

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุ
ที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต



บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2558
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF SOCIAL SUPPORT PROGRAM ON SELF-MANAGEMENT BEHAVIORS
IN ELDER WITH PRE-DIALYSIS CHRONIC KIDNEY DISEASE

Mrs. Saowanee Chanapan



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2015

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรม จัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการ บำบัดทดแทนทางไต
โดย	นางเสาวนีย์ ชนะพาล
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุวีพร ธนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวิณี วิวัฒน์วานิช)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไพฑูรย์ โปธิสาร)

เสาวนีย์ ชนะพาล : ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต (THE EFFECT OF SOCIAL SUPPORT PROGRAM ON SELF-MANAGEMENT BEHAVIORS IN ELDER WITH PRE-DIALYSIS CHRONIC KIDNEY DISEASE) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รศ. ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 215 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมและเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยโปรแกรมนี้ประยุกต์จากแนวความคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1985) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต ที่มีอายุระหว่าง 60-86 ปี มีระดับพฤติกรรมการจัดการตนเองเล็กน้อยถึงปานกลาง จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน ด้วยวิธีการจับคู่ตามอายุ ระดับการศึกษา ภาวะโรคร่วมระยะเวลาการเป็นโรค ทั้งนี้ กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรม เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรมรายกลุ่มรวม 13 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ คู่มือการดำเนินตามโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมสำหรับพยาบาล คู่มือแนวทางพฤติกรรมการจัดการตนเอง สื่อวีดิทัศน์บทบาทของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต แผนการสอนเรื่องโรคไตเรื้อรังและแนวทางการจัดการตนเอง แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1987) 2) เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง และแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.94 และค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.77 ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงบรรยาย และสถิติทดสอบที่ ผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตภายหลังจากได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

2. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2558

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

5577232936 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: SELF MANAGEMENT BEHAVIORS / PRE-DIALYSIS CHRONIC KIDNEY DISEASE ELDERLY PATIENT WITH SELF MANAGEMENT BEHAVIORS / SOCIAL SUPPORT

SAOWANEE CHANAPAN: THE EFFECT OF SOCIAL SUPPORT PROGRAM ON SELF-MANAGEMENT BEHAVIORS IN ELDER WITH PRE-DIALYSIS CHRONIC KIDNEY DISEASE. ADVISOR: ASSOC. PROF. JIRAPORN KESPICHAYAWATTANA, 215 pp.

The purposes of this experimental research were to compare 1) levels of self-management behaviors among elderly with pre-dialysis chronic kidney disease before and after receiving social support program, and 2) levels of self-management behaviors among elderly patients with pre-dialysis chronic kidney disease after receiving social support program with those who received regular nursing care. The conceptual framework for the nursing intervention recreation program in this study was based on "Social Support" (House, 1985). The participants consisted of 40 pre-dialysis chronic kidney disease elderly patients, aged between 60-86 years old, with a mild or moderate self-management behaviors level. The first 20 participants were assigned to the experimental group and the other 20 participants were assigned to control group. Both groups were pair-matched by age, Education level, Comorbidity, Duration of chronic kidney disease. The experimental group which underwent the program designed by the researcher, was scheduled for 60 minutes for 13 sessions in 6 weeks and the control group received routine treatment. The research instruments were: 1) The Social Support Program of the intervention included : The Guided Social Support Program for nurse, A handbook of self-management behaviors with pre-dialysis chronic kidney disease Elderly Patients and VCD about the role of Family members, lesson plans, House's Social Support Questionnaire (1987) 2) The Data Collection :The Self-Management Behavior Questionnaire: SMBQ, content Validity of the study instrument were tested through 5 experts, obtaining a CVI of 0.94 and acceptable reliability at 0.77 .Data were Analyzed using descriptive statistics and T-test

The Major findings were as follow :

1) The mean score of Self-Management Behaviors among elderly patients with pre-dialysis chronic kidney disease after receiving social support program was significantly higher than before experiment, at the .05 level

2) The mean score of Self-Management Behaviors among elderly patients with pre-dialysis chronic kidney disease who received social support program was significantly higher than those of elderly patients with Self-Management Behaviors who received regular nursing care, at the .05 level

Field of Study: Nursing Science

Academic Year: 2015

Student's Signature

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ดำเนินสำเร็จลุล่วงเป็นอย่างดี ด้วยความช่วยเหลือ บ่มเพาะ ชัดเกล้าตามหลักคุณธรรม ด้วยความเมตตา กรุณา และความช่วยเหลืออย่างเข้าใจซึ่งมาตลอดระยะเวลา 3 ปี จากรองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา ที่เสียสละเวลา กรุณาให้คำปรึกษาที่เป็นประโยชน์ และเป็นกำลังใจในการเผชิญปัญหา ทำให้ผู้วิจัย ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์อย่างพยายาม ตั้งใจ เข้าใจ จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงในโอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวิณี วิวัฒน์วานิช ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ อีกทั้ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไพฑูรย์ โภธิสาร กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะ ด้านสถิติที่ใช้ในการ วิเคราะห์ข้อมูล ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น กราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย ทุกท่านที่ให้ข้อเสนอแนะ และความช่วยเหลือแก่ข้าพเจ้าอย่างดี

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้ง 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์แพทย์หญิง กาญจนา เทียนประเสริฐกิจ ดร. ทศพร ชูศักดิ์ ดร.นิรนาท วิทย์โชติภคิตคุณ ดร.ปริญดา ศรีธราพิพัฒน์ นางตรุณี จันทร์เลิศฤทธิ์ ที่เสียสละเวลาอันมีค่าในการ ตรวจสอบเครื่องมือให้ข้อคิดที่เป็นประโยชน์ เสนอแนะข้อบกพร่องและมีมิตรภาพที่ดีแก่ผู้วิจัย

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลไพศาล คณะกรรมการการวิจัยในคน จ.นครสวรรค์ หัวหน้า หอผู้ป่วย นางอรุณี บุญยีน เจ้าหน้าที่ทุกท่าน ผู้ช่วยวิจัย ที่เอื้ออำนวย ความสะดวกช่วยเหลือแก่ข้าพเจ้า ที่อำนวยความสะดวกในการทดลองใช้เครื่องมือ รวมถึงการดำเนินการทดลอง

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ในคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือใน ทุกๆด้าน การอำนวยความสะดวก ในกระบวนการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปเป็นอย่างดี

ขอกราบขอบพระคุณ แพทย์หญิงศรีสุดา ไส้ทองคำ นายสุขสวัสดิ์ ชนะพาล นางจันทร์ ดำรงพันธ์ นาง ประไพ ชนะพาล นางไกรลักษณ์ ฐานวิเศษ นางวิไล นรชิน นายมงคล และนางทอง หุ่นชัยภูมิ นางนรินทร์รัตน์ เพชรรัตน์ นางสาวแพรวศิริ อยู่สุข นางสาวมณีรัตน์ เอี่ยมอนันต์ นางสาวอริญญา เหล่ารินทอง นางสาวนันทพร ภูมิแสนโคตร นางสาวศุภวรรณ ป้อมจันทร์ นายแพทย์สมหวัง อำรรชกิติกุล นางสาวกฤษณี ชนะพาล นายวราทิตย์ กมฺุทชาติ ร้อยโท ลินสมุทฺร และนางจิราพร ศรีสุข ที่เป็นกัลยาณมิตรที่ดีทุกท่านแก่ข้าพเจ้า ให้ความช่วยเหลือและคำปรึกษาที่เป็น ประโยชน์ เป็นกัลยาณมิตร อำนวยความสะดวก รวมทั้งเป็นกำลังใจแก่ข้าพเจ้ามาตลอด

ท้ายที่สุดนี้ขอกราบขอบพระคุณผู้ให้กำเนิดทั้งสองคือ บิดา มารดาที่ข้าพเจ้าเทิดทูนเหนือสิ่งอื่นใด สมาชิกใน ครอบครัวที่คอยเป็นกำลังใจสำคัญยิ่ง ให้ข้อชี้แนะ สั่งสอน พลังใจแรงผลักดัน สนับสนุนในทุกๆด้าน ที่ห่วงใย เอาใจใส่ อยู่เคียงข้างให้ข้าพเจ้าก้าวข้ามผ่านปัญหาต่างๆในการทำวิทยานิพนธ์ ให้คำปรึกษา อำนวยความสะดวกและเป็น กัลยาณมิตรที่ดีให้ข้าพเจ้าเสมอมา จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี คุณค่าและประโยชน์จากการทำ วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ขอมอบให้แก่บิดา มารดา และคณาจารย์ ญาติมิตร ผู้สูงอายุทุกท่านให้มีสุขภาพกาย สุขภาพจิตที่ แข็งแรงสมบูรณ์ตลอดไป

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญภาพ	ฎ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	6
วัตถุประสงค์การวิจัย	6
แนวเหตุผลและสมมุติฐานการวิจัย.....	6
สมมุติฐานการวิจัย	9
ขอบเขตของการวิจัย.....	9
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	13
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	14
1. โรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตในผู้สูงอายุ.....	16
2. พฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต.....	37
3. แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม.....	49
4. บทบาทและสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต.....	58

5. โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไต เรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต.....	64
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	76
7. กรอบแนวคิดการวิจัย.....	87
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	88
ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง.....	89
การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง.....	90
ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	91
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	98
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	99
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	104
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	108
ขั้นตอนดำเนินการทดลอง.....	108
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	117
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	118
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	125
สรุปผลการวิจัย.....	129
การอภิปรายผลการวิจัย.....	130
ข้อเสนอแนะ.....	138
รายการอ้างอิง.....	142
ภาคผนวก.....	157
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาเครื่องมือวิจัย.....	158

ภาคผนวก ข จดหมายเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ จดหมายขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บ รวบรวมข้อมูล จดหมายอนุญาตให้ใช้เครื่องมือการวิจัย ใบรับรองจริยธรรมการวิจัย จดหมายแจ้งผลการพิจารณาโครงการวิจัย และเอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	160
ภาคผนวก ค ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	177
ภาคผนวก ง ตารางวิเคราะห์ข้อมูล	209
ภาคผนวก จ ภาพประกอบการจัดโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม.....	211
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	215



สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 ระยะและแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง.....	17
ตารางที่ 2 อาการและการจัดการของแต่ละระบบ	22
ตารางที่ 3 คำจำกัดความของภาวะ albuminuria และ proteinuria	25
ตารางที่ 4 การแบ่งชนิดของโรคไตเรื้อรัง.....	26
ตารางที่ 5 การประเมินการทำงานของไต.....	29
ตารางที่ 6 การประเมินการทำงานของไตทางห้องปฏิบัติการ.....	29
ตารางที่ 7 โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต ตามแนวคิดของ House (1985)	66
ตารางที่ 8 กำหนดการจัดโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม	75
ตารางที่ 9 คุณสมบัติของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการจับคู่ (Matched Pair) โดยพิจารณาองค์ประกอบด้านอายุ ระยะเวลาการเป็นโรค ระดับการศึกษา และภาวะโรคร่วม.....	93
ตารางที่ 10 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ เพศ เชื้อชาติ ศาสนา สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ภาวะโรคร่วม ระยะการป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง และระยะของโรคไตเรื้อรัง.....	94
ตารางที่ 11 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม	119
ตารางที่ 12 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลอง ที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมเป็นรายด้าน	120
ตารางที่ 13 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ	121

ตารางที่ 14 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไต
เรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่ม
ทดลองและกลุ่มควบคุม โดยแบ่งเป็นรายด้านและโดยรวม 123

ตารางที่ 15 คะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและบุคลากรทางสุขภาพของ
ผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตกลุ่มทดลอง หลังได้รับ
โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม รายด้านและโดยภาพรวม จำแนกตามกลุ่มผู้ให้การ
สนับสนุนทางสังคม (n=40)..... 210



สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย	87
ภาพที่ 2 ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Burn and Glove, 2005).....	97
ภาพที่ 3 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย	114
ภาพที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรัง ระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมหรือ กลุ่มทดลอง กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือกลุ่มควบคุม	122



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease: CKD) จัดเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทางสาธารณสุขที่พบได้บ่อย และเป็นปัญหาสำคัญทั่วโลก อีกทั้งยังเป็นโรคที่คุกคามชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในขณะนี้ เนื่องจากพบอัตราการเสียชีวิตสูงมากขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี (Kamer S, 2012) และคาดว่าในปี 2568 จะเป็นสาเหตุให้ประชากรโลกเสียชีวิตสูงถึง 36 ล้านคนต่อปี โดยอยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 68 (WHO, 2013)

จากรายงานอุบัติการณ์ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่ามีความชุกของโรคไตเรื้อรังเพิ่มจากเดิมคือ ร้อยละ 12.3 ของประชากรในปี พ.ศ. 2531-2537 เพิ่มเป็นร้อยละ 14 ของประชากรในปี พ.ศ. 2548-2553 โดยในช่วงปี 2001 ถึงปี 2008 พบอัตราการป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้นเป็น 3 เท่าคิดเป็นร้อยละ 26 ของกลุ่มประชากรผู้สูงอายุชาวอเมริกัน (United States Renal Data System Report, 2013) แนวโน้มความชุกโรคไตเรื้อรังของทวีปเอเชียสูงกว่าประเทศตะวันตก (Imai E, Horio M., et al., 2009) สำหรับประเทศจีน ในปี 2555 พบสูงถึงร้อยละ 10.8 (Zhang L., Wang F et al., 2012) และในส่วนของประเทศอินเดีย ในปี 2556 พบสูงถึงร้อยละ 17.2 (Singh AK, Farag YMK et al., 2013)

อุบัติการณ์ของโรคไตเรื้อรังยังเป็นปัญหาสำคัญในกลุ่มผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ดังจะเห็นได้จากการศึกษาในประเทศไทยมีประชากรที่ป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตสูงถึง 11.44 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 17.5 ทั้งนี้พบในกลุ่มผู้สูงอายุได้ร้อยละ 4.6 ถึงร้อยละ 17.5 (Ingsathit A, Thakkestian A, Chaiprasert A, Sangthawan P, Gojaseni P, Kiattisunthorn K; the Thai-SEEK Group, 2010) จากรายงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2554) พบสาเหตุการป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังในกลุ่มผู้สูงอายุเป็นอันดับที่ 6 โดยคิดเป็นร้อยละ 1.67 อัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Odd Ratio) เท่ากับ 3.6 และ 7.3 เท่า และดังการศึกษาของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย (2555) ที่กล่าวว่าความชุกของการเกิดโรคไตเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มตามอายุที่มากขึ้น โดยมักพบในกลุ่มอายุ 60-69 ปี และผู้ป่วยอายุ 70 ปีขึ้นไป ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มวัยสูงอายุตอนกลางและตอนปลาย โดยพบได้ถึงร้อยละ 35.2 และร้อยละ 53.4 ตามลำดับ ที่กล่าวมาสอดคล้องกับข้อมูลประชากรไทยที่กำลังพัฒนาเข้าสู่สังคมของประชากรสูงอายุมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลของโรงพยาบาลไพศาลี จังหวัดนครสวรรค์ พบว่าผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตที่มาเข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคไตเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอกมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2554 มีจำนวน 198 คน ปี พ.ศ.

2555 มีจำนวน 235 คน และในปี พ.ศ. 2556 มีจำนวน 268 คน (ฝ่ายเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลไพศาลี, 2556)

จากสถิติโรคไตเรื้อรังที่กล่าวมาทั้งหมดแสดงให้เห็นถึงสถานการณ์ความรุนแรงและอุบัติการณ์การเพิ่มของโรคไตเรื้อรังในอนาคตสูงขึ้นมากว่านี้อย่างแน่นอน หากไม่ได้รับการตอบสนองต่อการรักษาหรือการดูแลรักษาอย่างถูกต้องเหมาะสม จะทำให้การทำหน้าที่ของไตเสื่อมลงจนไม่สามารถชะลอการเสื่อมของไตได้ ผู้สูงอายุเหล่านี้มีโอกาสหรือความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตวายระยะสุดท้าย (End-Stage Renal Disease : ESRD) ส่งผลต่อการรักษาที่ยุ่ยากขึ้น

พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง (Self-Management Behaviors) ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เป็นความพยายามเชิงบวกในการปฏิบัติตนของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตเพื่อให้สอดคล้องในการควบคุม และมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ การดำเนินชีวิตประจำวัน และการรักษาเพื่อให้คงไว้ซึ่งการมีสุขภาวะที่ดี การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ควบคุมอาการรวมถึงการจัดการเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ทางการแพทย์ และลดการคุกคามของการเจ็บป่วยที่จะส่งผลกระทบต่อดำรงชีวิต (Curtin & Mapes, 2001) จากการสำรวจข้อมูลและสอบถามผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลไพศาลี จังหวัดนครสวรรค์ พบว่ายังมีปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของโรคไตเรื้อรังที่ไม่เหมาะสมหลายอย่าง อาทิ ปัญหาการลืมรับประทานยา การไม่ตรวจตามนัด การซื้อยาสมุนไพรใช้เองนอกเหนือจากแผนการรักษาของแพทย์ การรับประทานอาหารที่ส่งผลต่อไตตามความเชื่อที่ผิด ซึ่งปัญหานี้มักจะพบในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่เพียงลำพัง และขาดการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว ซึ่งพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ (ฝ่ายเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลไพศาลี, 2554)

การบันทึกปริมาณน้ำเข้า-ออก การจัดการด้านการใช้ยา การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการจำกัดปริมาณการบริโภคน้ำ ล้วนเป็นพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองที่ส่งผลดีต่อสุขภาพและช่วยชะลอการเสื่อมของไต (Welch et al. 2014) แต่พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองยังมีความซับซ้อนและยังไม่ได้รับการตระหนักเท่าที่ควร จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า สาเหตุของพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองที่ยังไม่ประสบผลสำเร็จนั้น ในมุมมองของบุคลากรทางสุขภาพเชื่อว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองได้อย่างเคร่งครัดหลังได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางสุขภาพอย่างง่าย (Mirzaei et al., 2013) แต่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังนั้นไม่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ (Yen et al., 2011) แต่ในมุมมองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังนั้นเชื่อว่าพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองมีความขัดแย้งและยากที่จะปรับให้เข้ากับบริบทการใช้ชีวิตประจำวันของตน (Granger et al. 2009) อีกทั้งการได้รับข้อมูลและคำแนะนำจากบุคลากรทางสุขภาพเพียงอย่างเดียว ไม่สามารถที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้ (Griva et al., 2012; Sadler et al., 2014) จากการศึกษาของบุญต่าย สิทธิไพศาล (2553) พบว่าการขาดแรง

สนับสนุนจากสมาชิกครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองได้ตามแผนการรักษาส่งผลให้พฤติกรรมจัดการตนเองนั้นอยู่ในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ Sadler และคณะ (2014) ที่ว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังนั้นควรมีหุ้นส่วนสุขภาพ เช่น สมาชิกในครอบครัว มาสนับสนุนในการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

จากการศึกษาของสุพิชา อาจคิดการ, ลินจง โปธิบาล และดวงฤดี ลาสุขะ (2013) พบว่า อายุ ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อพฤติกรรมจัดการตนเอง และ Sritarapipat และคณะ (2012) ได้ศึกษาแบบจำลองเชิงสาเหตุของพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนไต พบว่าการสนับสนุนจากครอบครัวมีอิทธิพลโดยตรงทางบวกต่อพฤติกรรมจัดการตนเอง และการสนับสนุนจากบุคลากรทางสุขภาพมีอิทธิพลโดยอ้อมทางบวกต่อพฤติกรรมจัดการตนเอง จึงสรุปได้ว่า พฤติกรรมจัดการตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสนับสนุนทางสังคม (Sritarapipat et al., 2012) และยังเกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรัง (Curtin, Walters, Schatell, Pennell, Wise, & Klicko, 2008)

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease) เป็นภาวะที่การทำงานของหน่วยไตลดลงอย่างถาวรนานเท่ากับหรือมากกว่า 3 เดือน ทำให้เกิดความผิดปกติของโครงสร้างหรือการทำงานของไต ทำให้ไตเสียหายที่ในการขจัดของเสีย การรักษาสมดุลเกลือแร่และน้ำ หรือมีค่าอัตราการกรองของไต (Glomerular Filtration Rate: GFR) ที่น้อยกว่า 60 มิลลิลิตร/นาที/1.73 ตารางเมตร (NKF/DOQI, 2002) โดยแบ่งออกเป็น 5 ระยะ ตามระดับการเปลี่ยนแปลงของอัตราการกรองของหน่วยไตที่ลดลง (Glomerular Filtration Rate: GFR) และตามระดับของครีเอตินินที่เพิ่มสูงขึ้น (Creatinine) (Ibrahim H Et al, 2005) เพื่อให้สะดวกในทางเวชปฏิบัติสามารถประเมินได้

ระยะที่ 1-4 (Stage I - Stage IV) ของโรคไตเรื้อรังจัดอยู่ในระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต โดยในระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ผู้ป่วยยังไม่มีอาการแสดงทางคลินิกที่ชัดเจนจะทราบได้จากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเท่านั้น แต่เมื่อการดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะที่ 3 และระยะที่ 4 ค่าการทำงานของไตจะแยลง และมีอาการแสดงของโรคที่เห็นได้ชัด เช่น ภาวะน้ำเกินในร่างกาย ภาวะเลือดเป็นกรด ปัจจัยทำนายที่ทำให้เกิดโรคไตเรื้อรัง คือ อายุที่เพิ่มมากขึ้นทุก 10 ปี ค่า GFR เริ่มต้นที่น้อยกว่า 90 มล./นาที/1.73 ตารางเมตร ดัชนีมวลกายที่สูง โรคเบาหวาน การสูบบุหรี่ โรคความดันโลหิตสูง ค่า HDL โคลเลสเตอรอลที่ต่ำ (เกรียงศักดิ์ วาริแสงทิพย์, นพรัตน์ เลาวหุตานนท์, และธัญญารัตน์ อธิพรเลิศรัฐ, 2555) แต่ในวัยสูงอายุพบว่าสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากกลุ่มโรคเรื้อรัง ซึ่งได้แก่ โรคเบาหวาน พบสูงถึงร้อยละ 37.5 โรคความดันโลหิตสูง พบสูงถึงร้อยละ 25.6 ร่วมกับประวัติการใช้ยาสมุนไพรรักษา และโรคไตอักเสบเรื้อรัง (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2555) จากการศึกษาในกลุ่ม

ผู้สูงอายุพบว่าปัจจัยที่การดำเนินของโรคไตเรื้อรังเร็วกว่าวัยอื่นๆ นั้น เกิดจากการเปลี่ยนแปลงขนาดรูปร่าง และหน้าที่การทำงานของไตที่เสื่อมลง (เกรียง ตั้งสง่า, 2550) ซึ่งหากว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตยังไม่เคร่งครัดในพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองให้มีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับการดำเนินตามระยะของโรค (Havas et al., 2016) อาจทำให้การดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะที่ 5 (Stage V) ที่ค่า GFR ≥ 15 ml/ min/ 1.73 m² หรือระยะสุดท้ายของโรค (End Stage Renal Disease : ESRD) อย่างรวดเร็ว จนต้องเข้ารับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนทางไตด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางหน้าท้อง และการผ่าตัดปลูกถ่ายไตในที่สุด (Walker, Marshall & Polaschek, 2013)

โรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตไม่มีวิธีป้องกันระดับปฐมภูมิ และไม่มีวิธีการรักษาที่ทำให้หายขาด ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียสถานภาพและบทบาททางสังคม มีเครือข่ายทางสังคมลดลง และขาดการติดต่อกับบุคคลอื่นในสังคม หมดหน้าที่ในการทำงาน มีรายได้ที่ลดลง ทำให้ สูญเสียความภูมิใจในตนเอง (Trief, 2007) และประกอบกับ วัยสูงอายุนั้นทำให้เกิดข้อจำกัดในการจัดการตนเอง อาจเนื่องมาจากข้อจำกัดทางร่างกาย ภาวะสุขภาพที่เสื่อมตามธรรมชาติ การเรียนรู้ ความจำและการเข้าถึงทรัพยากรต่างๆ (Sritarapipat et al., 2012)

ดังนั้นหลักการสำคัญที่จะทำให้พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตอยู่ในระดับสูงขึ้นไปจึงจำเป็นต้องได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งสนับสนุนที่เหมาะสม เช่น สมาชิกในครอบครัว และบุคลากรทางสุขภาพในการช่วยป้องกันและลดความรุนแรงจากการดำเนินของโรค (Lin et al., 2012) ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่กับโรคได้อย่างมีความสุข (Well-Being) เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี (Bodenheimer, Lorig, Holman, & Grumbach, 2002; Curtin & Mapes, 2001) ดังการศึกษาของ Braun Curtin และคณะ (2008) ที่ว่าหากสามารถทำให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีการจัดการตนเองที่ดีจะส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อการควบคุมการดำเนินของโรคไต และชะลอการเสื่อมของไตได้

ในบริบทของสังคมไทยยังคงเป็นสังคมแบบเครือญาติ คือ ผู้สูงอายุยังคงอาศัยอยู่กับบุตรหลาน อีกทั้งการที่ผู้สูงอายุได้รับการดูแลเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัวได้รับความห่วงใย เอื้ออาทร ย่อมส่งผลให้ความเจ็บป่วยทุเลาลง (ทัศนีย์ อนันตพันธุ์พงศ์, 2540) ครอบครัวจึงกลายเป็นแหล่งการสนับสนุนทางสังคมหลักที่สำคัญที่สุดต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1985) ที่กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) นั้น คือ การที่ผู้รับได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านความช่วยเหลือทางด้านข้อมูลข่าวสารวัตถุสิ่งของ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคนและเป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมไปในทางที่ผู้รับต้องการ การ

สนับสนุนจากครอบครัวมีประโยชน์ต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งทางตรงและทางอ้อม ประโยชน์ทางตรงในด้านสรีรวิทยา คือ เพิ่มการหลั่งฮอร์โมนอะดรีนาลิน ในด้านจิตใจช่วยส่งเสริมอารมณ์ทางบวก ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม เพิ่มความมีคุณค่าในตนเอง ช่วยกระตุ้นพฤติกรรมทางบวก ส่วนประโยชน์ทางอ้อม พบว่า ทำให้บุคคลเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติสิ่งต่างๆ เพิ่มขึ้น แก้ไขปัญหาทางด้านพฤติกรรมที่เกิดขึ้น ส่งเสริมให้เกิดสุขภาพกายดี (Keeling et al., 1996)

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศพบการศึกษาวิจัยที่ใช้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มผู้สูงอายุโรคเรื้อรังเพื่อนำมาปรับพฤติกรรมในด้านต่างๆ หลายนาน อาทิเช่น พฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุโรคหัวใจ (พิบูล ดินามาส , 2550) พฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน (พิสมัย พันธุ์พีช, 2556) พฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน (พรนภา ไชยอาสา, 2550) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหิน (หทัยกาญจน์ เขาวกิจ, 2553) พฤติกรรมการออกกำลังกายและความดันโลหิตในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง (สายฝน กันธมาลี, 2550) อีกทั้งยังพบว่า มีตัวอย่างของการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่กระทำผ่านแรงสนับสนุนจากบุคลากรทางสุขภาพของ Walker, Marshal และ Polaschek (2013) ที่ได้จัดทำโปรแกรมที่พยาบาลเป็นผู้นำกิจกรรม (Nurse-Led Intervention) แก่กลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชนโดยผ่านการให้ความรู้ การสร้างความรู้เท่าทันทางสุขภาพ (Health Literacy) และการวางแผนการจัดการตนเองรายบุคคลให้แก่กลุ่มโรคไตเรื้อรังในชุมชน

ผู้วิจัยจึงเห็นว่าควรมีการพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมเพื่อนำมาปรับพฤติกรรม การจัดการตนเองให้สูงขึ้นสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต ซึ่งโปรแกรมที่มีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุควรประกอบด้วยกิจกรรมที่เข้าใจง่าย ไม่ซับซ้อน เนื่องจากผู้สูงอายุมีปัจจัยด้านร่างกายที่เกิดจากความสูงอายุซึ่งส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะและระบบต่างๆ ของร่างกายที่เสื่อมถอย อีกทั้ง พยาธิสภาพของโรคที่เป็นภาวะโรคเรื้อรังส่งผลต่อปัญหาการสื่อสารกับผู้ดูแล กิจกรรมการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน เกิดข้อจำกัดในการติดตาม การเรียนรู้ลดน้อยลงกว่าวัยผู้ใหญ่ ความสามารถเกี่ยวกับความจำลดลง ความเบื่อหน่ายขณะทำกิจกรรมความร่วมมือในการทำกิจกรรมลดลง จึงจำเป็นต้องให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในทุกกิจกรรม และกิจกรรมควรมีความแปลกใหม่ ไม่ซับซ้อน มีสื่อการเรียนรู้ที่น่าสนใจ เข้าใจง่าย มีการทบทวนการรับรู้ของผู้สูงอายุเป็นระยะ

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้สร้างโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมเพื่อนำมาปรับพฤติกรรมจัดการตนเอง โดยใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1985) มาเป็นแนวทางในการประเมินและปรับพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุแต่ละรายให้สูงขึ้น ในบทบาทของพยาบาลที่เป็นบุคลากรทางสุขภาพ ซึ่งเน้นบทบาทในการส่งเสริม ป้องกัน ให้คำแนะนำทางสุขภาพ และฟื้นฟูสุขภาพ

