้เป็นปกติเนื่องจากการลดลงของจำนวน Nephron ซึ่งเดิมวงการแพทย์ให้ความสำคัญกับการรักษาเมื่อเกิดภาวะไตวายเรื้อรังมากแล้ว และภาวะดังกล่าวทำให้

เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ มากมาย ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว และประเทศชาติ ดังนั้น ในปี พ.ศ. 2545 มูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย (National Kidney Foundation: NKD) จึงรณรงค์ให้วงการแพทย์เริ่มให้การรักษาดังแต่เริ่มมีโรคไตที่เป็นสาเหตุของภาวะไตวายเรื้อรัง แทนการรักษาเมื่อเกิดภาวะไตวายขึ้นแล้ว โดยกำหนดคำใหม่สำหรับเรียกชื่อโรคต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดการทำลายหน่วยย่อยของไตอันจะนำไปสู่ภาวะไตวายเรื้อรังและโรคหรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการสูญเสียหน่วยย่อยของไต รวมเรียกว่า โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) (ปวีณา สุสันฐิตพงษ์ และสมชาย เอี่ยมมออง, 2553)

สำหรับอุบัติการณ์ของโรคไตเรื้อรัง จากการศึกษาวิทยาการระบาดของโรคไตเรื้อรังทั่วโลก พบอุบัติการณ์การเกิดในประชากรอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไปร้อยละ 7.2 และในประชากรอายุ 64 ปีขึ้นไปพบร้อยละ 23.4-35.8 โดยพบว่ามีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเสียชีวิตร้อยละ 6 ต่อปี (McReady, 2008) นอกจากนี้ยังพบว่ามีอุบัติการณ์การเสียชีวิตจากโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี ค.ศ. 1990 พบว่ามีอัตราการเสียชีวิตจากโรคไตเรื้อรังอยู่ในอันดับที่ 27 แต่ในปี ค.ศ. 2010 พบว่าอัตราการเสียชีวิตจากโรคไตเรื้อรังเลื่อนมาอยู่ในอันดับที่ 18 (Nicola & Zoccali, 2015) แสดงให้เห็นว่าอัตราการเจ็บป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคไตเรื้อรังมีแนวโน้มที่จะสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว

ส่วนในภูมิภาคเอเชีย จากการสำรวจความชุกของโรคไตเรื้อรังในแต่ละประเทศ พบมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอยู่ระหว่างร้อยละ 3.2-18 (Tsukamoto et al., 2009) สำหรับในประเทศไทย จากรายงานของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556-2558 พบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีอัตราการป่วยเพิ่มขึ้น คิดเป็นอัตราป่วยต่อประชากร 100,000 คน เท่ากับ 743.46, 806.01 และ 993.89 ตามลำดับ โดยในปี พ.ศ. 2558 พบว่าโรคไตวายเป็นสาเหตุการเจ็บป่วยของผู้ป่วยในอยู่ในอันดับที่ 5 (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2558) นอกจากนี้ยังพบว่าอัตราการตายต่อประชากร 100,000 คน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555-2557 ก็เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องด้วยเช่นกัน กล่าวคือมีอัตราเพิ่มขึ้นจาก 310 เป็น 386 และ 503 ตามลำดับ (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์

กระทรวงสาธารณสุข, 2557) และจากการศึกษาของ สมนึก ดำรงกิจชัยพร (2547) ทำการสำรวจเจ้าหน้าที่การไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย จำนวน 3,499 ราย ในปี พ.ศ. 2528 และได้ติดตาม 12 ปีต่อมา เพื่อสำรวจการเกิดไตเสื่อมหรือผิดปกติว่าเกิดขึ้นมากน้อยเพียงใด โดยสามารถติดตามได้ 2,967 ราย พบว่า มีผู้เป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 เพิ่มจากร้อยละ 1.6 เป็น 6.4 ระยะที่ 4 เพิ่มจากร้อยละ 0.1 เป็น 0.2 และระยะที่ 5 เพิ่มจากร้อยละ 0 เป็น 0.2 รวมมีผู้ป่วย โรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้นทั้ง 3 ระยะ จากร้อยละ 1.7 เป็น 6.8 สอดคล้องกับการศึกษาของ พงษ์พิทักษ์ มิกทา (2552) เกี่ยวกับความชุกและผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในโรงพยาบาลชุมชน พบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมี

การดำเนินของโรคเป็นไปอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้การเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลและการเสียชีวิตมีอัตราสูงขึ้น

นอกจากนี้จากการศึกษาของ อติพร อิงค์สาธิต (2553) เรื่องความชุกและปัจจัยเสี่ยงของโรคไตเรื้อรังในประชากรไทยวัยผู้ใหญ่ จำนวน 3,459 ราย พบว่ามีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจำนวน 626 ราย คิดเป็นอุบัติการณ์ของโรคไตเรื้อรังร้อยละ 17.5 โดยแบ่งเป็นอุบัติการณ์ของโรคไตระยะที่ 1 ร้อยละ 3.3 ระยะที่ 2 ร้อยละ 5.6 ระยะที่ 3 ร้อยละ 7.5 ระยะที่ 4 ร้อยละ 0.8 และระยะที่ 5 ร้อยละ 0.3 และพบว่า มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตเพิ่มเกือบ 10 เท่า จาก 1,053 ราย ในปี พ.ศ.2551 เป็น 13,308 ราย ในปี พ.ศ. 2553 คิดประมาณค่าใช้จ่ายในการรักษาทดแทนไตเป็นจำนวนเงินกว่า 3,500 ล้านบาทต่อปี และคาดว่าจะมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็น 32,594 ราย ในปี พ.ศ. 2560 สำหรับในโรงพยาบาลตราด พบว่า มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเข้ารับบริการทั้งหมด ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 ถึง ปี พ.ศ. 2558 จำนวน 1,172, 1,479 และ 1,516 ราย ตามลำดับ (งานเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลตราด, 2558) โดยในปี พ.ศ. 2558 พบว่ามีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 จำนวน 909 ราย คิดเป็นร้อยละ 59.96 ของจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั้งหมด

จากสถิติดังกล่าว สะท้อนให้เห็นว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก และมีการดำเนินของโรคไปสู่ระยะที่รุนแรงขึ้นอย่างรวดเร็วทุกปี ซึ่งโรคไตเรื้อรังเป็นโรคที่มีความซับซ้อน เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังที่มักมีภาวะแทรกซ้อนหลายอย่างเกิดขึ้นจากการทำหน้าที่ของไตที่ลดลงและจากโรคเดิมที่เป็นสาเหตุของโรค การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสมและต่อเนื่องตั้งแต่ตรวจพบในระยะที่ 1-3 จึงมีความสำคัญอย่างมากที่จะช่วยชะลอการเสื่อมของไต ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น และลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา

### ความหมายและสาเหตุของโรคไตเรื้อรัง

มูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย (National Kidney Foundation, 2002) ได้ให้คำจำกัดความของโรคไตเรื้อรัง ดังต่อไปนี้

1. ไตมีความเสียหายมานานเท่ากับหรือมากกว่า 3 เดือน ทำให้เกิดความผิดปกติของโครงสร้างหรือการทำงานของไต โดยทราบจากการที่มีความผิดปกติทางพยาธิสรีรวิทยาของไต หรือ ผลการตรวจปัสสาวะ ตรวจเลือด ภาพเอ็กซเรย์ไตผิดปกติ ซึ่งอาจมีอัตราการกรองของไต (Glomerular Filtration Rate [GFR]) ลดลงหรือไม่ก็ได้
2. GFR ต่ำกว่า 60 มล./นาที/1.73 ตรม. นานกว่า 3 เดือน โดยอาจมีความผิดปกติทางพยาธิสภาพของไตหรือไม่ก็ได้

สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย (2552) ให้ความหมายของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังว่า หมายถึง ผู้ที่มีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่งในสองข้อ ดังนี้

1. ผู้ป่วยที่มีภาวะไตผิดปกติเรื้อรังติดต่อกันเกิน 3 เดือน ทั้งนี้ผู้ป่วยอาจจะมีอัตราการกรองของไต ผิดปกติหรือไม่ก็ได้ โดยภาวะไตผิดปกติ หมายถึง มีลักษณะตามข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้

1.1 ตรวจพบความผิดปกติจากการตรวจปัสสาวะอย่างน้อย 2 ครั้ง ในระยะเวลา 3 เดือน คือ

1.1.1 ตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะ

1.1.1.1 ถ้าผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวาน และตรวจพบ microalbuminuria ตั้งแต่ 1+ ขึ้นไป และไม่มีสาเหตุทำให้เกิดผลบวกปลอม

1.1.1.2 ถ้าผู้ป่วยไม่ได้เป็นโรคเบาหวาน และตรวจพบ proteinuria มากกว่า 500 มิลลิกรัมต่อวัน หรือ มากกว่า 500 mg/g creatinine

1.1.2 ตรวจพบเม็ดเลือดแดงในปัสสาวะ (Hematuria) โดยการจุ่มแถบสี ถ้าได้ผลบวกให้ตรวจโดยการส่องกล้องจุลทรรศน์ (Microscopic examination) หากพบเม็ดเลือดแดงมากกว่า 5/HPF ในปัสสาวะที่ได้รับการปั่น และไม่มีสาเหตุที่สามารถทำให้เกิดผลบวกปลอมถือว่า มีภาวะไตผิดปกติ

1.2 ตรวจพบความผิดปกติทางรังสีวิทยา โดยพบว่า ขนาดของไตทั้งสองข้างเล็กกว่า 9 เซนติเมตร

2. ผู้ป่วยที่มี GFR น้อยกว่า 60 mL/min/1.73 m<sup>2</sup> ติดต่อกันเกิน 3 เดือน โดยที่อาจจะตรวจพบหรือไม่พบว่ามีร่องรอยของไตผิดปกติก็ได้

ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคไตเรื้อรังที่ควรได้รับการคัดกรองโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ ผู้ที่มีประวัติดังนี้ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคแพ้ภูมิตนเอง โรคติดเชื้อในระบบที่อาจก่อให้เกิดโรคไต โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะซ้ำหลายครั้ง ได้รับสารพิษหรือยาที่ทำลายไต อายุมากกว่า 60 ปี มีมวลเนื้อไตลดลง ทั้งที่เป็นมาแต่กำเนิดหรือเป็นภายหลัง มีประวัติโรคไตเรื้อรังในครอบครัว และตรวจพบนิ่วในไต (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2552) ซึ่งสาเหตุสำคัญของโรคไตเรื้อรังที่พบบ่อยที่สุด คือ ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน (ประเจษฎ์ เรื่องกาญจนเศรษฐ์, 2555; Baumgarten & Gehr, 2011; Chikotas et al., 2006) ซึ่งในประเทศไทยพบว่าโรคเบาหวานเป็นสาเหตุของโรคไตเรื้อรังสูงร้อยละ 44 (ดุสิต จิรกุลสมโชค, สัญญา ร้อยสมมุติ, ปณคพร วรรณานนท์ และเทอดไทย ทองอุ่น, 2552) ส่วนสาเหตุอื่น ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคไตอักเสบเรื้อรัง โรคถุงน้ำที่ไต โรคนิ่วไต และระบบทางเดิน

ปีศาจส่วนบน การรับประทานยาสมุนไพรรักษาหรือยาแก้ปวดกลุ่ม Nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) เป็นระยะเวลานาน (คูสิต จิรกุลสมโชค และคณะ, 2552; ประเจษฎ์ เรื่องกาญจน เศรษฐี, 2555; Baumgarten & Gehr, 2011; Chikotas et al., 2006)

### การวินิจฉัยและการแบ่งระยะของโรคไตเรื้อรัง

การวินิจฉัยโรคไตเรื้อรังทำได้โดยการคำนวณค่า Glomerula Filtration Rate [GFR] ร่วมกับการตรวจพบอัลบูมินในปัสสาวะหรือโปรตีนในปัสสาวะ การตรวจพบเม็ดเลือดแดง การตรวจพบความผิดปกติทางรังสีวิทยา หรือการตรวจพบความผิดปกติทางพยาธิสภาพจากผลชิ้นเนื้อ (อติพร อิงค์สาธิต, 2554) ซึ่งในการคำนวณค่า GFR สามารถทำได้หลายวิธีและมีการพัฒนาสูตรการคำนวณอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถประเมินระดับการทำงานของไตได้อย่างแม่นยำและเหมาะสมกับลักษณะประชากรในแต่ละประเทศ อย่างไรก็ตามในปัจจุบันสมาคมโรคไตแห่งชาติของสหรัฐอเมริกา แนะนำวิธีการคำนวณค่า GFR ดังนี้ (Levey et al., 2003)

1. การประเมินอัตราการกรองของไตโดยใช้สูตร Modification of Diet in Renal Disease (MDRD)

Estimated GFR (mL/ min/ 1.73m<sup>2</sup>) = 186.3 x Serum Creatinine (jaffe)<sup>-1.154</sup> x Age<sup>-0.203</sup> x (0.742 ถ้าเป็นผู้หญิง)

2. การประเมินอัตราการกรองของไตโดยใช้สูตร Cockcroft-Gault equation โดยปรับค่ามาตรฐานด้วยค่าพื้นที่ผิวกาย 1.73<sup>2</sup> ดังนี้

$$CCr \text{ (mL/min)} = \frac{(140 - \text{Age}) \times \text{Body weight}}{72 \times \text{Serum Creatinine}} \quad (\text{สำหรับผู้หญิงคูณด้วย } 0.85)$$

ค่าปกติของ Creatinine Clearance [CCr] ผู้ชายอยู่ในช่วง 97-137 มิลลิเมตรต่อวินาที ผู้หญิงอยู่ในช่วง 88-128 มิลลิเมตรต่อวินาที

สำหรับในประเทศไทย สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย (2552) แนะนำให้ใช้สูตร Cockcroft-Gault equation ในการตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

สำหรับการแบ่งระยะของโรคไตเรื้อรัง สมาคมโรคไตแห่งชาติของสหรัฐอเมริกาแบ่งระยะการดำเนินของโรคไตเรื้อรังเป็น 5 ระยะ เพื่อประโยชน์ในการพิจารณาถึงความเหมาะสมของการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังตามระดับความรุนแรง โดยมีรายละเอียดดังนี้ (ศิริรัตน์ เรื่องจ้อย, 2551; Redmond & McClelland, 2006)

ระยะที่ 1 เป็นระยะที่ไตเริ่มเสียหาย โดยอัตราการกรองของไตยังปกติหรืออาจเพิ่มขึ้น ค่าอัตราการกรองของไตมีค่ามากกว่า 90 มิลลิลิตรต่อนาที ต่อพื้นที่ผิวร่างกาย 1.73 ตารางเมตร ในระยะนี้ผู้ป่วยควรได้รับการวินิจฉัยและเริ่มให้การรักษา โดยการรักษาโรคหรือภาวะอื่นที่เกิดร่วมด้วย เพื่อชะลอการเสื่อมของไตและลดปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดและหัวใจ โดยเฉพาะการควบคุมความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในกระแสเลือด

ระยะที่ 2 เป็นระยะที่ไตมีความเสียหายมากขึ้นร่วมกับอัตราการกรองของไตเริ่มลดลง อัตราการกรองของไตมีค่าอยู่ในช่วง 60-89 มิลลิลิตรต่อนาที ต่อพื้นที่ผิวร่างกาย 1.73 ตารางเมตร ในระยะนี้ผู้ป่วยควรได้รับการประเมินความเร็วและความรุนแรงของการเสื่อมของไต ร่วมกับส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่เหมาะสมและต่อเนื่อง รวมทั้งให้คำแนะนำในการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต

ระยะที่ 3 เป็นระยะที่อัตราการกรองของไตลดลงในระดับปานกลาง โดยมีค่าอยู่ในช่วง 30-59 มิลลิลิตรต่อนาที ต่อพื้นที่ผิวร่างกาย 1.73 ตารางเมตร ในระยะนี้ผู้ป่วยควรได้รับการประเมินและรักษาภาวะแทรกซ้อนของโรคไตเรื้อรัง รวมทั้งประเมินความเร็วและความรุนแรงของการเสื่อมของไตทุก 6 เดือน

ระยะที่ 4 เป็นระยะที่อัตราการกรองของไตลดลงมาก ค่าอัตราการกรองของไตลดลงอยู่ในช่วง 15-29 มิลลิลิตรต่อนาที ต่อพื้นที่ผิวร่างกาย 1.73 ตารางเมตร เมื่อความรุนแรงของโรคดำเนินมาถึงระยะนี้ ผู้ป่วยจะมีภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น ดังนั้นควรมีการติดตามประเมินอัตราการกรองของไตทุก 3 เดือน และมีการประเมินอาการที่มีความสัมพันธ์กับภาวะไตวายด้วย ได้แก่ แบบแผนการนอนหลับ อาการคัน อาการเหนื่อยล้า และการสูญเสียการรับรส นอกจากนี้ ผู้ป่วยควรได้รับการเตรียมความพร้อมสำหรับการบำบัดทดแทนไต

ระยะที่ 5 เป็นระยะที่ผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End stage renal disease) ค่าอัตราการกรองของไตต่ำกว่า 15 มิลลิลิตรต่อนาที ต่อพื้นที่ผิวร่างกาย 1.73 ตารางเมตร ในช่วงท้ายของระยะที่ 5 เป็นช่วงที่ผู้ป่วยควรได้รับการบำบัดทดแทนไต

#### แนวทางการรักษาโรคไตเรื้อรัง

การรักษาโรคไตเรื้อรังขึ้นอยู่กับระยะการดำเนินของโรค และระดับความรุนแรงของโรค โดยมีแนวทางการรักษาอยู่ 2 ประการ คือการรักษาเพื่อชะลอการเสื่อมของไต และการบำบัดทดแทนไต (ศศิธร ชิดนาคี, 2552; อนุตตร จิตตินันท์, 2547; อุปถัมภ์ ศุภสินธุ์, 2554) โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การรักษาเพื่อชะลอการเสื่อมของไต การรักษาด้วยวิธีนี้ได้ผลเมื่อระยะการดำเนินของโรคยังไม่เข้าสู่ระยะสุดท้ายของไตวายเรื้อรัง อาจทำให้อาการต่าง ๆ ของโรคน้อยลงหรือบางครั้ง

อาจหายไประยะหนึ่ง และถ้าเริ่มรักษาตั้งแต่ไตยังไม่ถูกทำลายมาก ก่อนที่ระดับ Creatinine ในเลือดไม่เกิน 1.5-2.0 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ยังอาจจะชะลอการทำลายเนื้อไตได้ด้วยการรักษาเพื่อชะลอไตเสื่อม มีหลักการรักษา 2 ประการดังนี้

1.1 การรักษาเพื่อชะลอไตเสื่อมด้วยการควบคุมการบริโภคอาหารและน้ำ (Non pharmacologic) และหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดการเสื่อมของไตมากขึ้น โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.1.1 การควบคุมอาหารโปรตีน ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ควรได้รับโปรตีนปริมาณต่ำ คือ 0.75 กรัม/น้ำหนักตัว กก./วัน และร้อยละ 50 ของโปรตีนที่ผู้ป่วยได้รับควรเป็นโปรตีนที่มีคุณภาพสูง ได้แก่ เนื้อสัตว์ และไข่ขาว หรือนม เนย และผลิตภัณฑ์จากถั่วเหลือง(บัญชีสิทธิระพจน์, 2549)

1.1.2 การควบคุมโซเดียม การรับประทานเกลือหรือโซเดียมมากจะส่งผลให้ความดันโลหิตสูงและน้ำในร่างกายเกิน สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1 และ 2 ควรบริโภคโซเดียมน้อยกว่าวันละ 2.4 กรัม/วัน (National Kidney Foundation, 2002)

1.1.3 การควบคุมปริมาณโคเลสเตอรอล ควรควบคุมปริมาณโคเลสเตอรอลในอาหารไม่ให้เกิน 300 มิลลิกรัม/วัน โดยจำกัดอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง ได้แก่ ไข่แดง สมอ ตับ สัตว์ ไขมันสัตว์ และกะทิ เป็นต้น (เกรียง ตั้งสง่า, 2554)

1.1.4 การควบคุมโปแตสเซียม ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีระดับโปแตสเซียมในเลือดไม่สูงมากเกินไป ไม่จำเป็นต้องควบคุมอาหารประเภทนี้ แต่เมื่อเข้าสู่ระยะที่มีอัตราการกรองของไตต่ำมากและมีปัสสาวะออกน้อยกว่า 500 มิลลิลิตรต่อวัน ควรควบคุมอาหารที่มีโปแตสเซียมสูง เช่น กุ้ง ส้ม องุ่น มันฝรั่ง และผักต่าง ๆ โดยจำกัดโปแตสเซียมในอาหารประมาณ 39 มิลลิกรัม/น้ำหนักตัว กก./วัน (วัลลา ตันตโยทัย และประคอง อิศรสมบัติ, 2543)