แก่ผู้ป่วย โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรัง ระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตนี้ มุ่งเน้นพัฒนาความรู้ และเสริมสร้างความเชื่อมั่นในทักษะการจัดการตนเองร่วมกับให้สมาชิกในครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการกำกับดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ หากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมนี้ทำให้พฤติกรรมจัดการตนเองสูงขึ้นแล้ว จะทำให้พยาบาลเกิดแนวทางในการบำบัดกิจกรรมทางการแพทย์ เป็นประโยชน์ทางการแพทย์ ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุเหล่านี้สามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ส่งเสริมการจัดการตนเองที่ดี ลดผลกระทบที่รุนแรงจากการดำเนินของโรคที่เพิ่มขึ้น ลดค่าใช้จ่ายทางสาธารณสุขจากการบำบัดทดแทนทางไต และช่วยให้ผู้สูงอายุดำเนินชีวิตอยู่กับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังได้อย่างผาสุก และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

คำถามการวิจัย

โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำให้พฤติกรรมจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตสูงขึ้นหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมุติฐานการวิจัย

พฤติกรรมจัดการตนเอง (Self-Management Behaviors) เป็นความพยายามเชิงบวก ในการปฏิบัติตนเพื่อให้เกิดความสอดคล้องในการควบคุม และการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ การดำเนินชีวิตประจำวัน และการรักษาเพื่อคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนการควบคุมอาการ รวมถึงการจัดการเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ทางการแพทย์ และลดการคุกคามของการเจ็บป่วยที่จะส่งผลต่อการดำรงชีวิต อันประกอบด้วย 5 ลักษณะ ได้แก่ 1) การสื่อสารกับบุคลากรสุขภาพ (Communication with Health Care Provider) 2) การเป็นหุ้นส่วนในการดูแล (Partnership in Care) 3) กิจกรรมการดูแลตนเอง (Self-Care Activities) 4) พฤติกรรมพิทักษ์

สิทธิ์ตนเอง (Self-Advocacy Behaviors) 5) พฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยา (Medication Adherence Behavior) (Curtin & Mapes, 2001)

เมื่อวิเคราะห์สาเหตุของการมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่ไม่เหมาะสมในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตตามแนวคิดของเคอร์ติน และมาเปส (2001) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมและศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า เกิดจากหลายสาเหตุร่วมกัน ทั้งจากปัจจัยที่เกิดจากความสูงอายุ จากพยาธิสภาพของโรคอันเกิดจากการเปลี่ยนแปลงตามอวัยวะและระบบต่างๆ ของร่างกายที่เสื่อมถอยก่อให้เกิดการเสื่อมของไตได้ง่ายขึ้น ข้อจำกัดของสภาพร่างกาย การขาดความเชื่อมั่นในการจัดการกับปัญหาสุขภาพ การจัดการตนเองที่ถูกต้องและมีความเหมาะสมกับโรคจะช่วยให้ผู้ป่วยมีอัตราการรอดชีวิตสูงชะลอการเสื่อมถอยของไตโดยที่ยังไม่เข้าสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

เป้าหมายของการมีคุณภาพชีวิตที่ดีก่อนเข้ารับการบำบัดทดแทนทางไต คือ การมีจัดการตนเองที่ดีกับโรค และความร่วมมือในการรักษาโดยร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม (Curtin et al., 2002) การที่จะทำให้ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตมีพฤติกรรมจัดการตนเองดีขึ้นนั้น การได้รับข้อมูลและคำแนะนำจากพยาบาลเพียงอย่างเดียว ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้ (Griva et al., 2012; Sadler et al., 2014) ดังนั้นควรมีหุ้นส่วนสุขภาพในการสนับสนุนการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมอื่นด้วย เช่น สมาชิกในครอบครัว (Sadler et al., 2014) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sritarapipat (2012) ที่กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลโดยตรงทางบวกกับพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต ผู้วิจัยจึงสนใจนำแนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต โดยนำแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1985) มาประยุกต์ในการศึกษาปัญหาวิจัยครั้งนี้

แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ของ House (1985) เป็นแนวคิดที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตมีการปรับพฤติกรรมจัดการตนเอง ทั้งในด้านร่างกาย และด้านจิตใจ โดยเน้นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ที่มีความผูกพันใกล้ชิด เกิดความเชื่อใจไว้วางใจ มีการสนับสนุนทางความคิด และการตัดสินใจ จนเกิดการยอมรับนับถือ และเห็นคุณค่าของการช่วยเหลือในด้านต่างๆ ประกอบด้วย 4 ด้านได้แก่ การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional Support) การสนับสนุนการประเมินผล (Appraisal Support) การสนับสนุนทางข้อมูลข่าวสาร (Information Support) การสนับสนุนทางเครื่องมือ (Instrumental Support) การได้รับการสนับสนุนทางสังคมนี้จะส่งผลต่อการทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกายและด้านจิตใจได้ จนผู้สูงอายุเกิดการเห็นคุณค่าในตนเอง จนเกิดเป็นความมั่นใจในการปฏิบัติทักษะการจัดการตนเอง

ผลกระทบจากภาวะโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตส่งผลกับผู้สูงอายุหลายด้าน ในด้านร่างกายจากการคั่งของ ของเสียในร่างกายจำนวนมาก ทำให้เกิดความผิดปกติในระบบประสาท เกิดการรับรู้ ความคิด และความจำลดลง แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลง (Bullock & Henze, 2000; Porth, 2004; Price & Wilson, 2003) ด้านจิตใจ ทำให้เกิดภาวะเครียด ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น การแสดงออกทางอารมณ์มากขึ้น เกิดความสิ้นหวังในชีวิต ภาวะซึมเศร้า (Salter, 1988, as cited in Galpin, 1992)

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม และพัฒนาการจัดกิจกรรม การพยาบาลโดยผ่านกระบวนการพยาบาลและแนวคิดพฤติกรรมจัดการตนเองร่วมกับแหล่ง สนับสนุนทางสังคมที่สามารถนำมาเป็นแนวทางในการมุ่งให้ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัด ทดแทนทางไตเกิดทักษะในการจัดการตนเองโดยการกำกับดูแลจากพยาบาลและสมาชิกในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมนี้สามารถทำได้ทั้งในรายกลุ่มและรายบุคคล รูปแบบกิจกรรมต้องมีความเหมาะสม สอดคล้องกับบริบทในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ เป็นกิจกรรมรูปแบบหนึ่งที่ทำให้คุณภาพชีวิตของ ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตดีขึ้น (House, 1985) มีส่วนช่วยในการชะลอ ความเสื่อมของไต โดยมีกระบวนการในการจัดกิจกรรม 3 ขั้นตอน ดังนี้ 1). การเก็บรวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูล 2). การดำเนินกิจกรรม 3). การประเมินผล โดยกิจกรรมใช้ระยะเวลา 60 นาที/ ครั้ง จำนวน 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ ซึ่งโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมของ House (1985) นี้มุ่งเน้นให้เกิดทักษะพฤติกรรมจัดการตนเองดีขึ้น ประกอบด้วย 4 กิจกรรมหลัก ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional Support) ประกอบด้วย การให้ความรัก ความพอใจ ความผูกพัน การยอมรับนับถือ การแสดงถึงความห่วงใย การดูแลเอาใจใส่ ได้แก่ กิจกรรม การสร้างสัมพันธ์ภาพ

กิจกรรมที่ 2 การสนับสนุนทางการประเมินค่า (Appraisal Support) เป็นการจัดกิจกรรม โดยการเตรียมบทบาทของสมาชิกในครอบครัว เป็นการให้ข้อมูลป้อนกลับ (Feed Back) การเห็นพ้อง หรือให้รับรอง (Affirmation) ผลการปฏิบัติ หรือการบอกให้ทราบผลถึงผลดีที่ผู้รับได้ปฏิบัติพฤติกรรม นั้น

กิจกรรมที่ 3 การสนับสนุนทางข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เป็นการจัดกิจกรรม โดยการให้คำแนะนำ (Suggestion) การตักเตือน การให้คำปรึกษา (Advice) และการให้ข่าวสาร รูปแบบต่างๆ แก่ผู้ปฏิบัติ ได้แก่ กิจกรรมให้ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทน ทางไต กิจกรรมให้ความรู้เรื่องแนวทางการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อน การบำบัดทดแทนทางไต กิจกรรมฟิวส์พาเพลิน กิจกรรมกระเช้าเบาเค็ม กิจกรรมพิชิตใจพิชิตพุง กิจกรรมรักษั้ไตไตโต กิจกรรมยาแอนด้อยู กิจกรรมวอเตอร์อินเลิฟ

กิจกรรมที่ 4 การสนับสนุนทางทรัพยากร (Instrumental Support) เป็นการจัดกิจกรรม โดยความช่วยเหลือโดยตรงทางด้านสิ่งของ แรงงาน เงิน เวลา เป็นต้น ได้แก่ กิจกรรมเยี่ยมบ้าน และกิจกรรมกระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์

กล่าวโดยสรุป โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมนี้ มุ่งเน้นให้เกิดทักษะพฤติกรรมจัดการตนเองที่ดีในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตให้เข้ากับชีวิตประจำวันของตน โดยการมีส่วนร่วมจากสมาชิกครอบครัว และบุคลากรทางสุขภาพ ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถประเมินตนเอง เกิดความภาคภูมิใจในความสามารถของตนเอง จนเกิดเป็นความมั่นใจในการปฏิบัติทักษะของพฤติกรรมจัดการตนเองต่อไป จากแนวคิดและหลักฐานการศึกษาดังกล่าว ผู้วิจัยตั้งสมมติฐาน ดังนี้

สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม
2. พฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้แบบแผนการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research Design) ชนิดสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Control Group Design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต โดยกำหนดขอบเขตในการวิจัย ดังนี้

1. ประชากร คือ บุคคลที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปีบริบูรณ์ ทั้งเพศชายและเพศหญิง ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตโดยอยู่ในระยะที่ 2 ถึงระยะที่ 4 มีค่าการทำงานของไต (Creatinine Clearance) อยู่ในช่วง 60-89 มิลลิตร/นาทีต่อ 1.73 ตารางเมตร ถึง ช่วง 15 - 29 มิลลิตร/นาทีต่อ 1.73 ตารางเมตร ที่เข้ารับการตรวจที่คลินิกโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลไพศาลี จังหวัดนครสวรรค์

2. กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตโดยอยู่ในระยะที่ 2 ถึงระยะที่ 4 มีค่าการทำงานของไต (Creatinine Clearance) อยู่ในช่วง 60-89 มิลลิตร/นาทีต่อ 1.73 ตารางเมตร ถึงช่วง 15-29 มิลลิตร/นาทีต่อ 1.73 ตารางเมตร มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปีบริบูรณ์ ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่เข้ารับการตรวจที่คลินิกโรคไตเรื้อรัง

โรงพยาบาลไพศาลี จังหวัดนครสวรรค์ รับการรักษาในช่วงระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2554 ถึงวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2556 และมีคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับน้อยถึงระดับปานกลาง โดยประเมินจากแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต (The Self-Management Behavior Questionnaire) ที่พัฒนาตามแนวคิดของเคอร์ตินและคณะ (Curtin, Walters, Schatell, Pennell, Wise, & Klicko, 2008) ซึ่งปริญาดา ศรีธราพิพัฒน์ และคณะ (2012) ได้แปลและพัฒนาให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรัง มีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 37.0 -135.9 คะแนน

3. ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรในการศึกษานี้ คือ พฤติกรรมการจัดการตนเอง

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

พฤติกรรมการจัดการตนเอง หมายถึง ความพยายามเชิงบวกในการปฏิบัติตนของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตเพื่อให้สอดคล้องในการควบคุม และมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ การดำเนินชีวิตประจำวัน และการรักษาเพื่อให้คงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ควบคุมอาการรวมถึงการจัดการเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ทางการแพทย์ และลดการคุกคามของการเจ็บป่วยที่จะส่งผลต่อการดำรงชีวิตซึ่งสามารถประเมินได้ใน 5 ลักษณะ (Curtin & Mapes, 2001) ได้แก่

1. การสื่อสารกับบุคลากรทางสุขภาพ (Communication with Health Care Provider) เป็นการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ซึ่งผู้ป่วยสามารถแสวงหาข้อมูล สอบถามปัญหาเกี่ยวกับอาการ แนวทางปฏิบัติ หรือวิธีที่ตรงกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการแก้ปัญหา และแนวทางการรักษาจากแพทย์
2. การเป็นหุ้นส่วนในการดูแล (Partnership in Care) เป็นการจัดการตนเองด้านการสื่อสารกับผู้ให้การดูแล และการมีส่วนร่วมในการดูแลเป็นองค์ประกอบที่ต้องพึ่งพาซึ่งกันและกัน ไม่ใช่การมีส่วนร่วมในการดูแลของทีมผู้ดูแลสุขภาพเพียงฝ่ายเดียว แต่ต้องอาศัยความสามารถของผู้ป่วยในการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพเกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วย
3. กิจกรรมการดูแลตนเอง (Self-Care Activities) เป็นการจัดการตนเองซึ่งตั้งอยู่บนพื้นฐานของหลักฐานเชิงผลลัพธ์ในการดูแลสุขภาพ เมื่อผู้ป่วยมีการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองทางกายจนปฏิบัติเป็นนิสัย เช่น การสังเกตอาการ ผลกระทบ และการติดตาม การปฏิบัติพฤติกรรมที่ชะลอความเสื่อมของสุขภาพ จนเป็นแนวทางที่นำไปสู่ความสำเร็จในการรักษา
4. พฤติกรรมพิทักษ์สิทธิของตนเอง (Self-Advocacy Behaviors) ความเต็มใจ ความสมัครใจ การตัดสินใจด้วยตนเองของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองส่วนบุคคลที่ถูกต้องด้วยตนเอง

เช่น การปรึกษาแพทย์ผู้รักษาในการรับประทานยาในระย่ก่อนการบำบัดทดแทนทางไต การดูแลสุขภาพอื่นๆ ของตนเอง

5. พฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยา (Medication Adherence Behavior) เป็นการจัดการตนเองที่ผู้ป่วยปฏิบัติตามการใช้ยาตามที่แพทย์สั่ง และแพทย์ก็มีความไว้วางใจในการรักษากับผู้ป่วยที่รับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ

โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การดำเนินกิจกรรมการพยาบาลจากพยาบาล ซึ่งเป็นบุคลากรทางสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมจากสมาชิกในครอบครัว จัดทำขึ้นเพื่อมุ่งปรับพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระย่ก่อนการบำบัดทดแทนทางไต โดยทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ควบคุมอาการรวมถึงการจัดการเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ทางการแพทย์ และลดการคุกคามของการเจ็บป่วย คงไว้ซึ่งสุขภาพะที่ดี ดำเนินกิจกรรมโดยบูรณาการกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1985) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ตำรา เกี่ยวกับพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระย่ก่อนการบำบัดทดแทนทางไต (Curtin, Walters, Schatell, Pennell, Wise, & Klicko, 2008) โปรแกรมประกอบด้วย จำนวนกิจกรรมทั้งหมด 13 ครั้ง โดยจะจัดกิจกรรม สัปดาห์ที่ 1 จำนวน 2 ครั้ง สัปดาห์ที่ 2, 3 และ 4 สัปดาห์ละ 3 ครั้ง และสัปดาห์ที่ 5 และ 6 สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ทุกกิจกรรมใช้ระยะเวลาครั้งละ 60 นาที รวมทั้งสิ้น 6 สัปดาห์ ซึ่งมีขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล เป็นการรวบรวมข้อมูลของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระย่ก่อนการบำบัดทดแทนทางไต ที่เข้ารับการตรวจ ที่คลินิกโรคไตเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลไพศาลี โดยพยาบาลเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล ด้วยการให้ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระย่ก่อนการบำบัดทดแทนทางไตตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามพฤติกรรมจัดการตนเอง (The Self-Management Behavior Questionnaire) จากนั้นนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ทั้งหมดมาวิเคราะห์ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานและนำมาวางแผนการดำเนินกิจกรรม

ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินกิจกรรม เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลให้เหมาะสมและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และเป้าหมายของกิจกรรม เพื่อส่งเสริมทักษะพฤติกรรมจัดการตนเองตนเองใน 5 ลักษณะ อันประกอบด้วย การสื่อสารกับบุคลากรทางสุขภาพ (Communication with Health Care Provider) การเป็นหุ้นส่วนในการดูแล (Partnership in Care) กิจกรรมการดูแลตนเอง (Self-Care Activities) พฤติกรรมการพิทักษ์สิทธิของตนเอง (Self-Advocacy Behaviors) พฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยา (Medication Adherence Behavior) (Curtin & Mapes, 2001) โดยร่วมกับการนำแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้าน อันประกอบด้วย การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotion Support) การสนับสนุนทางข้อมูลข่าวสาร (Information Support) การสนับสนุนทาง การประเมินค่า (Appraisal Support) การสนับสนุนทาง

ทรัพยากร (Instrumental Support) มาเป็นแนวคิดหลัก โดยกิจกรรมที่พยาบาลดำเนินการมีทั้งรายกลุ่มและรายบุคคล โดยทุกกิจกรรมจะใช้ระยะเวลา 60 นาที/ครั้ง โดยจะจัดกิจกรรม สัปดาห์ที่ 1 จำนวน 2 ครั้ง สัปดาห์ที่ 2, 3 และ 4 สัปดาห์ละ 3 ครั้ง และสัปดาห์ที่ 5 และ 6 สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมทั้งหมด 13 ครั้ง

กิจกรรมที่ 1 การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotion Support) จุดประสงค์เพื่อมุ่งหวังให้ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตเกิดการสื่อสารกับผู้ให้การดูแลโดยการสร้างสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุ ร่วมกับให้สมาชิกครอบครัว ดูแลเอาใจใส่ ห่วงใย ไว้วางใจ และรับฟังความคิดเห็นของผู้สูงอายุ ตลอดจนการเข้าร่วมโปรแกรม จนผู้สูงอายุเกิดสัมพันธภาพที่ดี เกิดการยอมรับ และเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้น จนพัฒนาเป็นทักษะการสื่อสารกับบุคลากรทางสุขภาพ (Communication with Health Care Provider) จนก่อให้เกิดความมั่นใจในการเข้าร่วมกิจกรรมได้แก่ กิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพ ใช้ระยะเวลาในการทำกิจกรรม 15-20 นาที ในสัปดาห์ที่ 1-6 สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมทั้งสิ้น 6 ครั้ง

กิจกรรมที่ 2 การสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร (Information Support) จุดประสงค์เพื่อเป็นการมุ่งหวังให้ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตเกิดการเป็นผู้มีส่วนร่วมในการดูแล จนเกิดเป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพโดยผู้วิจัยจัดกิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต และกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต พร้อมแจกคู่มือแนวทางการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต และแจกสื่อวีดิทัศน์ กิจกรรมฟูลส์พาเพลิน กิจกรรมกระเช้าเบาเค็ม กิจกรรมพิชิตใจพิชิตพุง กิจกรรมรักษไตคำโตโต กิจกรรมยาแอนด์ยู และกิจกรรมมอเตอร์อินเลิฟ

กิจกรรมที่ 3 การสนับสนุนการประเมินค่า (Appraisal Support) จุดประสงค์เพื่อมุ่งหวังให้ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตเกิดการพิทักษ์สิทธิ์ของตนเอง เป็นการให้สมาชิกในครอบครัวให้ข้อมูลย้อนกลับไม่ว่าจะเป็นคำพูด การแสดงออก รวมถึงการเห็นพ้องเกี่ยวกับการมีทักษะการจัดการตนเองที่ถูกต้อง เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยเตรียมบทบาทของสมาชิกในครอบครัว โดยแนะนำวิธีการประเมินย้อนกลับเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองที่ถูกต้องของกลุ่มตัวอย่างให้สมาชิกในครอบครัวทราบ โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ เรื่อง บทบาทของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต

กิจกรรมที่ 4 การสนับสนุนทางด้านทรัพยากร (Instrumental Support) ผู้วิจัยแนะนำสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับการสนับสนุนสิ่งของ การบริการต่างๆ และการอำนวยความสะดวกที่จำเป็นสำหรับการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเอง ได้แก่ กิจกรรมติดตามเยี่ยมบ้าน และ

กิจกรรมกระตุ้นเตือนการปฏิบัติทางโทรศัพท์ เป็นการสอบถามถึงปัญหาและอุปสรรค ให้คำแนะนำ และให้กำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเอง

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผล เป็นขั้นตอนที่พยาบาลผู้ดำเนินโปรแกรมทำการติดตามสรุปถึง ผลลัพธ์ของการจัดกิจกรรมทางการพยาบาลว่าประสบความสำเร็จและบรรลุวัตถุประสงค์ตามที่ตั้งไว้ หรือไม่ ด้วยการประเมินผลหลังการดำเนินโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม โดยทำการนัดหมายให้ ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตมาเพื่อประเมินระดับพฤติกรรมจัดการตนเองและระดับการสนับสนุนทางสังคม เมื่อเสร็จสิ้นการดำเนินการตามโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 7

การพยาบาลปกติ หมายถึง กิจกรรมการปฏิบัติพยาบาลที่กระทำโดยพยาบาลวิชาชีพ ภายใต้แผนการรักษาของแพทย์ปฏิบัติต่อผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต ซึ่งประกอบด้วย การประเมินสัญญาณชีพ การติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ รวมถึงการให้ คำแนะนำการรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกาย การดูแลตนเองเพื่อชะลอการเสื่อม ของไตสำหรับแนวทางการชะลอการเสื่อมของไตในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรัง และการให้คำปรึกษาทาง โทรศัพท์เมื่อผู้ป่วยต้องการคำปรึกษา

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อได้โปรแกรมสำหรับพยาบาลในการจัดกิจกรรมการสนับสนุนทางสังคมในการปรับ พฤติกรรมจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตในสูงขึ้น
2. เพื่อได้คู่มือดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมสำหรับพยาบาลใน โรงพยาบาล และคู่มือแนวทางการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัด ทดแทนทางไต ในการทำให้เกิดการพัฒนาารูปแบบกิจกรรมการสนับสนุนทางสังคมให้มีประสิทธิภาพ ยิ่งขึ้น

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม ตำราเอกสาร บทความวิจัย วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ครอบคลุมและใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ สามารถสรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยโดยนำเสนอตามลำดับหัวข้อดังนี้

1. โรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตในผู้สูงอายุ
 - 1.1 อุบัติการณ์และความหมายของโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต
 - 1.2 ระยะของโรคไตเรื้อรัง
 - 1.3 กลไกและพยาธิสรีรวิทยาของโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต
 - 1.4 อาการแสดงของโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต
 - 1.5 สาเหตุของการเกิดโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต
 - 1.6 การวินิจฉัยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต
 - 1.7 แนวทางการซักประวัติผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต
 - 1.8 การประเมินการทำงานของไต
 - 1.9 ผลกระทบของโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตต่อผู้สูงอายุ
 - 1.10 การดูแลรักษาผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต
 - 1.11 แนวทางการพยาบาลผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต
2. พฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต
 - 2.1 ความหมายของพฤติกรรมการจัดการตนเอง
 - 2.2 องค์ประกอบของพฤติกรรมการจัดการตนเอง
 - 2.3 การศึกษาความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต
 - 2.4 ปัจจัยหลักและปัจจัยร่วมของพฤติกรรมการจัดการตนเองที่มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต
 - 2.5 พฤติกรรมการจัดการตนเองตามแนวคิดของเคอร์ติสและคณะ
 - 2.6 การประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเอง

3. แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม

- 3.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม
- 3.2 กลไกของการสนับสนุนทางสังคม
- 3.3 แหล่งที่มาและประเภทของการสนับสนุนทางสังคม
- 3.4 หลักของการสนับสนุนทางสังคมกับผู้สูงอายุ
- 3.5 หลักการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ House (1981) กับผู้สูงอายุ
- 3.6 การประยุกต์ส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมมาปรับใช้กับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรัง

ระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต

3.7 การประเมินการสนับสนุนทางสังคม

4. บทบาทและสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต

4.1 บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต

4.2 สมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต

4.3 แนวทางการปฏิบัติสำหรับบุคลากรทางสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต

4.4 คุณสมบัติของพยาบาลประจำคลินิกโรคไตเรื้อรัง

4.5 บทบาทของพยาบาลสำหรับดูแลผู้สูงอายุในคลินิกโรคไตเรื้อรัง

5. โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต

5.1 ขั้นตอนและวิธีการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

7. กรอบแนวคิดการวิจัย

1. โรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตในผู้สูงอายุ

1.1 อุบัติการณ์และความหมายของโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต

โรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต (Chronic Kidney Disease : CKD) หมายถึง โรคที่มีการทำงานของไตบกพร่องเป็นระยะเวลามากกว่าหรือเท่ากับ 3 เดือนเกิดขึ้นเมื่อมีการทำงานของไตค่อยๆ ลดลงอย่างช้าๆ โดยอาจมีความผิดปกติทางโครงสร้างหรือทางหน้าที่ของไต หรือความผิดปกติของเกลือแร่ และความผิดปกติอื่นๆที่เกิดจากความผิดปกติของท่อไต ประวัติเคยได้รับการปลูกถ่ายไต หรือมีการตรวจพบอัลบูมินในปัสสาวะมากกว่า 30 มิลลิกรัม/วัน หรือพบปริมาณโปรตีนในปัสสาวะมากกว่า 500 มิลลิกรัมต่อวัน หรือมากกว่า 500 มิลลิกรัมของครีอะตินิน หรือพบเม็ดเลือดแดงในปัสสาวะหรือการตรวจทางรังสีวิทยา หรือทางพยาธิวิทยาพบความผิดปกติ หรือการตรวจพบมีค่าการทำงานของไตอัตราการกรองของโกลเมอรูลัส (Glomerular Filtration Rate : GFR) น้อยกว่า 60 มิลลิลิตร/นาที/ 1.73 ตารางเมตร ทั้งนี้ ครอบคลุมถึงผู้ป่วยโรคไตที่มีโอกาสเสื่อมของไตตั้งแต่ระยะเริ่มต้นและยังคงมีการทำงานของไตที่เป็นปกติอยู่ได้ โดยยังไม่เข้าสู่ระยะที่ 5 หรือต้องได้รับการรักษาโดยการบำบัดทดแทนทางไต

การให้นิยามความหมายของโรคไตเรื้อรัง มีนักวิชาการทั้งในประเทศและต่างประเทศ และสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยให้ความหมายที่แตกต่างกันออกไป เนื่องจากเดิมมีการให้นิยามความหมายของโรคไตเรื้อรังไว้อย่างหลากหลาย ดังนี้

ประเจษฎ์ เรื่องกาญจนเศรษฐ์ (2557) ให้คำจำกัดความของโรคไตเรื้อรังว่า หมายถึง การมีข้อบ่งชี้ว่ามีพยาธิสภาพที่ไตเป็นระยะเวลาามากกว่า หรือเท่ากับ 3 เดือนโดยอาจมีการทำงานของไตเป็นปกติได้ แต่ตรวจพบความผิดปกติที่ทำให้ไตเสื่อมลง และมีค่าการทำงานของไตน้อยกว่า 60 มิลลิลิตร / นาที / 1.73 ตารางเมตร

สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย (2552) กล่าวว่า เป็นโรคที่มีการทำงานของไตบกพร่องเป็นเวลา 3 เดือนขึ้นไป ทำให้เกิดความผิดปกติของโครงสร้าง หรือสูญเสียหน้าที่ในการขจัดของเสียการรักษาสมดุลของน้ำ และเกลือแร่ มีอัตราการกรองของไต (Glomerular Filtration Rate [GFR]) น้อยกว่า 60 มิลลิลิตร / นาที / 1.73 ตารางเมตร อาจตรวจไม่พบความผิดปกติที่ไตก็ได้

1.2 ระยะของโรคไตเรื้อรัง

เพื่อให้เป็นแนวทางสำคัญในการให้การวินิจฉัยและดูแลรักษาได้มีการแบ่งโรคไตเรื้อรังออกเป็น 5 ระยะ ตามความสามารถในการทำหน้าที่ของไตดังนี้ (NKF/DOQI, 2002a)

ระยะที่ 1 เป็นระยะที่ไตได้รับความเสียหายแต่อัตราการกรองของไตยังคงเป็นปกติโดยมีอัตราการกรองของไตมากกว่า 90 มิลลิลิตร/นาที/พื้นที่ผิวกาย 1.73 ตารางเมตรโดยจะพบอัลบูมินในปัสสาวะตลอดเวลา และผู้ป่วยจะไม่มีอาการผิดปกติใดๆ

ระยะที่ 2 เป็นระยะที่ไตได้รับความเสียหายและอัตราการกรองของไตลดลงเล็กน้อย อยู่ในช่วง 60-89 มิลลิลิตร/นาที/พื้นที่ผิวกาย 1.73 ตารางเมตร ผู้ป่วยจะเริ่มมีภาวะแทรกซ้อนเล็กน้อย และเริ่มตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะ

ระยะที่ 3 เป็นระยะที่ไตได้รับความเสียหายปานกลาง โดยอัตราการกรองของไต อยู่ในช่วง 30-59 มิลลิลิตร/นาที/พื้นที่ผิวกาย 1.73 ตารางเมตร ผู้ป่วยจะเริ่มปรากฏมีอาการผิดปกติให้เห็น เช่น มีภาวะซีด มีอาการของโรคทางกระดูก เป็นต้น

ระยะที่ 4 เป็นระยะที่ไตได้รับความเสียหายอย่างมาก โดยมีอัตราการกรองของไต อยู่ในช่วง 15-29 มิลลิลิตร/นาที/พื้นที่ผิวกาย 1.73 ตารางเมตร ในระยะนี้ผู้ป่วยจะมีอาการผิดปกติให้เห็นอย่างชัดเจน ได้แก่ มีอาการอ่อนเพลีย แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลง และมีอาการคันที่ผิวหนัง

ระยะที่ 5 เป็นระยะไตวายในระยะนี้อัตราการกรองของไตจะลดลงเป็นอย่างมาก คือ น้อยกว่า 15 มิลลิลิตร/นาที/พื้นที่ผิวกาย 1.73 ตารางเมตร ผู้ป่วยจะมีภาวะยูริเมียและอาจมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น ภาวะเลือดเป็นกรด น้ำท่วมปอด เป็นต้น จึงมีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตถ้าหากว่าผู้ป่วยปรากฏอาการของภาวะยูริเมียชัดเจน

ตารางที่ 1 ระยะและแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ระยะ	ลักษณะ	อัตราการกรองของไต (มล./นาที/1.73 ตร.ม.)	แนวทางการปฏิบัติ
	กลุ่มผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง	≥ 90 (ร่วมกับมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง)	- ค้นหาผู้มีโรคไตเรื้อรัง - ลดปัจจัยเสี่ยงของโรคไตเรื้อรัง
1	ไตเสียหาย (Kidney damage) ร่วมกับอัตราการกรองไตปกติหรือเพิ่มขึ้น	≥ 90	- วินิจฉัยและรักษาโรคไตเรื้อรัง - รักษาโรคหรือภาวะอื่นๆ ที่เกิดร่วมด้วย - ชะลอการเสื่อมของไต - ลดปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดและหัวใจ
2	ไตเสียหาย (Kidney damage) ร่วมกับอัตราการกรองไตลดลงเล็กน้อย	60-89	- ประเมินความเร็วและความรุนแรงของการเสื่อมของไต

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ระยะ	ลักษณะ	อัตราการกรองของไต (มล./นาที/1.73 ตร.ม.)	แนวทางการปฏิบัติ
3	อัตราการกรองไตลดลง ปานกลาง	30-59	- ประเมินและรักษาภาวะ แทรกซ้อนของโรคไตเรื้อรัง
4	อัตราการกรองไตลดลง มาก	15-29	- เตรียมความพร้อมสำหรับ การรักษาทดแทนไต
5	ไตวาย (kidney failure)	< 15 (หรือต้องการ dialysis)	- ให้การรักษาทดแทนไต เมื่อมี อาการ uremia

ที่มา : ศิริรัตน์ เรื่องจู้ย (พ.ศ.2551)

1.3 กลไกและพยาธิสรีรวิทยาของโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต

สมรรถภาพของไตลดลงซึ่งเป็นระยะที่อัตราการกรองเหลือเพียง ร้อยละ 50 หน้าที่ของไตโดยรวมลดลงเล็กน้อย เนื่องจากหน่วยไตที่เหลือมีความสามารถในการปรับตัวเพิ่มการทำงานเพื่อทดแทนหน่วยไตที่ถูกทำลายไปเมื่อไตถูกทำลายร้อยละ 75 หน่วยไตที่เหลือต้องทำงานทดแทน

ดังนั้น ระยะนี้มักมีความสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูงและภาวะหลอดเลือดโกเมอรูลัสแข็งตัว เนื่องจากความดันในหลอดเลือดเพิ่มขึ้นจากการคั่งของน้ำและโซเดียม พบภาวะอะโซที่เมียระดับปานกลาง มีสารยูเรียในเลือด (Blood Urea Nitrogen: BUN) 40 ถึง 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ครีอะตินีน (Creatinine: Cr) ในเลือดมากกว่า 3 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ร่วมกับปัสสาวะมากและบ่อยตอนกลางคืน เนื่องจากหน่วยไตที่เหลือต้องรองรับเลือดที่มีความเข้มข้นสูง (มีสารยูเรียในเลือด) ทำให้ปัสสาวะออกมากจากการเพิ่มความเข้มข้นของปัสสาวะ คือ แต่ละโมเลกุลของยูเรียและไนโตรเจนจะดึงน้ำเข้าสู่หลอดเลือดทำให้ปริมาณปัสสาวะเพิ่มขึ้นร่วมกับไตเสียความสามารถในการทำให้ปัสสาวะเข้มข้น มีอาการซีดเล็กน้อยเนื่องจากการสร้างอิริโทรพอยอิติน (Erythropoietin) ลดลง และมีลักษณะของผิวหนังแห้งร่วมด้วย (สุจิตรา ล้อมอำนาจลาภ, 2536)

เมื่อหน่วยไตถูกทำลายไปร้อยละ 90 จะเกิดภาวะกรดเนื่องจากไตสร้างแอมโมเนียลดลงทำให้ไฮโดรเจนถูกขับออกจากร่างกายลดลงผู้ป่วยจึงหายใจหอบลึกมีการคั่งสาร Nonprotein Nitrogen เช่น ยูเรีย กรดยูริก ครีอะตินีน และแอมโมเนีย โดยเฉพาะครีอะตินีน พบถึง 6-10 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ความเข้มข้นของของเสียระดับนี้ทำให้หน่วยไตเสียความสามารถในการเจือจางปัสสาวะ หน่วยไตที่เหลือไม่สามารถปรับตัวทำงานทดแทนหน่วยไตที่เสียไป การกรองปัสสาวะลดลงปัสสาวะน้อยทำให้เกิดการคั่งของโซเดียมในร่างกายจึงพบภาวะบวมร่วมด้วย

เมื่อหน่วยไตลดลงเหลือเพียงร้อยละ 5 ถึง ร้อยละ 9 ระดับครีเอตินีน มากกว่า 10 มิลลิกรัม ต่อเดซิลิตร จึงมีการคั่งของของเสียในร่างกายปัสสาวะน้อยลงถึงไม่มีปัสสาวะเลย มีอาการแสดงของระบบต่างๆ เรียกว่า กลุ่มอาการยูรีเมีย (Uremia) (อนุตตร จิตตินันท์, 2552)

ในแง่ของกลไกและพยาธิของโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตนั้นอาจแบ่งได้เป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 คือ กลไกและพยาธิสรีรวิทยาของการทำลายหน่วยย่อยของไต หน่วยย่อยในการทำงานของไตที่เรียกว่า Nephron นั้น ประกอบไปด้วยองค์ประกอบย่อยๆ ที่มีโครงสร้างและลักษณะการทำงานที่แตกต่างกัน 2 องค์ประกอบ ได้แก่ Glomerulus และ Tubulointerstitium องค์ประกอบทั้ง 2 อย่างนี้พึ่งพาอาศัยและทำงานร่วมกันอย่างใกล้ชิดเกิดการบาดเจ็บต่อองค์ประกอบใด องค์ประกอบหนึ่งของหน่วยไตจะส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บต่ออีกองค์ประกอบหนึ่ง แล้วตามมาด้วยการสูญเสียหน่วยย่อยของไตนั้นๆไปในที่สุดพบว่า Secondary Mechanism ในการเกิด Progression ของโรคไตเรื้อรังจากการลดลงของหน่วยย่อยของไตนั้นสามารถทำให้เกิดทั้งการบาดเจ็บของ Glomerulus และการบาดเจ็บของ Tubulointerstitium แล้วมี Glomerulosclerosis และ Tubulointerstitial Fibrosis ตามมาในที่สุด โดยเชื่อว่าการบาดเจ็บของ Tubulointerstitium น่าจะเป็นกลไกหลักของ Secondary Mechanism เนื่องจากมีหลักฐานว่า Progression ของไตเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับ Tubulointerstitial Fibrosis มากกว่า Glomerulosclerosis จำนวนหน่วยไตทั้งหมดในช่วงต้นก่อนการบาดเจ็บต่างๆ มีผลต่อการเกิด Progression ของไตเรื้อรังมากขึ้นกว่าผู้ป่วยทั่วไป (Brenner's Hypothesis) (อนุตตร จิตตินันท์, 2552)

ส่วนที่ 2 คือ กลไกและพยาธิสรีรวิทยาของการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จากการสูญเสียหน่วยย่อยของไต ซึ่งไตมีกลไกหลักในการทำงาน 2 ประการ คือ Excretory Function และ Synthetic Function ทางด้าน Excretory Function นั้น ได้แก่ การขับสารต่างๆ ออกจากร่างกายทางปัสสาวะ โดยสารที่ขับออกนั้นอาจจะเป็นของเสีย (Waste Products) ซึ่งหมายถึง สารที่ร่างกายไม่ต้องการไม่ว่าจะอยู่ในภาวะใด เช่น Urea Creatinine เป็นต้น หรืออาจจะไม่ใช่ของเสีย กล่าวคือเป็นสารที่ร่างกายต้องการเป็นบางขณะและไม่ต้องการในบางขณะขึ้นอยู่กับสภาวะร่างกายในขณะนั้น เช่น น้ำเกลือแร่ต่างๆ และกรดต่าง เป็นต้น ร่างกายจะต้องคอยรักษาควบคุมสารในกลุ่มหลังให้อยู่ในสมดุลอยู่เสมอ โดยการควบคุมการขับออกของสารเหล่านี้ให้เหมาะสมกับสภาวะร่างกายส่วนในด้านของ Synthetic Function นั้น ไตมีหน้าที่ในการสังเคราะห์ Active Form ของ Vitamin D และสร้างฮอร์โมน Erythropoietin เมื่อมีการสูญเสียหน่วยย่อยในการทำงานของไต การทำงานต่างๆ ของไต จะมีประสิทธิภาพลดลงการสูญเสีย Excretory Function ทำให้มีสารต่างๆ คั่งค้างในร่างกาย ส่วนการสูญเสีย Synthetic Function นั้น ทำให้ร่างกายขาดสารต่างๆ ที่ผลิตจากไตซึ่งความผิดปกติดังกล่าว อาจจะทำให้เกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมาได้โดยตรงหรืออาจจะไปกระตุ้นให้เกิดการ

เปลี่ยนแปลงของระบบต่างๆ ในร่างกายซึ่งในแง่หนึ่งนั้นมิใช่ประโยชน์ในการช่วยให้ร่างกายสามารถปรับตัว (Adaptation) กับการสูญเสียหน่วยย่อยของไตได้ดีขึ้น แต่ในอีกแง่หนึ่งก็อาจจะทำให้เกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมาได้ (อนุดตโร จิตตินันท์, 2552)

อาจจะแบ่งกลไกของการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จากการสูญเสียหน่วยย่อยของไตได้เป็น 3 กลุ่ม คือ การคั่งค้างของสารต่างๆ ในร่างกายการขาดสารต่างๆ ของร่างกายที่ผลิตจากไตและการเปลี่ยนแปลงของระบบต่างๆ ในร่างกายซึ่งส่วนใหญ่แล้วโรคหรือภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ของโรคไตเรื้อรังมักจะมีกลไกการเกิดโรคดังกล่าวมากกว่าหนึ่งกลไกร่วมกัน เมื่อมีการสูญเสียหน่วยย่อยในการทำงานของไตสารต่างๆ ซึ่งปกติต้องขับออกจากร่างกายทางปัสสาวะก็จะเริ่มมีการคั่งค้างอยู่ในร่างกายเนื่องจากสารต่างๆ เหล่านี้มักจะก่อให้เกิดผลเสียหรือมีพิษต่อร่างกายโดยตรง จึงมักจะเรียกสารที่คั่งค้างเหล่านี้ทั้งที่จัดว่าเป็นของเสียและสารต่างๆ ที่ไม่ถือว่าเป็นของเสียรวมกันว่า Uremic Toxins เนื่องจากสารจำนวนมากมายต้องอาศัยการขับออกจากร่างกายทางปัสสาวะจึงอาจจะแบ่งกลุ่มของ Uremic toxins ออกเป็นกลุ่มย่อยๆ ตามปัจจัยซึ่งมีผลต่อกลไกการขจัดสาร

การคั่งค้างของ Uremic Toxins จะรบกวนการทำงานของร่างกายตั้งแต่ในระดับภายในเซลล์ เช่น รบกวนการทำงานของ $\text{Na}^+ \text{K}^+ \text{ATPase}$ pump ไปยังระดับเนื้อเยื่อ เช่น การสะสมของ β_2 -Microglobulin ในเนื้อเยื่อต่างๆ แล้วทำให้เกิดความผิดปกติของเนื้อเยื่อนั้นๆ จนถึงระดับการประสานงานของระบบต่างๆ ของร่างกาย เช่น การคั่งของ Phosphates ทำให้มีการกระตุ้นการหลั่ง Parathyroid Hormone แล้วทำให้เกิดความผิดปกติใน Metabolism ของแคลเซียมและฟอสเฟตตามมา แม้ว่าโดยทั่วไปจะไม่ถือว่าเป็นน้ำและเกลือแร่ต่างๆ เป็น Uremic Toxins แต่การคั่งของน้ำและเกลือแร่ต่างๆ ก็สามารถทำให้เกิดความดันโลหิตสูง Volume Overload และ Fluid Electrolyte Imbalance ได้ น้ำและเกลือแร่ จึงเป็นหนึ่งในสารที่คั่งค้างในร่างกายแล้วก่อให้เกิดผลเสียตามมาได้

การที่ร่างกายขาดสารต่างๆ ที่ผลิตจากไต เมื่อมีการสูญเสียหน่วยย่อยในการทำงานของไตไตสูญเสียความสามารถในการสังเคราะห์สารที่จำเป็นต่อร่างกายที่สำคัญ ได้แก่ การสังเคราะห์ Vitamin D ลดลง ทำให้มีปัญหาการควบคุมสมดุลของแคลเซียมและฟอสเฟตตามมาและการสร้างฮอร์โมน Erythropoietin ลดลง จะทำให้เกิดภาวะโลหิตจางขึ้น ซึ่งทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา เช่น ภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน ภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะเลือดออกง่าย

นอกจากนี้ ไตยังมีหน้าที่สำคัญในการสร้างไบคาร์บอเนตขึ้นใหม่ (Bicarbonate Regeneration) เพื่อทดแทนที่สูญเสียไปในกระบวนการบัฟเฟอร์ Metabolic Acid (Fixed Acid) ต่างๆ จากกระบวนการ Metabolism ของร่างกายการสูญเสียหน่วยย่อยของไตจึงทำให้เกิดภาวะ Metabolic Acidosis ซึ่งจะทำให้เกิด Muscle Wasting และ Bone Mineral Loss ตามมา (อนุดตโร จิตตินันท์, 2552)

1.4 อาการแสดงของโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต

ผู้ป่วยที่เป็นโรคไตเรื้อรังในระยะที่ 1 และระยะที่ 2 เป็นระยะที่บ่งชี้ว่าไตได้รับความเสียหาย โดยที่ยังมีการทำงานปกติหรือผิดปกติเพียงเล็กน้อย เนื่องจากหน่วยไตที่เหลือสามารถปรับตัวเพิ่มการทำงานเพื่อทดแทนหน่วยไตที่ถูกทำลายระดับครีเอตินินและยูเรียในเลือดปกติ และผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีอาการผิดปกติใดๆ ทางร่างกาย ในระยะดังกล่าวจึงเป็นการวินิจฉัยและกำจัดหรือควบคุมปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรค ร่างกายจะมีการปรับตัวโดยเพิ่มอัตราการกรองของหน่วยไตที่เรียกว่า Adaptive Hyperfiltration ทำให้ร่างกายรักษาระดับของโซเดียม โพแทสเซียม แคลเซียม และฟอสฟอรัสในเลือด และปริมาณสารน้ำในร่างกายให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ซึ่งการปรับตัวดังกล่าวจะมีประโยชน์ในช่วงแรก แต่ก่อให้เกิดพยาธิสภาพต่อไกลเมอรูลัสที่เหลือได้ ทำให้มีโปรตีนรั่วออกมาในปัสสาวะ และหน้าที่ไตเสื่อมลงไปเรื่อยๆ ดังนั้น ในการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง เช่น การให้ยาลดความดันโลหิตในกลุ่ม Angiotensin Converting Enzyme Inhibitor (ACEI) หรือ Angiotensin II Receptor Blocker (ARB) อาจช่วยชะลอการเสื่อมของไตได้ โดยมีประโยชน์มากในระยะแรกของโรคก่อนที่จะมีพยาธิสภาพถาวรที่ไตเกิดขึ้น (อนุตตร จิตตินันท์, 2547)

ผู้ป่วยบางรายของระยะที่ 3 และระยะที่ 4 หรือระยะที่ 5 การทำงานของไตลดลงมากขึ้น อัตราการกรองของไตต่ำลง ผู้ป่วยมาพบแพทย์ด้วยอาการ เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลียง่าย ภาวะโลหิตจาง มีอาการอ่อนแรง บางรายมีอาการทางระบบประสาท เช่น ความจำเสื่อมลง การตอบสนองช้า ปวดตามกระดูก เนื่องจากมีปัญหาทางกระดูกจาก Renal Osteodystrophy ในผู้ป่วยโรคไตลุप्तมักมีอาการในระบบระบบทั่วไปของร่างกาย เช่น ไข้ ปวดข้อ ข้ออักเสบ บางรายมีอาการทางระบบหายใจส่วนต้น หรืออาการทางปอด เช่น ไอเป็นเลือด เนื่องจากไตมีหน้าที่ควบคุมดูแลสมดุลสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย เพราะฉะนั้น ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจึงมักมีความผิดปกติในสมดุลของสารน้ำ และเกลือแร่ร่วมด้วย (อนุตตร จิตตินันท์, 2547)

ความผิดปกติในสมดุลของเกลือโซเดียมและสารน้ำ ผู้ป่วยที่มีการทำงานของไตลดลงปานกลางอาจไม่สามารถปรับตัวได้ หากมีการให้สารน้ำทางหลอดเลือดอย่างรวดเร็ว หากไตทำงานเสื่อมลงจนถึงขั้นระยะที่ 4 และระยะที่ 5 จะมีภาวะน้ำและเลือดคั่ง ทำให้ความดันโลหิตสูงและระดับโซเดียมในเลือดต่ำ (ประเจษฎ์ เรื่องกาญจนเศรษฐ์, 2557)

ระดับโพแทสเซียมในเลือดสูง เมื่อมีการทำงานของไตลดลงมากและไม่สามารถขับโพแทสเซียมออกจากร่างกาย ทำให้เกิดภาวะระดับโพแทสเซียมในเลือดสูงอาจเกิดจากการรับประทานอาหารที่มีโพแทสเซียมในปริมาณสูง มีการสลายเนื้อเยื่อเพิ่มขึ้น และเกิดภาวะเลือดเป็นกรด (ประเจษฎ์ เรื่องกาญจนเศรษฐ์, 2557)

ภาวะความเป็นกรดในเลือด เป็นภาวะที่พบได้บ่อยโดยการขับถ่ายแอมโมเนียทิ้งจะเริ่มลดลงทำให้เกิดภาวะเลือดเป็นกรด และเมื่อไตเสื่อมถึงระยะที่ 5 จะมีระดับของไบคาร์เนตในเลือดอยู่ในช่วง

ระหว่าง 12-20 mEq /ลิตร และเกิดภาวะ Renal Osteodystrophy (ประเจษฎ์ เรื่องกาญจนเศรษฐ์, 2557)

ภาวะ Renal Osteodystrophy เป็นความผิดปกติของกระดูกเกิดจากการขับฟอสฟอรัสลดลงและมีระดับพาราไทรอยด์ในเลือดเพิ่มขึ้น อาการปรากฏเมื่อระยะที่ 3 ขึ้นไป โดยมีอาการปวดกระดูก เดินได้ลำบาก (ประเจษฎ์ เรื่องกาญจนเศรษฐ์, 2557)

ภาวะโลหิตจาง เกิดจากการสร้างฮอร์โมน Erythropoietin จากไตลดลง พบในผู้ป่วยระยะที่ 3 ทำให้มีอาการเพลีย อ่อนแรง มีความรู้สึกร่วง (ประเจษฎ์ เรื่องกาญจนเศรษฐ์, 2557)

ความผิดปกติทางหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ ความดันโลหิตสูงเกิดจากการคั่งของสารน้ำและเกลือในร่างกาย พบได้ตั้งแต่ระยะที่ 1 และเพิ่มเป็นร้อยละ 80 เมื่อเข้าสู่ระยะที่ 4 และระยะที่ 5 รวมถึงภาวะหัวใจห้องล่างซ้ายโต ซึ่งเกิดร่วมกับสารน้ำในร่างกายมีมากเกินไป (Volume Overload) อุบัติการณ์ของภาวะหัวใจห้องล่างซ้ายโตจะมีมากขึ้นเมื่อน้ำที่การทำงานของไตลดลงตามลำดับ เพิ่มอุบัติการณ์กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เกิดอัมพฤกษ์ อัมพาต และการเสียชีวิตเป็น 4.15 เท่า ในผู้ที่ไม่มีการปรับยาลดความดันโลหิต (ประเจษฎ์ เรื่องกาญจนเศรษฐ์, 2557)

เมื่อมีการดำเนินของโรคจนถึงภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้าย คือระยะที่ 5 อัตราการกรองของไตต่ำลงมาก ผู้ป่วยจะมีอาการปรากฏทางร่างกายที่เรียกว่าภาวะยูรีเมีย ประกอบกับมีภาวะของเสียคั่งในร่างกาย ทำให้เกิดอาการดังต่อไปนี้ เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ชาตามแขนขา ปลายมือปลายเท้า นอกจากนี้ ภาวะยูรีเมียมีผลให้เกร็ดเลือดทำหน้าที่ผิดปกติ มีโอกาสเกิดภาวะเลือดออกง่ายกว่าปกติ ทำให้เกิดภาวะเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ รวมทั้งอาการทางระบบประสาท อาจมีการเสียชีวิตในการทำงาน ชีวมลงถึงขั้นโคมา หรืออาจเสียชีวิตได้

ตารางที่ 2 อาการและการจัดการของแต่ละระบบ

ปัญหา	การจัดการรักษา
Iron deficiency anemia	Parenteral iron (iron sucrose or sodium ferric gluconate, if on hemodialysis; ferrous sulfate, ferrous gluconate acceptable by mouth)
Anemia CKD	Epoetin alfa, darbepoetin alfa
Hyperphosphatemia	Phosphate binders (e.g., calcium-based binders such as calcium carbonate or calcium acetate); sevelamer (if elevated serum calcium)

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ปัญหา	การจัดการรักษา
Hyperkalemia	Restrict orange juice, bananas, potatoes, cantaloupes, and tomatoes; diuretics, oral bicarbonate
Renal osteodystrophy due to secondary hyperparathyroidism	Pulse IV calcitriol; para calcitriol, doxercalciferol (if elevated serum calcium or phosphate levels); cinacalcet (lowers parathyroid level)
Bleeding (uremia)	Parenteral desmopressin (may need blood products if hemoglobin is greater than 1 g/dL/day)
Pruritus (uremia) and malodorous perspiration	Gabapentin, oral antihistamines, parenteral lidocaine with dialysis
Vitamin deficiencies (hemodialysis-removed)	Vitamin B complex, vitamin C (prescriptions, not OTC); folic acid; intact parathyroid hormone for vitamin D deficiency
Restless leg syndrome	Gabapentin, ropinirole, clonazepam
Metabolic acidosis (HCO ₃ <20 mEq/L)	Citric acid plus sodium citrate; if GI upset occurs, use sodium bicarbonate tablets
“Feel sick”	Between dialysis sessions, waste builds up in blood, causing “sick” feeling. Dietitian can help plan meals to avoid this problem

ที่มา : ศิริรัตน์ เรืองจ้อย (ปี พ.ศ. 2551)

1.5 สาเหตุของการเกิดโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต

โรคไตเรื้อรังมีสาเหตุการเกิดตามตำแหน่งของพยาธิสภาพ ได้แก่ พยาธิสภาพที่เกิดเหนือตำแหน่งไต บริเวณไต และนอกไต (ลิเวอร์พูล อุนนาภิรักษ์, วิไลวรรณ ทองเจริญ, วินัส ลิฬหกุล, และพัสมณต์ คุ่มทวีพร, 2542) ในผู้สูงอายุ สาเหตุที่พบบ่อยที่สุดของโรคไตเรื้อรัง คือ โรคเบาหวาน และพบว่าเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายมากที่สุด รองลงมาคือ โรคความดันโลหิตสูง และโรคไตอักเสบเรื้อรัง (Chronic Glomerulonephritis) โรคไตอักเสบ การใช้ยาแก้ปวดในกลุ่ม Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs (NSAIDs) เป็นระยะเวลาเวลานานทำให้เกิด Analgetic Nephropathy ภาวะหลอดเลือดแดงแข็งและตีบ ทำให้มีปริมาตรเลือดไปเลี้ยงไตลดลง เกิดภาวะ Ischemic Nephropathy ภาวะนิ่วในท่อปัสสาวะ (ประเจษฎ์ เรื่องกาญจนเศรษฐ์, 2557)

ในวัยสูงอายุยังพบสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากโรคเรื้อรัง เป็นภาวะที่ทำให้เกิดความผิดปกติที่โดยรวมทั้งการเปลี่ยนแปลงการทำงานของไตจากการสูงอายุที่ลดลงโดยพบว่าไตของผู้สูงอายุน้ำหนักและปริมาตรลดลงร้อยละ 20-30 ส่วนใหญ่เป็นการลดลงของเนื้อไตชั้นนอก (Cortex) ทำให้มีหลอดเลือดน้อยลง ซึ่งสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางหลอดเลือดที่เกิดในผู้สูงอายุที่มีการตอบสนองของเส้นเลือดต่อสารต่างๆ เช่น สารที่กระตุ้นให้หลอดเลือดขยายตัวจะมีการตอบสนองลดลงในขณะที่ตอบสนองต่อสารที่กระตุ้นให้หลอดเลือดหดตัวมากขึ้นรวมทั้งการสะสมของสารไฮยาลินทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในไต หลอดเลือดจะตีบแคบลงเกิดภาวะขาดเลือด อัตราการกรองของไตลดลง และมีจำนวนโกลเมอรูลัสลดลงความยาวของหลอดเลือด และปริมาตรลดลงทำให้เลือดไปเลี้ยงไตน้อยลง ซึ่งส่งผลต่ออัตราการกรองของไต ไตของผู้สูงอายุมีความสามารถในการที่ทำให้ปัสสาวะเข้มข้นน้อยลง เนื่องจากการหลั่งฮอร์โมนแอนติไดยูเรติก (Antidiuretic Hormone) เพื่อตอบสนองต่อการกระตุ้นลดลง ส่วนการรักษาสมดุลของโซเดียมในร่างกายพบว่าผู้สูงอายุมีระดับของอัลโดสเตอโรน (Aldosterone) ซึ่งเป็นฮอร์โมนสำคัญที่ควบคุมสมดุลของโซเดียมก็จะลดลงด้วยการขับโพแทสเซียมในผู้สูงอายุมีปริมาณลดลง ผลจากการลดลงของอัตราการกรองของไตการสร้างเรตินและอัลโดสเตอโรน ทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูงมากขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวและโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุจะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดโรคไตเรื้อรังได้ง่ายและรุนแรงกว่าในวัยอื่นๆ (ประเจษฎ์ เรื่องกาญจนเศรษฐ์, 2557)

1.6 การวินิจฉัยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต

ผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงทุกคนควรได้รับการตรวจวินิจฉัยโรคไตเรื้อรัง โดยอาศัยเกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้ (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2552)

- 1). ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของไตทุกประเภท ดังนี้ โรคติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะและไต โรคนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะ

2). ผู้ป่วยโรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus [DM]) โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) โรคภูมิแพ้ตนเอง (Autoimmune Diseases ภาวะได้รับสารพิษหรือยาที่ทำลายไต (Nephrotoxic Drug)

3). ผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตเสื่อม ได้แก่ ผู้สูงอายุ (มากกว่า 60 ปีขึ้นไป) ผู้ที่มีมวลเนื้อไตลดลง ทั้งที่เป็นมาแต่กำเนิดหรือมาเป็นในภายหลัง ผู้ที่มีน้ำหนักแรกคลอดต่ำ ผู้ที่มีประวัติโรคไตเรื้อรังของสมาชิกในครอบครัว

4). มีภาวะของเสียคั่งในเลือดติดต่อกันนานตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป โดยมีระดับของครีเอตินินมากกว่า 3 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และจากการตรวจอัลตราซาวด์พบว่าขนาดของไตทั้งสองข้างเล็กกว่า 9 เซนติเมตร

5). ตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะมากกว่า 500 มิลลิกรัมต่อวัน หรือตรวจพบปริมาณโปรตีนและ อัลบูมิน ในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง มีค่ามากกว่า 300 มิลลิกรัมต่อวัน หรือกรณีตรวจหาโปรตีนจากการตรวจปัสสาวะครั้งเดียวโดยใช้แถบสีจุ่ม (Dipstick) กรณีในผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานตรวจพบโปรตีนทางปัสสาวะตั้งแต่ระดับ 1+ ขึ้นไป กรณีผู้ป่วยที่ไม่เป็นโรคเบาหวานตรวจพบโปรตีนทางปัสสาวะตั้งแต่ระดับ 2+ ขึ้นไป ร่วมกับตรวจพบเม็ดเลือดแดงในปัสสาวะ (Hematuria) โดยการตรวจแบบไมโครสโคปิก (Microscopic Examination) พบเม็ดเลือดแดงมากกว่า 3 เซลล์ต่อ 1 พื้นที่กำลังขยาย 400 เท่า ในปัสสาวะที่ได้รับการปั่น

ตารางที่ 3 คำจำกัดความของภาวะ albuminuria และ proteinuria

	Urine Collection	Normal	Micro albuminuria	Albuminuria or Clinical Proteinuria
Total Protein	24-Hour Excretion (varies with method)	<300 mg/day	NA	>300 mg/day
Total Protein	Spot Urine Dipstick	<30 mg/ dL	NA	>30 mg/ dL
Total Protein	Spot Urine Protein-to-Creatinine Ratio (varies with method)	<200 mg/g	NA	>200 mg/g
Albumin	24-Hour Excretion	<30 mg/day	30-300 mg/day	300 mg/day
	Spot Urine Albumin-Specific Dipstick	<3 mg/ dL	>3 mg/ dL	NA

ตารางที่ 3 (ต่อ)

Urine Collection	Normal	Micro albuminuria	Albuminuria or Clinical Proteinuria
Spot Urine*	<17 mg/g	17-250 mg/g	>250 mg/g
Albumin-to-Creatinine Ratio	(men) <25 mg/g (women)	(men) 25-355 mg/g (women)	(men) >350 mg/g (women)