1.1.5 การควบคุมฟอสฟอรัส ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีฟอสเฟตสูง เช่น เนื้อสัตว์ ไข่แดง นมสด เมล็ดพืช เป็นต้น ปริมาณฟอสเฟตที่แนะนำคือ 800-1,000 มิลลิกรัม/วัน และเพื่อรักษาระดับฟอสเฟตในเลือดไม่ให้เกิน 5.5 มิลลิกรัม/เดซิลิตร จึงควรรับประทานยาประเภท Phosphate binder ร่วมด้วย (อุปถัมภ์ สุภสินธุ์, 2554)

1.1.6 การควบคุมคาร์โบไฮเดรต ผู้ป่วยควรได้รับพลังงานจากอาหารประมาณ 30-35 กิโลแคลอรี/กก./วัน สำหรับผู้ป่วยที่น้ำหนักตัวน้อยกว่าปกติ ควรได้รับอาหารที่ให้พลังงาน 40-50 กิโลแคลอรี/กก./วัน หรือในผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวมากเกินไป ควรลดพลังงานให้เหลือ 20-25 กิโลแคลอรี/กก./วัน โดยสัดส่วนของอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตในอาหารควรเท่ากับร้อยละ 50 ของพลังงานทั้งหมด ผู้ป่วยจึงควรรับประทานอาหารประเภทข้าวและผลิตภัณฑ์ของข้าว เช่น



กล้วยเตี้ยว เส้นหมี่ สပါเกตตี้ มักกะโรนี เป็นอาหารหลักให้เพียงพอ หากยังรับประทานได้น้อยควรเพิ่มของหวานที่มีส่วนผสมของเจลลี่ แยม และน้ำผึ้ง (นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์, 2548)

1.1.7 การจำกัดน้ำดื่ม ในแต่ละวันผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังควรได้รับน้ำปริมาณ 500 มิลลิลิตร + ปริมาณปัสสาวะ (มิลลิลิตร/วัน) (อุปถัมภ์ สุขสินธุ์, 2554)

1.2 การรักษาเพื่อชะลอไตเสื่อมด้วยการบำบัดด้วยยา (Pharmacologic therapy) ใช้ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีโรคอื่นร่วมด้วย ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง และเบาหวาน เป็นต้น โดยรายละเอียดของยาที่ใช้รักษามีดังนี้

1.2.1 ยาลดความดันโลหิตสูง มีการศึกษาพบว่า ACE-inhibitor สามารถลดปริมาณโปรตีนในปัสสาวะและชะลอการเสื่อมของไตได้ แต่ยังไม่มีการศึกษาใดที่ยืนยันว่า ระดับความดันโลหิตที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยไตเรื้อรังควรเป็นเท่าใด แต่มีผู้แนะนำให้ลดระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะแรกให้ลงมาอยู่ที่ Mean arterial blood pressure (MAP) เท่ากับ 92 มิลลิเมตรปรอท (125/ 75 มิลลิเมตรปรอท)

1.2.2 ยาที่จับกับฟอสเฟต ยาจะออกฤทธิ์ลดการดูดซึมฟอสเฟตจากลำไส้เข้าสู่ร่างกาย ทำให้ระดับฟอสเฟตในกระแสเลือดอยู่ในระดับปกติ ช่วยชะลอการเสื่อมของไต ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ เกลือแคลเซียม เกลือแมกนีเซียม เกลืออลูมินัม

1.2.3 ยารักษาภาวะกรดที่เกิดจากการเผาผลาญ (Metabolic acidosis) ภาวะกรดที่เกิดจากการเผาผลาญอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ไตเสื่อม และยังทำให้มีการสลายของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น มีการสร้างอัลบูมินน้อยลง จึงทำให้กล้ามเนื้อลีบ อ่อนแรง ดังนั้นการให้ผู้ป่วยรับประทาน โซเดียมไบคาร์บอเนตวันละ 1 mEq/ Kg จะช่วยชะลอไตเสื่อมได้

2. การรักษาโดยการบำบัดทดแทนไต (Renal replacement therapy) ในการบำบัดทดแทนไตต้องพิจารณาถึงอัตราการเสื่อมของไต ภาวะแทรกซ้อนอื่นที่มีผลต่อการดำเนินของโรค และการตอบสนองต่อการรักษา โรคร่วมอื่น ๆ ส่วนผู้ป่วยต้องพิจารณาสภาพจิตใจ เศรษฐกิจ ความร่วมมือในการรักษา ซึ่งผู้ป่วยบางรายอาจปฏิเสธแม้มีข้อบ่งชี้ชัดเจนในการบำบัดทดแทนไต ขณะที่บางรายต้องเริ่มทำตั้งแต่เนิ่น ๆ เพื่อหลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อน การรักษาโดยการบำบัดทดแทนไต ประกอบด้วย

2.1 การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) เป็นการกรองของเสียจากเลือด โดยให้เลือดจากหลอดเลือดผู้ป่วยผ่านเข้าหลอดฝอยซึ่งมีจำนวนมากในตัวกรองเลือด (Dialyser) ของเสียในเลือดจะซึมผ่านผนังหลอดฝอยออกมาในน้ำยาที่อาบอยู่รอบนอกของหลอดฝอยในตัวกรองเลือด โดยอาศัยหลักการที่ว่า สารละลายจะซึมผ่านผนังจากด้านที่มีความเข้มข้นสูงมาสู่ด้าน

ที่มีความเข้มข้นต่ำ เมื่อเลือดผ่านตัวกรองเลือดแล้วก็จะไหลกลับเข้าร่างกายทางหลอดเลือดอีกทางหนึ่ง โดยทั่วไปใช้เวลาในการฟอกเลือดครั้งละ 4 – 5 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 2 – 3 ครั้ง

2.2 การล้างไตทางหน้าท้องแบบถาวร (Continuous ambulatory peritoneal dialysis: CAPD) เป็นการขจัดของเสียออกทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โดยใช้ผนังเยื่อช่องท้องของผู้ป่วย (Peritoneal membrane) เป็นตัวกรองน้ำ ของเสีย และเกลือแร่ โดยปริมาณของเสียในเลือดจะซึมผ่านผนังหลอดเลือดฝอยที่มีจำนวนมากในเยื่อช่องท้องออกมาในน้ำยาที่ใส่ไว้ในช่องท้อง และถูกปล่อยออกจากช่องท้อง วิธีนี้ผู้ป่วยสามารถทำได้เอง ภายหลังจากได้รับการฝึกสอนจากแพทย์และพยาบาล เป็นเวลา 1-4 สัปดาห์ ขณะที่ทำการรักษา ผู้ป่วยสามารถทำงานและปฏิบัติภารกิจได้ตามปกติ

2.3 การผ่าตัดปลูกถ่ายไต (Renal transplantation) หรือที่เรียกกันทั่วไปว่า การเปลี่ยนไต เป็นวิธีการรักษาโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เป็นที่ยอมรับและได้ผลดีที่สุดในปัจจุบัน ผู้ป่วยจะมีคุณภาพชีวิตดีเหมือนปกติ เพียงแต่ต้องรับประทานยากดภูมิคุ้มกันภายหลังผ่าตัด แต่การรักษาด้วยวิธีนี้ก็มียอดตายสูง และผลของการรักษาขึ้นอยู่กับสภาพร่างกายของผู้ป่วยก่อนได้รับการปลูกถ่ายไตด้วย ดังนั้นการคัดเลือกผู้ป่วยที่เหมาะสม และการเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง

### ผลกระทบที่เกิดจากโรคไตเรื้อรัง

เมื่อมีภาวะไตเรื้อรัง ไตจะสูญเสียหน้าที่ในการขจัดของเสีย การรักษาความสมดุลของน้ำและอิเล็กโทรลิตต์ สมดุลกรดด่าง การหลังฮอร์โมน ซึ่งนอกจากจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในด้านร่างกายแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในด้านวิถีการดำเนินชีวิต อารมณ์ จิตสังคม จิตวิญญาณ ครอบครัว และเศรษฐกิจ ดังนี้

#### 1. ผลกระทบด้านร่างกาย

1.1 ระบบหัวใจและหลอดเลือด เป็นผลกระทบด้านร่างกายที่สำคัญและพบได้บ่อยที่สุด โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายระยะสุดท้ายมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากโรคหัวใจมากกว่าคนปกติ 10-30 เท่า (ศศิธร ชิดนายิ, 2552) ภาวะแทรกซ้อนที่พบ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ภาวะหัวใจห้องล่างซ้ายโต และภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ (ประเจษฎ์ เรืองกาญจนเศรษฐ์, 2555; Casey, 2012)

1.2 ระบบหายใจ มีอัตราการหายใจที่เพิ่มขึ้น ซึ่งอาจจะเป็นผลมาจากภาวะน้ำเกิน ภาวะความเป็นกรดในเลือด หรือจากการลดลงของปริมาณออกซิเจน โดยลักษณะการหายใจลึกสัมพันธ์กับภาวะความเป็นกรดในเลือด เนื่องจากร่างกายต้องมีการกำจัดคาร์บอนไดออกไซด์เพื่อปรับภาวะความสมดุลกรด-ด่างในเลือด (Broscious & Castagnola, 2006)

1.3 ระบบประสาท พบความผิดปกติได้ทั้งในระบบประสาทส่วนกลาง โดยผู้ป่วยจะมีอาการเหนื่อยชาลง พูดซ้าลง หลงลืมง่าย สับสน ไม่รู้วัน เวลา บุคคลและสถานที่ ความรู้สึกตัวผิดปกติ ง่วงซึมเวลากลางวัน ไม่ค่อยหลับในเวลากลางคืน ซึมลง อาจมีการชักกระตุก เพื่อและหมดสติในที่สุด ส่วนในระบบประสาทส่วนปลายและระบบประสาทอัตโนมัติ ผู้ป่วยจะมีอาการชาปลายมือปลายเท้า ถ้าเป็นมากจะมีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง มีอาการ Restless syndrome คือ มีอาการออกร้อนที่เท้า กดแล้วเจ็บ มีอาการขยับเท้าตลอดเวลา (Broscious & Castagnola, 2006)

1.4 ระบบทางเดินอาหาร มีแผลที่ปาก เหงือกอักเสบ มีแผลที่กระเพาะอาหาร ลำไส้เล็กและลำไส้ใหญ่อักเสบ เบื่ออาหาร ถ้าเป็นมากจะมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน สะอึก (Casey, 2012) ยูเรียในน้ำลายสูงขึ้น ซึ่งจะถูกแบคทีเรียเปลี่ยนเป็นแอมโมเนียทำให้ลมหายใจมีกลิ่นยูเรีย นอกจากนี้ยังมีเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร (Broscious & Castagnola, 2006)

1.5 ระบบเลือดและอวัยวะในการสร้างเลือด ทำให้เกิดภาวะที่พบบ่อย คือ ภาวะโลหิตจางหรือซีด ภาวะเลือดออกง่าย (Casey, 2012) และภาวะภูมิคุ้มกันต้านทานโรคต่ำ (Broscious & Castagnola, 2006) เกิดจากมีการสร้างฮอร์โมนอีริโทรพอยอิติน (Erythropoietin) จากไตลดลง โดยพบว่าร้อยละ 25 ของผู้ป่วยที่มีภาวะซีดเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะแรก ( $GFR > 50 \text{ ml/min}$ ) (Dusing, 2006)

1.6 ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก เป็นความผิดปกติของ mineral metabolism และโครงสร้างของกระดูก จะปรากฏอาการของโรคเมื่อน้ำที่ของไตลดลงถึงโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 (ประเจษฎ์ เรื่องกาญจนเศรษฐ์, 2555) โดยมีอาการของกล้ามเนื้ออ่อนแรง มีกระดูกผุ กระดูกพรุน ปวดกระดูก เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยลุกนั่ง และเดินลำบาก และกระดูกหักง่าย (Casey, 2012)

1.7 ผิวหนัง มีความรุนแรงน้อยกว่าระบบอื่น แต่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สุขสบายทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ผิวหนังจะแห้งและตกสะเก็ด เกิดเนื่องจากต่อมไขมันและต่อมเหงื่อลีบฝ่อลง ทำให้ไม่มีการขับเหงื่อ และมีเกล็ดยูเรียเกาะอยู่ที่ผิวหนัง ทำให้ผิวหนังแห้งเป็นขุยสีขาว ผู้ป่วยจะมีอาการคัน นอกจากนี้เล็บและเส้นผมจะมีลักษณะแห้ง เปราะและหักง่าย เนื่องจากขาดสารอาหารโปรตีน (Broscious & Castagnola, 2006)

1.8 ความผิดปกติของสมดุลน้ำ เกลือแร่ และความเป็นกรดด่าง เมื่อไตเสื่อมมากขึ้น ไตจะขับน้ำออกร่างกายได้ลดลง ถ้าร่างกายได้รับน้ำในปริมาณที่มากเกินไป อาจเกิดภาวะน้ำและเกลือแร่คั่งในร่างกาย ทำให้มีความดันโลหิตสูงและโซเดียมในเลือดต่ำได้ (ประเจษฎ์ เรื่องกาญจนเศรษฐ์, 2555) นอกจากนี้ยังอาจพบภาวะระดับโปแตสเซียมในกระแสเลือดสูง ภาวะระดับแคลเซียมในกระแสเลือดต่ำ ภาวะระดับฟอสเฟตในกระแสเลือดสูงและภาวะความเป็นกรดในเลือด ซึ่งมักพบในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ( $GFR < 10 \text{ mL/min}$ ) (Chikotas et al., 2006)

1.9 ระบบต่อมไร้ท่อ ภาวะยูริเมียมีผลต่อระบบไร้ท่อโดยเฉพาะต่อมพาราไทรอยด์ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับฟอสเฟต แคลเซียม และวิตามินดี

## 2. ผลกระทบด้านวิถีการดำเนินชีวิต

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจะต้องมีการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตหลายอย่าง เพื่อควบคุมภาวะโรค ส่วนมากจะเกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง ได้แก่ การควบคุมอาหารอาหาร จากการศึกษาของอรุณรัศมี สาทิ (2554) เกี่ยวกับพฤติกรรมและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมเกลือและโปรตีนของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะก่อนการบำบัดทดแทนไต พบว่า ผู้ป่วยมีการควบคุมอาหารโดยรับประทานอาหารเค็มลดลง รับประทานเนื้อสัตว์ลดลงและรับประทานปลาแทน รับประทานไข่ขาวเพิ่มขึ้น และไม่รับประทานผงชูรส นอกจากนี้ผู้ป่วยยังต้องมีการจำกัดน้ำดื่ม ออกกำลังกาย ควบคุมการสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (อัมพร ซอฐานานุกศักดิ์, 2551; Eskridge, 2010) จัดการความเครียด ควบคุมโรคร่วม และติดตามผลการรักษา (อัมพร ซอฐานานุกศักดิ์, 2551) รับประทานยาตามคำสั่งแพทย์ และลดน้ำหนัก (Eskridge, 2010)

## 3. ผลกระทบด้านอารมณ์ จิตสังคม และจิตวิญญาณ

การเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังจะส่งผลให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ จิตสังคม และจิตวิญญาณ เนื่องจากเป็น โรคที่รักษาไม่หาย และทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของระบบต่าง ๆ ในร่างกายจึงต้องรับการรักษาต่อเนื่อง มีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง ทำให้ผู้ป่วยมีความเครียด ต้องพึ่งพาผู้อื่น รู้สึกไร้คุณค่า รู้สึกผิด และกลัวตาย (กล้าเผชิญ โชคบำรุง, 2551) นอกจากนี้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานยาหลายชนิด การจำกัดอาหาร การเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัวและสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเกิดความเครียด (Kimmel, Cohen, & Peterson, 2008) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เบญจมาภรณ์ วงศ์ประเสริฐ (2544) เกี่ยวกับสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยเครื่องไตเทียม พบว่า ความอ่อนล้า อาการคัน ความรู้สึกไม่แน่นอนในอนาคต ปัญหาค่าใช้จ่าย และการสูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกาย เป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดและระดับความรุนแรงของความเครียด และจากการศึกษาของ จุฑามาศ โกสียะกุล และอันธิมา สายบุญศรี (2554) เกี่ยวกับความชุกและปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้าในพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไตเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาฟอกเลือดในโรงพยาบาลสงฆ์ ทำการศึกษาในพระสงฆ์จำนวน 68 รูป พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 42.6 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รัศมิ์ บัณฑิตธีรัตน์ (2551) เกี่ยวกับภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจำนวน 105 คน พบว่าผู้ป่วย

มีภาวะวิตกกังวลร้อยละ 8.6 และมีอาการวิตกกังวลร้อยละ 15.2 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 10.5 และมีอาการซึมเศร้าร้อยละ 16.2

#### 4. ผลกระทบต่อครอบครัว

เมื่อมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในครอบครัว ทำให้มีผลกระทบต่อสมาชิกคนอื่นในครอบครัว โดยครอบครัวต้องให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยที่บ้าน ทำให้สมาชิกในครอบครัวต้องรับผิดชอบในการดูแล ต้องมีการติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ ต้องรับผิดชอบต่อค่าใช้จ่าย ต้องสนับสนุนทางจิตสังคม รวมทั้งให้การดูแลตามแผนการรักษา เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตประจำวันอยู่กับโรคไตได้อย่างมีความสุขตามอัตภาพ (กนกวรรณ พูนพานิชย์, 2549) นอกจากนี้ผู้ป่วยยังต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับเครื่องไตเทียม ทำให้ไม่มีเวลาสังสรรค์กับเพื่อนหรือญาติและมีความสัมพันธ์ในครอบครัวลดลง (สุจิตรา ล้อมอำนาจลาภ, 2539)

#### 5. ผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจ

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจะมีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดำเนินชีวิต เช่น การควบคุมอาหารและน้ำ การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ทำให้ไม่สามารถทำงานได้อย่างเต็มที่ ส่งผลให้ขาดรายได้ อีกทั้งไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ทางสังคมได้หรือทำได้น้อยลง เช่น การพบปะสังสรรค์กับเพื่อนหรือญาติ การเข้าร่วมกิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์ รวมถึงบทบาทการเป็นที่ปรึกษาให้แก่สมาชิกในครอบครัว (กานดา ออประเสริฐ, 2537) สอดคล้องกับการศึกษาของ Heiwe, Clyne, and Dahlgren (2003) เกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเกี่ยวกับความสามารถทางกาย พบว่าผู้ป่วยจะมีประสบการณ์อ่อนล้าทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งมีผลต่อความสามารถและการทำหน้าที่ของร่างกาย ทำให้การปฏิบัติกิจกรรมและความทนในการปฏิบัติกิจกรรมลดลง

นอกจากพยาธิสภาพของโรคที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยแล้ว จากการศึกษายังพบว่า การรักษาโดยการบำบัดทดแทนไตทั้งการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางหน้าท้องแบบถาวร หรือการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ยังส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคม และเศรษฐกิจ โดยเมื่อผู้ป่วยได้รับการบำบัดทดแทนไต ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของระบบต่าง ๆ ภายในร่างกายและสูญเสียภาพลักษณ์จากการทำหัตถการ มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะได้รับการบำบัดทดแทนไตทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ทำให้ผู้ป่วยมีความเครียด รู้สึกไร้คุณค่า กลัวตาย และต้องการการพึ่งพา ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ และเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้น้อยลง (กล้าเผชิญ โชคบำรุง, 2551; กนกวรรณ พูนพานิชย์, 2549; กานดา ออประเสริฐ, 2537)

จะเห็นได้ว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังมีผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวในด้านต่าง ๆ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ผลกระทบในด้านต่าง ๆ อาจยังไม่ชัดเจน เนื่องจากเป็นระยะที่ผู้ป่วยยังไม่มีอาการและอาการแสดงที่ชัดเจน แต่หากผู้ป่วยไม่มีพฤติกรรมจัดการตนเองที่เหมาะสมและต่อเนื่อง จะส่งผลให้มีการดำเนินของโรคไปสู่โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายอย่างรวดเร็ว ซึ่งในปัจจุบันสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีนโยบายในการจัดการโรคเรื้อรังในเชิงรุก โดยการค้นหาผู้ป่วยตั้งแต่ระยะเริ่มแรก เพื่อป้องกันหรือชะลอไม่ให้โรคพัฒนาไปอย่างรวดเร็ว และลดภาวะแทรกซ้อนที่มีแนวโน้มจะเกิดขึ้น ซึ่งเน้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีบทบาทในการจัดการภาวะสุขภาพของตนเองร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ให้การดูแลรักษาอย่างเป็นระบบและเชื่อมโยง ประกอบด้วย การตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนอย่างสม่ำเสมอ สนับสนุนการจัดการตนเอง ช่วยเหลือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและวิถีชีวิต (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2554)

สำหรับโรงพยาบาลตราด มีแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยการประเมินระดับอัตราการกรองของไต และตรวจหาโปรตีนในปัสสาวะ อย่างน้อยปีละครั้ง ผู้ป่วยที่ตรวจพบความผิดปกติและได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังจะถูกส่งต่อไปที่คลินิกโรคไต โดยจะนัดมาพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคไตภายใน 3 เดือน ในเบื้องต้นผู้ป่วยจะได้รับความรู้เกี่ยวกับโรค และการจัดการตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไตและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน จากพยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม

สำหรับในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีแนวทางในการให้การดูแลรักษา คือ การให้ข้อมูลและความเข้าใจแก่ผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับการดำเนินของโรค ผลแทรกซ้อน และการพยากรณ์โรค การให้ความรู้ การรักษา การใช้ยาและผลแทรกซ้อน รวมทั้งความรู้ด้านโภชนาการ การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพระหว่างแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ เช่น พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ แก่ผู้ป่วยและครอบครัว การประเมินและวางแผนแนวทางการรักษาภาวะผิดปกติเฉียบพลัน และอาการของโรคหรือภาวะที่มีอันตรายต่อชีวิต รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไต และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2555)

แม้ว่าในปัจจุบันผู้ป่วยจะได้รับการดูแลตามแนวทางดังกล่าว แต่ยังคงพบว่ามีผู้ป่วยจำนวนมากที่มีการดำเนินของโรคไปสู่ภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้าย เกิดภาวะแทรกซ้อน และได้รับการบำบัดทดแทนไต ซึ่งนอกจากจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโดยตรงแล้วยังทำให้ต้องสูญเสียงบประมาณในการดูแลรักษาเป็นจำนวนมาก จากรายงานของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยปี 2547 พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องรับการรักษาโดยวิธีการฟอกเลือดด้วย

เครื่องไตเทียม 175.2 คนต่อประชากร 1 ล้านคนต่อปี (11,208 ราย) ทำให้เกิดค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงมาก เฉลี่ย 250,000 บาทต่อคนต่อปี (ลินา องอาจยุทธ, 2549) ดังนั้นเพื่อชะลอการเสื่อมของไตและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 จึงควรมีการพัฒนา รูปแบบการส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

## แนวคิดและทฤษฎีการจัดการตนเอง

### ความหมายของการจัดการตนเอง

ปัจจุบันมีการนำแนวคิดการจัดการตนเองมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นจำนวนมาก ซึ่งการที่ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมจัดการตนเองอย่างเหมาะสมและต่อเนื่องนั้นนอกจากจะขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยแล้ว ยังต้องอาศัยความร่วมมือของครอบครัว และการได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางสุขภาพด้วย โดยมีผู้ให้ความหมายของการจัดการตนเองไว้หลากหลาย ดังนี้

Tobin et al. (1986) กล่าวว่า การจัดการตนเอง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพ หรือการป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพ โดยผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมร่วมกับเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพด้วย

Bartholomew et al. (1993) กล่าวว่า การจัดการตนเอง หมายถึง พฤติกรรมที่ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ กระทำหรือปฏิบัติเพื่อลดผลกระทบจากความเจ็บป่วย โดยสามารถดูแลตนเองตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ รวมทั้งสามารถใช้กลวิธีเผชิญปัญหา (Coping strategies)

Wright, Barlow, Turner, and Bancroft (2003) กล่าวว่า การจัดการตนเอง หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการจัดการกับอาการ การดูแลรักษา ผลลัพธ์ทางกายและอารมณ์ การเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิต รวมถึงความสามารถในการจัดการภาวะการเจ็บป่วย ซึ่งเกิดจากกระบวนการคิด พฤติกรรมและการตอบสนองทางอารมณ์ นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี

Schulman-Green et al. (2012) กล่าวว่า การจัดการตนเอง หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการร่วมมือกับครอบครัว ชุมชน และผู้ดูแลสุขภาพในการจัดการอาการ แผนการรักษา เปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิต จิตสังคม วัฒนธรรม และจิตวิญญาณที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ

Curtin and Mapes (2001) กล่าวว่า การจัดการตนเองเป็นความพยายามในการดูแลตนเอง และมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพเพื่อสุขภาพที่ดีที่สุดในขณะเจ็บป่วย เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ควบคุมอาการ แสวงหาการรักษา และป้องกันการลุกลามของโรคสำหรับ ซึ่งจากการศึกษาการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของ Curtin et al. (2005) เพื่อวิเคราะห์

องค์ประกอบของการจัดการตนเอง พบว่าการจัดการตนเองเป็นการปฏิบัติของบุคคลร่วมกับทีมสุขภาพในการดูแลสุขภาพของตน ซึ่งประกอบด้วย 2 องค์ประกอบดังนี้

1. องค์ประกอบด้านการดูแลสุขภาพ (Self-management of health care) ประกอบด้วย

1.1 การติดต่อสื่อสาร (Communication) การสื่อสารเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญต่อการจัดการตนเอง โดยการจัดการตนเองจะเกิดขึ้นได้ต่อเมื่อผู้ป่วยสามารถบอกเล่าอาการ ปัญหา ประสบการณ์การเจ็บป่วย และความวิตกกังวล รวมถึงการรับฟังข้อมูล คำแนะนำ แนวทางการปฏิบัติตัวจากทีมสุขภาพ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะทำให้ผู้ป่วยและทีมสุขภาพมีความเข้าใจตรงกัน และสิ่งสำคัญคือ ทีมสุขภาพจะต้องสื่อสารด้วยข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงและเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยเข้าใจได้จนสามารถปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองได้

1.2 การมีส่วนร่วมในการดูแล (Partnership in care) เมื่อผู้ป่วยมีการสื่อสารที่ดีกับทีมสุขภาพจนเข้าใจภาวะการเจ็บป่วย ผู้ป่วยจะมีส่วนร่วมตัดสินใจในการที่จะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองโดยผู้ป่วยจะเป็นผู้นำในการดูแลสุขภาพของตนเอง เนื่องจากจะต้องดำเนินชีวิตร่วมกับโรคที่เป็นอยู่และจะเห็นผลลัพธ์จากการปฏิบัติด้วยตนเอง

1.3 การปฏิบัติตามแผนการรักษา (Adherence) ผู้ป่วยจะเป็นผู้ตัดสินใจว่าสิ่งใดที่สามารถปฏิบัติตามได้ และสิ่งใดที่ไม่สามารถปฏิบัติตามได้ เนื่องจากคำแนะนำของทีมสุขภาพอาจไม่สามารถปฏิบัติได้จริงในสภาพแวดล้อมของแต่ละบุคคล ซึ่งถ้าผู้ป่วยและทีมสุขภาพมีการสื่อสารที่ดี และมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและทีมผู้ดูแลสุขภาพ จะนำไปสู่การปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

1.4 กิจกรรมการดูแลตนเอง (Self-care activities) การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อดูแลสุขภาพ เช่น การมีปฏิสัมพันธ์กับทีมสุขภาพ การตั้งเป้าหมาย การหาแหล่งประโยชน์ การต่อรองเพื่อเลือกวิธีการรักษา การตัดสินใจ การแสวงหาความรู้ การมีความรับผิดชอบต่อผลที่เกิดขึ้น การรายงานอาการ การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เช่น งดสูบบุหรี่ งดเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ การควบคุมน้ำหนัก และการออกกำลังกาย เป็นต้น โดยผู้ป่วยต้องมีการตัดสินใจว่ากิจกรรมใดจะเกิดผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ และต้องปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมกับสุขภาพ

1.5 สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง (Self-care self-efficacy) สมรรถนะแห่งตนเป็นความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อบรรลุผลลัพธ์ที่ดี ผู้ป่วยที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองที่ดีจะมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่ดีด้วย

2. องค์ประกอบด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน (Self-management in everyday life) คือ การจัดการตนเองเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของร่างกาย การจัดการด้านอารมณ์ การคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพ



และการแสดงบทบาทหน้าที่ตามปกติ เป็นการดำรงชีวิตอยู่กับโรคเรื้อรังให้ไปอย่างปกติ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นการเจ็บป่วยตลอดชีวิต ดังนั้นผู้ป่วยต้องปรับตัวโดยทำความเข้าใจในธรรมชาติของความเจ็บป่วย ทำใจยอมรับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และเรียนรู้ที่จะมีชีวิตร่วมกับความเจ็บป่วย นอกจากนี้ผู้ป่วยต้องจัดการกับอารมณ์ที่เกิดขึ้นอันเป็นผลมาจากภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรังด้วย

สำหรับการศึกษาคำนี้ ผู้วิจัยให้ความหมายของการจัดการตนเองว่า หมายถึง การรับรู้และการปฏิบัติของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อชะลอการเสื่อมของไต และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยครอบคลุมพฤติกรรมด้านการติดต่อสื่อสาร ด้านการมีส่วนร่วมในการดูแล ด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา ด้านกิจกรรมการดูแลตนเอง และด้านการพิทักษ์สิทธิ์ตนเอง

#### **ทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว (The Individual and family self-management theory)**

Ryan and Sawin (2009) กล่าวว่า บุคคลและครอบครัวเป็นหน่วยเดียวกัน มีการปฏิบัติกิจกรรมร่วมกันอย่างเป็นระบบ ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงของบุคคลในครอบครัวจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของระบบ ดังนั้นการที่ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่ดี จึงเป็นเรื่องที่ซับซ้อนและต้องอาศัยการบูรณาการพฤติกรรมจัดการตนเองให้เข้ากับวิถีชีวิตของบุคคลและครอบครัว เนื่องจากผู้ป่วยและสมาชิกภายในครอบครัวจะมองการเจ็บป่วยในมุมที่แตกต่างกัน ซึ่งจะเป็นข้อมูลสำคัญให้ทีมบริการสุขภาพมองเห็นปัญหาได้ครอบคลุมและสามารถร่วมกันกับผู้ป่วยและครอบครัววางแผนการจัดการการเจ็บป่วยที่เหมาะสม โดยคำนึงถึงผู้ป่วย ครอบครัว เครือข่ายมิตรภาพ และชุมชน กระบวนการจัดการตนเองเป็นปรากฏการณ์ที่ซับซ้อน ประกอบด้วย 3 มิติ ได้แก่ มิติด้านบริบท (Context dimension) มิติด้านกระบวนการ (Process dimension) และมิติด้านผลลัพธ์ โดยปัจจัยในมิติด้านบริบทมีอิทธิพลต่อบุคคลและครอบครัวในการเข้าสู่กระบวนการจัดการตนเอง และมีผลโดยตรงต่อผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น การส่งเสริมกระบวนการจัดการตนเองให้แก่บุคคลและครอบครัวจะทำให้เกิดผลลัพธ์ในเชิงบวกมากขึ้น ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นมีทั้งระยะสั้นและระยะยาว ผลลัพธ์ที่ดีขึ้นของบุคคลและครอบครัวยังหมายถึงผลลัพธ์ที่ดีขึ้นของผู้ปฏิบัติการดูแลสุขภาพและระบบด้วย

มิติด้านบริบท (Context dimension) หรือปัจจัยทางบริบท (Contextual factor) เป็นปัจจัยที่มีผลต่อกระบวนการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว ประกอบด้วย ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกัน รวมถึงปัจจัยด้านการเจ็บป่วย สภาพแวดล้อมทางกายภาพและสังคม และคุณลักษณะของบุคคลและครอบครัว ปัจจัยด้านลักษณะเฉพาะของการเจ็บป่วย (Condition specific factors) ได้แก่

โครงสร้างหรือลักษณะของการเจ็บป่วยนั้น การรักษา หรือการป้องกันภาวะซึ่งกระทบต่อจำนวน ชนิด และธรรมชาติของพฤติกรรมที่จำเป็นต่อการจัดการตนเอง ตัวอย่างของปัจจัยด้านลักษณะเฉพาะของการเจ็บป่วย เช่น ความซับซ้อนของความเจ็บป่วยหรือการรักษา การดำเนินของโรค ความคงที่หรือการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental factors) เป็นปัจจัยทางกายหรือทางสังคม เช่น การเข้าถึงบริการ การส่งต่อผู้ป่วย การเดินทาง วัฒนธรรม เป็นต้น ปัจจัยด้านบุคคล/ครอบครัว (Individual/ Family factors) เป็นคุณลักษณะของบุคคลและครอบครัว โดยตรง

มิติด้านกระบวนการ (Process dimension) แนวคิดมิติด้านกระบวนการอยู่บนพื้นฐานของ ทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพ การวิจัย และการปฏิบัติ รูปแบบแนวคิดนี้ได้รับอิทธิพลจากทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior change theories) ทฤษฎีการกำกับตนเอง (Self-regulation theories) ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม (Social support theories) และงานวิจัยที่ เกี่ยวกับการจัดการตนเองต่อการเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยทฤษฎีอธิบายว่า บุคคลมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพตามคำแนะนำ เมื่อ 1) มีข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่จะกระทำและมีความเชื่อว่าสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่จะกระทำ จะทำให้บุคคลมีความรู้ (Knowledge) และความเชื่อ (Beliefs) ส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมด้านสุขภาพ โดยเฉพาะการรับรู้ความสามารถของตนเอง ผลลัพธ์ที่คาดหวัง และความสอดคล้องกับเป้าหมาย 2) มีความสามารถในการกำกับตนเองเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพการกำกับตนเอง (Self-regulation) เป็นกระบวนการที่ใช้เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและกิจกรรมต่าง ๆ กระบวนการกำกับตนเอง ประกอบด้วย การตั้งเป้าหมาย (Goal setting) การติดตามตนเอง (Self-monitoring) การสะท้อนคิด (Reflective thinking) การตัดสินใจที่เหมาะสม (Decision making) การวางแผนและปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ (Planning and Action) การประเมินตนเอง (Self-evaluation) และการจัดการกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทั้งในด้านร่างกาย อารมณ์ และความคิด และ 3) มีประสบการณ์ การได้รับการเอื้ออำนวยทางสังคม ซึ่งรวมถึงอิทธิพลจากสังคม การสนับสนุนทางสังคม และความร่วมมือระหว่างบุคคล ครอบครัว และผู้ดูแลสุขภาพ

มิติด้านผลลัพธ์ (Outcome dimension) เป็นการประเมินผลลัพธ์ที่เกิดจากพฤติกรรม การจัดการตนเองของผู้ป่วย ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นมีทั้งผลลัพธ์ระยะสั้น (Proximal outcome) และระยะยาว (Distal outcome) โดยผลลัพธ์ระยะสั้น ประเมินจากภาวะโรคที่เป็นอยู่ ภาวะเสี่ยง หรือการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการจัดการอาการและการรับประทานยา รวมถึงค่าใช้จ่ายในการรักษา ส่วนผลลัพธ์ระยะยาวประเมินจากภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิต และค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพจากแนวคิดและทฤษฎีการจัดการตนเองข้างต้น จะเห็นว่าการจัดการตนเองมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการ

ชะลอความก้าวหน้าของโรคและลดผลกระทบจากการเกิดภาวะแทรกซ้อน นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยเรื้อรัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ซึ่งการที่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจะปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่องนั้นมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยที่หลากหลาย

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการตนเองตามแนวคิดทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวของ Ryan and Sawin (2009) ในมิติด้านบริบท คือ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และระยะเวลาการเจ็บป่วย การรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นสิ่งเร้าตรงที่ส่งผลกระทบต่อบุคคลมากที่สุด การรับรู้ภาวะสุขภาพที่ถูกต้องจะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่ดี และเมื่อมีการเจ็บป่วยที่นานขึ้นผู้ป่วยจะเกิดการเรียนรู้ที่จะปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองจนกลายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต ส่วนปัจจัยในมิติด้านกระบวนการ คือ ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม ผู้ป่วยจะนำความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดการกับความเจ็บป่วย โดยผู้ป่วยจะปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองถ้ามีข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่จะทำและเชื่อว่าสุขภาพที่ดีมีความสัมพันธ์กับสิ่งที่ปฏิบัติการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นการรับรู้ความมั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติพฤติกรรม โดยบุคคลมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองหากมีความเชื่อมั่นว่าตนมีความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น และการสนับสนุนทางสังคมจะทำให้บุคคลมีกำลังใจ ไม่รู้สึกว่าการแก้ปัญหาเพียงลำพัง ส่งผลให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

สำหรับการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว (The individual and family self-management theory) ของ Ryan and Sawin (2009) มาประยุกต์ใช้ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมาประยุกต์ใช้ร่วมกัน ในการคัดเลือกตัวแปรที่จะศึกษาและเลือกเครื่องมือที่จะประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เพื่อสะท้อนให้เห็นถึงพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยดังกล่าวได้อย่างชัดเจนยิ่งขึ้น

### พฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3

โรคไตเรื้อรัง เป็นภาวะที่การทำหน้าที่ของไตลดลง ส่งผลต่อการทำงานของระบบต่าง ๆ ภายในร่างกาย ดังนั้นเป้าหมายสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจึงมุ่งไปที่การชะลอการเสื่อมของไต และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 โดยผู้ป่วยจำเป็นต้องมีพฤติกรรมจัดการตนเองในการควบคุมอาหาร การควบคุมน้ำดื่ม การ

รับประทานยา ร่วมกับการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตในการควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การควบคุมโรคร่วม เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์, 2548; อัมพร ซอฐานานุศักดิ์, 2551; Eskridge, 2010; Thomas-Hawkins & Zazworsky, 2005) นอกจากนี้ ผู้ป่วยควรมีการจัดการที่ดี ในด้านการติดต่อสื่อสารกับทีมผู้ดูแลสุขภาพร่วมด้วย (Thomas-Hawkins & Zazworsky, 2005; Curtin et al., 2005)

พฤติกรรมจัดการตนเองที่เหมาะสมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 จะสามารถชะลอการเสื่อมของไต และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งจะช่วยลดผลกระทบที่เกิดจากโรคและการรักษาได้ อย่างไรก็ตาม แม้ปัจจุบันได้มีการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ในทันทีที่ตรวจพบ โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการตนเอง แต่ยังคงพบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังยังคงมีการดำเนินของโรคไปสู่ระยะที่รุนแรงขึ้น และต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตเป็นจำนวนมาก ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ยังปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองไม่ต่อเนื่อง ไม่สม่ำเสมอ และไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา ทั้งในด้านการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต และการรับประทานยาเพื่อควบคุมโรคร่วมอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เช่น จากการศึกษาพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในโรงพยาบาลห้างฉัตร จังหวัดลำปาง พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีพฤติกรรมจัดการตนเองในด้านกิจกรรมการดูแลตนเอง และด้านการเป็นผู้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำ (บุญต่าย สิทธิไพศาล, 2553) และการศึกษาการจัดการด้วยตนเองในการรับประทานยาและการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังพบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีพฤติกรรมด้านการวางแผนรับประทานยา ด้านการสื่อสารกับผู้ให้บริการ และด้านการจัดการเมื่อลืมรับประทานยาอยู่ในระดับปานกลาง (นิตยา วิเศษชาติ, 2554) จากการศึกษาดังกล่าว สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังยังมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่ไม่เหมาะสมเท่าที่ควร ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า พฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยที่หลากหลายดังจะกล่าวต่อไป

### **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3**

จากการทบทวนวรรณกรรม พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่หลากหลาย เช่น การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนจากครอบครัว โรคร่วม ความรู้เกี่ยวกับโรค การทำหน้าที่ทางด้านร่างกายและจิตใจ ระยะเวลาในการรักษา อาการและอาการแสดง และอายุ ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาเป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั่วไปที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการ

ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและล้างไตทางช่องท้อง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4-5 ในขณะที่การศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 พบมีการศึกษาอย่างจำกัด การทบทวนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่พบ มีรายละเอียดดังนี้

### การรับรู้ภาวะสุขภาพ

การรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึก ความเชื่อ และความคิดเห็นของบุคคลต่อภาวะสุขภาพของตนเองในช่วงเวลาหนึ่งของการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และการดำเนินของโรคที่เป็นอยู่ โดยมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวและดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย หากผู้ป่วยมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ถูกต้องจะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองที่ดี (นงคันทวี สุวรรณเพชร, 2553) การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ บุคคลที่รับรู้ว่าคุณภาพดีจะมีแนวโน้มที่จะกระทำกิจกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพมากกว่าบุคคลที่รับรู้ว่าคุณภาพไม่ดี (Pender, 1996) โดยเมื่อมีการรับรู้บุคคลจะมีการให้ความหมาย เกิดทัศนคติและให้คุณค่ากับสุขภาพ ส่งผลให้เกิดการตัดสินใจที่จะแสดงพฤติกรรมออกไป (ดาวรุ่ง สุภากรณ์, 2540) การเจ็บป่วยและการรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นสิ่งเร้าตรงที่ส่งผลกระทบต่อบุคคลมากที่สุด เมื่อบุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพจะนำไปสู่ความรู้สึกรับรู้ต่อการเจ็บป่วยส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกทำกิจกรรมต่างๆของผู้ป่วย (ณรงค์กร ชัยวงศ์, 2557) หากผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 มีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ถูกต้องจะส่งผลให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเอง เพื่อชะลอการเสื่อมของไตและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่เป็นอยู่ได้อย่างเหมาะสม จากการศึกษาของ ดาวรุ่ง สุภากรณ์ (2540) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความหวัง การรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมปฏิบัติตนด้านสุขภาพของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมปฏิบัติตนด้านสุขภาพของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .21, p < .01$ )