ที่มา : ศิริรัตน์ เรืองจ้อย (ปี พ.ศ. 2551)

หมายเหตุ * ข้อเสนอแนะของ American diabetic association กำหนดค่า micro albuminuria และ albuminuria สำหรับการตรวจคัดกรองของอัลบูมินต่อครีเอตินินที่ 30 มิลลิกรัม/กรัม และ 300 มิลลิกรัม/กรัม ตามลำดับ โดยไม่จำแนกตามเพศ

ตารางที่ 4 การแบ่งชนิดของโรคไตเรื้อรัง

Disease	Major Types (Examples)
Diabetic kidney disease	Type 1 and type 2 diabetes
Non-diabetic kidney disease	Glomerular diseases
Autoimmune disease	(autoimmune diseases, systemic infections, drugs, neoplasia)
	Vascular diseases (large vessel diseases, hypertension, microangiopathy)
	Tubulointerstitial diseases (urinary tract infection, stones, obstruction, drug toxicity)
	Cystic diseases (polycystic kidney disease)
Disease in the transplant	Chronic rejection Drug toxicity (cyclosporine or tacrolimus) Recurrent diseases (glomerular diseases) Transplant glomerulopathy

ที่มา : ศิริรัตน์ เรืองจ้อย (ปี พ.ศ. 2551)

1.7 แนวทางการซักประวัติผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต

เนื่องจากโรคไตเรื้อรังมีสาเหตุหลักคือ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไตอักเสบเรื้อรัง การใช้ยาแก้ปวดชนิด NSAIDS เป็นระยะเวลาานาน การซักประวัติจึงซักแบบองค์รวมและมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

อายุและลักษณะของโรคเบาหวาน ระดับน้ำตาลในเลือด ประวัติรับการรักษาในอดีต ระดับความดันโลหิต ยาลดความดันโลหิตที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน ผลข้างเคียงจากยา ประวัติการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ โรคหัวใจในทางเดินปัสสาวะ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไขมันในเลือดสูง ประวัติการปัสสาวะในเวลากลางวันและเวลากลางคืน ประวัติการใช้ยาที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง เช่น ยาคุมกำเนิด ยาแอมเฟตามีน ยาหยอดจมูก มีประวัติเหงื่อออก ปวดศีรษะ ใจสั่น มือสั่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง ผม่วงปวดตามข้อ ผื่นแพ้แสง โรคต่อมไทรอยด์ ประวัติการนอนหลับที่ผิดปกติ ประวัติปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือด เช่น เจ็บหน้าอก อาการหอบเหนื่อย แผลที่เท้า ขาปลายมือปลายเท้า ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการรับประทานอาหาร มีน้ำหนักตัวที่เปลี่ยนแปลง โรคอ้วนและการออกกำลังกาย (ประจักษ์ เรื่องกาญจนเศรษฐ์, 2557)

1.8 การประเมินการทำงานของไต ประกอบด้วยสิ่งต่อไปนี้

1). การประเมินอัตราการกรองของไต เนื่องจากค่า Serum Creatinine นอกจากจะขึ้นกับการทำงานของไต ยังมีปัจจัยที่ส่งผลกระทบ เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ อาหาร และยาบางชนิด เป็นต้น พบว่าร้อยละ 40 ของผู้ที่มีอัตราการกรองของไตลดลง มีค่า Serum Creatinine อยู่ในเกณฑ์ปกติ ดังนั้น ควรประมาณค่าอัตราการกรองของไต (Estimated GFR) โดยสำหรับในผู้ใหญ่แนะนำให้ใช้สูตร Cockcroft-Gault หรือ สูตร Modification of Diet in Renal Disease (MDRD) (ธนิต จิรนนท์วิรัช, สิริภา ช่างศิริกุลชัย, ธนันดา ตระการวินิช, วสันต์ สุเมธกุล, 2551)

Cockcroft-Gault formula ; creatinine clearance =
$$\frac{(140 - \text{อายุ}) \times \text{น้ำหนัก (กิโลกรัม)}}{72 \times \text{serum creatinine}}$$

(เพศหญิงให้คูณด้วย 0.85)

MDRD formula ; GFR (ml/min/1.73m²) =
$$186 \times (\text{serum creatinine})^{-1.154} \times \text{อายุ}^{-0.203} \times$$

(0.742 ในกรณีผู้หญิง)

2). การประเมินปริมาณโปรตีนในปัสสาวะ การประเมินผู้ป่วยทุกรายต้องได้รับการตรวจปริมาณโปรตีนในปัสสาวะเพื่อเฝ้าระวังไตหรือประเมิน ให้การรักษาหรือประเมินผลการรักษาในผู้ป่วยที่มีภาวะการกรองผิดปกติจะทำให้มีโปรตีนรั่วออกมาซึ่งก่อให้เกิดการทำลายของเนื้อไตส่วนรอบตามมา (ประจักษ์ เรื่องกาญจนเศรษฐ์, 2557)

2.1). เก็บปัสสาวะตอนเช้า สุ่มตรวจหาสัดส่วนของค่าโปรตีนต่อค่าครีอะตินิน (Total Protein/Cr ratio : Uprot/UCr [UPCR]) ในปัสสาวะสุ่มเก็บค่าปกติน้อยกว่า 200 มิลลิกรัมต่อกรัมเป็นค่าที่เชื่อถือได้และสะดวกกว่าการเก็บปัสสาวะ 24 ชั่วโมง นับเป็นยุทธศาสตร์ในการประเมินค่าติดตามการขับโปรตีนในผู้ป่วยที่ไม่มีอาการหรือผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงของการมีโปรตีนรั่วในปัสสาวะควรมีการประเมินเป็นประจำทุกปี และในผู้ป่วยที่ตรวจพบว่ามีโปรตีนรั่วในปัสสาวะควรมีการประเมินเป็นประจำปี และในผู้ป่วยที่ตรวจพบว่ามีโปรตีนรั่วในปัสสาวะได้ผลมากกว่า 1+ ถ้าตรวจพบค่า UPCR มากกว่า 200 มิลลิกรัมต่อกรัม ควรตรวจร่างกายผู้ป่วยอย่างละเอียด เพื่อหาความผิดปกติของหัวใจ หรือสาเหตุอื่นที่อาจทำให้ไตเสื่อมและปรึกษาอายุรแพทย์โรคไต การตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญของโรคไต ถ้าพบว่ามีปริมาณโปรตีนมากย่อมบ่งชี้ได้ว่าไตมีความผิดปกติมาก การดำเนินของโรคไตเข้าสู่ภาวะไตเสื่อมจะยิ่งเร็วและความสำเร็จในการชะลอการเสื่อมของไตจะน้อยลงไปด้วยพบว่าการรักษาที่สามารถลดปริมาณโปรตีนในปัสสาวะลงได้มีประสิทธิภาพในการชะลอการเสื่อมของไตได้การตรวจวัดปริมาณโปรตีนในปัสสาวะสามารถตรวจจากปัสสาวะที่สุ่มเก็บ (Random) หรือปัสสาวะที่เก็บเป็นช่วงเวลา (Timed Urine) ก็ได้โดยตรวจหา UPCI หรือตรวจหาโปรตีนและครีอะตินิน โดยการเก็บปัสสาวะ 24 ชั่วโมงก็ได้

2.2). การตรวจปัสสาวะ 24 ชั่วโมงหากพบโปรตีนมากกว่า 300 มิลลิกรัมต่อวัน เป้าหมายคือ พยายามลดโปรตีนในปัสสาวะให้น้อยลงกว่า 2,500 มิลลิกรัมต่อวัน และจะให้ผลดียิ่งขึ้นคือ น้อยกว่า 1,000 มิลลิกรัมต่อวัน และให้ผลสูงสุดคือ น้อยกว่า 300 มิลลิกรัมต่อวัน

3). การตรวจอื่นๆ ได้แก่ ตรวจตะกอนปัสสาวะ (Urine sediment) ตรวจอิเล็กโทรไลต์ในเลือด (Serum Electrolyte) ตรวจทางรังสีโดยทำอัลตราซาวด์ไต (Ultrasonography of KUB) และการตรวจเอ็กซเรย์ไต (Plain KUB) (ประจักษ์ เรื่องกาญจนเศรษฐ์, 2557)

ตารางที่ 5 การประเมินการทำงานของไต

การประเมินผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง

All Patients

Measurement of blood pressure

Serum creatinine to estimate GFR

Protien-to-creatinine ratio or albumin-to- creatinine ratio in a first-morning or random untimed “spot” urine specimen

Examination of the urine sediment or dipstick for red blood cells and white blood cells

การประเมินผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง

Selected Patients, Depending on Risk Factors

Ultrasound imaging (for example, in patients with symptoms of urinary tract obstruction, infection or stone, or family history of polycystic kidney disease)

Serum electrolytes (sodium, potassium, chloride and bicarbonate)

Urinary concentration or dilution (specific gravity or osmolality)

Urinary acidification (pH)

ที่มา : ศิริรัตน์ เรืองजूย (ปี พ.ศ. 2551)

ตารางที่ 6 การประเมินการทำงานของไตทางห้องปฏิบัติการ

การประเมินทางห้องปฏิบัติการสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

All Patients

Serum creatinine to estimate GFR

Protien-to-creatinine ratio or albumin-to- creatinine ratio in a first-morning or random untimed “spot” urine specimen

Examination of the urine sediment or dipstick for red blood cells and white blood cells

Imaging of the kidneys, usually by ultrasound

ที่มา : ศิริรัตน์ เรืองजूย (ปี พ.ศ. 2551)

1.9 ผลกระทบของโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตในผู้สูงอายุ

1). **ด้านร่างกาย** จากการคั่งค้างของของเสียในกระแสเลือดเป็นจำนวนมากจะส่งผลกระทบต่อร่างกายของผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรัง ดังนี้ ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติในระบบประสาท ในระยะแรกเริ่มผู้ป่วยจะมีอาการง่วงซึม แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลง การรับรู้และความสามารถในการคิด ไตร่ตรองลดลง ความจำลดลง ในระยะที่รุนแรงผู้ป่วยจะมีอาการชัก อาการชาตามปลายมือปลายเท้า ระบบทางเดินหายใจ ลักษณะการหายใจเร็วลึก (Kussmaul's Breathing) ระบบทางเดินอาหาร มีอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน เยื่อช่องปากแห้ง ร่วมกับมีแผลที่เยื่อช่องปาก ลิ้นมีสีเหลืองปนน้ำตาล เวลาหายใจมีกลิ่นแอมโมเนีย (Ammoniacal odor to Breath) อาการปวดกระดูก พบภาวะกระดูกพรุน พบภาวะโลหิตจาง และมีภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ มีอาการคัน ผิวแห้ง อาจพบต่อมไทรอยด์โตในระยะสุดท้าย สำหรับระบบทางเดินปัสสาวะ ในระยะแรกผู้ป่วยจะมีปัสสาวะมาก (Polyuria) ปัสสาวะบ่อยในตอนกลางคืน (Nocturia) ต่อมาเมื่อไตเสียหน้าที่มากขึ้นผู้ป่วยจะปัสสาวะน้อยลง (Oliguria) และไม่มีปัสสาวะ (Anuria) ในที่สุด (Bullock & Henze, 2000; Porth, 2004; Price & Wilson, 2003)

2). **ด้านจิตใจและอารมณ์** เนื่องจากมีการคั่งค้างของของเสียในกระแสเลือดเป็นจำนวนมากส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง ไม่สามารถตอบสนองความต้องการได้ตามปกติ ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ผู้ป่วยจึงแสดงอาการทางอารมณ์มากขึ้น เกิดภาวะเครียด มีความรู้สึกว่าตนเองเจ็บป่วยตลอดเวลาทำให้มีความรู้สึกสิ้นหวังในชีวิต (Salter, 1988) โดยเฉพาะในระยะที่ต้องเผชิญกับการคุกคามของภาวะยูเรียเมียอยู่ตลอดเวลาผู้ป่วยจะมีความผิดปกติทางด้านความคิดและจิตใจเกิดภาวะ Uremic Encephalopathy ได้แก่ สมาธิลดลง ความจำเสื่อม สับสน ช่วงความสนใจสั้น พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง เช่น มีสภาพอารมณ์ไม่คงที่ หงุดหงิด ฉุนเฉียวง่าย อาจเฉยเมย (Porth, 2004) มีภาวะซึมเศร้าโดยระดับของภาวะซึมเศร้านั้นมีตั้งแต่ระดับปานกลางถึงรุนแรง รวมไปถึงความคิดที่จะฆ่าตัวตาย (Burrows-Hudson, 2005) นอกจากนี้ยังทำให้ภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงทำให้ผู้ป่วยแยกตัว และมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม และคนอื่นๆ ลดลง ก่อให้เกิดความรู้สึกเหมือนถูกทอดทิ้ง ว่าเหวี่ยงเบงหา และการรับรู้คุณค่าในตนเองลดลง (ผ่องพรรณอรุณแสง, 2546) จากผลด้านจิตใจและอารมณ์ผู้ป่วยจึงควรได้รับความเข้าใจและคำแนะนำที่ถูกต้องตลอดจนสนับสนุนให้สามารถเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้

3). **ด้านสังคมและเศรษฐกิจ** จากการที่ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนในการดำรงชีวิต เช่น การควบคุมอาหารตลอดเวลา และต้องรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การรักษาที่ยาวนาน และต้องมีการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง เป็นต้น ร่วมกับอาการของโรคที่เกิดขึ้นทำให้การมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ และทำให้ไม่สามารถแสดงบทบาทของตนเองได้เต็มที่โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีบทบาทเป็นผู้นำครอบครัว ผู้ป่วยจะรู้สึกด้อยคุณค่า สูญเสียความมั่นใจและความภาคภูมิใจในตัวเอง

รู้สึกว่าตนเองแตกต่างหรือต่ำต้อยกว่าบุคคลอื่น ทำให้ต้องการแยกตัวออกจากสังคม และมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมลดลง (Tilden & Weinert, 1987) สำหรับในด้านเศรษฐกิจจากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติงานได้ตามปกติอาจเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยต้องออกจากงานทำให้มีผลกระทบต่อสมาชิกภายในครอบครัวในเรื่องรายได้ของครอบครัว และค่าใช้จ่ายในการรักษาเนื่องจากโรคไตเรื้อรังเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด และต้องมีการรักษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง

1.10 การดูแลรักษาผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต

การดูแลรักษาผู้ป่วยโดยทั่วไป ประกอบด้วย การรักษาสาเหตุของไตเรื้อรังที่สามารถให้การรักษาให้หายได้ การรักษาโรคแทรกซ้อนโดยการให้ยาตามภาวะโรค การเตรียมความพร้อมสำหรับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนทางไต (ประเจษฎ์ เรื่องกาญจนเศรษฐ์, 2557)

1). การรักษาสาเหตุของไตเรื้อรังที่สามารถให้การรักษาให้หายได้ ได้แก่ ภาวะที่เลือดไปเลี้ยงไตน้อยลงจากภาวะขาดสารน้ำในร่างกาย มีหลายสาเหตุ เช่น อาเจียน ท้องเสีย การใช้ยาขับปัสสาวะ ภาวะเลือดออก การใช้ยาที่ทำให้อัตราการกรองของไตลดลง เช่น ยา NSAIDS หรือ ACEI การรักษาโดยการให้สารน้ำอาจช่วยให้หน้าที่ของไตกลับมาสู่สภาวะเดิม (ประเจษฎ์ เรื่องกาญจนเศรษฐ์, 2557)

2). การรักษาภาวะโรคแทรกซ้อน การใช้ยาเพื่อชะลอการเสื่อมของไต การรักษาด้วยยานั้นมีวัตถุประสงค์หลายอย่าง ทั้งในแง่ของการรักษาและการป้องกันอาการ อาการแสดงของโรค และภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งโรคหรือภาวะเดิมที่เป็นอยู่ซึ่งอาจเป็นสาเหตุของโรคก็ได้ ดังนั้น การรักษาทางยาจึงมีวัตถุประสงค์หลายประเภท (อนุตตร จิตตินันท์, 2547; Porth, 2009) ยาที่ใช้ส่วนใหญ่ ได้แก่

2.1). ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ผู้ป่วยไตเรื้อรังและเป็นเบาหวานควรควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์อย่างเคร่งครัดจะช่วยลดการเกิดอุบัติการณ์การเกิดโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ โดยสมาคมโรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา กำหนดให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเท่ากับ 90-130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ส่วนสมาคมต่อมไร้ท่อแห่งสหรัฐอเมริกา แนะนำให้ควบคุมให้น้อยกว่า 110 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (American Association of Clinical Endocrinologists [AACE], 2002) และยังพบว่า การลดลงของ hemoglobin A1C ทุกๆ ร้อยละ 1 ทำให้ภาวะแทรกซ้อนทาง Microvascular ลดลงร้อยละ 35 และอุบัติการณ์การเสียชีวิตจากโรคเบาหวาน และทุกสาเหตุลดลงร้อยละ 25 และร้อยละ 7 ตามลำดับ

2.2). การควบคุมความดันโลหิต ให้ได้ตามเป้าหมาย โดยผู้ป่วยที่มีโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคไตหรือโรคเบาหวาน หรือมีโรคหัวใจ หรือมีปัจจัยเสี่ยงทางโรคหัวใจและหลอดเลือด มีเป้าหมายให้ลดระดับความดันโลหิตให้ได้ <130/80 มิลลิเมตรปรอท (Aram V et al., 2003) แต่มีรายงานเสนอแนะให้มีการควบคุมความดันโลหิตให้ได้ <125/75 มิลลิเมตรปรอท สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีโปรตีนรั่วในปัสสาวะมากกว่าหรือเท่ากับ 1 กรัมต่อวัน (Appel LJ, Giles TD, Black HR, Et al, 2009)

ผู้ป่วยควรได้รับยาลดความดันโลหิตเพื่อชะลอการเสื่อมของไต ได้แก่ ยากลุ่ม Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitor (ACE-I) หรือยา Angiotensin Receptor Blockers (ARB) โดยยาที่ใช้ในการลดความดันโลหิต คือ Angiotensin Converting Enzyme Inhibitors (ACE-inhibitor) หรือ Angiotensin Receptor Blocker (เกรียง ตั้งสง่า, 2540; ขวลิขิต รัตนกุล, 2547) ปัจจุบัน ระบุให้ระดับความดันโลหิตที่พึงประสงค์ให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง คือ ไม่เกิน 130/80 มิลลิเมตรปรอท ร่วมกับการใช้ยาขับปัสสาวะ เพื่อออกฤทธิ์เพิ่มการขับเกลือแร่และน้ำที่คั่งในภาวะไตวายส่งผลให้ลดอาการบวมและลดความดันโลหิต ยาขับปัสสาวะที่ใช้ ได้แก่ ยากลุ่ม Loop Diuretic เช่น Lasix (Mancia G, De Backer G, Dominiczak A, et al. 2007)

2.3). การลดระดับไขมันในเลือด เนื่องจากผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ระดับไขมันในเลือดที่ต้องควบคุม คือ LDL- cholesteral ควรต่ำกว่า 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ร่วมกับการใช้ยาลดไขมัน การลดไขมันเป็นการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ (Tari Turner, Marie Misso, Claire Harris, Sally Green, 2008) การควบคุมภาวะไขมันในเลือดในโรคไตเรื้อรังมีความผิดปกติของระดับไขมันในเลือด ดังนั้น จึงควรใช้ยาควบคุมระดับโคเลสเตอรอลให้อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด คือ ไม่เกิน 100 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ แพทย์อาจจะให้ยาสเตติน (Statin) ในผู้ป่วยระยะที่ 1-3 ทุกรายที่ทำนายว่ามีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดและหัวใจมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 20 (Chi-yuan Hsu, 2008)

2.4). ยาจับฟอสเฟต (Phosphate Binder) ใช้เพื่อควบคุมฟอสเฟตในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ เพื่อช่วยชะลอการเสื่อมของไตร่วมกับการควบคุมอาหารที่มีฟอสเฟต ยากลุ่มนี้ ได้แก่ แกลีแกลเนียม แกลีแอมนิเนียม แกลีอะลูมิเนียม โดยออกฤทธิ์จับฟอสเฟต ผลข้างเคียง คือ อาจเกิดภาวะแคลเซียมในเลือดสูง เนื่องจากถ้าใส่มีการดูดแคลเซียมเพิ่มขึ้น จึงควรรับประทานยาพร้อมอาหาร ในกรณีที่ฟอสเฟตในเลือดสูงมากควรเลือกใช้แกลีอะลูมิเนียมแทนในช่วงแรกก่อน (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2555)

2.5). ฝ้าระวางค่าฮีโมโกลบินในเลือด ให้อยู่ระหว่าง 11-12 กรัมต่อเดซิลิตร ยาที่ใช้รักษาภาวะซีดหรือโลหิตจาง ได้แก่ ฮอโรโมนอีริโธรโพอิติน เช่น รีคอร์มอนอีเฟริกซ์ฮีแมกซ์ ซึ่งก่อนเริ่มให้ต้องตรวจหาปริมาณธาตุเหล็กในร่างกายหากมีภาวะขาดธาตุเหล็กด้วยก็ให้ธาตุเหล็กทดแทนทางปาก เช่น เฟอร์รัสซัลเฟต เฟอร์รัสเฟสเฟต วิตามินรวมและกรดโฟลิก อาจช่วยลดการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งได้ นอกจากนี้ ผู้ป่วยอาจมีภาวะขาดธาตุสังกะสี ซึ่งมีความสำคัญต่อระบบภูมิคุ้มกันและความอยากอาหารของผู้ป่วย และรักษาด้วยยาต้านเกร็ดเลือด ซึ่งเป็นการลดความเสี่ยงต่อโรคหัวใจ โดยการให้ยาต้านเกร็ดเลือดขนาดต่ำในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ทุกราย (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2016)

2.6). การควบคุมระดับความสมดุลของกรดต่างในร่างกาย ผลไปคาร์บอนเตนในเลือดไม่ควรต่ำกว่า 22 มิลลิอีควิวาเลนต์ต่อลิตร ควรเฝ้าระวังระดับสารฟอสฟอรัสในเลือด ให้อยู่ต่ำกว่า 5 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และรักษาระดับแคลเซียมและฟอสเฟต ให้อยู่ต่ำกว่า 55 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร การให้ต่างทดแทนภาวะความเป็นกรดมีผลเสียต่อร่างกายหลายอย่าง เช่น ทำให้กระดูกนุ่มกร่อน มีการสลายตัวของโปรตีนจากกล้ามเนื้อมากขึ้นส่งผลให้เกิดระดับของเสียในเลือดเพิ่มสูงขึ้นจึงให้ต่างทดแทนได้แก่ โซดามินท์ (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2016)

3). การเตรียมความพร้อมสำหรับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนทางไต (Renal Replacement Therapy) ต้องพิจารณาถึงอัตราการเสื่อมของโรค ภาวะแทรกซ้อนอื่นที่มีผลต่อการดำเนินของโรคและการตอบสนองต่อการรักษาโรคร่วมอื่นๆ ส่วนผู้ป่วยต้องพิจารณาสภาพจิตใจ เศรษฐกิจ ความร่วมมือในการรักษา ซึ่งผู้ป่วยบางรายอาจปฏิเสธแม้มีข้อบ่งชี้ชัดเจนในการทำบำบัดทดแทนไต ขณะที่บางรายต้องเริ่มทำตั้งแต่เนิ่นๆ เพื่อหลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนของโรคไตเรื้อรัง ซึ่งการรักษาโดยการบำบัดทดแทนไต ประกอบด้วย

3.1). การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) เป็นการกรองของเสียจากเลือดโดยให้เลือดจากหลอดเลือดผู้ป่วยผ่านเข้าหลอดฝอย ซึ่งมีจำนวนมากในตัวกรองเลือด (Dialyser) ของเสียในเลือดจะซึมผ่านผนังหลอดเลือดฝอยออกมาในน้ำยาที่อาบอยู่รอบนอกของหลอดฝอยในตัวกรองเลือดโดยอาศัยหลักการที่ว่าสารละลายจะซึมผ่านผนังจากด้านที่มีความเข้มข้นสูงมาสู่ด้านที่มีความเข้มข้นต่ำเมื่อเลือดผ่านตัวกรองเลือดแล้วก็จะไหลกลับเข้าร่างกายทางหลอดเลือดอีกทางหนึ่ง โดยทั่วไปใช้เวลาในการฟอกเลือดครั้งละ 4-5 ชั่วโมงสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง (TRT, 2008)

3.2). การล้างไตทางหน้าท้องแบบถาวร (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis) เป็นการขจัดของเสียออกทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องโดยใช้ผนังเยื่อช่องท้องของผู้ป่วย (Peritoneal Membrane) เป็นตัวกรองน้ำของเสียและเกลือแร่โดยปริมาณของเสียในเลือดจะซึมผ่านผนังหลอดเลือดฝอยที่มีจำนวนมากที่เชื่อมช่องท้องออกมาในน้ำยาที่ใส่ไว้ในช่องท้องและถูกปล่อยออกมาจากช่องท้องวิธีการนี้ผู้ป่วยสามารถทำได้เองภายหลังจากการฝึกสอนจากแพทย์และพยาบาล เป็นเวลา 1-4 สัปดาห์ ขณะที่ทำการรักษาผู้ป่วยสามารถภารกิจได้ตามปกติ (TRT, 2008)

3.3). การผ่าตัดปลูกถ่ายไต (Renal Transplantation) การเปลี่ยนไตเป็นวิธีการรักษาโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เป็นที่ยอมรับและได้ผลดีที่สุดในปัจจุบัน ผู้ป่วยจะมีคุณภาพชีวิตเหมือนปกติ เพียงแต่ต้องรับประทานยากดภูมิคุ้มกันภายหลังผ่าตัด แต่การรักษาด้วยวิธีนี้ก็มีความเสี่ยงสูงและผลของการรักษาขึ้นอยู่กับสภาพร่างกายของผู้ป่วยก่อนได้รับการปลูกถ่ายไตด้วย ดังนั้น การคัดเลือกผู้ป่วยที่เหมาะสมและการเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง (TRT, 2008)

1.11 แนวทางการพยาบาลผู้สูงอายุที่เป็นผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต

บทบาทของพยาบาลในการให้คำแนะนำการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้สูงอายุนั้นเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งสามารถนำไปใช้เพื่อป้องกันและส่งผลช่วยในการรักษา เพื่อที่จะไม่ให้ผู้สูงอายุเข้าสู่โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายเร็วขึ้น โดยมีแนวทางการพยาบาลซึ่งต้องพิจารณาเป็นด้านๆ ดังนี้ (อัมพร ซอฐานานุกิติ, 2551)

1). การควบคุมการบริโภคโปรตีน ในระยะแรกของโรคไตเรื้อรังการจำกัดโปรตีนไม่ค่อยจำเป็นนัก เนื่องจากไตยังสามารถทำหน้าที่ได้ แต่ในระยะที่ 2, 3 และ 4 เป็นระยะที่ไตมีความสามารถในการขับของเสียลดลงหรือเสียไป จึงจำเป็นต้องมีการจำกัดจำนวนโปรตีนและควรรับประทานโปรตีนที่มีคุณภาพที่มีกรดอะมิโนที่จำเป็น ได้แก่ เนื้อสัตว์ (หมู ไก่ วัว เป็ด ปลา) นมและไข่ (เกรียง ตั้งสง่า, 2540) ข้อจำกัดในการบริโภคโปรตีนนั้นควรจะเป็นพอเพื่อการชะลอการเสื่อมของไตและไม่ควรทำให้เกิดภาวะขาดสารอาหาร สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1 ถึงระยะที่ 3 แนะนำให้บริโภคโปรตีนในระดับต่ำ คือ 0.6-1.0 กรัม/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม/วัน และสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ควรจำกัดการบริโภคโปรตีนที่น้อยกว่า 0.6 กรัม/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม/วัน และในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ที่ต้องเข้ารับการบำบัดทดแทนทางไต ควรจำกัดการบริโภคโปรตีนที่น้อยกว่า 0.4 กรัม/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม/วัน (Luggen, 2010)

2). การควบคุมการบริโภคโซเดียม ถ้าผู้ป่วยมีภาวะน้ำเกินก็จะเกิดภาวะความดันโลหิตสูง หัวใจวายได้ ถ้าผู้ป่วยอยู่ในระยะที่ไตสามารถขับปัสสาวะออกมาได้มากก็ไม่จำเป็นต้องจำกัดโซเดียม เนื่องจากกระเพาะปัสสาวะนี้อาจจะขาดน้ำได้ ในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต ควรจำกัดการบริโภคโซเดียม 2.3 ต่อวัน เป็นการช่วยควบคุมความดันโลหิตสูง ลดความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด แต่ในระยะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายไตไม่สามารถขับปัสสาวะออกมาได้ ทำให้ร่างกายบวมจำเป็นต้องจำกัดโซเดียมเหลือวันละ 2-4 กรัม (Luggen, 2010) ผู้ป่วยควรงดรับประทานอาหารที่ใช้เกลือถนอมอาหาร งดการใช้เครื่องปรุงรสที่มีเกลือผสม งดใช้สารเคมีที่มีโซเดียมสูง หลีกเลี่ยงอาหารธรรมชาติที่มีโซเดียมสูง เช่น อาหารทะเล หอย กุ้ง ปลาหมึก ผู้ป่วยควรหลีกเลี่ยงอาหารกระป๋อง ของหมักของดอง อาหารทะเล อาหารที่ถูกปรุงแต่ง (หมูแดง หมูเค็ม หมูหยอง หมูกรอบ ไข่พะโล้) ซอส น้ำปลา และซีอิ๊ว เป็นต้น นอกจากนี้การควบคุมปริมาณของเกลือโซเดียมให้ต่ำกว่า 2 กรัม จะช่วยเสริมฤทธิ์ของยาลดความดันโลหิต ทำให้ควบคุมความดันโลหิตได้ดีขึ้น (Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, et al, 2003)

3). การควบคุมการบริโภคไขมัน ผู้สูงอายุที่มีระดับไตรกลีเซอไรด์สูงสามารถเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังทุกระยะควรได้รับไขมันประมาณ ร้อยละ 30-35 ของพลังงานจากอาหารทั้งหมดหรือไม่ให้เกินวันละ 300 มิลลิกรัม (Luggen, 2010) ควร

หลีกเลี่ยงการบริโภคไขมันอิ่มตัว (Saturated Fat) ได้แก่ น้ำมันหมู กะทิ นม เนย เนื้อมะพร้าว น้ำมันมะพร้าว น้ำมันปาล์ม เนยเทียมเป็นต้น แต่เพิ่มปริมาณโอเมก้า 3 และไขมันไม่อิ่มตัว เช่น น้ำมันมะกอก น้ำมันคาโนลา (เกรียง ตั้งสง่า, 2540)

4. การควบคุมการบริโภคเกลือโพแทสเซียม จะช่วยลดภาวะโพแทสเซียมสูงในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ถึงระยะที่ 5 ได้และสำหรับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ถึงระยะที่ 4 ควรจำกัดการบริโภคโพแทสเซียม 2-4 กรัมต่อวัน อย่างไรก็ตามในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ถึงไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีระดับโพแทสเซียมในเลือดมากกว่า 5.5 mEq /L ควรจำกัดการบริโภคโพแทสเซียมน้อยกว่า 60 มิลลิโมลโพแทสเซียม/วัน (Luggen, 2010) ควรลดการบริโภคกล้วย ส้ม องุ่น และผักบางชนิด รวมถึงเนื้อ นม และกาแฟ (Inman JI, 2006)

5. การควบคุมการบริโภคฟอสเฟตและแคลเซียม ในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ถึงระยะที่ 5 ควรจำกัดการบริโภคฟอสเฟต 800-1,000 มิลลิกรัมต่อวัน และควรบริโภคแคลเซียมไม่เกิน 2,000 มิลลิกรัมต่อวัน จะช่วยชะลอการเสื่อมของไต ในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2 ถึงระยะที่ 3 ควรเลือกบริโภคอาหารที่มีฟอสเฟตต่ำ เช่น นม ข้าวขาว ขนมปัง แครกเกอร์ ธัญพืช กะหล่ำปลี แครอท หัวผักกาด ขึ้นฉ่าย แดงกวา มะเขือ ผักกาดหอม พริกไทย หัวหอม มะเขือเทศ และควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีฟอสเฟตสูง เช่น เนื้อสัตว์ ไข่แดง เป็นต้น (Inman JI, 2006)

6. การจำกัดน้ำดื่ม ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะต่างๆ มีการจำกัดน้ำไม่เท่ากัน โดยในผู้ป่วยที่ไตยังสามารถขับปัสสาวะออกมาได้มากก็สามารถดื่มน้ำได้ตามปกติไม่จำเป็นต้องจำกัดน้ำดื่ม โดยทั่วไปควรดื่มน้ำประมาณ 2 ลิตรต่อวัน แต่ในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ถึงระยะที่ 5 จำเป็นต้องจำกัดน้ำโดยควรบริโภคไม่เกิน 1.5-2 ลิตรต่อวัน (Dudek, 2006) ถ้าผู้ป่วยมีความรุนแรงของโรคมามากขึ้น คือ มีค่าครีเอตินินในเลือดอยู่ในช่วง 8-10 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หรือมีอาการบวมตามตัวแล้วปัสสาวะออกลดลง ต้องจำกัดปริมาณน้ำดื่ม โดยถือตามปริมาณของปัสสาวะที่ออกมาใน 24 ชั่วโมงของผู้ป่วยเป็นเกณฑ์ หรือโดยการชั่งน้ำหนักทุกวันในการประมาณการปรับปริมาณน้ำดื่ม คือ ถ้าน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นควรลดปริมาณน้ำดื่ม (เกรียง ตั้งสง่า, 2540)

7. การควบคุมน้ำหนักตัว การควบคุมน้ำหนักจะช่วยลดความดันโลหิตสูงและชะลอการเสื่อมของไตได้ การลดน้ำหนักในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังที่มีภาวะอ้วน คือ (มีรอบเอวมากกว่าเท่ากับ 94 ซม. ในเพศชาย หรือมากกว่าเท่ากับ 80 ซม. ในเพศหญิง) ควรมีกิจกรรมทางกายภาพและการควบคุมอาหารควบคู่กัน เป้าหมายดัชนีมวลกายในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังทุกระยะ คือ 18.5 และ 24.9 กิโลกรัม/ตารางเมตร ซึ่งจัดเป็นน้ำหนักตัวปกติสำหรับประชาชนทั่วไป (Love K, 2007)

8. การออกกำลังกาย มีบทบาทสำคัญในการชะลอการเสื่อมของไต โดยเฉพาะในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะเริ่มต้น โดยลดความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ลดระดับไขมันในร่างกาย ควบคุม

น้ำหนัก ลดความเครียด โดยพยาบาลควรแนะนำให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายแบบแอโรบิคเป็นประจำ เช่น เดินเร็ว ว่ายน้ำ ฯลฯ อย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ (Love K, 2007)

9). การเลิกสูบบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่งผลต่อความดันโลหิต เกิดภาวะโปรตีนรั่วในปัสสาวะ ทำให้ไตเสื่อมอย่างรวดเร็ว การเลิกสูบบุหรี่ช่วยลดความเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือด ดังนั้น พยาบาลควรสร้างแรงจูงใจให้ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตเลิกสูบบุหรี่ สำหรับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังควรจำกัดการดื่มแอลกอฮอล์ไม่เกิน 30 มิลลิลิตรของปริมาณแอลกอฮอล์ต่อวัน ในเพศชาย และไม่เกิน 15 มิลลิลิตรของปริมาณแอลกอฮอล์ต่อวัน ในเพศหญิง (Ogata H, Koiwa F, Kinugasa K, Akizawa T, 2007)

10). แนะนำการสร้างอุปนิสัยในการขับถ่ายที่ดี เพราะอุปนิสัยในการขับถ่ายที่ไม่ถูกต้องจะนำไปสู่การสูญเสียสมรรถภาพในการควบคุมระบบประสาทกระเพาะปัสสาวะทำให้การเก็บและขับถ่ายปัสสาวะผิดปกติไปด้วย ใช้เวลาเต็มที่เมื่อถ่ายปัสสาวะไม่รีบร้อนและแน่ใจว่าปัสสาวะออกหมดกรณีไม่สบาย เช่น อากาศเจ็บคอ ควรรีบดูแลให้หาย เนื่องจากไตอาจอักเสบตามมาได้ ระวังอย่าให้ท้องเสีย เพราะถ้าสูญเสียน้ำเป็นจำนวนมากและรวดเร็วจะเกิดไตวายเฉียบพลันต้องทำการล้างไตฉุกเฉินและพบว่าไตมักจะไม่ฟื้นกลับมา (อัมพร ชอฐานานุกิตต์, 2551)

11). แนะนำการใช้ยาในผู้สูงอายุ หลีกเลี่ยงยาที่มีผลต่อไต ได้แก่ ยาบรรเทาอาการปวด และ ยาลดการอักเสบในกลุ่ม NSAIDs ยาปฏิชีวนะกลุ่ม Aminoglycoside และ ยาแก้ปวด Paracetamol นอกจากนี้จะมีผลต่อดับแล้ว หากได้รับยาเกินขนาดอาจทำให้มีการเสื่อมของไตเร็วขึ้นกว่าปกติ และควรรับประทานยาที่ไม่จำเป็น เช่น ยาสมุนไพร ยาจีน ยาลูกกลอน เนื่องจาก อาจมีส่วนผสมของ สเตียรอยด์ (Steroid) และเกลือผสมอยู่มาก ทำให้เกิดการสะสมของน้ำและเกลือแร่ ทำให้เพิ่มระดับความดันโลหิต และเพิ่มระดับน้ำตาลในเลือด (Neighborcare, 2004)

การให้คำแนะนำในข้อควรปฏิบัติสำหรับการรับประทานยา

- 1). ยาก่อนอาหารหรือยาหลังอาหาร หมายถึง ยาที่ผู้ป่วยต้องรับประทานก่อนอาหารหรือหลังอาหารอย่างน้อยครึ่งชั่วโมง ยกเว้นแคลเซียมคาร์บอเนตที่ต้องรับประทานพร้อมกับอาหารทันทีเพื่อการดูดซึมที่ดีในลำไส้
- 2). รับประทานยาให้ครบจำนวน และตรงตามเวลาทุกมื้อตามคำสั่งของแพทย์
- 3). ไม่ควรรับประทานยาเกินขนาด เพราะจะเกิดผลเสียของร่างกายได้ เมื่อมีการลิ้มรับประทายามื้อใดมื้อหนึ่งไม่ควรรับประทานเพิ่มขึ้นในมื้อถัดไป ควรรับประทานยาในขนาดปกติ
- 4). ควรสังเกตอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการใช้ยา ได้แก่ ยาลดกรด อาจทำให้เกิดอาการท้องอืด ท้องผูก ยาขับปัสสาวะ จะทำให้ปัสสาวะมากขึ้น อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ ยาช่วยสร้างเม็ดเลือดแดงอาจทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน หลังจากรับประทานยานี้ปัสสาวะจะมีสีเข้มขึ้น และผู้ป่วยควรระวังการเปลี่ยนท่าโดยเฉพาะจากท่านอนเป็นท่านั่ง หรือทำยืนทันที เพราะอาจเกิด

อาการหน้ามืดได้ หากพบอาการผิดปกติหลังรับประทานยา หรือเมื่อมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการรับประทานยา ควรปรึกษาแพทย์ (Landefeld Cs Et al., 2004)

12). การจัดการด้านจิตสังคม พยาบาลควรให้แรงเสริมโดยแนะนำให้ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังในทุกๆระยะมีการประเมินตนเอง เกิดการตระหนักในตนเองเป็นเทคนิคสำคัญที่จะส่งเสริมการจัดการด้านจิตสังคม โดยเฉพาะในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และระยะที่ 5 ซึ่งเตรียมความพร้อมในการบำบัดทดแทนทางไต ควรแนะนำให้ผู้สูงอายุมมีส่วนร่วมวางแผนในการดูแลตนเองกับบุคลากรทางการแพทย์ (Sritarapipat, 2012)

พยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรทางสุขภาพที่มีบทบาทในการดูแลและให้คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีความเข้าใจในพยาธิสภาพและโรครวมถึงผลกระทบที่ตกแก่ผู้สูงอายุเพื่อก่อให้เกิดการมีพฤติกรรมที่ช่วยชะลอการเสื่อมของไตได้ลดภาวะรบกวนจากการเจ็บป่วย มีคุณภาพชีวิตที่ดี

2. พฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต

2.1 ความหมายของพฤติกรรมการจัดการตนเอง

การจัดการตนเอง (Self-Management) มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) การคิดรู้ (Cognitive) และทฤษฎีกาย-จิต (Psycho-Physiological) ซึ่งการเรียนรู้ทางสังคมมีความเชื่อว่าควบคุมกายและจิตสามารถเรียนรู้ได้ด้วยการเสริมแรงอย่างมีระบบ เป็นการดำรงคงไว้ซึ่งพฤติกรรมดำรงชีวิตที่ปรับเปลี่ยนโดยมีการแสวงหาอาการ (Reaction) ต่อการสร้างเสริมการตอบสนองอย่างสมบูรณ์ และต้องมีการควบคุมตนเอง ปัจจุบันมีน้าการจัดการตนเองมาเป็นแนวคิดทางการพยาบาลที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหอบหืด โรคไขข้อ โรคหัวใจ และโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคในระบบทางเดินหายใจ โรคพาร์กินสัน และโรคทางจิตเภท (Chodosh et al., 2005) รวมไปถึงโรคไตวายเรื้อรัง (Curtin et al, 2005; Curtin et al, 2008; Curtin & Mapes, 2001)

มีหลายการศึกษาได้ให้ความหมายของพฤติกรรมการจัดการตนเอง (Self-Management Behaviors) ว่าหมายถึง ความสามารถของบุคคลในการจัดการกับอาการของโรค การรักษา การจัดการทางด้านร่างกายและจิตใจของตนเอง (Barlow, Wright, Sneasby, Turner, & Hainsworth, 2002) เป็นพฤติกรรมการแสดงออกของมนุษย์ โดยใช้การระลึกได้ หรือประสบการณ์มาช่วยในการตัดสินใจ (Riegel, Carlson, & Glaser, 2000) หรือเป็นความรับผิดชอบในการจัดการภาวะโรคเรื้อรังหรือมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม (Ryan & Sawin, 2009) เป็นกระบวนการของการเรียนรู้ที่ประกอบด้วยกิจกรรมที่ผู้ป่วยต้องกระทำเพื่อรักษา และคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี ป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจนเกิดเป็นทักษะที่สามารถนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพได้ในสถานการณ์ต่างๆ เป็นกระบวนการใน

การดูแลสุขภาพแบบพลวัตร (Caplan, 1976) และต้องมีการผสมผสานความรู้ที่ช่วยในการจัดการตนเองให้เข้ากับการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมในภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง จึงจะทำให้การจัดการตนเองประสบความสำเร็จ ช่วยป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ การสังเกตอาการและอาการแสดงของการเจ็บป่วย การยึดมั่นในการรักษา กิจกรรมในการดูแลตนเอง และสมรรถนะในการดูแลตนเอง และการจัดการผลของการเจ็บป่วยต่อการทำหน้าที่ อารมณ์ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Von Korff et al., 1997) สามารถควบคุมหรือช่วยลดภาวะแทรกซ้อนของโรค ซึ่งใช้เป็นแนวทางให้กับบุคลากรทางสุขภาพนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย (Clark et al., 1991) โดยบุคลากรทางสุขภาพมีบทบาทในการกระตุ้นให้บุคคลเกิดแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงไปสู่พฤติกรรมใหม่ด้วยตนเอง และการดูแลที่จำเป็น นอกเหนือจากการรับประทานยา ดำรงชีวิตอยู่กับโรคเรื้อรังได้ และช่วยลดอัตราการเกิดความพิการ ลดอัตราการตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต และลดการกลับมาเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

สรุปความหมายของพฤติกรรมจัดการตนเองตามแนวคิดของเคอร์ติงและมาเปส หมายถึง ความพยายามในทางบวกของผู้ป่วยที่จะรับรู้และมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเองเพื่อการรักษาสุขภาพให้ดีที่สุด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ควบคุมอาการแสดง ใช้แหล่งทรัพยากรทางการแพทย์ และลดการรบกวนจากโรคจนกลายเป็นวิถีชีวิตที่ตนเองชอบ (Curtin & Mapes, 2001)

2.2 องค์ประกอบของพฤติกรรมจัดการตนเอง

จากการศึกษามีการแบ่งองค์ประกอบของพฤติกรรมจัดการตนเองไว้หลากหลาย ดังนี้ Kanfer (1975) กล่าวว่า ประกอบด้วย

- 1) การติดตามตนเองหรือการสังเกตตนเอง (Self-Monitoring-Observation)
- 2) การกำกับตนเอง (Self-Instruction)
- 3) การกระตุ้นตนเองเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง (Self-Induced Stimulation Change)
- 4) การกระทำเพื่อตอบสนองการเปลี่ยนแปลง (Self-Induced Responses Change)
- 5) การตัดสินใจ (Decision-Marking)

Jerant et al., (2005) กล่าวว่า ประกอบด้วย

- 1) ทักษะในการจัดการตนเองในการแก้ไขปัญหา
- 2) การตัดสินใจ
- 3) การร่วมมือกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ
- 4) การวางแผนการปฏิบัติ
- 5) การพิจารณาถึงความเหมาะสมของตนและการตัดสินใจ
- 6) การจัดการกับอารมณ์ความรู้สึกและบทบาทหน้าที่

Barlow (2002) กล่าวว่า ประกอบด้วย

- 1) การได้รับข้อมูลเพื่อการรักษา

- 2) การจัดการกับอาการ
- 3) การจัดการกับเรื่องยา
- 4) การเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต
- 5) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม
- 6) การติดต่อสื่อสาร

Lorig (2003) กล่าวว่า ประกอบด้วยองค์ประกอบ ดังนี้

1) Managing the Illness ประกอบด้วย การจัดการเรื่องยา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น เรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การแสวงหาแหล่งข้อมูลในการจัดการตนเอง แหล่งข้อมูลทางสุขภาพ

2) Managing Daily Activities and Roles การจัดการทุกสิ่งทุกอย่างที่เกี่ยวข้องในชีวิตประจำวัน รวมทั้งเรื่องครอบครัว และคู่สมรส

3) Managing the Emotional Change การจัดการกับการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ เช่น ความกลัว ความกังวล การซึมเศร้า โดยใช้เทคนิคการผ่อนคลายความเครียด

Curtin et al (2004) กับความเจ็บป่วยเรื้อรังว่า ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบหลัก ได้แก่

1). องค์ประกอบด้านการจัดการตนเองในการดูแลสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบย่อยๆ ได้แก่ การสื่อสาร คือ บุคคลต้องได้รับข้อมูลความรู้เกี่ยวกับภาวะการณ์เจ็บป่วยเรื้อรัง การสอนทักษะการจัดการตนเองเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ รวมถึงการให้ข้อมูลของผู้ป่วยกับตนเอง และผู้ให้การดูแลสุขภาพเพื่อกำกับ เพิ่ม คงไว้ หรือลดการตอบสนองที่เหมาะสม การเป็นผู้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ คือ การตั้งเป้าหมายหรือการเลือกเป้าหมายระหว่างผู้ป่วย และผู้ให้การดูแลสุขภาพ หลังจากตั้งเป้าหมายก็จะมีการอภิปราย ต่อบรอง และสุดท้ายมีการพิจารณาตัดสินใจในการปฏิบัติ การยึดมั่นในการรักษา กิจกรรมเกี่ยวกับการดูแลตนเอง คือ การตั้งเป้าหมาย รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง การประเมินติดตามตนเอง การสังเกตตนเอง และบันทึกติดตามข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง มีการประเมินข้อมูลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ตัดสินใจและลงมือปฏิบัติในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมการเจ็บป่วยเรื้อรัง และมีการประเมินความสามารถของตนเอง และความเชื่อในสมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองซึ่งเกิดจากการเสริมแรง การเสริมแรงอาจมาจากบุคคลภายนอกได้โดยการรับคำชม การได้รับของรางวัล การเสริมแรงจะช่วยให้บุคคลดำรงไว้ซึ่งการมีพฤติกรรมใหม่ และทำให้การปฏิบัติพฤติกรรมเข้มแข็ง ส่งผลสำเร็จของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทำให้เกิดพฤติกรรมใหม่อย่างต่อเนื่อง

2). องค์ประกอบด้านการจัดการตนเองเกี่ยวกับชีวิตประจำวันซึ่งประกอบไปด้วยความสำเร็จและการคงไว้ซึ่งวิถีชีวิตปกติในการดำรงบทบาทและหน้าที่ของตนเอง

สำหรับหลักการเกี่ยวกับการจัดการตนเองนั้นมีพื้นฐานจากกรอบแนวคิดทฤษฎีที่หลากหลายเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและการคงไว้ซึ่งสุขภาพ การวางแผนเพื่อการรักษาที่นำเอาความเชื่อทางวัฒนธรรมมาเกี่ยวข้องเป็นวิธีการหนึ่งที่มีการพิจารณาเอาค่านิยมและการปฏิบัติของกลุ่มที่เกี่ยวข้อง หรือกลุ่มอ้างอิงของผู้ป่วย เช่นกลุ่มเชื้อชาติ หรือศาสนา มีหลักฐานชัดเจนว่ากลยุทธ์ในการจัดการกับตนเองสามารถทำให้การยึดมั่นในการปฏิบัติดีขึ้น เป็นแนวคิดที่ค่อนข้างใหม่ ในขณะที่แนวคิดที่มีการปฏิบัติกันต่อๆมาในการสอนผู้ป่วยจะเป็นการให้ข้อมูลและการสอนทักษะทางเทคนิค แต่การจัดการตนเองจะเป็นการสอนการแก้ปัญหา จุดเน้นใหม่ในการจัดการตนเอง คือ การพัฒนาให้ผู้ป่วยรู้จักบทบาทสำคัญในการป้องกัน และการจัดการกับอาการเจ็บป่วยด้วยตนเอง

2.3 การศึกษาความสัมพันธ์ของพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต

จากการทบทวนวรรณกรรมการศึกษาการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตยังพบน้อย ส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดและการล้างไตทางช่องท้อง ผลการศึกษาก่อนหน้านี้เป็นการจัดการตนเองที่ผู้สูงอายุปรับให้เข้ากับบริบทการใช้ชีวิตประจำวัน ลดผลกระทบจากภาวะเจ็บป่วย ทั้งในด้านการทำงานของร่างกาย การจัดการทางอารมณ์ บทบาทในสังคม (Curtin et al., 2005) หลักการจัดการตนเองที่จะกล่าวถึงต่อไปนี้ล้วนส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังประกอบไปด้วย การจัดการด้านความร่วมมือในการใช้ยา การจัดการกับอารมณ์ และการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต (Corbin & Strauss, 1988; Lorig & Holman, 2003)

1. **การจัดการด้านการใช้ยา (Medical Management)** จัดเป็นองค์ประกอบสำคัญในการจัดการตนเอง ประกอบไปด้วย ขนาดในการรับประทานยา ความร่วมมือในการใช้ยา และการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตตามคำแนะนำของบุคลากรทางสุขภาพ ซึ่งผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังจำเป็นต้องมีการจัดการตนเองที่ดีทั้งในด้านแนวทางการใช้ยา การจำกัดการบริโภคอาหาร ควบคู่ไปกับสมดุลการออกกำลังกาย และการพักผ่อน ร่วมกับการควบคุมความดันโลหิต และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ (Feehally et al., 2007) ความรู้เกี่ยวกับการจัดการด้านการใช้ยาเป็นสิ่งสำคัญในบทบาทการตัดสินใจในการรักษาและการยอมรับกับภาวะ การเจ็บป่วยเรื้อรังสำหรับผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังในทุกๆระยะซึ่งมักจะต้องการข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับการรักษา รวมถึงผลกระทบของโรคในระยะยาว (Thomas-Hawkins & Zazworsky, 2005)

ยาที่ใช้ในการรักษาโรคไตเรื้อรังมีหลายขนาดและรับประทานหลายเวลา ซึ่งมีความซับซ้อนมาก อาจทำให้เกิดอุปสรรคของความไม่ร่วมมือในการรักษาและการบริหารยาได้ ซึ่งส่งผลเสียทางสุขภาพต่อผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังอย่างมาก (NKF, 2002a) สอดคล้องกับการศึกษาหลายงานวิจัยที่พบว่า

ปัญหาด้านความร่วมมือในการใช้ยา การควบคุมอาหาร การจำกัดน้ำ การไปตรวจตามนัด ยังเป็นปัญหาในผู้ที่เป็นไตเรื้อรังในประเทศไทย และอีกหลายประเทศ (บุญต่าย สิทธิไพศาล, 2553)

1.1). ยา (Medication Management) ผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังในทุกระยะนั้นต้องมีความเข้าใจในการใช้ยา เพื่อติดตามผลข้างเคียงจากการใช้ยา ข้อดีของการใช้ยา การป้องกัน การลิ้มรับประทานยา ปัญหาจากการใช้ยา เนื่องจากวัยสูงอายุ มักจะมีปัญหาในการมองเห็นและการได้ยิน ความบกพร่องในการรับรู้ และภาวะซึมเศร้า การสูญเสียรายได้ การแยกตัวจากสังคม ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตบางคนยังมีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาอยู่ เช่น การลิ้มรับประทานยา (Sritarapipat, 2012) อีกทั้งยังพบปัญหาการไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 62.5 (Moreira et al., 2008)

1.2). การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต (Lifestyle Modification) เป็นสิ่งสำคัญในการจัดการตนเองช่วยชะลอการเสื่อมของไตและลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคไต เนื่องจากโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1 และระยะที่ 2 เป็นระยะที่ไม่แสดงอาการจึงทำให้ผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังจำนวนมากไม่เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป้าหมายในการปรับพฤติกรรมจัดการตนเองต้องสร้างวินัยทั้งในด้านโภชนาการ จำกัดน้ำ การเลิกสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย ที่สอดคล้องกับการรักษา (Thomas-Hawkins & Zazworsky, 2005)

1). การจัดการด้านอาหาร (Dietary Management) และการจำกัดน้ำ (Fluid restriction management) ในผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังทุกระยะควรมีความสมดุลในการจำกัดการบริโภคโปรตีนและจำกัดน้ำเพื่อป้องกันภาวะขาดสารอาหาร (Inman JL, 1999) จากการศึกษาที่ผ่านมามีพบว่า การควบคุมการบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำเป็นปัญหาที่พบมากที่สุดในการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายจะพยายามควบคุมการบริโภคอาหารของตนเองก็ต่อเมื่อโรคมีภาวะรุนแรงขึ้น และไม่ได้ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอตามคำแนะนำของบุคลากรทางสุขภาพ ส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ในการดูแลตนเองในการควบคุมสมดุลน้ำในชีวิตประจำวัน โดยในกลุ่มผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังพบว่ายังมีพฤติกรรมจัดการตนเองในการควบคุมน้ำอยู่ในระดับปานกลาง (นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์, 2548)

2). การจัดการด้านอารมณ์ (Emotional Management) อาการซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลเป็นปัญหาหลักทางจิตใจในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรัง โดยภาวะซึมเศร้าจะส่งผลกระทบต่อปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Hedayati & Finkelstein, 2009) พบได้ร้อยละ 17 ถึงร้อยละ 30 (Odden et al., 2006 ; Hedayati & Finkelstein, 2009) เป็นสาเหตุของความรู้สึกลุกลี้ญ่และการพึ่งพา สิ้นหวัง สูญเสียรายได้ สมรรถภาพทางเพศลดลง สูญเสียความเป็นอิสระ กระบวนการรักษาและการวินิจฉัยทางการแพทย์ส่งผลกระทบต่อตอบสนองทางอารมณ์ในทุกระยะของโรค จึงเป็นสิ่งสำคัญที่บุคลากรทางสุขภาพจะต้องทำความเข้าใจกับปฏิกิริยาทางอารมณ์ของผู้ป่วย (Thomas-Hawkins &

Zazworsky, 2005) รวมถึงการให้กำลังใจ การสนับสนุนทางอารมณ์ให้เกิดการปรับตัว สามารถจัดการกับโรคและผลกระทบของโรคได้ (Sritarapipat, 2012)

2.4 ปัจจัยหลักและปัจจัยร่วมของพฤติกรรมจัดการตนเองที่มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต

1). ปัจจัยหลักของพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต

1.1). **อายุ** เป็นหนึ่งในปัจจัยที่ทำนายพฤติกรรมจัดการตนเอง ถึงร้อยละ 46 อายุที่แตกต่างกันจะทำให้พฤติกรรมจัดการตนเองแตกต่างกัน อายุมากขึ้นจะทำให้พฤติกรรมจัดการตนเองยิ่งลดลง (Gallagher et al, 2008) และมีรายงานว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมจัดการตนเองในกลุ่มผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรัง (Curtin et al., 2008) และพฤติกรรมควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะโรคไตร่วม (Sumiyoshi, Kawata, Shikata, and Makino, 2010)

1.2). **ระดับการศึกษา** เป็นอีกปัจจัยที่มีผลกับพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (Bycroft & Tracey, 2006) ระดับศึกษาน้อยส่งผลสัมพันธ์กับความรู้ทางสุขภาพที่น้อย (Creer, 2000) นั่นคือ จะทำให้เกิดข้อจำกัดของความสามารถในการอ่านเพื่อหาความรู้เกี่ยวกับโรค ความรู้สามารถประเมินได้จากการอ่าน การเขียน และการใช้คอมพิวเตอร์ เพื่อสืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ความรู้จะมีผลเกี่ยวกับความเข้าใจและการแปลผลความหมายต่างๆ ในสิ่งที่อ่าน ระดับความรู้ที่ต่ำจะทำให้ทักษะในการจัดการตนเองน้อยลง พบได้ส่วนใหญ่ในกลุ่มผู้สูงอายุ หรือผู้ป่วยที่มีโรคไตเรื้อรัง เชื้อชาติบางเชื้อชาติ พื้นฐานครอบครัว หรือผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ (Healthy People, 2010) ขณะที่ผู้ป่วยที่มีความรู้ด้านสุขภาพดีจะมีระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคที่ตนเองเป็นอยู่สูงขึ้นตามไปด้วย (Gazmararian, Williams, Peel, & Baker, 2003)

1.3). **เศรษฐกิจสถานะทางสังคม** เป็นการเน้นที่รายได้และเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลกับพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรัง โดยหากผู้สูงอายุขาดรายได้ที่เพียงพอจะทำให้เกิดข้อจำกัดในพฤติกรรมจัดการตนเองหลายด้าน อาทิเช่น การจัดการด้านอาหาร การจัดการกับยา หรือการรับบริการทางการแพทย์ มีการศึกษาหลายงานส่วนใหญ่พบว่า ปัญหาด้านรายได้มีผลกับพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรัง (Jerant et al., 2005) โดยรายได้ที่สูงกว่ามาตรฐานจะทำให้เกิดการปรับพฤติกรรมจัดการตนเองที่มีประสิทธิภาพดีกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้ที่ต่ำกว่ามาตรฐาน (Bycroft & Tracey, 2006) และจากการศึกษาในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังที่มีเศรษฐกิจสถานะทางสังคมต่ำ พบว่ามีพฤติกรรมจัดการตนเองระดับต่ำในด้านการรับประทานยา (Browne & Merighi, 2010)