### ระยะเวลาการเจ็บป่วย

ระยะเวลาการเจ็บป่วย หมายถึง ช่วงเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคไตเรื้อรัง เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ครั้งแรกว่าเป็นโรคไตเรื้อรัง ผู้ป่วยจะเกิดความสงสัย ไม่น่าเชื่อว่ามีความผิดปกติเกิดขึ้น (Costantini et al., 2008) เกิดความวิตกกังวล หวาดหวั่นกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ไม่สามารถปรับอารมณ์และจิตใจให้รับกับสภาพจริงที่เป็นอยู่ เมื่อระยะเวลาของการเจ็บป่วยนานขึ้น ผู้ป่วยจะมีการเรียนรู้การเจ็บป่วยของตนเอง มีความคุ้นเคย

กับแบบแผนการรักษาและเรียนรู้ที่จะฝึกปฏิบัติจนเกิดทักษะในการจัดการตนเองจนกลายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต (ลมคาย คำพิทักษ์, 2545; สุมาพร บรรณสาร, 2545) สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 เป็นระยะที่มักไม่ปรากฏอาการและอาการแสดง หรือเริ่มมีอาการของภาวะแทรกซ้อน ซึ่งเมื่อได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ผู้ป่วยจะรู้สึกไม่มั่นใจในคำวินิจฉัย เมื่อระยะเวลาผ่านไปร่วมกับการค้นหาข้อมูลและ/หรือผู้ป่วยเริ่มมีอาการแสดงจากภาวะแทรกซ้อนทำให้ผู้ป่วยยอมรับในการเจ็บป่วยว่าเป็นโรคไตเรื้อรัง และตระหนักว่าโรคไตเรื้อรังเป็นโรคที่รักษาไม่หาย ผู้ป่วยจะเริ่มมีพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อจัดการกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น (Costantini et al, 2008) จากการศึกษาของ หัสยา นิลอ่อน (2541) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดเป็นเวลานาน 6-10 ปี มีการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดเป็นเวลานาน 1-5 ปี เนื่องจากเกิดความเคยชินกับการปฏิบัติในการดำเนินชีวิตประจำวันเพื่อความอยู่รอด สอดคล้องกับการศึกษาของ O'Connor et al. (2008) ศึกษาพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย พบว่า ระยะเวลาของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย และการศึกษาของ Lee et al. (2010) ศึกษาความสัมพันธ์ของพฤติกรรมดูแลตนเองในการจัดการโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นเวลานานกว่า มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีกว่า ( $p < 0.01$ )

#### ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง

ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง หมายถึง ความเข้าใจของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ในการจัดการตนเองเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต การควบคุมโรคร่วม และการติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อชะลอการเสื่อมของไตและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังต้องการข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสมและเข้าใจง่ายในทันทีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรัง เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการจัดการกับการเจ็บป่วย (Murphy, Jenkins, Chamney, McCann, & Sedgewick, 2008) เมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะแรก ผู้ป่วยต้องการข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย การรักษา และผลที่จะตามมาในระยะยาว นอกจากนี้ผู้ป่วยต้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับความสำคัญของการควบคุมระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด และลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (Thomas-Hawkins & Zazworsky, 2005) โดยผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองตามคำแนะนำ ถ้าผู้ป่วยมีข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่จะทำและเชื่อว่าสุขภาพที่ดี มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น (Ryan & Sawin, 2009) สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 เป็นระยะที่มักไม่ปรากฏอาการและอาการแสดง เมื่อได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์จึงไม่มั่นใจว่าตนเป็นโรคไต

เรื่องจริง ดังนั้นการมีความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงหรือสาเหตุ อาการ และวิธีการวินิจฉัยโรค จะช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับการเจ็บป่วยและรับรู้ว่าเป็นการเจ็บป่วยที่รักษาไม่หาย ส่วนความรู้เกี่ยวกับการดำเนินของโรค ความรุนแรงของโรค การรักษา และการจัดการตนเองเป็นปัจจัยสำคัญที่จะนำไปสู่การมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่เหมาะสม มีความตระหนักถึงความสำคัญในการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ และเรียนรู้ที่จะดำเนินชีวิตต่อไปกับโรคที่เป็นอยู่ (Costantini et al, 2008)

การศึกษาของ Sritarapipat (2012) เกี่ยวกับแบบจำลองเชิงสาเหตุของการจัดการตนเองของผู้สูงอายุไทยที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนไต พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง มีอิทธิพลโดยตรงทางบวกต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุพิชา อัจฉิตการ (2555) เกี่ยวกับพฤติกรรมจัดการตนเองและปัจจัยทำนายในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง พบว่าความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .401, p < .01$ ) และการศึกษาของ มยุรี ปัญญาสิม (2551) เกี่ยวกับผลของการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรัง พบว่าภายหลังได้รับ โปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กนกวรรณ พูนพานิชย์ (2549) เกี่ยวกับผลของการใช้โปรแกรมการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาแบบประคับประคอง พบว่า พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังภายหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้สูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับการศึกษาของ Thomas et al. (2001) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานอาหารบำบัดโรคในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย พบว่าความรู้เกี่ยวกับอาหารบำบัดโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสม่ำเสมอในการรับประทานอาหารบำบัดโรค ( $r = 0.19, p = .0014$ ) และการศึกษาเชิงคุณภาพของ อรุณรัสมิ์ สาทิ (2554) ศึกษาพฤติกรรมและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมเกลือและโปรตีนของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะก่อนบำบัดทดแทนไต พบว่า การขาดความรู้เป็นปัจจัยเชิงลบที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมเกลือและโปรตีนของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จากการศึกษาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าหากผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ในระดับสูง ผู้ป่วยจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมจัดการโรคในด้านรับประทานอาหารได้ดี ซึ่งคาดว่าจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองในด้านอื่น ๆ ได้ดีด้วยเช่นกัน

สำหรับการศึกษานี้ ประเมินความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 1-3 โดยใช้แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ซึ่งผู้วิจัย แปลและดัดแปลงมาจากแบบประเมิน Chronic Kidney Disease Self-Management Knowledge Tool (CKD-SMKT) ของ Devraj and Wallace (2012)

#### **การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived self-efficacy)**

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน หมายถึง การรับรู้ถึงความมั่นใจหรือความเชื่อมั่นในต่อความสามารถของตนเองที่จะควบคุม หรือเปลี่ยนแปลงตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการให้สำเร็จและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมนั้น ความมั่นใจในสมรรถนะแห่งตนที่มีอยู่สูงจะเป็นตัวกำหนด การริเริ่มปฏิบัติพฤติกรรมและการคงพฤติกรรมนั้นไว้ บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมสำเร็จได้ขึ้นอยู่กับปัจจัย 2 ประการ คือ ความเชื่อในสมรรถนะ (Efficacy beliefs) และความคาดหวังต่อผลลัพธ์ (Outcome expectancy) (Bandura, 1977)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคล 3 ทาง คือ มีอิทธิพลในการเลือกกิจกรรม การใช้ความพยายามและความคงทนของการใช้ความพยายาม กล่าวคือ บุคคลจะหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมที่เชื่อว่าเกินความสามารถของตน แต่จะปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งพิจารณาแล้วว่าตนเองมีความสามารถที่จะปฏิบัติได้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนยังเป็นตัวกำหนด ความมากน้อยและความคงทนในการใช้ความพยายามของบุคคล บุคคลที่ตัดสินใจว่าตนเองไม่มีความสามารถเพียงพอที่จะจัดการกับสิ่งแวดล้อมได้ มักจะหมกมุ่นอยู่กับความพร่องและจินตนาการถึงความยุ่งยากต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้น

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะสะท้อนถึงความเชื่อในความสามารถของผู้ป่วยในการจัดระเบียบและบูรณาการพฤติกรรมจัดการด้านร่างกาย สังคม และอารมณ์ เพื่อจัดการกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น โดยบุคคลมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเอง หากบุคคลมีความเชื่อว่าตนมีสมรรถนะในการปฏิบัติพฤติกรรม และมีความคาดหวังผลลัพธ์ที่สอดคล้องกับเป้าหมายจากพฤติกรรมนั้น (Ryan & Sawin, 2009) การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนให้แก่ผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการตนเองดีขึ้น ส่งผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ทั้งในด้านความปวด ความอ่อนล้า ความพิการ ความทุกข์ทรมาน และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Yoo et al., 2011) ผู้ป่วยที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง จะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองได้ดีกว่า นำไปสู่การควบคุมโรคได้ดีกว่าและมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำกว่า (Weng, Dai, Wang, Huang, & Chiang, 2009)

จากการศึกษาของ Curtin et al. (2008) เกี่ยวกับสมรรถนะแห่งตนและการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงจะเพิ่มการสื่อสารกับบุคลากร ให้



ความร่วมมือในการดูแลตนเอง และรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้มีพฤติกรรมจัดการตนเองที่ดี ซึ่งจากการศึกษาของ นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์ (2548) เกี่ยวกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พบว่าสมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .61, p < .01$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ Sritarapipat. (2012) พบว่าสมรรถนะแห่งตนมีอิทธิพลโดยตรงทางบวกต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุไทยที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนไตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) และจากการศึกษาของ เนาวนา ภูจำพล (2554) พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้อง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และระยะที่ 4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .295, p < .05$ ) เช่นเดียวกับการศึกษาของนันทกา คำแก้ว (2547) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง พบว่า การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังได้ร้อยละ 49.6 และการศึกษาของ สาวิกา อร่ามเมือง (2555) เกี่ยวกับปัจจัยทำนายพฤติกรรมจำกัดน้ำในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พบว่าการรับรู้สมรรถนะของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมจำกัดน้ำของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .595, p < .01$ ) และการศึกษาของ สุชาลินี เรียมจันทร์ (2554) เกี่ยวกับผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมควบคุมโรคและระดับครีเอตินินในเลือดในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมควบคุมโรคสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สำหรับการศึกษานี้ ประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยใช้ แบบประเมิน

The Perceived Self-Management Self-Efficacy Questionnaire (PSMSEQ) ของ Sritarapipat. (2012)

#### **การสนับสนุนทางสังคม (Social support)**

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ถึงการได้รับการช่วยเหลือ การสนับสนุนจากบุคคลต่าง ๆ ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว เครือญาติ เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน ตลอดจนบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งประกอบด้วยการสนับสนุนเกี่ยวกับ ความรักใคร่ ความห่วงใย ความไว้วางใจ ความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ เวลา แรงงาน ข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนข้อมูลป้อนกลับ ข้อมูลเพื่อการเรียนรู้ และการประเมินตนเอง (House, 1981)

การสนับสนุนทางสังคมจะทำให้บุคคลมีกำลังใจ มีอารมณ์มั่นคง ช่วยลดความเครียด ส่งเสริมให้การต่อสู้ปัญหาของแต่ละบุคคลดีขึ้น ส่งผลให้มีพฤติกรรมจัดการสุขภาพที่ดี (สุมาพร บรรณสาร, 2545; Hoth et al., 2007; Ryan & Sawin, 2009) นอกจากนี้ การสนับสนุนทางสังคมยังช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจในการรักษาได้โดยไม่รู้สีกว่ากำลังเผชิญปัญหาอย่างโดดเดี่ยวและมีความหวังในการรักษาและมีชีวิตอยู่ (Hughes, Wood, & Smith, 2009) สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง การได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับภาวะการเจ็บป่วยและอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการดำเนินชีวิต และมีกำลังใจในการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง (เพ็ญศรี จิตต์จันทร์, 2554) จากการศึกษาของ Sritarapipat. (2012) เกี่ยวกับแบบจำลองเชิงสาเหตุของการจัดการตนเองของผู้สูงอายุไทยที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนไต พบว่าการสนับสนุนจากครอบครัวและบุคลากรทางสุขภาพ มีอิทธิพลโดยตรงทางบวกต่อพฤติกรรมจัดการตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ นันทกา คำแก้ว (2547) เกี่ยวกับปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับสูง ( $r = .704, p < .001$ ) และการศึกษาเชิงคุณภาพของ วนิตา คู่เคียงบุญ (2551) เกี่ยวกับการจัดการกับภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการจัดการกับภาวะน้ำเกิน และการศึกษาของ สุนันทา กรองยุทธ (2547) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมโภชนาการต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง พบว่า การส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมโภชนาการของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 เป็นผู้ป่วยกลุ่มที่การทำงานของไตลดลงในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ซึ่งเป็นระยะที่ยังสามารถให้การดูแลรักษาเพื่อชะลอการเสื่อมของไต และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ โดยการปฏิบัติตามแผนการรักษาพร้อมกับมีพฤติกรรมจัดการตนเองอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง ถึงแม้ปัจจุบันจะมีแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั้งในด้านการดูแลรักษา และการส่งเสริมพฤติกรรมจัดการตนเองอย่างชัดเจน แต่จากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ยังคงมีความก้าวหน้าของโรคไปสู่ระยะที่รุนแรงกว่าเป็นจำนวนมาก ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการบำบัดทดแทนไต คุณภาพชีวิตลดลง และต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเป็นจำนวนมาก ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีปัจจัยหลากหลายที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4-5 และผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังซึ่งแม้จะเป็นผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต แต่เป็นการศึกษาที่สะท้อนในภาพรวมของผู้ป่วยโรค

ไตเรื้อรังระยะที่ 1-5 สำหรับในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ยังไม่พบว่า มีการศึกษาดังกล่าว  
ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไต  
เรื้อรังระยะที่ 1-3 เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้ไปพัฒนาแนวทางในการส่งเสริมการจัดการตนเองของ  
ผู้ป่วย และเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการศึกษาและพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรค  
ไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ต่อไป

สำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยประเมินการสนับสนุนทางสังคมโดยใช้แบบประเมิน  
การสนับสนุนทางสังคมของ นันทกา คำแก้ว (2547) ที่สร้างขึ้นจากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม  
ของ House (1981)

## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม

#### สถานที่ในการทำวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ดำเนินการวิจัยที่โรงพยาบาลตราด โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มารับการตรวจรักษาตามแพทย์นัด ที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคไต โรงพยาบาลตราด ซึ่งให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตและไม่มีภาวะแทรกซ้อนในวันพฤหัสบดี เวลา 13.00-16.00 น. โดยมีการนัดผู้ป่วยมาเจาะเลือดเพื่อตรวจทางห้องปฏิบัติการและจัดเตรียมแฟ้มผู้ป่วยไว้ก่อนวันตรวจ 1 วัน และเจ้าหน้าที่จะติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการในเช้าวันที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด เมื่อผู้ป่วยมาถึงห้องตรวจจะได้รับการคัดกรองและซักประวัติก่อนพบแพทย์ ใช้เวลาในการรอพบแพทย์ประมาณ 2-3 ชั่วโมง (ผู้ป่วยเริ่มมาตั้งแต่เวลา 11.00 น.) ซึ่งระหว่างรอพบแพทย์ผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อเป็นโรคไตเรื้อรัง โดยทีมพยาบาล เกสซกร และนักโภชนาการ เมื่อพบแพทย์แล้วผู้ป่วยจะได้รับการนัดติดตามผลการรักษาทุก 3-6 เดือน ขึ้นอยู่กับการเปลี่ยนแปลงของระดับการทำงานของไต ซึ่งจากสถิติมีผู้ป่วยที่จะได้รับการนัดติดตามผลการรักษาในปี พ.ศ. 2558 ประมาณ 800 ราย โดยนัดผู้ป่วยประมาณวันละ 25-30 ราย ผู้วิจัยจึงกำหนดระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นระยะเวลา 4 เดือน ตั้งแต่เดือนมิถุนายนถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2558

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

##### ประชากร

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์โดยใช้เกณฑ์ของ สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย (2552) และมารับการตรวจรักษาตามแพทย์นัดที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคไต โรงพยาบาลตราด จังหวัดตราด ซึ่งจากสถิติมีผู้ป่วยที่จะเข้ารับการรักษาตามแพทย์นัดในปี พ.ศ. 2558 ประมาณ 800 ราย (งานเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลตราด, 2558)

### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์โดยใช้เกณฑ์ของ สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย (2552) และมารับการตรวจรักษาตามแพทย์นัดที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคไต โรงพยาบาลตราด ที่สุ่มจากประชากรซึ่งมีคุณสมบัติดังนี้

1. มีอายุ 20-60 ปี
2. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 มากกว่า 6 เดือน
3. หากมีโรคร่วมต้องไม่อยู่ในระยะที่มีอาการกำเริบ และต้องไม่ใช่โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง

4. มีสติสัมปชัญญะดี (รู้เวลา สถานที่ และบุคคล) การมองเห็นและการได้ยินชัดเจน และสามารถสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย

### ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ ใช้การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Tabachnick and Fidell (2001) ดังนี้

$$N \geq 50 + 8m$$

N คือ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

m คือ จำนวนตัวแปรทั้งหมดที่ศึกษา

แทนค่าในสูตร โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

$$N \geq 50 + (8 \times 6)$$

$$N \geq 98$$

ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้จึงใช้จำนวนมากกว่าหรือเท่ากับ 98 ราย แต่เนื่องจากเมื่อนำข้อมูลที่เก็บได้มาทำการวิเคราะห์ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น พบว่า ข้อมูลมีความผิดปกติในส่วนของแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองโดยมีคะแนนโดยรวมสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างอื่นมาก ผู้วิจัยจึงตัดข้อมูลที่มีความผิดปกติออก จำนวน 2 ราย จึงเหลือกลุ่มตัวอย่างที่นำมาวิเคราะห์ 96 ราย

### การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาคั้งนี้ ผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) ด้วยการสุ่มแบบไม่ใส่คืน (Sampling without replacement) (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภูร, 2553) รวบรวมข้อมูลเป็นเวลา 4 เดือน ตั้งแต่เดือนมิถุนายนถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2558 ดังขั้นตอนต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยทำการศึกษาเพิ่มประวัติผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ที่มาตรวจติดตามการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคไต โรงพยาบาลตราด เพื่อตรวจสอบคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดล่วงหน้า 1 วัน
2. เมื่อผู้วิจัยทราบจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ที่มาตรวจติดตามการรักษาในแต่ละวัน ผู้วิจัยทำลากลเลขคู่กับเลขคี่และทำการจับฉลากเมื่อได้แล้วนำไปเทียบกับหมายเลขตัวสุดท้ายของเลขที่ทั่วไปของผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จากนั้นจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ที่มีหมายเลขตัวสุดท้ายของเลขที่ทั่วไปตรงตามเลขคี่หรือเลขคู่ที่จับฉลากได้ในแต่ละวัน ผู้ที่ถูกสุ่มเป็นกลุ่มตัวอย่างแล้วเมื่อมาติดตามการรักษาในครั้งต่อไปจะไม่ถูกสุ่มอีก หากกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มได้ไม่มาตรวจตามนัด ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างรายนั้นไป
3. ผู้วิจัยดำเนินการสุ่มเช่นนี้ทุกวันจนกระทั่งได้กลุ่มตัวอย่างครบจำนวน 98 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมิน จำนวนทั้งสิ้น 6 ชุด ดังนี้

**ชุดที่ 1** แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 11 ข้อ ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ อายุ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา ศาสนา รายได้ การจ่ายค่ารักษาพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย และระยะของโรคตามเกณฑ์การแบ่งระยะของมูลนิธิโรคไตแห่งสหรัฐอเมริกา (National Kidney Foundation, 2002) โรคร่วม โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

**ชุดที่ 2** แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ใช้ประเมินการรับรู้พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง (The Self-Management Behavior Questionnaire; SMBQ) ของ Sritarapipat. (2012) ซึ่งประยุกต์มาจาก The Self-Management Behavior Indices ของ Curtin et al. (2008) สร้างขึ้น โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ Curtin and Mapes (2001) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 37 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการสื่อสาร (8 ข้อ) ด้านการมีส่วนร่วมในการดูแล (7 ข้อ) ด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา (1 ข้อ) ด้านกิจกรรมการดูแลตนเอง (11 ข้อ) และด้านการพิทักษ์สิทธิ์ตนเอง (10 ข้อ) นำไปใช้ในการประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุไทยที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนไต หากความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .89 แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ

### เกณฑ์การให้คะแนน

1 คะแนน	หมายถึง	ไม่ปฏิบัติ (ไม่มีพฤติกรรมหรือกระทำกิจกรรมตามข้อความนั้น)
2 คะแนน	หมายถึง	ปฏิบัติบางครั้ง (มีพฤติกรรมหรือกระทำกิจกรรมตามข้อความนั้นน้อยมาและไม่สม่ำเสมอ)
3 คะแนน	หมายถึง	ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง (มีพฤติกรรมหรือกระทำกิจกรรมตามข้อความนั้นบ้างแต่ไม่บ่อย)
4 คะแนน	หมายถึง	ปฏิบัติบ่อยครั้ง (มีพฤติกรรมหรือกระทำกิจกรรมตามข้อความนั้นบ่อยครั้งแต่ไม่สม่ำเสมอ)
5 คะแนน	หมายถึง	ปฏิบัติเป็นประจำ (มีพฤติกรรมหรือกระทำกิจกรรมตามข้อความนั้นเป็นประจำอย่างสม่ำเสมอ)

### การแปลผลคะแนน

แปลผลคะแนนโดยใช้เกณฑ์เดิมของเครื่องมือที่กำหนดไว้ คะแนนมีค่าอยู่ในช่วง

37.00-185.00 คะแนน โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ต่ำ ปานกลาง สูง

37.00-85.90 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับต่ำ

86.00-135.90 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลาง

136.00-185.00 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับสูง

**ชุดที่ 3** แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ ใช้ประเมินภาวะสุขภาพตามการรับรู้ของ

ผู้ป่วย ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบประเมิน 12 Short form health survey version 2 ฉบับภาษาไทย ของบริษัท Quality Metric Incorporate เป็นแบบประเมินที่ใช้ในผู้ป่วยทั่วไปที่พัฒนาขึ้นในประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งมีการแปลไว้หลายภาษา รวมทั้งภาษาไทยและมีการนำไปใช้อย่างแพร่หลายทั่วโลก เป็นแบบประเมินที่ผู้ป่วยตอบด้วยตนเองเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพใน 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบตามความรู้สึกของตนเอง มีจำนวนคำถามทั้งหมด 12 ข้อ รายงานคะแนนตามมิติทางด้านสุขภาพ 8 มิติ ได้แก่ มิติทางด้าน Physical functioning (คำถามข้อที่ 2, 3) Role physical (คำถามข้อที่ 4, 5) Bodily pain (คำถามข้อที่ 8) General health (คำถามข้อที่ 1) Vitality (คำถามข้อที่ 10) Social functioning (คำถามข้อที่ 12) Role emotional (คำถามข้อที่ 6, 7) และ Mental health (คำถามข้อที่ 9, 11) สำหรับในประเทศไทย วิรัช เกษมทรัพย์, พรรณทิพา ศักดิ์ทอง และกนกพร ปู่ผ้า (2550) นำเครื่องมือ SF-12 ไปใช้กับผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .77 มีเกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละข้อแตกต่างกันดังนี้

**เกณฑ์การให้คะแนนข้อที่ 1**

1 คะแนน	หมายถึง	ดีเยี่ยม
2 คะแนน	หมายถึง	ดีมาก
3 คะแนน	หมายถึง	ดี
4 คะแนน	หมายถึง	ปานกลาง
5 คะแนน	หมายถึง	ไม่ดี

**เกณฑ์การให้คะแนนข้อที่ 2-3**

1 คะแนน	หมายถึง	ใช่ เป็นปัญหา/ อุปสรรคอย่างมาก
2 คะแนน	หมายถึง	ใช่ เป็นปัญหา/ อุปสรรคเพียงเล็กน้อย
3 คะแนน	หมายถึง	ไม่เป็นปัญหา/ อุปสรรค

**เกณฑ์การให้คะแนนข้อที่ 4-7 และข้อ 9-12**

1 คะแนน	หมายถึง	ตลอดเวลา
2 คะแนน	หมายถึง	เกือบตลอดเวลา
3 คะแนน	หมายถึง	บางครั้ง
4 คะแนน	หมายถึง	นาน ๆ ครั้ง
5 คะแนน	หมายถึง	ไม่เลย

**เกณฑ์การให้คะแนนข้อที่ 8**

1 คะแนน	หมายถึง	ไม่เลย
2 คะแนน	หมายถึง	เล็กน้อย
3 คะแนน	หมายถึง	ปานกลาง
4 คะแนน	หมายถึง	ค่อนข้างมาก
5 คะแนน	หมายถึง	มากที่สุด

**การแปลผลคะแนน**

แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพมีค่าคะแนนดิบอยู่ระหว่าง 12.00-56.00 คะแนน แปลงค่าคะแนนให้อยู่ในช่วง 0.00-100.00 คะแนน โดยใช้สูตร  $(100 / \text{ผลต่างของช่วงคะแนน}) \times (\text{คะแนนดิบ} - \text{ค่าคะแนนต่ำสุด})$  คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 50.00 เป็นกลุ่มที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่ดี ช่วงคะแนนระหว่าง 51.00-100.00 เป็นกลุ่มที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพดี (Ware et al., 2009) นอกจากนี้ยังแบ่งคะแนนรวมออกเป็น 2 ด้าน ได้แก่ คะแนนรวมด้านร่างกาย (Physical Component Score[PCS]) ได้แก่ ข้อที่ 1, 2, 3, 4, 5 และ 8 คะแนนอยู่ระหว่าง 6-26 คะแนน และคะแนนรวมด้านจิตใจ (Mental Component Score[MCS]) ได้แก่ ข้อที่ 6, 7, 9, 10, 11 และ 12 คะแนนรวมอยู่ระหว่าง



6.00-30.00 คะแนน แปลผลโดยแปลคะแนนให้มีค่าอยู่ระหว่าง 50.00-100.00 คะแนนคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 50.00 เป็นกลุ่มที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่ดี ช่วงคะแนนระหว่าง 51.00-100.00 เป็นกลุ่มที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพดี (Ware et al.,2009)

**ชุดที่ 4** แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ใช้ประเมินความรู้ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเกี่ยวกับการจัดการตนเอง ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังซึ่งผู้วิจัยแปลและดัดแปลงมาจากแบบประเมิน Chronic Kidney Disease Self-Management Knowledge Tool (CKD-SMKT) ของ Devraj & Wallace (2012) ซึ่งพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อใช้ประเมินความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั้งในระยะก่อนการบำบัดทดแทนไต และผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต

สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยจะใช้เทคนิคการแปลแบบย้อนกลับ (Back translation) (รัตนศิริ ทาโต, 2551) แล้วนำแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังฉบับภาษาไทยไปหาคำดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) มีค่าเท่ากับ .93 และตรวจสอบความเที่ยงโดยใช้สูตรคูเดอริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20) มีค่าเท่ากับ .66

แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ลักษณะแบบวัดเป็นแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ

#### เกณฑ์การให้คะแนน

1 คะแนน หมายถึง ตอบถูก

0 คะแนน หมายถึง ตอบผิด/ ตอบไม่ทราบ

#### การแปลผลคะแนน

คะแนนมีค่าอยู่ในช่วง 0.00-10.00 คะแนน คะแนนเฉลี่ยมากกว่าร้อยละ 50 แสดงว่าผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองอยู่ในระดับสูง คะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าร้อยละ 50 แสดงว่าผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองอยู่ในระดับต่ำ (บุญธรรม กิจปริดาภิสุทธิ์, 2553)

**ชุดที่ 5** แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ใช้ประเมินระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบสอบถาม Perceived Self-Management Self-Efficacy Questionnaire (PSMSEQ) ของ Sritarapipat. (2012) ซึ่งประยุกต์จากแบบประเมิน Self-Efficacy Index ของ Curtin et al. (2008) สร้างโดยใช้กรอบแนวคิดของ Bandura (1997) นำไปใช้ในการประเมินระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองของผู้สูงอายุไทยที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนไต ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยการคำนวณสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่า

ความเชื่อมั่นเท่ากับ .96 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ

#### เกณฑ์การให้คะแนน

1 คะแนน	หมายถึง	ไม่มั่นใจเลย
2 คะแนน	หมายถึง	มั่นใจน้อย
3 คะแนน	หมายถึง	มั่นใจปานกลาง
4 คะแนน	หมายถึง	มั่นใจมาก
5 คะแนน	หมายถึง	มั่นใจมากที่สุด

#### การแปลผลคะแนน

แปลผลคะแนน โดยใช้เกณฑ์เดิมของเครื่องมือที่กำหนดไว้ คะแนนมีค่าอยู่ในช่วง

12.00-60.00 คะแนน การแปลผลคะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ต่ำ ปานกลาง สูง

12.00-27.90 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนระดับต่ำ

28.00-43.90 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนระดับปานกลาง

44.00-60.00 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนระดับสูง

**ชุดที่ 6** แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ใช้ประเมินความรู้สึกรับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของ นันทกา คำแก้ว (2547) ที่สร้างขึ้นจากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) และนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่แผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 120 ราย ในจังหวัดเชียงใหม่ ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยการคำนวณสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .85 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมประกอบด้วย ข้อคำถามที่ประเมินความรู้สึกของการได้รับการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้าน ด้านละ 5 ข้อ ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมินค่า และด้านทรัพยากร รวมคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ลักษณะของคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ

#### เกณฑ์การให้คะแนน

1 คะแนน	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความเป็นจริงเลย
2 คะแนน	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความเป็นจริงเพียงเล็กน้อย
3 คะแนน	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความเป็นจริงเป็นส่วนใหญ่
4 คะแนน	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

### การแปลผลคะแนน

แปลผลคะแนน โดยใช้เกณฑ์เดิมของเครื่องมือที่กำหนดไว้ คะแนนการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีค่าอยู่ในช่วง 20.00-80.00 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ต่ำ ปานกลาง สูง โดยกำหนดช่วงคะแนนดังนี้

20.00-40.00 คะแนน	หมายถึง	ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ
41.00-60.00 คะแนน	หมายถึง	ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง
61.00-80.00 คะแนน	หมายถึง	ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัยโดยหาความตรง และความเที่ยงของแบบประเมินต่าง ๆ ดังนี้

#### 1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ซึ่งเป็นเครื่องมือที่แปลและดัดแปลงมาจากภาษาอังกฤษ นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคไต จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลที่มีความชำนาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคไต จำนวน 2 ท่าน โดยการตรวจสอบความชัดเจนของภาษาและความเหมาะสมของการใช้ภาษา หลังจากนั้นนำไปหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) มีค่าเท่ากับ .93 จากนั้นผู้วิจัยนำแบบประเมินมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อให้แบบประเมินมีความชัดเจนด้านเนื้อหา และมีความเหมาะสมด้านภาษา ก่อนนำไปทดลองใช้ ส่วนเครื่องมือฉบับอื่นเป็นเครื่องมือที่เคยนำมาใช้และผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาแล้ว จึงไม่จำเป็นต้องนำมาตรวจสอบซ้ำอีก

#### 2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยจะตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือการวิจัยโดยนำแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (ที่ปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้ว) แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเอง แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคไต โรงพยาบาลตราด จำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้นำมาคำนวณหาความเที่ยง ด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าเท่ากับ .81, .87, .92 และ .89 ตามลำดับ สำหรับแบบ

ประเมินความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังนั้น ผู้วิจัยนำมาคำนวณหาความเที่ยงโดยใช้สูตรคูเดอริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20) มีค่าเท่ากับ .66

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยนำโครงการวิทยานิพนธ์และเครื่องมือการวิจัยที่ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา รหัสจริยธรรม 02-11-2557 เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลตราด เมื่อได้รับอนุมัติให้เก็บข้อมูลได้จึงดำเนินการวิจัย โดยผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัวและสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ ให้เวลากลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย เมื่อสมัครใจแล้วให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย แล้วจึงเริ่มทำการเก็บรวบรวมข้อมูล หากกลุ่มตัวอย่างไม่สะดวกที่จะให้ข้อมูล หรือมีอาการผิดปกติ ก็สามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ไม่มีผู้ถอนตัวจากการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วนทุกราย ข้อมูลที่ได้ถูกเก็บไว้เป็นความลับโดยผู้วิจัยใช้รหัสแทนชื่อและนามสกุลของกลุ่มตัวอย่าง และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. หลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาแล้ว ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลตราด จังหวัดตราด เพื่อขออนุญาตเข้าทำการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. หลังจากได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลตราด จังหวัดตราด เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดการวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านการคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ณ แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคไต โรงพยาบาลตราด เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล วิธีการตอบแบบประเมิน พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

4. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในช่วงก่อนแพทย์ทำการตรวจ โดยสถานที่ที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นห้องตรวจที่ว่างซึ่งอยู่บริเวณใกล้เคียงกับห้องตรวจที่ผู้ป่วยจะเข้าพบแพทย์ เพื่อป้องกันเสียงรบกวนจากภายนอก และเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับการเข้าพบแพทย์ โดยใช้เวลาประมาณ 30-40 นาที

5. ผู้วิจัยแจกแบบประเมินให้กับกลุ่มตัวอย่าง โดยแจกแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองให้ผู้ป่วยตอบก่อน ส่วนแบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง และแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม แจกให้ผู้ป่วยตอบเมื่อผู้ป่วยตอบแบบประเมิน 2 ชุดแรกเสร็จแล้ว โดยผู้วิจัยอธิบายลักษณะของแบบประเมินและวิธีการตอบแบบประเมินแก่กลุ่มตัวอย่าง หากมีข้อสงสัยกลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

6. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล หากพบข้อมูลไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างสอบแบบประเมินเพิ่มเติม ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างถึงคิวเข้ารับการตรวจ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเข้ารับการตรวจก่อนและขอความร่วมมือให้ช่วยตอบแบบประเมินให้เสร็จสมบูรณ์หลังจากได้รับการตรวจเรียบร้อยแล้ว กล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง ก่อนจะนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ข้อมูลเกี่ยวกับ พฤติกรรมจัดการตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ภายหลังจากการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ โดยใช้การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (Correlation description research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 96 คน ที่มาพบแพทย์ตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิก โรคไต โรงพยาบาลตราด เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2558 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ และนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยตารางประกอบคำบรรยายตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการจัดการตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการจัดการตนเองกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 จำนวน 96 คน จำแนกตามเพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะของโรคไต และโรคร่วมรายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ( $n = 96$ )

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	42	43.70
หญิง	54	56.30

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)(Min = 39, Max = 60, Mean = 53.18, SD = 4.54)		
31-40 ปี	2	2.10
41-50 ปี	29	30.20
51-60 ปี	65	67.70
ศาสนา		
พุทธ	88	91.70
คริสต์	1	1.00
อิสลาม	7	7.30
สถานภาพสมรส		
โสด	3	3.10
คู่	75	78.10
หม้าย	15	15.60
หย่า/ แยก	3	3.10
การศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	3	3.10
ประถมศึกษา	63	65.60
มัธยมศึกษา	21	21.90
อนุปริญญาหรือ ปวส.	7	7.30
ปริญญาตรี	2	2.10
อาชีพ		
เกษตรกร	32	33.30
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	25	26.00
ค้าขาย	17	17.70
รับจ้าง	11	11.50
รับราชการ	9	9.40
อื่น ๆ	2	2.10

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
รายได้		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	26	27.10
5,000-10,000 บาท	22	22.90
10,000-20,000 บาท	37	38.50
มากกว่า 20,000 บาท	11	11.50
พักอาศัยร่วมกับ		
สามี, ภรรยา, บุตร	93	96.90
อื่นๆ	3	3.10
ระยะของโรคไต		
1	8	8.30
2	18	18.80
3	70	72.90
โรคร่วม *		
เบาหวาน	85	88.50
ความดันโลหิตสูง	81	84.40
เบาหวานและความดันโลหิตสูง	72	75.00

หมายเหตุ\* 1 คนเป็นได้มากกว่า 1 โรค

จากตารางที่ 1 พบว่า ลักษณะของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ในการวิจัยครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 56.30 มีอายุเฉลี่ย 53.18 ปี ( $SD = 4.54$  ปี) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 91.70 สถานภาพสมรสเป็นคู่ ร้อยละ 78.10 ส่วนใหญ่เรียนจบชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 65.60 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 33.30 รองลงมาไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 26.00 มีรายได้ต่อเดือน 10,001-20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 38.50 ส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่ร่วมกับสามี ภรรยาหรือบุตร คิดเป็นร้อยละ 96.90 เจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 72.90 และผู้ป่วยทุกราย มีโรคร่วม โดยส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวานคิดเป็นร้อยละ 88.5



## ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการจัดการตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม

พฤติกรรมการจัดการตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังแสดงรายละเอียดตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของพฤติกรรมการจัดการตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม ( $n = 96$ )

ตัวแปร	ช่วงคะแนน		<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ
	ที่เป็นไปได้	ที่พบ			
พฤติกรรมการจัดการตนเอง (โดยรวม)	37.00-185.00	69.00-106.00	83.79	8.71	ต่ำ
ด้านการติดต่อสื่อสาร (8)	8.00-40.00	8.00-22.00	11.44	2.92	-
ด้านการมีส่วนร่วมในการดูแล (7)	7.00-35.00	7.00-21.00	9.31	3.16	-
ด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา (1)	1.00-5.00	4.00-5.00	4.98	0.14	-
ด้านกิจกรรมการดูแลตนเอง (11)	11.00-55.00	32.00-54.00	41.59	4.85	-
ด้านการพิทักษ์สิทธิ์ตนเอง (10)	10.00-50.00	11.00-26.00	16.46	2.50	-
การรับรู้ภาวะสุขภาพ (โดยรวม)	0.00-100.00	45.45-88.64	62.24	8.13	ดี
ด้านร่างกาย (6)	0.00-100.00	40.00-80.00	60.36	10.86	ดี
ด้านจิตใจ (6)	0.00-100.00	41.67-95.83	63.80	9.50	ดี
ระยะเวลาการเจ็บป่วย	-	-	2.36	1.50	-
ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง	0.00-10.00	2.00-10.00	7.54	1.77	สูง
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	12.00-60.00	25.00-60.00	39.42	7.12	ปานกลาง
การสนับสนุนทางสังคม (โดยรวม)	20.00-80.00	46.00-72.00	62.54	5.66	ปานกลาง
ด้านอารมณ์ (5)	5.00-20.00	10.00-20.00	16.23	2.11	-
ด้านข้อมูลข่าวสาร (5)	5.00-20.00	12.00-20.00	17.09	2.35	-
ด้านการประเมินค่า (5)	5.00-20.00	9.00-18.00	13.44	1.81	-
ด้านทรัพยากร (5)	5.00-20.00	7.00-20.00	15.78	2.58	-

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 83.79 ( $SD = 8.71$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการติดต่อสื่อสาร ด้านการมีส่วนร่วมในการดูแล และด้านการพิทักษ์สิทธิตนเองมีค่าเฉลี่ยเข้าใกล้ค่าต่ำสุดของคะแนนรายด้าน โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 11.44, 9.31, 16.46 ( $SD = 2.92, 3.16, 2.50$ ) ตามลำดับ ส่วนด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษาและด้านกิจกรรมการดูแลตนเองมีค่าเฉลี่ยเข้าใกล้ค่าสูงสุดของคะแนนรายด้าน โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.98, 41.59 ( $SD = 0.14, 4.85$ ) ตามลำดับ

ระยะเวลาการเจ็บป่วย กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 2.36 ปี ( $SD=1.50$  ปี) มีระยะเวลาการเจ็บป่วยมากที่สุด 8 ปี และน้อยที่สุด 1 ปี โดยกลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาการเจ็บป่วย 1 ปีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 36.50 รองลงมาคือ 2 ปี ร้อยละ 28.10

การรับรู้ภาวะสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 62.24 ( $SD = 8.13$ ) คิดเป็นร้อยละ 95.80 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านร่างกายและด้านจิตใจอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 87.50 และ 97.90 ตามลำดับ

ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 7.54 ( $SD = 1.77$ ) คิดเป็นร้อยละ 90.60

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 39.42 ( $SD = 7.12$ ) คิดเป็นร้อยละ 78.10

การสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับสูงมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 62.54 ( $SD = 5.66$ ) คิดเป็นร้อยละ 67.70 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์และด้านข้อมูลข่าวสารเข้าใกล้ค่าสูงสุดของคะแนนรายด้าน โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 16.23, 17.09 ( $SD = 2.11, 2.35$ ) ตามลำดับ ส่วนด้านการประเมินค่าและด้านทรัพยากรมีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 13.44, 15.78 ( $SD = 1.81, 2.58$ ) ตามลำดับ

### ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรม

การจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้ การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น พบว่ามีข้อมูลที่มีค่าผิดปกติทำให้ข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ ผู้วิจัยจึงทำการตัดข้อมูลที่มีค่าผิดปกติออกไปจำนวน 2 ราย ซึ่งจากการคำนวณตามสูตร Tabachnic and Fidell (2001) จะได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 98 ราย เมื่อตัดกลุ่มตัวอย่างที่มีค่าผิดปกติออก จึงเหลือกลุ่มตัวอย่างจำนวน 96 ราย หลังจากนั้นทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นอีกครั้ง พบว่า ข้อมูลเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน กล่าวคือ ข้อมูลมีการแจกแจงปกติ ตัวแปรทุกตัวมีการวัดที่ระดับ Interval ไม่มีค่าผิดปกติ ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตามเป็นเชิงเส้นตรง และความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรอิสระทุกตัวมีค่าคงที่ จึงทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรโดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน รายละเอียดตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ( $n = 96$ )

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน	P - value
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	.406	<.05
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	.316	<.05
การสนับสนุนทางสังคม	.498	<.05

จากตารางที่ 3 พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ( $r = .406$ ,  $r = .316$  และ  $r = .498$  ตามลำดับ) ส่วนระยะเวลาการเจ็บป่วยและความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3

## บทที่ 5

### สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ ภาวะสุขภาพ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ Curtin et al. (2005) ร่วมกับทฤษฎีการจัดการตนเอง ของบุคคลและครอบครัวของ Ryan and Sawin (2009) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ที่มารับการตรวจรักษาตามแพทย์นัด ที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิก โรคไต โรงพยาบาลตราด จำนวน 96 คน ซึ่งได้มาโดยการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเอง แบบ ประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และแบบประเมินการ สนับสนุนทางสังคม ตรวจสอบความเที่ยง ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .81, .87, .92, และ .89 ตามลำดับ ส่วนแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองตรวจสอบความเที่ยงของ เครื่องมือโดยวิธีคูแอร์ ริชาร์ดสัน ได้ค่าเท่ากับ .66 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

#### สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยสามารถสรุปได้ดังนี้

##### 1. ข้อมูลส่วนบุคคล

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 56.30 มีอายุเฉลี่ย 53.18 ปี ( $SD = 4.54$  ปี) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 91.70 สถานภาพสมรสเป็นคู่ ร้อยละ 78.10 ส่วนใหญ่เรียนจบชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 65.60 ประกอบอาชีพเกษตรกรมากที่สุด ร้อยละ 33.30 มีรายได้ต่อเดือน 10,001-20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 38.50 ส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่ ร่วมกับสามี ภรรยาหรือบุตร คิดเป็นร้อยละ 96.90 เจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 มากที่สุด คิด เป็นร้อยละ 72.90 และผู้ป่วยมีโรคร่วมทุกราย โดยส่วนใหญ่เป็น โรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 88.50

##### 2. ข้อมูลเกี่ยวกับตัวแปรที่ศึกษา

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการจัดการตนเอง โดยรวมอยู่ในระดับต่ำ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 83.79 ( $SD = 8.71$ ) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการ จัดการตนเองด้านการติดต่อสื่อสาร ด้านการมีส่วนร่วมในการดูแล และด้านการพิทักษ์สิทธิ์ตนเองมี

ค่าเฉลี่ยเข้าใจสี่ค่าต่ำสุดของคะแนนรายด้าน โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 11.44, 9.31, 16.46 ( $SD = 2.92, 3.16, 2.50$ ) ตามลำดับ ส่วนด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษาและด้านกิจกรรมการดูแลตนเองมีค่าเฉลี่ยเข้าใจสี่ค่าสูงสุดของคะแนนรายด้าน โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.98, 41.59 ( $SD = 0.14, 4.85$ ) ตามลำดับ มีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 2.36 ปี ( $SD = 1.50$  ปี) โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างเจ็บป่วยด้วยโรคไทรอยด์ระยะที่ 1 มากที่สุดมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.65 ( $SD = 1.48$ ) มีการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดีมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 62.24 ( $SD = 8.13$ ) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านร่างกายและด้านจิตใจอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 87.50 และ 97.90 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองอยู่ในระดับสูงมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 7.54 ( $SD = 1.77$ ) มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 39.42, SD = 7.12$ ) และได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูงมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 62.54 ( $SD = 5.66$ ) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์และด้านข้อมูลข่าวสารเข้าใจสี่ค่าสูงสุดของคะแนนรายด้าน โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 16.23, 17.09 ( $SD = 2.11, 2.35$ ) ตามลำดับ ส่วนด้านการประเมินค่าและด้านทรัพยากรมีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 13.44, 15.78 ( $SD = 1.81, 2.58$ ) ตามลำดับ

### 3. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไทรอยด์ระยะที่ 1-3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ( $r = .406, r = .316$  และ  $r = .498$  ตามลำดับ) ส่วนระยะเวลาการเจ็บป่วยและความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไทรอยด์ระยะที่ 1-3

### การอภิปรายผล

จากผลการวิจัย อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

#### พฤติกรรมการจัดการตนเอง

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 83.79 ( $SD = 8.71$ ) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการติดต่อสื่อสาร ด้านการมีส่วนร่วมในการดูแล และด้านการพิทักษ์สิทธิตนเองมีค่าเฉลี่ยเข้าใจสี่ค่าต่ำสุดของคะแนนรายด้าน โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 11.44, 9.31,

16.46 ( $SD = 2.92, 3.16, 2.50$ ) ตามลำดับ อาจเนื่องมาจาก เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังและได้รับแจ้งจากแพทย์จึงเกิดการรับรู้การเจ็บป่วย ถึงแม้จะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อเป็นโรคไตเรื้อรังโดยทีมพยาบาล เภสัชกร และนักโภชนาการ แต่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 เป็นระยะที่มักยังไม่พบอาการและอาการแสดงที่ชัดเจนผู้ป่วยจึงมีการรับรู้ว่าคุณภาพชีวิต ร่วมกับเมื่อพิจารณาจากข้อมูลส่วนบุคคลจะพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 51-60 ปี ( $M = 53.18$  ปี) และมีโรคร่วมอยู่แล้ว ซึ่งความเสื่อมถอยของร่างกายจากอายุที่มากขึ้นร่วมกับมีโรคร่วมอาจเป็นอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเอง ดังนั้นถึงแม้ว่าจากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี ( $M = 60.36$ ) มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 39.42$ ) และมีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ( $M = 62.54$ ) แต่ผู้ป่วยยังคงมีพฤติกรรมจัดการตนเองอยู่ในระดับต่ำ แต่เมื่อพิจารณาพฤติกรรมจัดการตนเองด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษาและด้านกิจกรรมการดูแลตนเองมีค่าเฉลี่ยเข้าใกล้ค่าสูงสุดของคะแนนรายด้าน โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.98, 41.59 ( $SD = 0.14, 4.85$ ) ตามลำดับ อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคร่วมอยู่แล้ว ได้แก่ โรคเบาหวานคิดเป็นร้อยละ 88.50 รองลงมาคือโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 84.40 ซึ่งโรคร่วมดังกล่าวจำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องอยู่แล้ว ดังนั้นผู้ป่วยจึงมีพฤติกรรมด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษาค่อนข้างสูง

#### การรับรู้ภาวะสุขภาพ

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 62.24 ( $SD = 8.13$ ) และมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .406$ ) อาจเนื่องมาจาก เมื่อผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังและได้รับแจ้งจากแพทย์จึงมีการรับรู้ถึงภาวะการเจ็บป่วย ซึ่งการรับรู้ดังกล่าวเป็นสิ่งเร้าตรงที่ส่งผลกระทบต่อบุคคลมากที่สุด โดยบุคคลที่รับรู้ว่าคุณภาพชีวิตมีแนวโน้มที่จะกระทำกิจกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพมากกว่าบุคคลที่รับรู้ว่าคุณภาพไม่ดี (Pender, 1996) ร่วมกับการศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ซึ่งเป็นระยะที่มักยังไม่มีอาการและอาการแสดงที่รบกวนการทำกิจกรรมต่าง ๆ ดังนั้น ผู้ป่วยจึงยังสามารถปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ดาวรุ่ง สุภาภรณ์ (2540) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความหวัง การรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมปฏิบัติตนด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยเครื่องไตเทียม พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ

พฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยเครื่องไตเทียม ( $r = .21, p < .01$ )

#### การรับรู้สมรรถนะแห่งตน

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 39.42, SD = 7.12$ ) และมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ( $r = .316$ ) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวของ Ryan and Sawin (2009) ที่กล่าวว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองจะทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามคำแนะนำ และการศึกษาของ Curtin et al. (2008) ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พบว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงจะเพิ่มการสื่อสารกับผู้ดูแล ให้ความร่วมมือในการดูแลตนเอง และรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้มีพฤติกรรมจัดการตนเองที่ดี จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 75 มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับปานกลางส่งผลให้มีการจัดการตนเองที่ดี ซึ่งการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ซึ่งเป็นระยะมักยังไม่มีอาการและอาการแสดง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังสามารถทำงานประกอบอาชีพได้ จึงมีการรับรู้ว่าคุณสมบัติยังสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้รวมทั้งกิจกรรมจัดการตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไตและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคไตเรื้อรัง สอดคล้องกับการศึกษาของ นางลักขณ์ เมธากาญจนศักดิ์ (2548) เกี่ยวกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พบว่าสมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .61, p < .01$ ) การศึกษาของ Sritarapipat. (2012) พบว่าสมรรถนะแห่งตนมีอิทธิพลโดยตรงทางบวกในระดับสูงต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุไทยที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนไต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .65, p < .01$ ) และการศึกษาของ นันทกา คำแก้ว (2547) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยอายุโรคไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยอายุโรคไตวายเรื้อรังได้ ร้อยละ 49.60

#### การสนับสนุนทางสังคม

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ( $M = 62.54, SD = 5.66$ ) และมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ( $r = .498$ ) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์และด้านข้อมูล

ข่าวสารเข้าใกล้ค่าสูงสุดของคะแนนรายด้านสอดคล้องกับแนวคิดการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวของ Ryan and Sawin (2009) ซึ่งกล่าวว่า การที่ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดี เป็นเรื่องที่ซับซ้อนและต้องอาศัยการบูรณาการพฤติกรรมการจัดการตนเองให้เข้ากับวิถีชีวิตของบุคคลและครอบครัว เนื่องจากผู้ป่วยและสมาชิกภายในครอบครัวจะมองการเจ็บป่วยในมุมที่แตกต่างกัน ซึ่งจะเป็นข้อมูลสำคัญให้ทีมบริการสุขภาพมองเห็นปัญหาได้ครอบคลุมและสามารถร่วมกันกับผู้ป่วยและครอบครัววางแผนการจัดการการเจ็บป่วยที่เหมาะสม ซึ่งจากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 96.90 พักอาศัยอยู่ร่วมกับครอบครัว ได้แก่ สามี ภรรยา หรือบุตร จึงมีผู้คอยให้ความช่วยเหลือและให้กำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเอง รวมทั้งยังมีทีมผู้ดูแลสุขภาพทั้งแพทย์ พยาบาล เกษัตริกร และนักโภชนาการคอยให้คำแนะนำและเป็นที่ปรึกษา ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญศรี จิตต์จันทร์ (2554) พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะทำให้ผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือด้านต่าง ๆ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การดูแลตนเองและควบคุมโรคทำให้ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ส่งผลให้ความรุนแรงของโรค และความรุนแรงของอาการลดลง ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ มีอารมณ์มั่นคง ช่วยลดความเครียด ส่งเสริมให้การต่อสู้ปัญหาของแต่ละบุคคลดีขึ้น ส่งผลให้มีพฤติกรรมการจัดการสุขภาพที่ดี (สุมาพร บรรณสาร, 2545; Hoth et al., 2007; Ryan & Sawin, 2009) การศึกษาของ Sritarapipat. (2012) เกี่ยวกับแบบจำลองเชิงสาเหตุของการจัดการตนเองของผู้สูงอายุไทยที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนไต พบว่าการสนับสนุนจากครอบครัว มีอิทธิพลโดยตรงทางบวกต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) การศึกษาของ นันทกา คำแก้ว (2547) เกี่ยวกับปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับสูง ( $r = .704$ ,  $p < .001$ ) และการศึกษาเชิงคุณภาพของ วนิดา คู่เคียงบุญ (2551) เกี่ยวกับการจัดการกับภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และจากการศึกษาคั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับสามี ภรรยา บุตร รวมทั้งเมื่อมาพบแพทย์เพื่อติดตามการรักษา จะได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนด้านความรู้เพื่อการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนซึ่งน่าจะเป็นปัจจัยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมี การจัดการตนเองที่ดี

#### ระยะเวลาการเจ็บป่วย

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาการเจ็บป่วยน้อยที่สุด 1 ปี นานที่สุด 8 ปี และมีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 2.36 ปี โดยระยะเวลาการเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ หัสยา นิลอ่อน (2541) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยที่



ได้รับการฟอกเลือดเป็นเวลานาน 6-10 ปี มีการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดเป็นเวลานาน 1-5 ปี และ O'Connor et al. (2008) ศึกษาพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย พบว่า ระยะเวลาของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังมาเป็นระยะเวลาไม่นานนัก ประกอบกับเป็นระยะที่มักยังไม่มีอาการและอาการแสดงของโรค ผู้ป่วยจึงยังสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ทำให้เกิดความไม่แน่ใจในการวินิจฉัยของแพทย์และไม่ตระหนักถึงความสำคัญของปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไตและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดตามมา

### ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองอยู่ในระดับสูง ( $M = 7.54, SD = 1.77$ ) แต่ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาที่ผ่านมาของ สุพิชา อาชิตการ (2555) เกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองและปัจจัยทำนายในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง พบว่าความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .401, p < .01$ ) การศึกษาของ มยุรี ปัญญาสิม (2551) เกี่ยวกับผลของการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรัง พบว่าภายหลังได้รับ โปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 การศึกษาของ กนกวรรณ พูนพานิชย์ (2549) เกี่ยวกับผลของการใช้โปรแกรมการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาแบบประคับประคองพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังภายหลังได้รับ โปรแกรมการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้สูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การศึกษาของ Thomas et al. (2001) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานอาหารบำบัดโรคในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย พบว่าความรู้เกี่ยวกับอาหารบำบัดโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสม่ำเสมอในการรับประทานอาหารบำบัดโรค ( $r = 0.19, p = .0014$ ) และการศึกษาเชิงคุณภาพของ อรุณรัสมิ์ สาทิ (2554) ศึกษาพฤติกรรมและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมเกลือและโปรตีนของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะก่อนบำบัดทดแทนไต พบว่า การขาดความรู้เป็นปัจจัยเชิงลบที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมเกลือและโปรตีนของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ซึ่งอาจวิเคราะห์ได้ว่าผู้ป่วยโรคไตระยะที่ 1-3 เป็นระยะที่มักยังไม่มีอาการและอาการแสดงของโรคที่ชัดเจนผู้ป่วยจึงยังสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ และแม้ผู้ป่วยจะมีความรู้เกี่ยวกับโรค

และการจัดการตนเองแต่อาจยังไม่เข้าใจเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้อง เช่น รู้ว่าต้องลดอาหารรสเค็มเนื่องจากอาหารรสเค็มมีโซเดียมสูง แต่ยังไม่ทราบว่า จะลดลงเท่าไรจึงจะเหมาะสม นอกจากนี้เมื่อพิจารณาข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ส่วนใหญ่ยังทำงานประกอบอาชีพได้ซึ่งส่วนใหญ่เป็นอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 32 ซึ่งจากลักษณะการทำงานที่ต้องออกจากบ้านแต่เช้าทำงานอยู่ในสวนทั้งวัน ทำให้ไม่สะดวกที่จะปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเอง เช่น การเลือกซื้ออาหาร การออกกำลังกาย ดังนั้นถึงแม้จะมีความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ผู้ป่วยจึงยังไม่ปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเอง

### ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ดังนี้

1. จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างยังมีพฤติกรรมจัดการตนเองอยู่ในระดับต่ำ ดังนั้น เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพที่ร่วมดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงควรตระหนักถึงความสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่ดีขึ้น โดยการนำปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับการมีพฤติกรรมจัดการตนเองมาเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ให้ดียิ่งขึ้น
2. ส่งเสริมให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ โดยจัดกิจกรรมสาธิตการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเอง เช่น การปรุงอาหาร การออกกำลังกาย เป็นต้น และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าร่วมกิจกรรมพร้อมกันเพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจ และมีกำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเอง นอกจากนี้ควรมีการให้คำแนะนำแก่ครอบครัวใน การกระตุ้น เป็นแบบอย่างและชักชวนให้ผู้ป่วยร่วมปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองไปด้วยกัน ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวจะช่วยเพิ่มกำลังใจและความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วยว่ามีความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองได้
3. ผู้บริหารทางการแพทย์บาลสามารถนำผลการวิจัยไปใช้กำหนดนโยบายในการส่งเสริมและพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ความเข้าใจ และตระหนักถึงความสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไตและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อไป
4. สามารถนำผลการวิจัยไปใช้ประกอบการเรียนการสอนในสถาบันการศึกษาและเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 โดยชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน

และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรม การจัดการตนเองอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง

5. ควรมีการศึกษาซ้ำเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 เนื่องจากผลการศึกษารั้งนี้มีบางส่วนที่ขัดแย้งกับผลการศึกษาที่ผ่านมา โดยพบว่า มีเพียงการรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม เท่านั้นที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตระยะที่ 1-3 ส่วนระยะเวลา การเจ็บป่วยและความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตระยะที่ 1-3 เพื่อยืนยันผลการวิจัยในครั้งนี้

6. เนื่องจากผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตระยะที่ 1-3 ดังนั้นจึงควรมีการนำปัจจัยดังกล่าวไปศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับอำนาจการทำนายเพื่อเพิ่มความ น่าเชื่อถือ และนำผลการศึกษามาพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ต่อไป

## บรรณานุกรม

- กนกวรรณ พูนพานิชย์. (2549). ผลของการใช้โปรแกรมการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้  
พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาแบบประคับประคอง.  
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย,  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กานดา ออประเสริฐ. (2537). การพยาบาลกับปัญหาของผู้ป่วย Hemodialysis. ใน อุษณา ลูวีระ,  
พรรณบุปผา ชูวิเชียร และสุพัฒน์ วาณิชการ (บรรณาธิการ), *การบำบัดทดแทน  
ภาวะไตวาย* (หน้า 64-75). กรุงเทพฯ: ยูนิค.
- กล้าเผชิญ โชคบำรุง. (2551). รูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง. คุยฉินิพนธ์ปรัชญาคุษฉินิบัณฑิต  
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เกรียง ตั้งสง่า. (2554). สถานการณ์โรคไตเรื้อรังในประเทศไทย. ใน สมชาย เอี่ยมอ่อง, สมจิตต์  
เอี่ยมอ่อง, เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์, ขจร ตีรณชนากุล, เกรียง ตั้งสง่า และวิศิษฐ์  
สิตปรีชา (บรรณาธิการ), *Textbook of nephrology* (หน้า 1912-1924). กรุงเทพฯ:  
เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชัน.
- เกศกนก เข้มคง. (2550). ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมกรบริโภคอาหารของผู้ป่วยไตวาย  
เรื้อรังใน โรงพยาบาลสุโขทัย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการ  
พยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- คมคาย คำพิทักษ์. (2546). พฤติกรรมกรดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยเครื่องไต  
เทียม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิต  
วิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- งานเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลตราด. (2558). สถิติผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ปี 2556-2558. ตราด:  
โรงพยาบาลตราด.
- จิราวรรณ สินธุพัทธ์. (2549). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรดูแลตนเองของผู้ป่วย  
โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยเครื่องไตเทียมที่เข้ารับกรรักษาในหน่วยไตเทียม  
โรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพิษณุโลก. งานนิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต,  
สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- จุฬามาศ โกลีชะกุล และอันธิมา สายบุญศรี. (2554). ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อกรเกิดโรคซึมเศร้าใน  
พระสงฆ์อาพาธด้วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับกรรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงฆ์.  
ขอนแก่น : *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2554: 56(3), 76-267*

- ณรงค์กร ชัยวงศ์. (2557). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ดาวรุ่ง สุภากรณ์. (2540). *ความสัมพันธ์ระหว่างความหวัง การรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ดุสิต จิรกุลสมโชค, สัตยญา ร้อยสมมุติ, ปณคพร วรรณานนท์ และเทิดไทย ทองอุ่น. (2552). *สรีรวิทยาของไต ความผิดปกติของอิเล็กโทรไลต์และของกรดค่าง* (พิมพ์ครั้งที่ 3).  
ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.
- เดชา มีสุข. (2551). *พฤติกรรมการดูแลตนเองและการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลนภลัย จังหวัดสมุทรสงคราม*. *วารสารควบคุมโรค*, 34(4), 409-418.
- นงค์นุช สุวรรณเพชร. (2553). *การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบถาวร*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์. (2548). *โภชนาการสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง*.  
*วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 28(1), 60-68.
- นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์. (2548). *การจัดการตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม*. วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นลิน คูอมรพัฒนะ, บรรณาธิการ. (2552). *โรคไต: อาหารชะลอการเสื่อมของไต* (พิมพ์ครั้งที่ 2).  
กรุงเทพฯ: แสงแดด.
- นันทกา คำแก้ว. (2547). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุไตวายเรื้อรัง*.  
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นิตยา วิเศษชาติ. (2554). *การจัดการด้วยตนเองในการรับประทานอาหารและการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.

- นุร์มา แวบือซอ. (2550). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในอำเภอปะนาเระ จังหวัดปัตตานี. *วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี*, 19(2), 72-85.
- เนาวนา ภูจำพล. (2554). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคไตระยะที่ 3 และระยะที่ 4 โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- บัญชา สติระพจน์. (2549). การให้คำปรึกษาเรื่องอาหารในผู้ป่วยไตเรื้อรัง. *วารสารกรมการแพทย์*, 31(3), 269-274.
- บัญชา สติระพจน์. (2551). Acute complications during hemodialysis. ใน ธนิต จิรนนท์วัช, สิริภา ช่างศิริกุลชัย, ธนันดา ตระการวานิช และวสันต์ สุเมธกุล (บรรณาธิการ), *New Frontiers in Dialysis* (หน้า 119-142). กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น.
- บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.
- บุญต่าย สิทธิไพศาล. (2553). *พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโรงพยาบาลห้างฉัตร จังหวัดลำปาง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุญธรรม กิจปริดาบริสุทธิ. (2553). *เทคนิคการสร้างเครื่องมือรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย* (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ: ศรีอนันต์การพิมพ์.
- บุญธรรม กิจปริดาบริสุทธิ. (2553). *คู่มือการวิจัย การเขียนรายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์* (พิมพ์ครั้งที่ 10). กรุงเทพฯ: เรือนแก้ว.
- เบญจมาภรณ์ วงศ์ประเสริฐ. (2543). *สิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดและวิธีการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยไตเรื้อรังที่รักษาด้วยเครื่องไตเทียม*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ประเจษฎ์ เรืองกาญจนเศรษฐ์. (2555). Chronic Kidney Disease. ใน *บัญชา สติระพจน์, ประเจษฎ์ เรืองกาญจนเศรษฐ์, อินทรีย์ กาญจนกุล, อานาจ ชัยประเสริฐ, อุปถัมภ์ สุกสินธุ์ และพรรณบุปผา ชูวิเชียร (บรรณาธิการ). Essential nephrology* (หน้า 375-399). กรุงเทพฯ: นำอักษรการพิมพ์.
- ประเสริฐ ธนกิจจากรุ และอนุตตร จิตตินันท์, นาวาอากาศเอก. (2545). *การรักษาผู้ป่วยโรคไตด้วยเรื้อรังในระยะก่อนการฟอกเลือด*. กรุงเทพฯ: Medinfo G.D.

- ปวีณา สุสัณฐิตพงษ์ และสมชาย เอี่ยมอ่อง. (2553). โรคไตเรื้อรัง. ใน สมชาย เอี่ยมอ่อง, ปวีณา สุสัณฐิตพงษ์, ณัฐชัย ศรีสวัสดิ์, ขจร ติรณธนากุล, เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์ และเกรียง ตั้งสง่า, *Textbook of hemodialysis* (หน้า 1-42). นครปฐม: เอ ไอ พรินต์ติ้ง.
- ปิ่นแก้ว กล้ายประยงค์. (2550). *ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการสร้างเสริมพฤติกรรม การปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไตสู่ภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้ายของผู้ป่วยไตเรื้อรัง ระยะที่ 3 และ 4 ที่แผนกผู้ป่วยนอก อายุรกรรมโรคไต โรงพยาบาลรามาริบัติ. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสมาธิ, สาขาวิชาสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.*
- พงษ์พิทักษ์ มิกทา. (2552). *ความชุกและผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในโรงพยาบาล ชุมชน. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสมาธิ, สาขาวิชาเวชกรรมคลินิก, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.*
- พงษ์พินิต ไชยวุฒิ. (2551). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อ หัวใจตาย. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสมาธิ, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติ ครอบคลุม, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.*
- พนิดา กุลประสูติฉิลก. (2552). *ไตวาย การควบคุม ดูแลรักษา และการป้องกัน. กรุงเทพฯ: นพรัตน์ พรินต์ติ้ง.*
- พนิดา โยวะผุย. (2551). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทาง สังคมต่อพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง. วิทยาลัย พยาบาลบรมราชชนนีสมาธิ, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.*
- เพ็ญศรี จิตต์จันทร์. (2554). *ปัจจัยทำนายการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. วิทยาลัย พยาบาลบรมราชชนนีสมาธิ, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.*
- มยุรี ปัญญาสิม. (2551). *ผลของการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่อพฤติกรรม สุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสมาธิ, สาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.*
- มิ่งขวัญ มงคลสินธุ์. (2554). *ผลของความดันโลหิตต่อการดำเนินโรคของโรคไตเรื้อรัง. วารสารวิจัย และพัฒนาระบบสุขภาพ, 4(3), 78-85.*
- รัชนิษฐ์ ไกรยศรี. (2544). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ บุคลิกภาพที่เข้มแข็ง และ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 9(1), 1-9.*

- รัตน์ศิริ ทาโต. (2551). *การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รัศมี บัณฑิตธีรัตน์ และพีรพันธ์ ลือบุญธวัชชัย. (2551). ภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 55(2), 203-212.
- ลอสศรี จารุวัฒน์. (2552). พฤติกรรมการดูแลตนเองและการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จังหวัดกำแพงเพชร. *วารสารควบคุมโรค*, 35(4), 225-234.
- ลีนา อองอายุทศ. (2549). World Kidney Day-วันไตโลก. *วารสารสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย*, 12(1), 1-3.
- วชิรกร สุวรรณมณี. (2554). *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับความกลัวการผ่าตัดในเด็กวัยเรียน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วนิดา คู่เคียงบุญ. (2551). *การจัดการกับภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วัลลา ดันตโยทัย และประคอง อินทรสมบัติ. (2543). การพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง. ใน สมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ), *การพยาบาลทางอายุรศาสตร์เล่ม 3* (หน้า 143-165). กรุงเทพฯ: วี.เจ. พรีเมียม.
- วิรัช เกษมทรัพย์, พรรณทิพา ศักดิ์ทอง และกนกพร ปูผ้า. (2550). *การประเมินโครงการผ่าตัดหัวใจ 8,000 ดวงถวายเป็นพระราชกุศล 80 พรรษา พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวและถวายเป็นพระราชกุศล 84 พรรษา สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอเจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์*. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (เพื่อสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข).
- ศศิธร ชิดนาฮี. (2552). *การพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม*. กรุงเทพฯ: ธนาเพรส.
- ศันสนีย์ กองสกุล. (2552). *ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในการควบคุมโรคเบาหวานและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.



- ศิริรัตน์ เรืองจ้อย. (2551). Approach and management of chronic kidney diseases. ใน ธนิต จิรนนชวีษ์, สิริภา ช้างศิริกุลชัย, ธนันดา ตระการวณิช และวสันต์ สุเมธกุล (บรรณาธิการ), *Highlight in Nephrology for Internist* (หน้า 247-259). กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น.
- ศุภรา โถคันคำ. (2551). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมควบคุมโรคและระดับครีเอตินินในเลือด ในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมนึก คำรงกิจชัยพร. (2547). อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะไตวายเรื้อรังจากการติดตาม 12 ปี ในพนักงานของการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย. *วารสารมูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย*, 29, 35-41.
- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2552). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2552*. กรุงเทพฯ: เบอริงเกอร์ อินเทลไฮม์ (ไทย).
- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2555). *คู่มือการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะเริ่มต้น*. กรุงเทพฯ: ยูเนียนอูลตราไวโอเร็ด.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2554). *คู่มือบริหารงบประมาณหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2554*. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *สรุปสถิติสาธารณสุขที่สำคัญ พ.ศ. 2556*. กรุงเทพฯ: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *สรุปสถิติสาธารณสุขที่สำคัญ พ.ศ. 2557*. กรุงเทพฯ: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *สรุปสถิติสาธารณสุขที่สำคัญ พ.ศ. 2558*. กรุงเทพฯ: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- สาวิกา อร่ามเมือง. (2555). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจำกัดน้ำในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 30(3), 74-81.
- สินีนานู อนุสกุล. (2544). *ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลแม่วาว จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุจิตรา ลี้อำนวยลาภ. (2539). *ภาวะไตล้มเหลวเฉียบพลันและเรื้อรัง*. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.

- สุชาติณี เรียมจันทร์. (2554). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคและระดับครีเอตินินในเลือดในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุนันทา ครองยุทธ. (2547). ผลของโปรแกรมส่งเสริมโภชนาการต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล
- สุพิชา อัจฉิตการ. (2555). พฤติกรรมการจัดการตนเอง และปัจจัยทำนายในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุกร บุญปวนิช และพงศ์ศักดิ์ ด้านเดชา. (2549). พฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 24(4); 281-287.
- สุภัทษร ชมพู. (2550). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สุมากร บรรณสาร. (2545). ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการ ระยะเวลาของการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย กับการปรับตัวของผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคไตวายเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- หัตสยา นิลอ่อน. (2541). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการวัดและประเมินผลการศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- อนุตตร จิตตินันท์. (2547). Overview of pre-end-stage kidney disease management in chronic kidney disease patients. ใน สมชาย เอี่ยมอ่อง (บรรณาธิการ), *Nephrology* (หน้า 1341-1355). กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น.
- อนุตตร จิตตินันท์. (2551). *Cardiovascular Risk in Dialysis Patients*. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- อดิพร อิงค์สาธิต. (2554). สถานการณ์โรคไตเรื้อรังในประเทศไทย. ใน สมชาย เอี่ยมอ่อง, สมจิตต์ เอี่ยมอ่อง, เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์, ขจร ตีรณชนากุล, เกียรติ ตั้งสง่า และวิศิษฐ์ สิตปรีชา (บรรณาธิการ), *Textbook of nephrology* (หน้า 1903-1910). กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น.
- อุปถัมภ์ ศุภสินธุ์. (2554). บทบาทของอาหารและโภชนาการในการชะลอการเสื่อมของโรคไตเรื้อรัง. ใน สมชาย เอี่ยมอ่อง, สมจิตต์ เอี่ยมอ่อง, เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์, ขจร ตีรณชนากุล, เกียรติ ตั้งสง่า และวิศิษฐ์ สิตปรีชา (บรรณาธิการ), *Textbook of nephrology* (หน้า 1949-1960). กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น.
- อรุณรัศมี สาทิ. (2554). พฤติกรรมและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมเกลือและโปรตีนของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะก่อนบำบัดทดแทนไต. งานนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อัมพร ชอฐานานุกิติ. (2551). บทบาทของพยาบาลกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. *Journal Nursing Science*, 26(2-3), 32-42.
- แอนน์ จิระพงษ์สุวรรณ. (2553). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลลาดหลุมแก้ว อำเภอลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี. *วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา*, 9(2), 130-142.
- Bartholomew, L. K., Sockrider, M. M., Seilheimer, D. K., Czyzewski, D. I., Parcel, G. S., & Spinelli, S. H. (1993). Performance objectives for the self-management of cystic fibrosis. *Patient Education and Counseling*, 22(1), 15-25.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavior change. *Psychological Review*, 87, 191-215.
- Baumgarten, M. (2011). Chronic kidney disease: detection and evaluation. *American Family Physician*, 84(10), 1138-1148.
- Baumgarten, M., & Gehr, T. (2011). Chronic Kidney Disease: Detection and Evaluation. *American Family Physician*, 84(10), 1138-1148.
- Becker, M. H. (1974). The Health Model and Side Role Behavior in the Health belief Model and Personal Health behavior. *New Jersey: Charles, B.Slack*.
- Broschius, S. K., & Castagnola, J. (2006). Chronic kidney disease. *Critical Care Nurse*, 26(4), 17-28.

- Campbell, S., and Duddle, M. (2009). Health literacy in chronic kidney disease education: Processes of self-management in chronic illness. *Renal Society of Australasia Journal*, 6(1), 26-31.
- Casey, G. (2012). Kidney care and renal disease. *Kaitiaki New Zealand*, 18(4), 20-24.
- Chikotas, N., Gunderman, A., & Oman, T. (2006). Uremic syndrome and end-stage renal disease: physical manifestations and beyond. *Journal of American Academy Nurse Practice*, 18(5), 195-202.
- Cohen S.D., Norris L., Acquaviva K., Peterson R.A., Kimmel P.L. (2008). Screening, diagnosis, and treatment of depression in patients with endstage renal disease. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology* 2007, 2(6), 1332-42.
- Costantini, L. (2006). Compliance, adherence, and self-management: Is a paradigm shift possible for chronic kidney disease clients? *The CANNT Journal*, 16(4), 22-26.
- Costantini, L., Beanlands, H., McCay, E., Cattran, D., Hladunewic, M., and Francis, D. (2008). The self-management experience of people with mild to moderate chronic kidney disease. *Nephrology Nursing Journal*, 35(2), 147-155.
- Curtin, R. B., & Mapes, D. (2001). Health care management strategies of long-term dialysis survivors. *Nephrology Nursing Journal*, 28(4), 385-394.
- Curtin, R. B., Mapes, D. L., Schatell, D., & Hudson, S. B. (2005). Self-management in patients with end stage renal disease: exploring domains and dimensions. *Nephrology Nursing Journal*, 32(4), 389-395.
- Curtin, R. B., Wolters, B. A., Schatell, D., Pennell, P., Wise, M., & Klicko, K. (2008). Self-efficacy and self-management behaviors in patients with chronic kidney disease. *Advance Chronic Kidney Disease*, 15(2), 191-205.
- Devraj, R., Wallace, L.S., (2012). Application of the content expert process to develop a clinically useful low-literacy Chronic Kidney Disease Self-Management Knowledge Tool (CKD-SMKT). *Research in Social Administrative Pharmacy*. 9(5), 633-639.
- Dusing, R. (2006). Risk Factors in the Progression of Chronic Kidney Disease. *Diabetes & CKD Anemia Management*, 12(2), 41-46.
- Eskridge, M. S. (2010). Hypertension and Chronic Kidney Disease: The Role of Lifestyle Modification and Medication Management. *Nephrology Nursing Journal*, 37(1), 55-61.

- Fox, C. H., Voleti, V., Khan, L. S., Murray, B., & Vassalotti, J. (2008). A Quick Guide to Evidence-Based Chronic Kidney Disease Care for the Primary Care Physician. *Postgraduate Medicine, 120*(2), 1-6.
- Gruman, J., & VonKorff, M. (1996). Employee self-management of health: Techniques that improve outcomes and cut costs. Retrieved from <http://www.cfah.org/publications/self-management.cfm>.
- Heiwe S, Clyne N, & Dahlgren M. A. (2003). Living with chronic renal failure: Patients' experiences of their physical and functional capacity. *Physiotherapy Research International, 8*, 167-177.
- Hoth, K. F., Christensen A. J., Ehlers S. L., Raichle K. A. & Lawton W. J. (2007). A Longitudinal of Social Support, Agreeableness and Depressive Symptoms in Chronic Kidney Disease. *Journal of Behavioral Medicine, 30*(1), 69-76.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. New Jersey: Prentice Hall.
- Hsu, C.Y., Vittinghoff, E., Lin, F., Shlipak, M.G. (2004). The incidence of end-stage renal disease is increasing faster than the prevalence of chronic renal insufficiency. *Annals of Internal Medicine, 141*(2), 95-101.
- Hughes, J., Wood, E., & Smith, G. (2009). Exploring kidney patients' experiences of receiving individual peer support. *Health Expectations, 12*, 396-406.
- Kaptein, A. A., Dijk, S. V., Broadbent, E., Falzon, L., & Thong, M., Dekker F. W. (2010). Behavioural research in patients with end-stage renal disease: A review and research agenda. *Patient Education and Counseling, 81*, 23-29.
- Kazawa, K., & Moriyama, M. (2013). Effects of a self-management skills-acquisition program on pre-dialysis patients with diabetic nephropathy. *Nephrology Nursing Journal, 40*(2), 141-148.
- Kimmel, P. L., Cukor, D., Cohen, S. D., & Peterson, R. A. (2007). Depress in end-stage renal disease patients: a critical review. *Advance in Chronic Kidney Disease, 14*(4), 328-334.
- Lee, J., Han, H., Song, H., Kim, J., Kim, K. B., Ryu, J. P., & Kim, M. T. (2010). Correlates of self-care behaviors for managing hypertension among Korean Americans: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies, 47*, 411-417.

- Levey, A. S., Coresh, J., Balk, E., Kausz, A. T., Levin, A., Steffes, M. W., Hogg, R. J., Perrone, R. D., Lau, J., & Eknoyan, G. (2003). National Kidney Foundation practice for chronic kidney disease: Evaluation, Classification, and Stratification. *Annals of Internal Medicine*, *139*(2), 137-149.
- Lidsey, A. M. (1997). Social support conceptualization and measurement instruments. In Frank-Stromboeg, M., & Olsen, S. J. (Eds), *Instruments for Clinical Health-Care Research* (2<sup>nd</sup> ed., pp. 149-166). Boston: Jones and Bartlett.
- MacReady, N. (2008). The D&T Report. *Dialysis & Transplantation*, *37*(10), 380-384.
- Mitra, P. K., & Bradley, J. R. (2007). Chronic kidney disease in primary care. *Journal of the Royal Society of Medicine*, *100*, 40-45.
- Molsted, S., Prescott L., Heaf, J., & Eidemak, I. (2007). Assessment and Clinical aspects of health-related quality of life in dialysis patients and patients with chronic kidney disease. *Nephron Clinical Practice*, *106*(1), 24-33.
- Murphy, F., Jenkins, K., Chamney, M., MaCann, M., & Sedgewick, J. (2008). Patient management in CKD stages 1 to 3. *Journal of Renal Care*, *34*(3), 35-127.
- National Kidney Foundation. (2002). *K/DOQI Clinical Practice Guideline for chronic kidney disease: Evaluation, classification, and stratification*. Retrieved from <http://www.kidney.or/kdoqi/guideline-ckd/toc.htm>.
- Nicola, L. D., & Zoccali, C. (2015). Chronic kidney disease prevalence in the general population: heterogeneity and concerns. *Nephrol Dial Transplant* (2016), *31*, 331-335.
- O'Connor, S. M., Jardine, A. G., & Millar, K. (2008). The prediction of self-care behaviors in end-stage renal disease patients using Leventhal's Self-Regulatory Model. *Journal of Psychosomatic Research*, *65*, 191-200.
- Pender, N. J. (1996). *Health promotion in nursing practice* (2<sup>nd</sup> ed). New York: Appleton Croft.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2006). *Health promotion in nursing practice* (5<sup>th</sup> ed). New Jersey: Upper Saddle River.
- Redmond, A., McClelland, H. (2006). Chronic kidney disease: risk factors, assessment and nursing care. *Nursing Standard*, *21*(10), 48-55.

- Ryan, P., & Sawin, K. J. (2009). The Individual and Family Self-management Theory: Background and Perspectives on Context, Process, and Outcomes. *Nurse Outlook*, 57(4), 217-225.
- Schulman-Green, D., Jaser, S., Martin, F., Alonzo, A., Grey, M., McCorkle, R., Redeker, N. S., Reynolds, N., & Whittemore, R. (2012). Processes of self-management in chronic illness. *Journal of Nursing Scholarship*, 44(2), 136-144.
- Sritarapipat. (2012) *A Causal model of self-management among older persons with chronic kidney disease at predialysis stage*. Ph.D. in nursing Chiang Mai : Graduate school, Chiang Mai University.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2001). *Using multivariate Statistics* (4<sup>th</sup> ed.). New York: Harper Collins.
- Thomas, L. K., Sergeant, R. G., Michels, P. C., Richter, D. L., Valois, R. F., & Moore, C. G. (2001). Identification of the factor associated with compliance to therapeutic diets in older adults With end stage renal disease. *Journal of Renal Nutrition*, 11(2), 80-89.
- Thomas, N., Bryar, R., & , Makanjuola, D. (2008). Development of a self-management package for people with diabetes at risk of chronic kidney disease (ckd). *Journal of Renal Care*, 151-158.
- Thomas-Hawkins, C. T., & Zazworsky, D. (2005). Self-Management of Chronic Kidney Disease. *American Journal of Nursing*, 105(10), 40-48.
- Tobin, D. L., Reynolds, R. V. C., Holroyd, K. A., & Creer, T. L. (1986). Self-Management and Social Learning Theory. In K. A. Holroyd, & T. L. Creer, (Eds). *Self-Management of Chronic disease: Handbook of clinical intervention and research* (pp. 29-55). London: Academic Press.
- Tsukamoto, Y., Wang, H. Y., Becker, G., Chen, H. C., Han, D. S., Harris, D., Imai, E., Jha, V., Li, P. K. T., Lee, E, J, C., Matsuo, S., Tomino, Y., Tungsanga, K., Yamagata, K., & Hishida, A. (2009). Report of the Asian Forum of Chronic Kidney Disease Initiative (AFCKDI) 2007. “Current status and perspective of CKD in Asia’’: diversity and specificity among Asian countries. *Clinical and Experimental Nephrology*, 13(3), 249-256.