1.4). **ภาวะโรคร่วม** อาการที่เกิดจากภาวะโรคเรื้อรัง ทำให้เกิดข้อจำกัดในการใช้ชีวิตประจำวันได้ และหากมีภาวะโรคร่วมก็อาจจะทำให้พฤติกรรมจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มี

โรคเรื้อรังต่ำลง ดังการศึกษาของเบรลิส และคณะ (Bayliss et al., 2007) ในประเทศออสเตรเลีย เกิดอัตราการความพิการ และอัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง ในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยภาวะโรคเรื้อรังร่วมหลายโรค เช่น โรคเบาหวาน โรคซึมเศร้า โรคข้ออักเสบเรื้อรัง

1.5). ความเข้มแข็งในการมองโลก เป็นปัจจัยภายในของแต่ละบุคคล ซึ่งผู้ที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกจะมีความสามารถในตัดสินใจ และการควบคุมตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมการจัดการตนเองได้ดี มีหลายการศึกษาพบว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกใช้เป็นปัจจัยในการทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังได้ เช่น โรคถุงลมโป่งพอง โรคหัวใจล้มเหลว โรคพาร์กินสัน โรคจิตเภท โดยพบว่าผู้ที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่น้อยลง (Gallagher et al., 2008)

1.6). ความเครียดและภาวะซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้าถือเป็นภาวะทางจิตใจที่พบได้มากที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรคไตเรื้อรัง (Kutner, 2008) และผู้ป่วยที่ล้างไตทางหน้าท้อง (Lew & Piraino, 2005) มีหลายการศึกษารายงานว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยหลักสนับสนุนที่มีผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน ความสามารถในการเข้าสังคม แบบแผนการแสดงออกของพฤติกรรมการจัดการตนเอง (Mulvaney, 2009; Suhl & Bonsignore, 2006) ตลอดจนคุณภาพชีวิต และบทบาทหน้าที่ทางร่างกาย ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (Abdel-Kader, Unruh, & Weisbord, 2009)

1.7). ความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยที่เกี่ยวกับสภาวะจิตใจและเป็นปัจจัยอธิบาย และทำนายพฤติกรรมทางสุขภาพได้ (Rosenstock, 1974) การศึกษาในประเทศไทยในผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคไตเรื้อรัง พบว่า ถ้ามีความเชื่อด้านสุขภาพ และรับรู้เกี่ยวกับโรค และเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง (Sutthirlarh, 2009) สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง พบว่า ผู้ที่มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และ รับผิดชอบต่อความรุนแรงของโรค ได้รับแรงจูงใจ และเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันโรคจะมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง (Kraiyasri, Keitlernapha, & Pelton, 2001)

1.8). การรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย เป็นการรับรู้ส่วนบุคคลเกี่ยวกับโรค ซึ่งการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย เป็นปัจจัยทำนายเกี่ยวกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง 3 ด้าน คือ ด้านการควบคุมอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และการวัดระดับน้ำตาลในเลือด (Glasgow, Hampson, Strycker, & Ruggiero, 1997) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ไม่มีอาการส่วนใหญ่ พบว่า จะไม่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในชีวิตประจำวันของตนเอง และยอมรับในโรคที่ตนเองเป็น จนกระทั่งอาการของโรคเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ระยะสุดท้าย (Nissenon et al., 2001; Thomas-Hawkin & Zazworsky, 2005)

โดยสรุปจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการจัดการตนเองและการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยส่วนใหญ่ พบว่า ไม่สอดคล้องกัน แต่มีบางการศึกษา

ที่ทำให้ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังและมีภาวะโรคเบาหวานร่วม พบว่า มีความสัมพันธ์กัน แต่อย่างไรก็ตามยังไม่มีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการจัดการตนเองและการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต

1.9). แบบแผนพฤติกรรม มีหลายการศึกษาพบว่า เป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพ มีการศึกษาอื่นๆ พบว่า ผู้ที่มีการดำเนินชีวิตโดยไม่ดูแลสุขภาพตนเองจะส่งผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ในขณะที่ผู้ที่ดำรงชีวิตที่มีการดูแลสุขภาพของตนเองดีในด้านอาหาร การออกกำลังกาย และการงดสูบบุหรี่ จะทำให้ส่งผลดีต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (Bycroft & Tracey, 2006) อีกทั้งยังพบว่า การที่ไม่จำกัดการบริโภคเกลือ และการจำกัดอาหารโปรตีนจะเป็นอุปสรรคต่อการจัดการตนเองมากที่สุดในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรัง (Sritarapipat, 2012)

1.10). การสื่อสารกับผู้ให้การดูแลสุขภาพ การสื่อสารกับผู้ให้การดูแลสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Creer, 2000) จากการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า ผู้ที่สื่อสารกับผู้ให้การดูแลสุขภาพน้อยจะเป็นอุปสรรคต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง (Bayliss et al., 2007) และเป็นปัจจัยที่ส่งผลกับพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยกลุ่มนี้มากที่สุด (Jerant et al., 2005)

1.11). สมรรถนะแห่งตน เป็นสิ่งที่บุคคลใช้ตัดสินความสามารถของตนเองในการที่จะจัดการและทำงานให้สำเร็จตามเป้าหมายเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง (Sritarapipat, 2012)

1.12). การสนับสนุนทางสังคม หมายถึงถึงการสนับสนุนจากครอบครัวและการสนับสนุนจากบุคลากรทางสุขภาพ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง (Sritarapipat, 2012)

2). ปัจจัยร่วมที่มีความสัมพันธ์ต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการปฏิบัติตามคำแนะนำ (Becker MH et al., 1974) ได้แก่

2.1). ปัจจัยนำ ความพอใจของผู้ป่วยมีผลในการให้การสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรม ปัจจัยองค์ประกอบโน้มน้าว ได้แก่ ความรู้ ทศนคติ ความเชื่อ ค่านิยม การรับรู้ทั้งสถานะทางสังคม เศรษฐกิจ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ขนาดของครอบครัว ปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อการปฏิบัติตัว

2.2). ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ แหล่งทรัพยากรที่จำเป็น การบริการที่ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงได้ และสามารถช่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ตรงเป้าหมาย เพิ่มทักษะ และหาได้ง่าย

2.3). ปัจจัยเสริม อาจช่วยสนับสนุนหรือยับยั้งพฤติกรรม การมีแรงเสริมจะทำให้พฤติกรรมนั้นคงทนต่อไป ผู้ป่วยจะได้รับจากบุคคลอื่นที่มีอิทธิพลต่อตนเอง เช่น แพทย์ พยาบาล

ครอบครัว สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติการรณรงค์ทางสื่อมวลชน สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย บัตรนัดจากเจ้าหน้าที่ เป็นต้น

2.5 พฤติกรรมการจัดการตนเองตามแนวคิดของเคอร์ติน และคณะ

พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังตามแนวคิดของเคอร์ติน และมาเปส เป็นการจัดการกับอาการ และอาการแสดงที่เปลี่ยนแปลงไป โดยใช้กระบวนการในการเรียนรู้ และการปฏิบัติที่ตอบสนองต่ออาการแสดงที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง เป็นกระบวนการดูแลตนเองตลอดชีวิต ซึ่งประกอบด้วย 2 องค์ประกอบหลัก ได้แก่

- 1). องค์ประกอบเกี่ยวกับการดูแลตนเองตลอดชีวิต
- 2). องค์ประกอบเกี่ยวกับการจัดการชีวิตประจำวัน

การจัดการตนเองจะเป็นวิธีการหนึ่งซึ่งผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง สม่่าเสมอ ลดผลกระทบที่รุนแรงจากการดำเนินของโรคที่เพิ่มขึ้น การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองที่ดี และมีประสิทธิภาพ จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่กับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังได้อย่างเหมาะสม และมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Curtin & Mapes, 2001)

จากการทบทวนวรรณกรรม จะเห็นว่าพฤติกรรมการจัดการตนเองนั้น เป็นการลงมือปฏิบัติการติดตาม และบริหารจัดการทุกด้านเกี่ยวกับการรักษาที่ได้รับ รวมถึงการเผชิญอาการของโรคในชีวิตประจำวันด้วยตัวผู้ป่วยเอง (Curtin & Johnson, 2004) โดยมีการสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองจะมีผลโดยตรงทางบวกกับการจัดการตนเอง ซึ่งการจัดการตนเองเป็นปัจจัยที่สำคัญที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตด้านร่างกายที่ดีขึ้น (Curtin & Mapes, 2001)

Curtin & Johnson (2004) ศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตด้วยน้ำยาล้างไตทางช่องท้อง เพื่อพิสูจน์องค์ประกอบหลักของการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตด้วยน้ำยาล้างไตทางช่องท้องมาเป็นระยะเวลาานาน 4 ปี ผลจากการศึกษาโดยการสัมภาษณ์ พบว่า ผู้ป่วยแต่ละคนต่างมีภาระในการจัดการตนเองอย่างชัดเจน ซึ่งการจัดการตนเองดังกล่าว ประกอบด้วย การลงมือปฏิบัติ การติดตามและการบริหารจัดการทุกด้านเกี่ยวกับการรักษาที่ได้รับ รวมทั้งเผชิญกับผลที่ตามมาหรืออาการของโรคในชีวิตประจำวัน การลงมือกระทำเฉพาะที่ผู้ป่วยรับรู้ คือ การแสดงบทบาทในกิจกรรมเกี่ยวกับการจัดการตนเองซึ่งมีความแตกต่างกันเล็กน้อยในแต่ละบุคคล อย่างไรก็ตามในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจะต้องมีการจัดระบบตามความจำเป็นในการจัดการเกี่ยวกับโรคและการรักษาเข้าไปร่วมด้วย จากการศึกษาครั้งนี้ พบประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ในประสบการณ์การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยน้ำยาล้างไตทางช่องท้องเกิดความชัดเจนขึ้น 2 องค์ประกอบใหญ่ ได้แก่

- 1). องค์ประกอบด้านการมีเอกสิทธิ์หรือการควบคุมในการดูแลสุขภาพ (Autonomy Control in Health Care) ซึ่งประกอบไปด้วย การเป็นผู้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ (Partnership

in Care) กิจกรรมในการดูแลตนเอง (Self-Care Activity) และสมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง (Self - Care Self Efficacy)

2). องค์ประกอบด้านที่เกี่ยวข้องกับความรู้ หรือความต้องการในการคงไว้ซึ่งความเป็นปกติในชีวิตประจำวัน ประกอบด้วย ความสำเร็จของความยืดหยุ่นและความเป็นอิสระ การแปลความรุนแรงของความเจ็บป่วย และการรับรู้ต่อภาพลักษณ์

จากการศึกษาที่ผ่านมาแนะนำว่าเอกลักษณ์เป็นปัจจัยที่สำคัญต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งผลจากการสัมภาษณ์ในการศึกษาครั้งนี้ยืนยันว่าเอกลักษณ์ถือเป็นการรักษาสิทธิ์ของผู้ป่วย นอกจากนี้ ยังเกิดความชัดเจนขึ้นจากการสัมภาษณ์ว่าในการรับรู้และประสบการณ์ของผู้ถูกสัมภาษณ์ องค์ประกอบด้านเอกลักษณ์เกี่ยวข้องกับการจัดการดูแลสุขภาพตนเอง ประกอบด้วยองค์ประกอบย่อย 3 ด้าน ได้แก่ การเป็นผู้มีส่วนร่วมในการดูแล กิจกรรมการดูแลตนเอง และสมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง

Curtin, Marpes, Schatell, & Burrow-hudson (2005) ได้ศึกษาการวิเคราะห์การจัดการตนเองในผู้ป่วยที่รักษาด้วย Hemodialysis เพื่อตรวจสอบองค์ประกอบ (Domain) และมิติด้านต่างๆ (Dimensions) ของการจัดการตนเอง

โดยสรุปได้ว่า โรคเรื้อรังส่วนมากไม่มีวิธีการป้องกันระดับปฐมภูมิ และไม่มีวิธีการที่ทำให้หายขาดได้ เป้าหมายของการจัดการโรคเรื้อรัง คือ การประสบความสำเร็จในการทำหน้าที่ของร่างกายในระดับสูงสุด และเกิดอาการแสดงน้อยที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ สำหรับระดับความรุนแรงของโรคที่เป็นอยู่ การจัดการตนเองของผู้ป่วยทั้งด้านการดูแลสุขภาพในชีวิตประจำวัน และชีวิตที่ได้รับผลจากโรคที่เป็นอยู่น่าจะเป็นวิถีทางที่จะทำให้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย ยิ่งไปกว่านั้นยังมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ให้ข้อเสนอแนะไว้ว่าทักษะในการจัดการตนเองสามารถสอนได้ ความพยายามในการจัดการตนเองก็สมารถได้รับการส่งเสริมสนับสนุนได้ และกิจกรรมในการดูแลตนเองสามารถนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีได้

Curtin, Walters, Schatell, Pennell, Wise, & Klicko (2008) ศึกษาการรับรู้สมรรถนะในตนเองและพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พบว่า พฤติกรรมการสื่อสารเป็นผลให้เกิดการสนทนาเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้กับผู้ดูแลหลัก และพฤติกรรมมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ทำให้มีการหาข้อมูลอย่างจริงจังกับแหล่งข้อมูลอื่นนอกเหนือจากการหาข้อมูลจากผู้ดูแล พฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลตนเองและพฤติกรรมปฏิบัติตามในเรื่องการใช้ยา มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะในตนเอง เช่นเดียวกับผลการศึกษาในกลุ่มประชากรอื่น ซึ่งพฤติกรรมจัดการตนเองด้านการสื่อสาร (Lorig, Sobel, & Ritter, 2001) ด้านกิจกรรมเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และพฤติกรรมปฏิบัติตามในเรื่องการใช้ยา (Clark & Dodge, 1999) มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะในตนเอง

นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์ (2548) สอดคล้องกับผู้ศึกษาการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยใช้แนวคิดของเคอร์ตินและมาเปส (Curtin & Mapes, 2001) รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง ผลการศึกษาพบว่า สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมมีผลโดยตรงทางบวกกับการจัดการตนเอง ส่วนโรคร่วม (Comorbidity) และลักษณะเฉพาะของการเจ็บป่วย (Identity) มีผลโดยตรงทางลบต่อการจัดการตนเอง ผลการศึกษาครั้งนี้ยังชี้ให้เห็นว่าการจัดการตนเองมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย

2.6 การประเมินพฤติกรรมจัดการตนเอง

การประเมินการจัดการตนเองช่วยให้ทราบถึงแนวปฏิบัติของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในการดูแลสุขภาพของตนเองเพื่อการรักษาสุขภาพให้ดีที่สุด การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การป้องกันอาการและอาการแสดง การใช้แหล่งทรัพยากรทางการแพทย์ และลดการรบกวนจากโรคต่อวิถีที่ตนเองชื่นชอบตามแนวคิดของเคอร์ติน และมาเปส (Curtin & Mapes, 2001) ในปัจจุบันยังไม่มีเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั่วไปโดยตรง มีแต่แบบประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ซึ่งเคอร์ติน วอลเทอร์ สคาเทลล์ เพนเนล ไวส์และคลิกโก (Curtin, Walters, Schatell, Pennel, Wise, & Klicko, 2008) ซึ่งพัฒนามาจากแบบประเมินการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายของเคอร์ติน มาเปส สคาเทลล์ และเบอร์โรว์ฮัดสัน (Curtin, Mapes, Schehatell & Burrows-hudson, 2005) ที่สร้างบนกรอบแนวคิดของเคอร์ติน และมาเปส (Curtin & Mapes, 2001) แบบประเมินการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย พัฒนาจากแนวคิดที่ได้จากการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเครื่องไตเทียมกลุ่มเล็กๆ ของเคอร์ติน และมาเปส (Curtin & Mapes, 2001) และการศึกษาเชิงปริมาณในผู้ป่วยไตเทียม จำนวน 372 ราย (Curtin, Sitter, & Schatell et al., 2004) ประกอบด้วย องค์ประกอบย่อยของพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 5 ด้าน กว้างๆ ได้แก่

1). การสื่อสารกับผู้ให้การดูแล เป็นองค์ประกอบสำคัญของการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ผู้ป่วยสามารถแสวงหาข้อมูล ให้ข้อมูล สอบถามปัญหาเกี่ยวกับอาการ วิธีหรือแนวทางปฏิบัติที่ตรงกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการแก้ปัญหา และแนวทางการรักษาจากแพทย์

2). การเป็นผู้มีส่วนร่วมในการดูแล เป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งในการจัดการตนเอง การสื่อสารกับผู้ให้การดูแล และการมีส่วนร่วมในการดูแล ถือเป็นองค์ประกอบที่ต้องพึ่งพาซึ่งกันและกัน ไม่ใช่การมีส่วนร่วมในการดูแลของทีมผู้ดูแลสุขภาพเพียงฝ่ายเดียว แต่ต้องอาศัยความสามารถของผู้ป่วยในการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพเกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วย ปัญหาต่างๆ โดยการมีส่วนร่วมในการดูแลจะประสบความสำเร็จ ต้องประกอบด้วย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย การติดตามการ

เปลี่ยนแปลง การสื่อสารกับผู้ให้การดูแล และแพทย์ผู้ให้การรักษา รวมไปถึงการสืบค้นข้อมูลด้วยตัวของผู้ป่วยเอง จากแหล่งอื่นๆ ที่นอกเหนือจากแพทย์ผู้ให้การรักษา

3). กิจกรรมการดูแลตนเอง เป็นองค์ประกอบของการจัดการตนเอง ซึ่งตั้งอยู่บนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลสุขภาพ เมื่อผู้ป่วยมีการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองทางกายจนเป็นนิสัย เช่น การสังเกตอาการ ผลกระทบ และการติดตาม การปฏิบัติพฤติกรรมที่ชะลอความเสี่ยงของสุขภาพ เช่น การควบคุมการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ จะเป็นแนวทางที่นำไปสู่ความสำเร็จในการรักษา

4). การพิทักษ์สิทธิ์ตนเอง หมายถึง ความเต็มใจ ความสมัครใจ และการตัดสินใจด้วยตนเองของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองส่วนบุคคลที่ถูกต้องด้วยตนเอง เช่น การปรึกษาแพทย์ผู้รักษาในการควบคุมการออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพอื่นๆ ของตนเอง รวมถึงการรักษา พฤติกรรม การพิทักษ์สิทธิ์ตนเอง ประกอบด้วย การแสวงหาความคิดเห็น 2 ประการ คือ การขอเปลี่ยนแพทย์ผู้รักษา และการรับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลรักษา นอกเหนือจากคำแนะนำและการรักษาจากแพทย์ผู้รักษา

5). การปฏิบัติตามในเรื่องการใช้ยา ผู้ป่วยส่วนมากนิยมปฏิบัติตามการใช้ยาตามที่แพทย์สั่ง และแพทย์ก็มีความไว้วางใจในการรักษากับผู้ป่วยที่รับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ

ซึ่งแบบประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองของเคอร์ติน และคณะ (Curtin et al., 2008) นี้ มีข้อคำถามทั้งสิ้น 44 ข้อคำถาม ซึ่งได้รับการทดลองใช้ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 10 ราย ผลการทดสอบได้ข้อมูลย้อนกลับจากที่ผู้ป่วยประเมินว่า ข้อคำถามต่างๆ ง่ายต่อความเข้าใจ ไม่ยาวจนเกินไป ไม่มีควมอึดอัดใจในการตอบคำถามและครอบคลุมการจัดการตนเองทั้งหมด แบบวัดจึงไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ แต่เมื่อใช้สถิติวิเคราะห์แบบประเมินดังกล่าวด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ (SPSS 10 Version II) ผลการวิเคราะห์มีข้อคำถามตกไป 7 ข้อ จึงเหลือข้อคำถามเพียง 37 ข้อ โดยมีด้านการสื่อสารกับผู้ให้การดูแล 8 ข้อ ด้านการเป็นผู้มีส่วนร่วมในการดูแล 7 ข้อ ด้านกิจกรรมการดูแลตนเอง 11 ข้อ ด้านการพิทักษ์สิทธิ์ตนเอง 10 ข้อ และด้านการปฏิบัติตามในเรื่องการใช้ยามี 1 ข้อ สำหรับการวิเคราะห์ความเชื่อมั่น (Alpha Reliabilities) ใน 4 ด้านแรก ซึ่งแต่ละด้านมีหลายข้อคำถามเท่ากับ 0.77, 0.84, 0.77 และ 0.70 ตามลำดับ ส่วนด้านการปฏิบัติตามในเรื่องการใช้ยามีข้อคำถามเพียง 1 ข้อ

3. แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม

3.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

คำจำกัดความของการสนับสนุนทางสังคมได้รับการนิยามที่หลากหลาย ดังนี้

Cobb (1976) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งได้รับข้อมูลข่าวสารต่างๆ ที่ทำให้บุคคลนั้น เข้าใจและเชื่อว่ามีผู้ที่ให้ความรัก ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่า รวมถึงการมองว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคมนั้น

Kahn (1979) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมายระหว่างบุคคล ซึ่งจะก่อให้เกิด ความผูกพันในแง่ดี จากคนหนึ่งไปยังอีกคนหนึ่ง การยืนยันรับรอง หรือเห็นพ้องพฤติกรรมของอีกผู้หนึ่ง การช่วยเหลือซึ่งกันและกันในด้านเงินทอง สิ่งของ หรืออื่นๆ

House (1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่เกิดจากความใกล้ชิดผูกพันกัน การให้การดูแล และให้ความเชื่อถือไว้วางใจ การสนับสนุนความคิด การตัดสินใจ ซึ่งเกิดจากการยอมรับนับถือและเห็นคุณค่าการให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ

Schaefer, Coyne, & Lazarus (1981) กล่าวถึงแรงสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นสิ่งที่มีความสำคัญเนื่องจากสามารถช่วยแบ่งปันหรือถ่ายเทความเครียดของบุคคลซึ่งเกิดจากประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน บุคคลมีความสามารถในการรับรู้ความเครียดแตกต่างกัน ดังนั้น บุคคลจึงต้องแสวงหาสิ่งที่ดีกว่าหรือสิ่งสนับสนุน หากต้องพบกับความเครียดในชีวิต ซึ่งบุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีกว่าจะสามารถเผชิญกับความเครียดและจัดการกับความเครียดได้ดีกว่าบุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่น้อยหรือไม่เหมาะสม

บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์ (2538) กล่าวว่า แรงสนับสนุน หมายถึง สิ่งที่ทำให้การสนับสนุน โดยอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่ม เช่น บุคคลในครอบครัว ได้แก่ สามีหรือภรรยา ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้ความช่วยเหลือข้อมูลข่าวสาร วัสดุสิ่งของ หรือการสนับสนุนทางจิตใจแก่ผู้รับ ซึ่งแรงสนับสนุนมีผลทำให้ผู้ได้รับการสนับสนุนปฏิบัติตัวไปในทางที่ผู้รับต้องการ

ดังนั้นสรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนในด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นด้านอารมณ์หรือจิตใจ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านวัสดุสิ่งของ การได้รับความเอาใจใส่ ความไว้วางใจ ตลอดจนการเห็นคุณค่าจากบุคคลรอบข้าง ทำให้บุคคลมองเห็นคุณค่าของตนเองและเกิดความตระหนักว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม เป็นเหตุให้บุคคลสามารถช่วยเหลือดูแลตนเองและและจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตได้ ซึ่งจะส่งผลให้ภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจของบุคคลดีและมีคุณภาพมากขึ้นด้วย

3.2 กลไกของการสนับสนุนทางสังคม มีหลายการศึกษาที่หลากหลาย ดังนี้

Wortman (1984) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นกลไกที่เกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้บุคคลปลอดภัยจากความรุนแรงของภาวะเครียด ซึ่งทำให้เกิดผลดีต่อสุขภาพในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม อีกทั้งยังช่วยป้องกันความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกายและจิตใจ ด้วยการได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อบุคคล ดังนี้

- 1). ส่งเสริมบุคคลในการเผชิญภาวะเครียด โดยการกระตุ้นให้ผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม เกิดความรู้สึกมองเห็นคุณค่าในตนเอง
- 2). ทำให้บุคคลเปลี่ยนแปลงวิธีการเผชิญกับความเครียด
- 3). มีการแก้ไขปัญหาความเครียดได้ดีขึ้น เนื่องจากได้รับข้อมูลข่าวสารต่างๆ ซึ่งทำให้การรับรู้ของบุคคลดีขึ้น
- 4). ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการเผชิญความเครียด
- 5). เกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

Cohen & Wills (1985) ได้เสนอกลไกและสมมติฐานของการสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ ใน 2 ลักษณะ คือ

1). การสนับสนุนโดยตรงที่มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ (Main Effect or Direct Effect) การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะทำให้บุคคลเกิดอารมณ์ที่มั่นคงต่อภาวะสุขภาพ โดยจะมีพฤติกรรมทางด้านสุขภาพที่ดี ตลอดจนมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้วย เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะ เป็นต้น ซึ่งการที่บุคคลมีอารมณ์ที่มั่นคงนี้ จะส่งผลต่อการทำงานของระบบไร้ท่อ ระบบประสาท และระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย อันจะมีผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพและพฤติกรรมที่ดีทางสุขภาพ

2). การสนับสนุนทางสังคมที่มีผลกระทบทางอ้อมต่อภาวะสุขภาพ (Buffer Effect) โดยการสนับสนุนทางสังคมจะเป็นตัวช่วยป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายและจิตใจ เมื่อบุคคลมีความเครียดเกิดขึ้น การสนับสนุนทางสังคมจะเป็นตัวช่วยลดความเครียดที่จะนำบุคคลไปสู่ภาวะวิกฤต บุคคลจะเกิดความเครียดเมื่อรู้สึกว่าคุณค่าไม่สามารถแก้ไขปัญหาหรือเผชิญกับเหตุการณ์นั้นๆ ได้ ซึ่งจะมีผลรบกวนสมดุลของร่างกายไวต่อการเจ็บป่วย

3.3 แหล่งที่มาและประเภทของการสนับสนุนทางสังคม

มีการศึกษาแหล่งที่มาและประเภทของการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งแสดงถึงความช่วยเหลือในด้านต่างๆ จากเครือข่ายทางสังคม โดยมีการแบ่งออกเป็นหลายด้านตามแนวคิดของผู้ศึกษา ดังนี้

แหล่งสนับสนุนทางสังคม แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ของบุคคลในสังคม โดยมีการปฏิสัมพันธ์ และมีการดูแลช่วยเหลือกัน มีผู้จำแนกโดยใช้เกณฑ์ในการแบ่งแตกต่างกัน ดังนี้โดยทั่วไป การสนับสนุนทางสังคม มีแหล่งที่มาแบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ

1). กลุ่มปฐมภูมิ ได้แก่ บุคคลในครอบครัว ญาติพี่น้อง และเพื่อนบ้าน การสนับสนุนทางสังคม และสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในกลุ่มจะมีความเป็นส่วนตัวในระดับสูง

2). กลุ่มทุติยภูมิ ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน รวมทั้งกลุ่มทางสังคมอื่นๆ โดยความสัมพันธ์ในกลุ่มนี้จะเป็นแบบมีกฎเกณฑ์ และเป็นไปตามแบบแผน การสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มจะมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

Kaplan (1974) ได้ทำการจำแนกกลุ่มบุคคลที่เป็นแหล่งของการสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1). กลุ่มผู้ที่มีการผูกพันกันตามธรรมชาติ กลุ่มแรกคือ กลุ่มบุคคลที่อยู่ในครอบครัว เช่น พ่อ แม่ ลูกหลาน พี่น้อง สามี ภรรยา ปู่ ย่า ตา ยาย เป็นต้น ซึ่งมีความรักและผูกพันกัน บุคคลกลุ่มนี้จะมีการช่วยเหลือกันเป็นอย่างดี และกลุ่มที่สอง คือ กลุ่มบุคคลที่มีความใกล้ชิด เช่น เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน เพื่อนฝูง คนรู้จักที่มีความคุ้นเคยกัน คนใกล้ชิด สนิทสนม เป็นต้น

2). กลุ่มบุคคลที่มารวมตัวกันและร่วมกันจัดตั้งหน่วยงาน ชมรม หรือสมาคมต่างๆ ซึ่งไม่ใช่กลุ่มที่จัดตั้งโดยวิชาชีพทางสุขภาพ เช่น ชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น ซึ่งกลุ่มนี้มักจะมีส่วนในการช่วยเหลือและสนับสนุนทางสังคมในด้านการประคับประคองอารมณ์ ลดความเครียด และให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

3). กลุ่มบุคคลที่อยู่ในวงการส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยและประชาชนทั่วไป ซึ่งบุคคลในกลุ่มนี้จะอยู่ในวงการวิชาชีพที่ต้องดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วย

Cobb (1976) แบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน คือ

1). ด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นการให้ข้อมูลที่ทำให้บุคคลรับรู้ว่าคุณได้รับความรัก ความห่วงใย การดูแลเอาใจใส่ ทำให้มีความใกล้ชิดสนิทสนมกัน มีความผูกพัน และความไว้วางใจซึ่งกันและกัน

2). ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า (Esteem Support) เป็นการแสดงออกที่ทำให้บุคคลรับรู้ว่าคุณมีคุณค่า มีความหมายต่อบุคคลอื่นรวมทั้งบุคคลนั้นยอมรับและมองเห็นคุณค่านั้นด้วย

3). ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Socially Support or Network) เป็นการแสดงออกที่ทำให้บุคคลรับรู้ว่าคุณเป็นส่วนหนึ่งของสังคมที่มีการให้ความช่วยเหลือและมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

Kahn (1979) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 3 ด้าน ดังต่อไปนี้

1). ด้านความผูกพันทางด้านอารมณ์และความคิด เป็นการแสดงออกที่ทำให้บุคคลได้รับรู้ถึงความรู้สึกของอีกฝ่าย ที่แสดงออกมาในรูปของความรัก ความผูกพัน การให้ความเคารพและการยอมรับ