- Rifkin, D. E., Laws, M. B., Rao, M., Balakrishnan, V.S., Sarnak, M.J., & Wilson, I.B. (2011). Medication adherence behavior and priorities among older adults with CKD: A semistructured interview study. *American Journal of Kidney Disease*, 56(3), 439-446.
- Sarafidis, P. A., Li, S., Shu-Cheng Chen, Collins, A. J. Brown, W. W., Klag, M. J., & Bakris, G. L. (2008). Hypertension awareness, Treatment, and control in chronic kidney disease. *The American Journal of Medication*, 332-340.
- Snyder, S. (2005). Detection and evaluation of chronic kidney disease. *American Family Physician*, 72(9), 1723-1732.
- Udlis, K. A. (2011). Self-management in chronic illness: concept and dimensional analysis. *Nursing and Healthcare of Chronic illness*, 130-139.
- Walker, R., James, H., & Burns, A. (2012). Adherence to behaviour change in older pre-dialysis Population: What do patients think? A qualitative study. *Journal of Renal Care*. 34-42.
- Ware, J. E., Kosinski, M., Yurner-Bowker, P. M., Sundaram, M., Gandek, B., & Maruish, M. E. (2009). *SF-12v2 Health Survey: Administration guide for clinical trial investigators*. Lincoln, RI: QualityMetric Incorporate.
- Weng, L., Dai, y., Wang, Y., Huang, H., & Chiang, Y. (2008). Effects of self-efficacy, self-care behaviors on depressive symptom of Taiwanese kidney transplant recipients. *Journal of Clinical Nursing*, 17(13), 1786-1794.
- Wright, C. C., Barlow, J. H., Turner, A. P., & Bancroft, G. V. (2003). Self-management training for people with chronic disease: An Exploratory Study. *Britis Journal of Health Psychology*, 8, 465-476.
- Zrinyi, M., Juhasz, M., Balla, J., Katona, E., Ben, T., Kakuk, G., & Pall, D. (2003). Dietary self-efficacy: determinant of compliance behaviours and biochemical outcomes in haemodialysis patients. *Nephrol Dial Transplant*, 18, 1869-1873.



ภาคผนวก

ภาคผนวก ก  
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุชีรา ชัยมงคลธรรม อาจารย์พยาบาล โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
2. คุณปิ่นแก้ว กล้ายประยงค์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
3. คุณพัชรินทร์ แน่นหนา แผนกไตเทียม ห้องล้างไตทางช่องท้อง โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา

-

ภาคผนวก ข  
แบบรายงานผลจริยธรรมวิจัย



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 1-3

Factors Associated to Self-management Behavior among Chronic Kidney Disease Stage 1-3 Patients

ชื่อนิติ นางสาวเสาวนีย์ กระจ่างจันทร์

รหัสประจำตัวนิติ 54910053 หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคปกติ)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 02 - 11 - 2557

โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้อง

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 1-3 จำนวนทั้งหมด ไม่เกิน 100 ราย สถานที่เก็บรวบรวม

ข้อมูลคือ แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคไต โรงพยาบาลตราด

2) วิธีการอย่างเหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย

(Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลาหนึ่งปี นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ ถึงวันที่ 21 พฤษภาคม พ.ศ. 2559

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติม ใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการวิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อนดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง 21 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2558

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ภาคผนวก ค  
เครื่องที่ใช้ในการวิจัย

เลขที่แบบสอบถาม.....

วันที่...../...../.....

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3

คำชี้แจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 6 ชุด คือ

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ชุดที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเอง

ชุดที่ 3 แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ

ชุดที่ 4 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง

ชุดที่ 5 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

ชุดที่ 6 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม

เลขที่แบบสอบถาม.....

วันที่...../...../.....

## แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาเติมข้อความลงในช่องว่าง และใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน ( ) หน้าข้อความที่ตรงกับตัว  
ท่าน

1. เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง
2. อายุ.....ปี (ถ้าเกิน 6 เดือน ให้คิดเป็น 1 ปี)
3. ศาสนา
 

( ) พุทธ	( ) อิสลาม
( ) คริสต์	( ) อื่นๆ โปรดระบุ.....
4. สถานภาพสมรส
 

( ) โสด	( ) คู่
( ) หม้าย	( ) หย่า/แยก
5. ระดับการศึกษา
 

( ) ไม่ได้รับการศึกษา	( ) ประถมศึกษา
( ) มัธยมศึกษาหรือ ปวช.	( ) อนุปริญญาหรือ ปวส.
( )ปริญญาตรี	( ) สูงกว่าปริญญาตรี
6. อาชีพ
 

( ) ไม่ได้ประกอบอาชีพ	( ) รับจ้าง
( ) เกษตรกรรม	( ) ค้าขาย
( ) รับราชการ	( ) อื่นๆ โปรดระบุ.....
7. รายได้โดยเฉลี่ยต่อเดือน
 

( ) ต่ำกว่า 5,000 บาท	( ) 5,000 – 10,000 บาท
( ) 10,000 – 20,000 บาท	( ) มากกว่า 20,000 บาท
8. ท่านอาศัยอยู่กับ.....
9. ระยะเวลาที่เป็นโรคไตเรื้อรัง.....ปี (เกิน 6 เดือน ให้คิดเป็น 1 ปี)
10. ท่านเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่.....(ตรวจสอบจาก OPD card)
11. ท่านมีโรคประจำตัวอื่นๆ ( ) ไม่มี ( ) มี โปรดระบุ.....
- 12.



เลขที่แบบสอบถาม.....

วันที่...../...../.....

## แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง

**คำชี้แจง** แบบประเมินชุดนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการรับรู้พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไต เมื่อท่านอ่านข้อความแล้ว กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงตามการปฏิบัติของท่านมากที่สุด โดยเลือกตอบเพียงข้อละ 1 คำตอบเท่านั้น กรุณาตอบให้ครบทุกข้อ แต่ละข้อมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

**ปฏิบัติเป็นประจำ** หมายถึง ท่านมีพฤติกรรมหรือกระทำกิจกรรมตามข้อความนั้นเป็นประจำอย่างสม่ำเสมอ

**ปฏิบัติบ่อยครั้ง** หมายถึง ท่านมีพฤติกรรมหรือกระทำกิจกรรมตามข้อความนั้นบ่อยครั้งแต่ไม่สม่ำเสมอ

**ปฏิบัตินานๆครั้ง** หมายถึง ท่านมีพฤติกรรมหรือกระทำกิจกรรมตามข้อความนั้นบ้างแต่ไม่บ่อย

**ปฏิบัติบางครั้ง** หมายถึง ท่านมีพฤติกรรมหรือกระทำกิจกรรมตามข้อความนั้นน้อยมากและไม่สม่ำเสมอ

**ไม่ปฏิบัติ** หมายถึง ท่านไม่มีพฤติกรรมหรือกระทำกิจกรรมตามข้อความนั้นเป็นประจำ

ข้อที่	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น					สำหรับ ผู้วิจัย
		ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่ ปฏิบัติ	
1.	ควบคุมระดับน้ำตาลใน เลือดของตนเองให้อยู่ใน ระดับปกติ						[ ]
2.	ได้ไปตรวจตามกำหนดเวลา นัดของโรงพยาบาล						[ ]
3.	ควบคุมระดับความดัน โลหิตของตนเองให้อยู่ใน ระดับปกติ						
...	.....						[ ]
...	.....						
...	.....						
...	.....						
...	.....						
36.	บอyleftไหนที่ท่านได้ค้นหา วิธีการรักษาอื่น ๆ เพื่อ แก้ปัญหาคาเรเจ็บป่วย อาการหรือผลข้างเคียงที่ เกิดขึ้นจากการรักษาโรคไต เรื้อรัง						
37.	บอyleftไหนที่ท่านได้เขียน หรือเตรียมคำถามเกี่ยวกับ โรคไตเรื้อรังหรือการรักษา ไว้สอบถามแพทย์/ พยาบาล ก่อนเข้าพบแพทย์						

เลขที่แบบสอบถาม.....

วันที่...../...../.....

## แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ (SF-12)

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้เป็นกรรับรู้ถึงภาวะสุขภาพของท่านในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความตรงตามความรู้สึกของท่านมากที่สุด

1. โดยทั่ว ๆ ไป ท่านสามารถพูดได้ว่าสุขภาพของท่านเป็นอย่างไร?

.....ดีเยี่ยม [1]

.....ดีมาก [2]

.....ดี [3]

.....ปานกลาง [4]

.....ไม่ดี [5]

เรื่องต่อไปนี้เป็นเรื่องเกี่ยวกับกิจกรรมที่ท่านทำในแต่ละวัน ท่านคิดว่าสุขภาพของท่านเป็นปัญหา / อุปสรรคในการทำกิจกรรมของท่านหรือไม่ ถ้าใช่ มากน้อยแค่ไหน

2. กิจกรรมที่ใช้กำลังปานกลาง เช่น การยกโต๊ะ การทำความสะอาด ปิดกวาด เช็ดบ้าน หรือหิ้วของ กลับจากตลาด.....

3. การเดินขึ้นตึก 3-2 ชั้น หรือเดินขึ้นเนิน.....

ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยมีปัญหในเรื่องต่อไปนี้งานของท่านหรือกิจกรรมที่ท่านทำเป็นประจำทุกวัน เนื่องมาจากสุขภาพของท่านหรือไม่

4. ทำงานได้ปริมาณน้อยกว่าที่ต้องการ

.....ตลอดเวลา [1]

.....เกือบตลอดเวลา [2]

.....บางครั้ง [3]

.....นาน ๆ ครั้ง [4]

.....ไม่เลย [5]

5. ไม่สามารถทำงานได้ทุกอย่างตามที่ตั้งใจไว้ ต้องเลือกทำบางอย่างเท่านั้น.....

ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยมีปัญหในเรื่องต่อไปนี้งานของท่าน หรือกิจกรรมที่ท่านทำเป็นประจำทุกวัน เนื่องมาจากปัญหาด้านอารมณ์ของท่านหรือไม่ เช่น ความรู้สึกซึมเศร้า หรือวิตกกังวล

## 6. ทำงานได้ปริมาณน้อยลงกว่าที่ต้องการ

- .....ตลอดเวลา [1]  
 .....เกือบตลอดเวลา [2]  
 .....บางครั้ง [3]  
 .....นาน ๆ ครั้ง [4]  
 .....ไม่เลย [5]

## 7. ทำงาน หรือทำกิจกรรมอื่น ๆ .....

## 8. ในระหว่าง 1 เดือนที่ผ่านมา ปัญหาการเจ็บปวดตามร่างกาย.....

คำถามต่อไปนี้จะเกี่ยวข้องกับความรู้สึก และสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับท่านในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

กรุณาเลือกคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว

ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีความรู้สึกต่อไปนี้ บ่อยแค่ไหน

## 9. ท่านรู้สึกใจสงบ ใจนิ่ง มีสมาธิ

- .....ตลอดเวลา [1]  
 .....เกือบตลอดเวลา [2]  
 .....บางครั้ง [3]  
 .....นาน ๆ ครั้ง [4]  
 .....ไม่เลย [5]

## 10. ท่านรู้สึกแข็งแรง กระปรี้กระเปร่า สดชื่น.....

## 11. ท่านรู้สึกเศร้า หดหู่.....

12. ในระหว่าง 1 เดือนที่ผ่านมา บ่อยแค่ไหนที่ท่านรู้สึกว่าปัญหาทางสุขภาพหรือปัญหาทางอารมณ์เป็นอุปสรรคขัดขวางการทำกิจกรรมทางสังคมของท่าน เช่น การไปเยี่ยมเพื่อน หรือญาติสนิท เป็นต้น

- .....ตลอดเวลา [1]  
 .....เกือบตลอดเวลา [2]  
 .....บางครั้ง [3]  
 .....นาน ๆ ครั้ง [4]  
 .....ไม่เลย [5]

เลขที่แบบสอบถาม.....

วันที่...../...../.....

### แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

**คำชี้แจง** แบบประเมินชุดนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความรู้ในการจัดการตนเองเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต การควบคุมโรคร่วม และการติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อชะลอการเสื่อมของไตและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เมื่อท่านอ่านข้อคำถามแล้ว กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด โดยเลือกตอบเพียงข้อละ 1 คำตอบเท่านั้น กรุณาตอบให้ครบทุกข้อ

ข้อคำถาม	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ	สำหรับ ผู้วิจัย
1. ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังควรมีค่าความดันโลหิตไม่เกิน 130/ 80 มิลลิเมตรปรอท				[ ]
2. ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังควรรับประทานยาควบคุม ความดันโลหิตตามคำสั่งแพทย์				[ ]
.....				[ ]
.....				[ ]
.....				[ ]
.....				[ ]
.....				[ ]
.....				[ ]
.....				[ ]
10. ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังควรรับประทานยาเบาหวานตาม คำสั่งแพทย์				[ ]

เลขที่แบบสอบถาม.....

วันที่...../...../.....

### แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง

**คำชี้แจง** ขอให้ท่าน โปรดตอบข้อคำถามทีละข้อ และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับระดับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด เกี่ยวกับความมั่นใจเพียงใดในความสามารถของท่านที่จะปฏิบัติตามกิจกรรมในแต่ละข้อคำถาม โดยเลือกตอบเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อ ซึ่งคำตอบของท่านไม่มีถูกหรือผิด และขอความกรุณาตอบคำถามให้ครบทุกข้อ

มั่นใจมากที่สุด	หมายถึง	ท่านมีความเห็นว่าท่านมั่นใจที่จะปฏิบัติตามกิจกรรมในข้อคำถามนั้นได้เป็นอย่างดี
มั่นใจมาก	หมายถึง	ท่านมีความเห็นว่าท่านมั่นใจที่จะปฏิบัติตามกิจกรรมในข้อคำถามนั้นได้เกือบทั้งหมด
มั่นใจปานกลาง	หมายถึง	ท่านมีความเห็นว่าท่านมั่นใจที่จะปฏิบัติตามกิจกรรมในข้อคำถามนั้นได้บ้างบางส่วน
มั่นใจเล็กน้อย	หมายถึง	ท่านมีความเห็นว่าท่านมั่นใจที่จะปฏิบัติตามกิจกรรมในข้อคำถามนั้นได้เพียงเล็กน้อย
ไม่มั่นใจเลย	หมายถึง	ท่านมีความเห็นว่าท่านไม่มั่นใจที่จะปฏิบัติตามกิจกรรมในข้อคำถามนั้นได้เลย

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น					สำหรับ ผู้วิจัย
	มั่นใจ มากที่สุด	มั่นใจ มาก	มั่นใจ ปาน กลาง	มั่นใจ เล็กน้อย	ไม่มั่นใจ เลย	
1. ท่านมีความมั่นใจเพียงใดใน ความสามารถของท่านที่จะรู้ว่าตนเอง จะถามเรื่องอะไร (เกี่ยวกับสุขภาพ/ ความเจ็บป่วยของท่าน) กับแพทย์/ พยาบาล						[ ]
2. ท่านมีความมั่นใจเพียงใดใน ความสามารถของท่านที่จะทำให้ แพทย์/ พยาบาลตอบคำถามของท่าน ได้ทุกข้อ						[ ]
.....						[ ]
.....						[ ]
.....						[ ]
.....						[ ]
.....						[ ]
.....						[ ]
.....						[ ]
.....						[ ]
.....						[ ]
12. ท่านมีความมั่นใจเพียงใดใน ความสามารถของท่านที่จะปรับเปลี่ยน การบริโภคอาหารเพื่อช่วยให้สุขภาพ ของท่านดีขึ้น						[ ]

เลขที่แบบสอบถาม.....

วันที่...../...../.....

### แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

**คำชี้แจง** ข้อความต่อไปนี้เป็นารับรู้ถึงการได้รับการสนับสนุนทางสังคมในด้านต่าง ๆ จากบุคคลอื่น ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว คู่สมรส เครือญาติ เพื่อนบ้าน หรือบุคลากรในทีมสุขภาพ โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด ซึ่งมีความหมายดังนี้

- ไม่เป็นจริง หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก  
 เป็นจริงเล็กน้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นเพียงเล็กน้อย  
 เป็นจริงส่วนใหญ่ หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นเป็นส่วนใหญ่  
 เป็นจริงมากที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นมากที่สุด

ข้อความ	ไม่เป็นจริง	เป็นจริงเล็กน้อย	เป็นจริงส่วนใหญ่	เป็นจริงมากที่สุด	สำหรับผู้วิจัย
<b>การสนับสนุนด้านอารมณ์</b>					
1. ท่านได้รับความรักและการดูแลเอาใจใส่จากบุคคลใกล้ชิดเมื่อท่านเจ็บป่วย					[ ]
2.....					[ ]
3.....					[ ]
4.....					[ ]
5.....					[ ]
<b>ด้านข้อมูลข่าวสาร</b>					
6.ท่านได้รับความรู้เกี่ยวกับโรค และการรักษาจากบุคลากรทางการแพทย์					[ ]
7.....					[ ]
8.....					[ ]
9.....					[ ]
10.....					[ ]



ข้อความ	ไม่เป็นจริง	เป็นจริงเล็กน้อย	เป็นจริงส่วนใหญ่	เป็นจริงมากที่สุด	สำหรับผู้วิจัย
<b>ด้านการประเมินค่า</b>					
11. บุคคลใกล้ชิด หรือบุคลากรทางการแพทย์ให้คำยกย่องชมเชย					
12.....					
13.....					
14.....					
15.....					
<b>ด้านทรัพยากร</b>					
16. ท่านได้รับการช่วยเหลือทางการเงินจากบุคคลใกล้ชิด					
17.....					
18.....					
19. บุคคลใกล้ชิดพาท่านไปพบแพทย์ตามนัด หรือเมื่อมีอาการผิดปกติ					
20. ท่านได้รับความสะดวกในการใช้บริการของโรงพยาบาล					

ภาคผนวก ง

คำชี้แจงและใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย



## เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3

รหัสจริยธรรมการวิจัย 02-11-2557

ชื่อผู้วิจัย นางสาวเสาวนีย์ กระแจะจันทร์

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อ ศึกษาพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เนื่องจาก โครงการนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ซึ่งท่านเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดในการวิจัยครั้งนี้ คือ เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 มากกว่า 3 เดือน มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคไต โรงพยาบาลตราด มีอายุตั้งแต่ 20-60 ปี หากมีโรคร่วมต้องไม่ใช่ผู้มีโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมองและไม่มีอาการกำเริบ มีสติสัมปชัญญะดี และสามารถสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย ผู้ศึกษาขอเชิญท่านเข้าร่วมในโครงการศึกษา โดยผู้ศึกษาจะอธิบายให้ท่านทราบถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการศึกษา ประโยชน์ที่จะได้รับจากการศึกษา พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ท่านซักถามถึงสิ่งที่เป็นข้อสงสัย ในการศึกษาครั้งนี้มีผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเหมาะสมในการเข้าร่วมโครงการทั้งหมด 100 คน ใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลประมาณ 20-30 นาที

เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติคือ การตอบแบบประเมินจำนวน 6 ชุด จึงขอความร่วมมือจากท่านให้ตอบแบบประเมินตามข้อมูลและความรู้สึกของท่าน โดยจะไม่มีคำตอบที่ถูกต้องหรือผิด

ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัยครั้งนี้ คือ นำความรู้ที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ไปใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนการพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 มีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ การตอบแบบประเมินจะไม่ระบุชื่อ-นามสกุล ลงในรายงานการวิจัย ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบประเมินจะถูกเก็บไว้เป็นความลับและจะทำลายเอกสารทั้งหมดภายในระยะเวลา 1 ปี หลังการวิจัยเผยแพร่ และจะนำเสนองานวิจัยในเชิงวิชาการเป็นภาพรวม

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลหรือสามารถติดต่อสอบถามได้ตลอดเวลาที่ นางสาวเสาวนีย์ กระจะแจจันทร์ หมายเลขโทรศัพท์ 084-4581221 หรือที่ ผศ.ดร.สุภาภรณ์ ค้วงแพง อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 038-102833

นางสาวเสาวนีย์ กระจะแจจันทร์  
ผู้วิจัย



## ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

ก่อนที่จะลงชื่อลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผยในภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(.....นางสาวเสาวนีย์ กระแจะจันทร์.....)

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้ข้าพเจ้าฟัง จนข้าพเจ้าเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือของข้าพเจ้าในใบยินยอมนี้ ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(.....นางสาวเสาวนีย์ กระจ่างจันทร์.....)