2). ด้านการยืนยันและการรับรองพฤติกรรมของกันและกัน เป็นการแสดงออกที่ทำให้บุคคลรับรู้ว่าคุณอีกฝ่ายให้การยอมรับและเห็นด้วยกับพฤติกรรมและความคิดของคุณ

3). ด้านการให้ความช่วยเหลือ เป็นการแสดงออกที่ต้องมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคล โดยการให้สิ่งของ เงินทอง หรือการช่วยเหลือต่างๆ ทั้งที่เป็นวัตถุและไม่ใช่วัตถุ

House (1981) ได้จำแนกแหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1). กลุ่มที่มีความสัมพันธ์กันอย่างไม่เป็นทางการ คือ กลุ่มบุคคลที่มีความสัมพันธ์และผูกพันกันตามธรรมชาติมีการช่วยเหลือกันอย่างจริงจัง โดยที่ความสัมพันธ์นั้นไม่ได้มีส่วนเกี่ยวข้องกับบทบาทด้านการทำงานทางวิชาชีพ ได้แก่ คู่สมรส ญาติพี่น้อง เพื่อนฝูง เป็นต้น

2). กลุ่มที่มีความสัมพันธ์กันอย่างเป็นทางการ คือ กลุ่มบุคคลที่มีความสัมพันธ์กันในลักษณะเป็นทางการ โดยมีความเกี่ยวข้องกับบทบาทด้านการทำงานวิชาชีพด้านสุขภาพ เช่น ทีมสุขภาพ กลุ่มช่วยเหลือตนเอง ผู้ดูแลเด็ก เป็นต้น และกลุ่มบุคคลอื่นๆ ที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับวิชาชีพทางสุขภาพ เช่น พระสงฆ์ แม่บ้าน สมาคม ชมรมต่างๆ เป็นต้น

House (1985) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 4 ด้าน ดังต่อไปนี้

1). ด้านอารมณ์ (Emotional Support) คือ การที่ผู้ป่วยรู้สึกได้ถึง การเอาใจใส่ การให้ความรัก ความห่วงใย ความไว้วางใจ การเห็นคุณค่า และการยอมรับผู้ป่วย จากบุคคลที่อยู่ในเครือข่ายสังคมของผู้ป่วย

2). ด้านการประเมิน (Appraisal Support) คือ การที่ผู้ป่วยได้ข้อมูลย้อนกลับ ไม่ว่าจะเป็นการพูด การแสดงออก การให้การรับรองเกี่ยวกับสุขภาพ และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้นำข้อมูลเหล่านั้นไปประเมิน และนำไปเทียบกับผู้อื่นที่อยู่ในสังคมเดียวกัน

3). ด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) คือ การที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลข่าวสาร ความรู้ คำแนะนำ รวมทั้งคำปรึกษาต่างๆ เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและโรคที่ตนเองต้องเผชิญ

4). ด้านเครื่องมือ (Instrumental Support) คือ การที่ผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือด้านสิ่งของ การเงิน แรงงาน เวลา และวัตถุต่างๆ ที่จำเป็นต่อบุคคล

Schaefer, Coyne & Lazarus (1981) ได้แบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1). ด้านอารมณ์ (emotional support) เป็นการให้ความใกล้ชิดสนิทสนม ความผูกพัน ความอบอุ่นใจ ความเชื่อมั่นและความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะส่งเสริมให้บุคคลรู้สึกว่าได้ได้รับความรักและการดูแลเอาใจใส่

2). ด้านวัตถุ สิ่งของ (tangible support) เป็นการให้ความช่วยเหลือทางด้านวัตถุ สิ่งของ และเงินทอง แรงงาน หรือการบริการต่างๆ

3). ด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) เป็นการให้ข้อมูลข่าวสาร หรือให้คำแนะนำ เพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหา รวมทั้งเป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับในการประเมินการกระทำของบุคคล

Thoit (1982) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 5 ด้าน ดังต่อไปนี้

- 1). ด้านอารมณ์ คือ ข้อมูลที่บุคคลได้รับแล้วมีความรู้สึกเชื่อว่ามีคนรักตนเอง และตนเองได้รับความห่วงใย เอาใจใส่ดูแล ซึ่งมักจะมาจากความสัมพันธ์ที่มีความใกล้ชิดและผูกพันกันมาก
- 2). ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า คือ ข้อมูลที่บุคคลได้รับ ซึ่งทำให้บุคคลรับทราบและรู้สึกว่าคุณค่าของตนเองมีคุณค่า มีคนให้การยอมรับ
- 3). ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม คือ ข้อมูลที่บุคคลได้รับ ทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคมที่ตนอาศัยอยู่ มีความสัมพันธ์กัน และผูกพันกัน
- 4). ด้านข้อมูลข่าวสาร คือ ข้อมูลที่บุคคลได้รับ ซึ่งอาจเป็นคำแนะนำ ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมตนเองของบุคคล ซึ่งมีผลต่อการปฏิบัติตัวของบุคคล

5). ด้านสิ่งของ คือ การให้ความช่วยเหลือบุคคลในด้านสิ่งของ เงินทอง แรงงาน บริการต่างๆ

Lindsey (1997) แหล่งสนับสนุนทางสังคมประกอบด้วยเครือข่ายดังต่อไปนี้

- 1). บุคคลในครอบครัว ได้แก่ พ่อ แม่ คู่สมรสและญาติพี่น้อง
- 2). บุคคลที่เกี่ยวข้องกันทางสังคม ได้แก่ เพื่อน เพื่อนบ้าน
- 3). บุคลากรทางสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล
- 4). เครือข่ายในชุมชน ได้แก่ บุคคลที่มีการปฏิบัติกิจกรรมร่วมกันเป็นประจำ เช่น กลุ่มผู้สูงอายุ

Pender, Murdaugh, & Parsons (2009) แบ่งแหล่งสนับสนุนทางสังคมเป็น 5 กลุ่ม ดังนี้

1). กลุ่มสนับสนุนตามธรรมชาติ (Natural Support Systems) ได้แก่ ครอบครัว ซึ่งเป็นกลุ่มของการสนับสนุนทางสังคมระดับปฐมภูมิ ซึ่งครอบครัวที่มีการสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมสมาชิกในครอบครัวต้องรับรู้ถึงความต้องการของกันและกัน มีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ยอมรับถึงความต้องการของสมาชิกในครอบครัวและให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

2). กลุ่มเพื่อน (Peer Support Systems) บุคคลกลุ่มนี้เคยได้รับประสบการณ์ที่มีผลกระทบรุนแรงต่อชีวิต ประสบความสำเร็จในการปรับตัวและพัฒนาไปในทางที่ดีขึ้น มีความเข้าใจอย่างลึกซึ้งกับสิ่งที่เกิดขึ้นจึงสามารถให้คำแนะนำในการแก้ไขปัญหาที่คล้ายคลึงกับประสบการณ์ที่ผ่านมาของตนเองได้

3). กลุ่มองค์กรศาสนา (Organized Religious Support Systems) เป็นกลุ่มองค์กรที่มีการพบปะกันที่วัด โบสถ์ มัสยิด หรือสถานที่ที่ทางกลุ่มได้จัดไว้ เพื่อให้การช่วยเหลือและสนับสนุนบุคคลในศาสนานั้นๆ เพราะ การชุมนุมเป็นการแบ่งปันความรู้สึกที่มีคุณค่า ความเชื่อในจุดมุ่งหมายของชีวิต การปฏิบัติตามศาสนาและแนวทางการดำเนินชีวิตซึ่งนำไปสู่ความเข้าใจด้านสุขภาพมากยิ่งขึ้น

4). กลุ่มสนับสนุนโดยองค์กรวิชาชีพ (Organized Professional Support systems) ได้แก่ กลุ่มผู้ดูแลสุขภาพที่มีทักษะและบริการเฉพาะเจาะจงแก่ผู้รับบริการ บุคคลจะแสวงหาการสนับสนุนกลุ่มนี้เมื่อได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อนไม่เพียงพอ ไม่ได้ผลหรืออาจถูกใช้ไปหมดแล้ว

5). กลุ่มองค์กรที่ไม่ใช่กลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ (Organized Self-Help Support Groups Not Directed By Health Professionals) ประกอบด้วย อาสาสมัครและกลุ่มที่ให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน โดยกลุ่มอาสาสมัครเป็นกลุ่มที่ให้การช่วยเหลือบุคคลที่มีความต้องการหรือมีเหตุผลบางอย่างที่ไม่สามารถจัดหาบริการให้แก่ตนเองได้ ส่วนกลุ่มที่ให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกันเป็นกลุ่มบุคคลที่พยายามเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของสมาชิกหรือส่งเสริมการปรับตัวไปจนถึงการเปลี่ยนแปลงชีวิตความเป็นอยู่ เช่น กลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง หรือกลุ่มบุคคลที่มีสมาชิกในครอบครัวมีความพิการ

3.4 หลักของการสนับสนุนทางสังคมกับผู้สูงอายุ

แนวความคิดของการสนับสนุนทางสังคมมีหลากหลาย มีทั้งความแตกต่างและคล้ายคลึงกัน จากการศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าการสนับสนุนทางสังคมจะส่งผลต่อสุขภาพ โดยเฉพาะทางด้านจิตใจ ช่วยให้บุคคลสามารถปรับแก้ไขความเครียดได้ดีขึ้น ช่วยให้บุคคลเกิดความมั่นคงทางด้านอารมณ์ ตระหนักถึงคุณค่าในตนเอง ช่วยลดความเครียดที่จะนำไปสู่ภาวะวิกฤต นอกจากนี้ (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2009) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญ 3 ประการ คือ

- 1). เพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ ส่งเสริมสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ลดภาวะเครียดในชีวิตประจำวัน
- 2). ส่งเสริมภาวะสุขภาพ ช่วยให้มีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีพัฒนาการและการเจริญเติบโต
- 3). เพื่อป้องกันการเจ็บป่วย และช่วยให้บุคคลปรับพฤติกรรมเพื่อผ่อนคลายระดับของอันตรายหรือความเครียดที่ประสบอยู่ เมื่อมีปัญหาทางด้านจิตใจจะสามารถปรับตัวได้ดีขึ้น ในการดำเนินชีวิตของมนุษย์ทุกช่วงวัย มีลักษณะเครือข่ายที่ต้องพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน มีการแลกเปลี่ยนวัฒนธรรม ความคิด ความรู้สึก เพื่อให้ตนเองเกิดความรู้สึกมั่นคงและปลอดภัย เป็นที่รักและต้องการของสมาชิกในครอบครัวและสังคม ในวัยผู้สูงอายุก็เช่นเดียวกัน ควรได้รับการสนับสนุนทางสังคมเพื่อตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานในการดำเนินชีวิตและเป็นการช่วยให้ผู้สูงอายุปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมได้มากขึ้น ซึ่งจะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี

3.5 หลักการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ House (1985) กับผู้สูงอายุ

ในสังคมปัจจุบัน ผู้สูงอายุมิพบาททางสังคมลดลงจากการการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่เสื่อมถอยลง รวมถึงจิตใจและสังคม ทำให้เครือข่ายในสังคมลดลง ดังนั้นแหล่งสนับสนุนทางสังคมกลุ่มที่ไม่เป็นทางการ ได้แก่ ครอบครัว จึงเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีความสำคัญที่สุด เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ที่มีบทบาทและมีความใกล้ชิดกับผู้สูงอายุมากที่สุด รวมถึงการสนับสนุนและช่วยเหลือกิจกรรมด้านต่างๆ มากที่สุด โดยการสนับสนุนด้านอารมณ์โดยการให้ความรัก ความเอาใจใส่ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองอย่าง

เหมาะสม พยาบาลในบทบาทของบุคลากรทางสุขภาพ จึงควรเน้นและกระตุ้นให้สมาชิกในครอบครัว เห็นความสำคัญ ถ่ายทอดและมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองในด้าน ต่างๆ ดังกล่าว โดยมีรายละเอียด ดังนี้

- 1). การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotion Support) เป็นการให้ความรัก ความห่วงใย ความ ผูกพัน เห็นอกเห็นใจ การรับฟัง ความไว้วางใจ การดูแลเอาใจใส่
- 2). การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal Support) เป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับ โดยการยอมรับ ยกย่อง ชมเชย เพื่อนำไปประเมินตนเอง โดยการเปรียบเทียบพฤติกรรมของตนกับ ผู้อื่นในสังคม
- 3). การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เป็นการให้ข้อมูลความรู้ และ ข้อเสนอแนะ คำแนะนำ การชี้แนะแนวทางเพื่อนำไปแก้ไขปัญหาที่เผชิญอยู่ได้
- 4). การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental Support) เป็นการให้ความช่วยเหลือโดยตรง ในความจำเป็นทางการเงิน สิ่งของ แรงงาน เวลา การปรับสภาพแวดล้อม

3.6 การประยุกต์ส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมมาใช้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ ก่อนการบำบัดทดแทนทางไต

การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตและโรคเรื้อรังอื่นๆ (Sritarapipat, 2012) ในการส่งเสริมการ สนับสนุนทางสังคมมีการประยุกต์ใช้ที่หลากหลายแต่โดยรวมมี 4 ด้านหลักสำคัญ ดังนี้

- 1). ด้านการสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional Support) เป็นการสนับสนุนที่สำคัญที่สุด เป็นการแสดงออกถึงความเชื่อและความรู้สึกของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความรัก ความผูกพัน ความห่วงใย ความเห็นอกเห็นใจ ความรู้สึกไว้วางใจ ตลอดจนการได้การดูแลเอาใจใส่ จากเครือข่ายทางสังคม ทั้ง กลุ่มปฐมภูมิและกลุ่มทุติยภูมิ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ต้องได้รับการ ดูแลรักษาและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องอย่างเคร่งครัดและต่อเนื่องส่งผลกระทบต่อการดำรง ชีวิต ทำให้ เกิดความท้อแท้ เครียด และความวิตกกังวล รวมทั้งขาดความมั่นคงทางจิตซึ่งจะส่งผลกระทบต่อทำให้ภาวะ โรครุนแรงเพิ่มมากขึ้น การสนับสนุนทางด้านอารมณ์มีบทบาทสำคัญในการให้ความช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะ เจ็บป่วยได้มากกว่าการสนับสนุนทางด้านอื่นๆ ทำให้สามารถบรรเทาและปรับตัวได้ในสถานการณ์ ความเครียดนั้น (Callaghan and Morrissey, 1993) ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัว ให้ความรัก ความอบอุ่น เห็นอกเห็นใจ ดูแลเอาใจใส่ รวมทั้งรับฟังความคิดเห็นของผู้สูงอายุ โดยการ สร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคลากรทางสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว ซึ่ง ผู้สูงอายุสามารถแสวงหาข้อมูล สอบถามปัญหาเกี่ยวกับอาการ ซึ่งการมีส่วนร่วมในการดูแลเป็น องค์กรประกอบการพึ่งพาซึ่งกันและกัน ทั้งนี้ต้องอาศัยความสามารถของผู้สูงอายุในการสื่อสารอย่างมี ประสิทธิภาพด้วย

2). ด้านการสนับสนุนทางข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เป็นการให้ข้อมูลความรู้ คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ การชี้แนวทางที่เป็นข้อเท็จจริง จากเครือข่ายทางสังคมจะทำให้บุคคลสามารถนำไปแก้ปัญหาที่สามารถเผชิญอยู่ได้ ผู้ที่มีความเจ็บป่วยที่ต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยทางกายและต้องจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นจึงต้องการการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารเพื่อให้ได้รับข้อมูลจำเป็นเกี่ยวกับการปฏิบัติตนที่ถูกต้องตามแผนการรักษา (Wortman and Conway, 1984)

ในวัยผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงของสมองตามอายุ ทำให้เกิดภาวะหลงลืม ความจำในสิ่งต่างๆ ลดลง เป็นอุปสรรคในการจัดการตนเองผู้วิจัยจึงให้สมาชิกในครอบครัวให้ความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำและข้อเสนอแนะต่างๆ โดยการสอนอย่างมีแบบแผน การแจกเอกสาร หรือการสื่อด้วยคู่มือ ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความรู้เพิ่มขึ้นและการกระตุ้นเตือนอย่างสม่ำเสมอ ทั้งนี้บุคลากรทางสุขภาพควรสนับสนุนทั้งจากตัวผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อให้มีการปฏิบัติดูแลตนเองทางกายจนปฏิบัติเป็นนิสัย อีกทั้งผู้ป่วยต้องมีความสนใจ และพร้อมจะตัดสินใจด้วยตนเองในการปฏิบัติตาม ซึ่งผลต่อการจัดการตนเอง และเพื่อเป็นแนวทางเลือกในการปฏิบัติเพื่อให้ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระงับก่อนการบำบัดทดแทนทางไต นำไปใช้แก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ เนื่องจากโรคไตเรื้อรังเป็นโรคที่ต้องได้รับการรักษาแบบประคับประคองไปตลอดชีวิต เพื่อชะลอการดำเนินของโรคและเพื่อให้ผู้สูงอายุมีชีวิตที่ยาวนานที่สุดไม่เกิดความทุกข์ทรมานจากโรค ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระงับก่อนการบำบัดทดแทนทางไต ทั้งนี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องตามแผนการรักษาเป็นการให้ข้อมูล

3). ด้านการสนับสนุนทางการประเมินค่า (Appraisal Support) เป็นการเสนอข้อมูลย้อนกลับ โดยการแสดงความคิดเห็นที่เกี่ยวกับการยอมรับ ชมเชย ยกย่อง ชมเชยจากเครือข่ายทางสังคมเพื่อนำไปประเมินตนเอง โดยการเปรียบเทียบพฤติกรรมของตนเองกับผู้อื่น ทำให้บุคคลมั่นใจในการเปรียบเทียบ ภูมิใจในความสามารถเห็นคุณค่าในตนเอง เป็นที่ยอมรับของสังคม ส่งผลให้มั่นใจในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม มีกำลังใจในการดำเนินชีวิต ทำให้วิถีชีวิตเกิดการเปลี่ยนแปลงและมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น

โดยให้สมาชิกในครอบครัวส่งเสริมให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการเรียนรู้ด้วยตนเอง ทั้งในด้านคำพูด การแสดงออก การให้การรับรองเกี่ยวกับสุขภาพ และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยนำข้อมูลเหล่านั้นนำไปใช้ในการประเมินตนเอง โดยเปรียบเทียบพฤติกรรมของตนเองกับพฤติกรรมของผู้อื่นโดยให้สมาชิกในครอบครัวทำการยกย่องชมเชย ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความมั่นใจในการดำเนินชีวิตและอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม

4). ด้านการสนับสนุนทางทรัพยากร (Instrument Support) เป็นการให้ความช่วยเหลือโดยตรงในความจำเป็นทางการเงิน สิ่งของ แรงงาน เวลา การปรับสภาพแวดล้อม หรือการบริการต่างๆ ในยามที่เจ็บป่วยจะช่วยบรรเทาความเครียด ทำให้บุคคลรู้สึกพึงพอใจ มีความผาสุกในชีวิต ในที่นี้ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับโรคไตเรื้อรังซึ่งเป็นสภาวะการณ์เจ็บป่วยที่เรื้อรังยาวนานส่งผลต่อปัญหาทั้งทาง

ร่างกายและจิตใจทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง ในด้านนี้ผู้วิจัยได้สนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวให้ความช่วยเหลือทางด้านสิ่งของ แรงงาน หรือบริการต่างๆ ในยามเจ็บป่วย เช่น จัดหาสิ่งอำนวยความสะดวก พามาพบแพทย์ตามนัด หรือพามาตรวจที่โรงพยาบาล เมื่อมีอาการผิดปกติ เป็นต้น รวมทั้งการสนับสนุนด้านการเงินในการซื้อยาที่จำเป็นต้องใช้ในการรักษาเนื่องจากค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคไตเรื้อรังมีอัตราสูง ผู้สูงอายุบางรายอาจมีรายได้น้อย เมื่อขาดการสนับสนุนด้านทรัพยากรทำให้ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังได้รับการรักษาไม่ต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดการสุขภาพทรุดลง อาจทำให้ภาวะโรครุนแรงขึ้น

3.7 การประเมินการสนับสนุนทางสังคม

การประเมินการสนับสนุนทางสังคมเป็นโครงสร้างที่มีความซับซ้อน มีองค์ประกอบหลายมิติ และเป็นปัจจัยที่มีการศึกษาอย่างกว้างขวาง ทำให้มีการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการสนับสนุนทางสังคมที่มีความหลากหลายตามแนวคิดที่แตกต่างกันไป บางชนิดใช้วัดเฉพาะแหล่งสนับสนุนทางสังคมเพียงด้านเดียว บางชนิดประเมินทั้งแหล่งสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ถึงลักษณะในการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ

ซึ่งการประเมินการสนับสนุนทางสังคมนี้ ได้พบว่ามีผู้พัฒนาเครื่องมือไว้หลากหลายแบบ โดยแบบวัดที่มีผู้นิยมนำไปใช้มี ดังนี้

1). เครื่องมือ Personal Resource Questionair : PRQ สร้างโดย แบรินด์ และ ไวนีร์ท (Brandt and Weinert, 1981) ใช้ประเมินลักษณะของการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นการประเมินแหล่งของการสนับสนุนทางสังคมในสถานการณ์ต่างๆ ที่พบในชีวิตประจำวัน จำนวน 8 สถานการณ์ ส่วนที่ 2 เป็นการประเมินการได้รับการสนับสนุนทางสังคม 5 ด้าน ได้แก่ ความใกล้ชิด การมีส่วนร่วมรับรู้ในสังคม การอุปถัมภ์ การเห็นคุณค่า การช่วยเหลือ จำนวน 25 ข้อ ลักษณะของคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ ตั้งแต่ระดับที่ 1 ไม่เห็นด้วยอย่างมาก จนถึงระดับ 7 เห็นด้วยอย่างมาก ทดสอบความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.89

2). เครื่องมือแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมสร้างโดย House (1981) ประกอบไปด้วยข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ประกอบไปด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านทรัพยากร และการสนับสนุนด้านการประเมินเปรียบเทียบด้านละ 5 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คะแนนรวมที่มีค่าสูง หมายถึง การได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก

การสนับสนุนทางสังคมเป็นการช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิด ซึ่งอาจจะเป็นสิ่งของ แรงงาน การแนะนำและให้ข้อมูลข่าวสาร และการมีส่วนร่วมทางสังคม ผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต หากมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ไม่ดีจะมีผลต่อการชะลอภาวะการเสื่อม

ของไต ทำให้ภาวะโรคเข้าสู่ระยะที่รุนแรงขึ้นจนเข้าสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย จนต้องได้รับการบำบัดทดแทนทางไต พฤติกรรมการจัดการตนเองในที่นี้ครอบคลุมทั้งในด้านการควบคุมอาหาร การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การพามาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ การสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวซึ่งเป็นบุคคลที่ใกล้ชิด นับว่ามีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและบุคลากรสุขภาพ (The Social Support Questionnaire) สร้างตามกรอบแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1987) ปรับข้อความคำถามโดย Sritarapipat (2012) มีจำนวน 12 ข้อคำถาม ครอบคลุมการรับรู้ของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจากครอบครัวและบุคลากรทางสุขภาพใน 4 ด้าน ประกอบด้วย ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่า ด้านการให้ข้อมูล และด้านทรัพยากรสิ่งของและการเงิน ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดแบบมาตราส่วน 5 ระดับ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของเครื่องมือเท่ากับ 0.95 ในด้านการสนับสนุนทางครอบครัว และได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของเครื่องมือเท่ากับ 0.94 ในด้านการสนับสนุนของบุคลากรทางสุขภาพ จากการทดสอบในผู้สูงอายุไทยที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต จำนวน 20 ราย และจากการหาค่าความเที่ยงในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 216 คน จากโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.95 และ 0.94

3). เครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคมของ Cobb (1967) ซึ่งสร้างโดย Kaplan ลักษณะเครื่องมือ จะเป็นเรื่องสั้น 16 ชุด แต่ละชุดมีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ เครื่องมือนี้ใช้วัดการสนับสนุนทางสังคมโดยทั่วไป ไม่สามารถวัดเครือข่ายทางสังคมได้ (Turner, 1981)

4). เครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ Kahn ที่เรียกว่า Norbeck Social Support Questionnaire part two คำถามจะเกี่ยวกับความผูกพันด้านอารมณ์และความคิด ลักษณะคำถามจะแบ่งเป็นมาตราส่วนให้ค่า 5 ระดับ วัดได้ทั้งปริมาณและการสนับสนุนทางสังคม

4. บทบาทและสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต

4.1 บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต

โรคไตเรื้อรังเป็นโรคที่ต้องการการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง และควรมีการติดตามผลการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตจำเป็นต้องเป็นหุ้นส่วนในการจัดการตนเอง เพื่อชะลอการเสื่อมของไต และคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพนั้น ซึ่งพยาบาลเป็นผู้ที่ทำหน้าที่ทั้งให้คำแนะนำ เป็นที่ปรึกษา ผู้สอน ให้การสนับสนุน ให้กำลังใจผู้ป่วย เพื่อให้มีการปรับพฤติกรรม

การจัดการตนเองให้ดีขึ้น และเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ดังนั้น บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต ประกอบไปด้วย บทบาทในการส่งเสริม บทบาทในการป้องกัน บทบาทในการดูแล และบทบาทในการฟื้นฟูสภาพ โดยพยาบาลควรเน้นถึงการปรับพฤติกรรมจัดการตนเองให้ดีขึ้นโดยมีสมาชิกในครอบครัวร่วมสนับสนุน เพื่อให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต สามารถปรับพฤติกรรมให้เข้ากับ บริบทชีวิตประจำวัน และดำเนินชีวิตอยู่กับโรคได้อย่างมีความสุข โดยบทบาทของพยาบาลมีดังนี้

1). บทบาทในการส่งเสริม บทบาทการให้ความรู้ เป็นการให้ความรู้ทั้งในเรื่องโรคและการรักษา เพื่อให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตเข้าใจถึงโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต บทบาทการให้การสนับสนุน โดยการกระตุ้นส่งเสริม สนับสนุน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ เกิดความภูมิใจ เห็นคุณค่าในตนเอง และคงความพยายามเชิงบวกในการดูแลสุขภาพของตนเอง เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีได้นั้น ซึ่งอาจจะเป็นคำพูดกิริยาท่าทางของพยาบาลหรือ การช่วยเหลือด้านร่างกาย สำหรับผู้สูงอายุซึ่งพบว่า มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง หรือจากการมีภาวะโรคประจำตัวร่วม ทำให้มีอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเอง และอาจสลับซับซ้อนมากขึ้น ดังนั้น ควรสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัว มีส่วนร่วมในการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต นอกจากนี้ การช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ยังช่วยชะลอภาวะเสื่อมของไต สอดคล้องกับการศึกษาที่ว่าความเครียด และภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยหลักสนับสนุนที่มีผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน ความสามารถในการเข้าสังคม แบบแผนการแสดงออกของพฤติกรรมจัดการตนเอง

2). บทบาทในการป้องกัน การส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ในการจัดการตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไต ยังเป็นบทบาทที่สำคัญอีกบทบาทหนึ่งของพยาบาลที่ควรตระหนักถึง ดังนี้ แนะนำให้ผู้สูงอายุมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งแนะนำไม่ให้ผู้สูงอายุซื้อยาหม้อ หรือยาชุดมารับประทานเอง เพราะหากใช้ยาที่ผสมสเตียรอยด์เป็นเวลานานซึ่งจะทำให้เร่งให้เกิดภาวะไตวายระยะสุดท้ายได้เร็วขึ้น แนะนำให้ควบคุมภาวะแทรกซ้อนจากภาวะโรคร่วม ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน

3). บทบาทในการดูแล โรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตเป็นโรคที่ต้องการการดูแลรักษา และติดตามผลการรักษาอย่างสม่ำเสมอ โดยพยาบาลมีบทบาทเป็นผู้ให้คำแนะนำ ให้ความรู้ เป็นที่ปรึกษา ให้การสนับสนุน ให้การดูแลให้กำลังใจ กระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเจตคติ และเข้าใจถึงคุณค่าทักษะในการจัดการตนเอง และช่วยกระตุ้นผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตและสมาชิกในครอบครัวให้คงไว้ซึ่งความพยายามเชิงบวกในการจัดการตนเอง เพื่อให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตสามารถปฏิบัติตนในการจัดการ

ตนเองเมื่อเป็นโรคไตเรื้อรังได้อย่างถูกต้อง ในความสามารถควบคุมอาการของโรค ชะลอการเสื่อมของไต ยืดระยะเวลาของโรคเข้าสู่ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

4). บทบาทในการฟื้นฟูสมรรถภาพ เมื่อผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต มีโอกาสที่ต้องเข้ารับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนทางไต ซึ่งการฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นวิธีการที่กำหนดขึ้นเพื่อให้ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังได้รับการรักษาอย่างถูกวิธี ป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น พร้อมทั้งจัดให้ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังได้รับการฟื้นฟูสภาพทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ให้กลับคืนสู่สภาพที่เหมาะสมมากที่สุด

4.2 สมรรถนะของพยาบาลเกี่ยวกับพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต

ภาวะโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตในผู้สูงอายุเป็นโรคเรื้อรังที่มีความสลับซับซ้อนและเป็นภาวะเจ็บป่วยที่เกิดจากหลายสาเหตุร่วมกัน รักษาไม่หายขาด อาจมีภาวะแทรกซ้อนเมื่อไตเสื่อมจนเข้าสู่ภาวะไตวายระยะสุดท้ายอาจก่อให้เกิดการสูญเสียเศรษฐกิจของครอบครัว อีกทั้งส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ตลอดจนทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง ดังนั้นพยาบาลเป็นบุคลากรทางสุขภาพที่มีความสำคัญยิ่งในการผลักดันให้เกิดผลลัพธ์ที่ต้องการ พยาบาลจึงควรมีความตระหนักและให้ความสำคัญอย่างยิ่งในการให้คำแนะนำดูแล ป้องกัน และควบคุมปัจจัยที่ส่งผลการดำเนินของโรคที่เข้าสู่ภาวะไตวายระยะสุดท้ายเร็วเกินไป โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุขทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยพยาบาลมีบทบาทสำคัญตามสมรรถนะผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ทั้ง 9 สมรรถนะ (สภาการพยาบาล, 2552) ดังนี้

1). สมรรถนะด้านการดูแลกลุ่มเป้าหมายเฉพาะโรค ที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน โดยการให้คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต ด้วยการประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองก่อน โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยและพยาบาลมีการรับรู้ที่ตรงกัน พยาบาลทำการประเมินประสบการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วย และประเมินความต้องการการช่วยเหลือ เพื่อให้พยาบาลมีการจัดกิจกรรมการพยาบาลที่ถูกต้องเหมาะสมติดตาม และประเมินผลบทบาทด้านการประสานงาน โดยการประสานงานและขอความร่วมมือในการส่งเสริมการจัดการตนเองที่เหมาะสมของผู้ป่วย ระหว่างบุคลากรสุขภาพด้วยตนเอง ได้แก่การประสานงานกับแพทย์ เจ้าหน้าที่ห้องตรวจทางปฏิบัติการ เพื่อติดตามภาวะสุขภาพของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม และการประสานงานระหว่างบุคลากรทางด้านสุขภาพกับผู้ป่วย เช่น การให้คำแนะนำทางการจัดการตนเองรายด้าน เพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองในระยะยาว

2). **สมรรถนะด้านการพัฒนาจัดการและกำกับดูแล** ระบบการดูแลกลุ่มเป้าหมายเฉพาะโรค ในระยะยาว และเฉพาะกลุ่ม โดยการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อน การบำบัดทดแทนทางไต ซึ่งเป็นกลุ่มเฉพาะที่มีการจัดการตนเองน้อยลง อีกทั้ง มีโอกาสที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงมากกว่าผู้ป่วยอื่น เสี่ยงต่อการเข้ารับการบำบัดทดแทนทางไต ร่วมกับความรุนแรงของโรคร่วมกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายตามกระบวนการผู้สูงอายุ และข้อจำกัดในการรับรู้ข่าวสารต่างๆ

3). **สมรรถนะด้านการสอน** การฝึกทักษะเป็นพี่เลี้ยงให้แก่สมาชิกครอบครัว โดยการให้ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง การดำเนินของโรค และแนวทางในการจัดการตนเองแก่ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต มีสื่อประกอบการให้ความรู้เพื่อความเข้าใจและปฏิบัติได้จริง การดูแลรักษาโดยส่งเสริมการปฏิบัติตนเองเพื่อลดสาเหตุของการก้าวหน้าของโรคเข้าสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ภายใต้การกำกับดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

4). **สมรรถนะด้านการให้คำปรึกษา** การสร้างสัมพันธภาพที่เป็นกันเองเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความไว้วางใจ มีทักษะในการให้คำปรึกษาและแนะนำจัดหาแหล่งประโยชน์ ตั้งเป้าหมายและแผนการรักษาร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุ สมาชิกครอบครัว และพยาบาล เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดการรับรู้เกิดความเข้าใจ ยอมรับกับปัญหา ยอมรับกับตนเอง และวางแผนการจัดการตนเองโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม โดยมีพยาบาลคอยให้การช่วยเหลือ ให้คำแนะนำ ให้การกระตุ้น แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และบทบาทของบุคลากรทางด้านสุขภาพ โดยการให้คำแนะนำด้านการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตเพื่อการมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่ดีขึ้น

5). **สมรรถนะด้านการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง** โดยการบริการสุขภาพ ที่เน้นการดูแลจัดการตนเองของผู้ป่วยเป็นหลัก และบุคลากรทางด้านสุขภาพเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือ ต่างจากรูปแบบการดูแลผู้ป่วยแต่เดิม อีกทั้งเป็นการจัดโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตซึ่งจะมีความยั่งยืนต่อไป

6). **สมรรถนะด้านการให้เหตุผลและตัดสินใจเชิงจริยธรรม** โดยการให้การพยาบาลแบบเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ซึ่งผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตที่เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ จะได้รับข้อมูลประกอบการตัดสินใจในการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างถูกต้องครบถ้วน และได้รับการปฏิบัติพยาบาลอย่างถูกต้องและเหมาะสม โดยคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยเป็นหลักทุกรายรวมทั้งจรรยาบรรณวิชาชีพ หรือมาตรฐานทางการพยาบาลด้วย

7). **สมรรถนะด้านการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์** โดยการรวบรวมตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อการพัฒนาโปรแกรมที่มีความถูกต้องตามหลักวิชาการ มีความสมเหตุสมผลตามหลักวิทยาศาสตร์และมีความเหมาะสมกับผู้ป่วย มีความสามารถในการนำความรู้ทางทฤษฎีมา

ถ่ายทอดให้สมาชิกผู้ดูแลในครอบครัวและผู้สูงอายุเข้าใจง่าย และนำไปปฏิบัติได้จริง รวมทั้งครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วยมากที่สุด

8). สมรรถนะด้านการจัดการ และประเมินผลลัพธ์ โดยการประเมินผลการจัดการโปรแกรม ว่ามีความเหมาะสมแก่ผู้ป่วยหรือไม่ และมีปัญหาอุปสรรคใดๆในการจัดกิจกรรม เพื่อปรับเปลี่ยนการจัด บริการสุขภาพให้มีความเหมาะสมแก่ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต

4.3 แนวทางการปฏิบัติสำหรับบุคลากรทางสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2554) กล่าวถึงแนวทางการปฏิบัติ เรื่องการส่งปรึกษาและส่งพบแพทย์โรคไต การให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัว หลักนโยบายในการดูแลผู้ป่วยเพื่อชะลอการเสื่อมของไตไว้ ดังนี้

1). การส่งเสริมและพบแพทย์เฉพาะทางโรคไต ควรมีการส่งปรึกษาหรือส่งต่อ เมื่อผู้ป่วยมีค่า ครีเอตินินในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 2 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หรือเมื่อผู้ป่วยมีภาวะโรคที่แพทย์ไม่สามารถวินิจฉัยได้ มีอาการที่รุนแรงขึ้น

2). การให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยควรได้รับคำแนะนำและความรู้ตั้งแต่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะเริ่มต้น มีผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังจำนวนมากมีปัญหาด้านสายตา ไม้รู้หนังสือ ไม่มีญาติมาร่วมรับฟังคำแนะนำหรือญาติที่มาด้วยไม่ได้อยู่กับผู้สูงอายุ ทำให้เกิดข้อจำกัดด้านการรับรู้ของผู้ป่วยจึงควรให้ความสำคัญกับสื่อการสอนที่หลากหลาย แพทย์ต้องตรวจผู้ป่วยเป็นจำนวนมากทำให้ไม่ได้ส่งผู้ป่วยไปรับคำแนะนำทุกราย ผู้ป่วยบางรายทราบเพียงการจำกัดอาหารเค็มเท่านั้น ยังมีความเข้าใจเรื่องอาหารโซเดียมสูงไม่ถูกต้อง พยาบาลควรทบทวนคำแนะนำทุกครั้งที่มารับการตรวจ (ทวี ศิริวงศ์, 2550)

3). หลักและเป้าหมายในการดูแลเพื่อชะลอการเสื่อมของไตในด้านนโยบายควรมีการสร้างเสริมพฤติกรรมที่ยั่งยืนของผู้ป่วยต้องปฏิบัติอย่างถูกต้องต่อเนื่อง พยาบาลจึงควรติดตามผู้ป่วยกระตุ้นเตือนผู้ป่วย ประสานงานกับแพทย์ เน้นผู้ป่วยเป็นจุดศูนย์กลาง มีข้อมูลในการติดต่อ ติดตามผลของการรักษา นัดผู้ป่วยมาสอนทบทวนการปฏิบัติตนตามคำแนะนำ จัดเตรียมสถานที่ในการให้คำแนะนำสำหรับผู้ป่วยที่ยังไม่เคยรับคำแนะนำการปฏิบัติตนมาก่อน (ทวี ศิริวงศ์, 2550)

4.4 คุณสมบัติของพยาบาลประจำคลินิกโรคไตเรื้อรัง

เป็นผู้มีองค์ความรู้เกี่ยวกับเรื่อง โรคไตเรื้อรัง สามารถวิเคราะห์ปัญหาและมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังแบบองค์รวม โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคแทรกซ้อน และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง มีทักษะการสื่อสารที่ดี มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี มีความสามารถในการเข้าใจพฤติกรรมของผู้อื่นและมีความยืดหยุ่น มีความอดทน

4.5 บทบาทของพยาบาลสำหรับดูแลผู้สูงอายุในคลินิกโรคไตเรื้อรัง

1). ให้การดูแล ค้นหาและรวบรวมข้อมูล ข้อเท็จจริงที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เพื่อพัฒนาเพิ่มพูนความรู้ หรืออำนวยความสะดวก ในการดูแลตนเองและจัดการกับข้อจำกัดในการจัดการตนเอง (Direct Care) โดยค้นหาผู้ป่วยที่มีภาวะไตเรื้อรัง ชักประวัติข้อมูลทางสุขภาพ ตรวจวัดสัญญาณชีพและตรวจร่างกายเบื้องต้น จัดเตรียมผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ อธิบายเรื่องโรคไตเรื้อรัง ระยะของโรค สาเหตุ พยาธิสภาพของโรค แผนการรักษาของแพทย์ ทำความตกลงและกำหนดเป้าหมายร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวทางแผนบริหารและแผนการรักษา สร้างแรงจูงใจ เสริมแรง และสนับสนุนการดูแลตนเอง

2). การบริหาร จัดการ และกำกับดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (Care Management) เป็นการบอกแหล่งประโยชน์ สิทธิในการรักษา รวมถึงเน้นในเรื่องการให้ข้อมูล เกี่ยวกับการดูแลตนเอง การรับประทานยา การใช้ชีวิตประจำวัน มีการพูดคุยปรึกษาปัญหาร่วมกันกับผู้ป่วยและครอบครัว เปิดโอกาสให้ซักถามเพื่อความเข้าใจที่ตรงกันอันจะนำไปสู่เป้าหมายที่กำหนด

3). การเป็นผู้ประสานงาน (Collaboratory) โดยทำหน้าที่ประสานงานกับทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ผู้ป่วยได้ผลลัพธ์ตามเป้าหมาย หน่วยปฐมภูมิ หรือหน่วยเยี่ยมบ้าน หน่วยงานอื่นๆ เช่น สิทธิต่างๆ

4). การเป็นที่ปรึกษา (Counseling) ให้คำปรึกษาช่วยเหลือผู้สูงอายุและครอบครัวทั้งทางตรงและทางโทรศัพท์เกี่ยวกับการจัดการตนเอง รวมถึงการให้คำปรึกษาอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น หลังการปรับเปลี่ยนยาความดันโลหิตสูง ยาลดระดับน้ำตาลในกระแสเลือด ยารักษาโรคเก๊าท์

5). การจัดการด้านการเปลี่ยนแปลง (Change Management) พยาบาลต้องเป็นผู้ที่มีความสามารถในการกระตุ้นให้เกิดความเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้น เช่น กระตุ้นผู้ป่วยหรือครอบครัวให้ตระหนักถึงความสำคัญในการจัดการตนเอง

6). การประเมินผล (Outcome management and evaluation) เป็นการจัดทำฐานข้อมูลของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จัดเก็บข้อมูล เพื่อกำหนดตัวชี้วัดและการประเมินผล (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2555)

โดยสรุปบทบาทของพยาบาลสำหรับคลินิกโรคไตเรื้อรังจึงนับว่าเป็นบทบาทที่ทำทนาย เพราะต้องแสวงหากลยุทธ์หรือค้นหาหนทางที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยแต่ละคน รวมทั้งต้องเป็นผู้ประสานงานระหว่างทีมการดูแล โดยคำนึงถึงผู้สูงอายุและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ถ้าผลลัพธ์ของพยาบาลประสบความสำเร็จ จะสามารถสะท้อนถึงคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังการชะลอการเสื่อมของไตได้เป็นอย่างดี

5. โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรัง ระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต

5.1 ขั้นตอนและวิธีการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต

5.1.1). ประเมินระดับพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตมีข้อจำกัดที่เกิดจากปัจจัยที่เกิดจากความสูงอายุ จากพยาธิสภาพของโรคอันเกิดจากการเปลี่ยนแปลงตามอวัยวะและระบบต่างๆ ของร่างกายที่เสื่อมถอยที่ก่อให้เกิดการเสื่อมของไตได้ง่ายขึ้น ข้อจำกัดของสภาพร่างกาย การขาดความเชื่อมั่นในการจัดการกับปัญหาสุขภาพ อาจเกิดขีดจำกัดต่อการทำกิจกรรม การจัดการจึงต้องทบทวนข้อจำกัดในด้านต่างๆ กิจกรรมควรเป็นไปตามความต้องการของผู้สูงอายุ หลังจากประเมินระดับพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุแล้ว ผู้วิจัยควรสังเกตและประเมินความต้องการอย่างง่ายคือ สอบถามผู้สูงอายุว่ายังมีปัญหาการจัดการตนเองในด้านใด เพื่อนำมาวิเคราะห์รูปแบบของกิจกรรม

5.1.2). การวางแผน เมื่อทราบความต้องการและปัญหาของพฤติกรรมจัดการตนเองในด้านต่างๆ แล้ว ผู้วิจัยต้องวางแผนในการจัดกิจกรรม จัดเตรียมอุปกรณ์และสถานที่ ในกรณีที่จัดกิจกรรมเป็นแบบกลุ่มต้องกำหนด วัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินกิจกรรม และวิธีประเมินผลของการจัดกิจกรรมนั้นๆ ด้วย ขนาดของกลุ่มในการเข้าร่วมกิจกรรม ไม่ควรมีขนาดกลุ่มใหญ่หรือเล็กเกินไป เพราะจะส่งผลต่อการจัดกิจกรรม โดยทั่วไปการจัดกิจกรรมควรขนาดกลุ่มประมาณ 5-15 คน และไม่ควรเกิน 20 คน อีกทั้ง สถานที่ในการจัดกิจกรรมควรเดินทางสะดวก อากาศถ่ายเทได้ดี ไม่ร้อนเกินไป ไม่ควรมีกลิ่นเหม็นฉับ

5.1.3). การจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุรายบุคคล ส่วนใหญ่ไม่เกิดปัญหา แต่หากจัดกิจกรรมเป็นกลุ่มและรวมสมาชิกในครอบครัวเข้ากลุ่มกับผู้สูงอายุด้วย จึงจำเป็น ต้องมีการจัดการที่ดี เพื่อให้กิจกรรมเป็นไปด้วยความเรียบร้อยและเกิดผลสำเร็จ ผู้วิจัยควรปฏิบัติ ดังนี้

1). ให้ผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวเข้ากลุ่มด้วยลักษณะสบาย ไม่เคร่งเครียด สร้างบรรยากาศให้เกิดความพร้อมในการเข้ากิจกรรม

2). จัดที่นั่งในกลุ่มในลักษณะนั่งสบาย มีความเหมาะสม เพื่อให้ได้ยินและมองเห็นได้อย่างทั่วถึง

3). ผู้วิจัยจัดกิจกรรมสร้างความเป็นกันเองกับสมาชิก หากสมาชิกในกลุ่มยังไม่เคยรู้จักและคุ้นเคยกันต้องมีการแนะนำดังต่อกัน มีการกล่าวต้อนรับ แนะนำตัวผู้จัดและแจ้งวัตถุประสงค์ของกิจกรรม กิจกรรมแต่ละกิจกรรมผู้วิจัยต้องอธิบายวิธีการเล่น โดยทำการสาธิตเบื้องต้นก่อน

4). ในขณะที่กิจกรรมดำเนินไป ผู้วิจัยต้องกระตุ้นผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวให้เกิดการร่วมมือ สร้างทักษะในการจัดการตนเอง ไม่เร่งรัด หรือจำกัดเวลาในกิจกรรมต่างๆ จนเกินไป

5). ผู้วิจัยควรคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล บางท่านความอดทนน้อย บางท่านต้องการการยอมรับ อีกทั้งผู้วิจัยควรให้ความสนใจในการเคารพสิทธิ์ของกันและกัน

5.1.4). การประเมินผล หลังจากเสร็จสิ้นการทำกิจกรรมตามโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยต้องทำการประเมินผลซึ่งเป็นขั้นตอนสุดท้ายที่ควรให้ความสำคัญ การประเมินผลจะช่วยให้ผู้วิจัยค้นหาจุดบกพร่องเพื่อแก้ไขปรับปรุงให้ดีขึ้น ซึ่งถ้าหากเกิดผลดีจะได้เป็นแนวยึดการปฏิบัติกันต่อไป ขณะทำการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมควรประเมินผลด้วยการสังเกตเป็นระยะว่ากิจกรรมดำเนินอยู่เป็นไปตามแผนที่เขียนไว้หรือไม่ นอกจากการสังเกตพฤติกรรมแล้วการประเมินผลยังทำได้โดยการสอบถามความรู้สึกของผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว

จากการศึกษาแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคม ทำให้ผู้วิจัยพัฒนากิจกรรมบำบัดทางการพยาบาลโดยการสร้างโปรแกรมที่ทำให้พฤติกรรมจัดการตนเองสูงขึ้นโดยการมีส่วนร่วมจากสมาชิกในครอบครัวและพยาบาลตามแนวคิดของ House (1985) โดยการจัดกิจกรรมแก่ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตร่วมกับสมาชิกในครอบครัวเป็นรายกลุ่ม และติดตามการปฏิบัติเป็นรายบุคคล ประกอบด้วย กิจกรรมทั้งหมด 13 ครั้ง โดยจะจัดกิจกรรม สัปดาห์ที่ 1 จำนวน 2 ครั้ง สัปดาห์ที่ 2, 3 และ 4 สัปดาห์ละ 3 ครั้ง และสัปดาห์ที่ 5 และ 6 สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ทุกกิจกรรมใช้ระยะเวลาครั้งละ 60 นาที รวมทั้งสิ้น 6 สัปดาห์ ดังแสดงตารางที่ 8 ดังนี้

ตารางที่ 7 โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต ตามแนวคิดของ House (1985)

ระยะเวลาของกิจกรรม	แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม (House, 1985)	การประยุกต์แนวคิดพฤติกรรมจัดการตนเอง	กิจกรรมในโปรแกรม	สื่อ/อุปกรณ์
สัปดาห์ที่ 1 - 6	<p>โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม เป็นการดำเนินกิจกรรมการพยาบาลจากผู้วิจัยซึ่งเป็นบุคลากรทางสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมจากสมาชิกในครอบครัว จัดทำขึ้นเพื่อมุ่งปรับพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต โดยทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ควบคุมอาการรวมถึงการจัดการเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ทางการ แพทย์ และลดการคุกคามของการเจ็บป่วย คงไว้ซึ่งสภาวะที่ดี ดำเนินกิจกรรมโดย</p> <p>บูรณาการกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ตำราเกี่ยวกับพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต (Curtin, Walters, Schatell, Pennell, Wise, & Klicko, 2008) แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้าน นั้น</p>	<p>พฤติกรรมจัดการตนเองตามแนวคิดของ Curtin & Mapes (2001) เป็นความพยายามเชิงบวกในการปฏิบัติตนของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตเพื่อให้สอดคล้องในการควบคุม และมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ การดำเนินชีวิตประจำวัน และการรักษาเพื่อให้คงไว้ซึ่งการมีสภาวะที่ดี การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ควบคุมอาการ รวมถึงการจัดการเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ทางการแพทย์ และลดการคุกคามของการเจ็บป่วยที่จะส่งผลต่อการดำรงชีวิต ซึ่งสามารถประเมินได้ใน 5 ลักษณะ ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การสื่อสารกับบุคลากรทางสุขภาพ (Communication with Health Care Provider) เป็นการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ซึ่งผู้ป่วยสามารถแสวงหาข้อมูล สอบถามปัญหาเกี่ยวกับอาการ แนวทางปฏิบัติ หรือวิธีที่ตรงกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการแก้ปัญหา และแนวทางการรักษาจากแพทย์ 	<p>กิจกรรมที่ 1 การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotion Support) จุดประสงค์เพื่อมุ่งหวังให้ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตเกิดมีการสื่อสารกับผู้ให้การดูแลโดยการสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้สูงอายุ ร่วมกับให้สมาชิกครอบครัว ดูแลเอาใจใส่ ห่วงใย iva ว่างใจ และรับฟังความคิดเห็นของผู้สูงอายุ ตลอดจนการเข้าร่วมโปรแกรมจนผู้สูงอายุเกิดสัมพันธ์ภาพที่ดี เกิดการยอมรับและเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้น จนพัฒนาเกิดเป็นทักษะในการสื่อสารกับบุคลากรทางสุขภาพ (Communication with Health Care Provider) จนก่อให้เกิดความมั่นใจในการเข้าร่วมกิจกรรมได้แก่ กิจกรรมการสร้างสัมพันธ์ภาพ ใช้ระยะเวลาในการทำกิจกรรม 15-20 นาที ในสัปดาห์ที่ 1-6 สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมทั้งสิ้น 6 ครั้ง</p> <p>กิจกรรมที่ 2 การสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร (Information Support) จุดประสงค์ เพื่อเป็นการมุ่งหวังให้ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัด</p>	<p>คู่มือการดำเนินการตามโปรแกรมสำหรับพยาบาล</p>

ตารางที่ 7 (ต่อ)

ระยะเวลาของกิจกรรม	แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม (House, 1985)	การประยุกต์แนวคิดพฤติกรรมจัดการตนเอง	กิจกรรมในโปรแกรม	สื่อ/อุปกรณ์
สัปดาห์ที่ 1 - 6	ประกอบด้วย การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotion Support) การสนับสนุนทางข้อมูลข่าวสาร (Information Support) การสนับสนุนทาง การประเมินค่า (Appraisal Support) การสนับสนุนทาง ทรัพยากร (Instrumental Support) โดยกิจกรรมที่พยาบาล ดำเนินการมีทั้งรายกลุ่ม และรายบุคคล โปรแกรม ประกอบด้วย จำนวน กิจกรรมทั้งหมด 13 ครั้ง โดยจะจัดกิจกรรม สัปดาห์ที่ 1 จำนวน 2 ครั้ง สัปดาห์ที่ 2, 3 และ 4 สัปดาห์ละ 3 ครั้ง และ สัปดาห์ที่ 5 และ 6 สัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยทุก กิจกรรมใช้ระยะเวลา ครั้งละ 60 นาที รวมทั้งสิ้น 6 สัปดาห์ โดยจะจัด กิจกรรม สัปดาห์ที่ 1 จำนวน 2 ครั้ง สัปดาห์ที่ 2, 3 และ 4 สัปดาห์ละ 3 ครั้ง และสัปดาห์ที่ 5 และ 6 สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมทั้งทั้งหมด 13 ครั้ง	2. การเป็นหุ้นส่วนในการดูแล (Partnership in Care) เป็นการจัดการตนเองด้านการสื่อสารกับผู้ให้การดูแล และการมีส่วนร่วมในการดูแล เป็นองค์ประกอบที่ต้องพึ่งพาซึ่งกันและกัน ไม่ใช่การมีส่วนร่วมในการดูแลของทีมผู้ดูแล สุขภาพเพียงฝ่ายเดียว แต่ต้องอาศัยความสามารถของผู้ป่วยในการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพเกี่ยวกับ ภาวะการเจ็บป่วย 3. กิจกรรมการดูแลตนเอง (Self-Care Activities) เป็น การจัดการตนเอง ซึ่งตั้งอยู่บนพื้นฐานของหลักฐานเชิง ผลลัพธ์ในการดูแลสุขภาพ เมื่อผู้ป่วยมีการปฏิบัติ กิจกรรมการดูแลตนเองทาง ภาย จนปฏิบัติเป็นนิสัย เช่น การสังเกตอาการผลกระทบบ และการติดตาม การปฏิบัติ พฤติกรรมที่ชะลอความเสื่อม ของสุขภาพ จนเป็นแนวทาง ที่นำไปสู่ความสำเร็จในการ รักษา 4. พฤติกรรมการพิทักษ์สิทธิ์ตนเอง (Self-Advocacy Behaviors) ความเต็มใจ ความสมัครใจ การตัดสินใจ ด้วยตนเองของผู้ป่วยในการ ปฏิบัติกิจกรรมการดูแล ตนเองส่วนบุคคล ที่ถูกต้องด้วยตนเอง	ทดแทนทางใดเกิดการเป็นผู้มีส่วนร่วมในการดูแล จน เกิดเป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพ โดยผู้วิจัยจัดกิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับ เรื่องโรคไตเรื้อรังระยะก่อน การบำบัดทดแทนทางไต และแนวทางการจัดการ ตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคไต เรื้อรังระยะก่อนการบำบัด ทดแทนทางไตพร้อมแจก คู่มือแนวทางการจัดการ ตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคไต เรื้อรังระยะก่อนการบำบัด ทดแทนทางไต กิจกรรมฟูลด์ส พาเพลิน กิจกรรมกระเช้า เบาเค็ม กิจกรรมพิชิตใจ พิชิตพุง กิจกรรมรักษั้ไตค่า โดไต กิจกรรมยาแอนด்யู และกิจกรรมวอเตอร์อินเลิฟ กิจกรรมที่ 3 การสนับสนุน การประเมินค่า (Appraisal Support) จุดประสงค์เพื่อมุ่งหวังให้ ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะ ก่อนการบำบัดทดแทนทางไต เกิดการพิทักษ์สิทธิ์ของตนเอง เป็นการให้สมาชิกในครอบครัว ให้ข้อมูลย้อนกลับไม่ว่าจะ เป็นคำพูด การแสดงออก รวมถึงการเห็นพ้องเกี่ยวกับ การมีทักษะการจัดการตนเอง ที่ถูกต้อง	คู่มือการ ดำเนินการ ตาม โปรแกรม สำหรับ พยาบาล

ตารางที่ 7 (ต่อ)

ระยะเวลาของกิจกรรม	แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม (House, 1985)	การประยุกต์แนวคิดพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง	กิจกรรมในโปรแกรม	สื่อ/อุปกรณ์
สัปดาห์ที่ 1 - 6		5. พฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยา (Medication Adherence Behavior) เป็นการจัดการตนเองที่ผู้ป่วยปฏิบัติตามการใช้ยาตามที่แพทย์สั่ง และแพทย์ก็มีความไว้วางใจในการรักษากับผู้ป่วยที่รับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ	<p>เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยเตรียมบทบาทของสมาชิกในครอบครัว โดยแนะนำวิธีการประเมินย้อนกลับเกี่ยวกับการปฏิบัติ</p> <p>พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองที่ถูกต้องของกลุ่มตัวอย่างให้สมาชิกในครอบครัวทราบโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ เรื่อง บทบาทของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต</p> <p>กิจกรรมที่ 4 การสนับสนุนทางด้านทรัพยากร (Instrumental Support)</p> <p>ผู้วิจัยแนะนำสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับการสนับสนุนสิ่งของ การบริการต่างๆ และการอำนวยความสะดวกที่จำเป็นสำหรับการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง ได้แก่ กิจกรรมติดตามเยี่ยมบ้าน และกิจกรรมกระตุ้นเตือนการปฏิบัติทางโทรศัพท์ เป็นการสอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคให้คำแนะนำและให้กำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง</p>	คู่มือการดำเนินการตามโปรแกรมสำหรับพยาบาล

ตารางที่ 7 (ต่อ)

ระยะ เวลาของ กิจกรรม	แนวคิดการ สนับสนุนทางสังคม (House, 1985)	การประยุกต์แนวคิด พฤติกรรม การจัดการตนเอง	กิจกรรมในโปรแกรม	สื่อ/อุปกรณ์
สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1 ระยะเวลา 60 นาที	<ul style="list-style-type: none"> - การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotion Support) - การสนับสนุนทางข้อมูลข่าวสาร (Information Support) - การสนับสนุนทางการประเมินค่า (Appraisal Support) - การสนับสนุนทางทรัพยากร (Instrumental Support) 	<p>วัตถุประสงค์ คือ มุ่งให้เกิด1. การสื่อสารกับบุคลากรทางสุขภาพ (Communication with Health Care Provider)</p> <p>2. การเป็นหุ้นส่วนในการดูแล (Partnership in Care)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - กิจกรรมสร้างสัมพันธ์ภาพ - กิจกรรมการให้ความรู้เรื่อง โรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต โดยใช้สื่อ Power point 	<ul style="list-style-type: none"> - แผนการสอนเรื่องโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต - สื่อ Power point
สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 2 ระยะเวลา 60 นาที	<ul style="list-style-type: none"> - การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotion Support) - การสนับสนุนทางข้อมูลข่าวสาร (Information Support) 	<p>วัตถุประสงค์ คือ มุ่งให้เกิด1. การสื่อสารกับบุคลากรทางสุขภาพ (Communication with Health Care Provider)</p> <p>2. การเป็นหุ้นส่วนในการดูแล (Partnership in Care)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - กิจกรรมสร้างสัมพันธ์ภาพ - กิจกรรมการให้ความรู้เรื่อง แนวทางพฤติกรรม การจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต - การแจกคู่มือให้ผู้สูงอายุ - แจกสื่อวีดิทัศน์ให้สมาชิกในครอบครัว - แจกสมุดบันทึกการจัดการตนเองสำหรับสมาชิกในครอบครัวบันทึก 	<ul style="list-style-type: none"> - Power point - แผนการสอน - คู่มือการจัดการตนเอง - สื่อวีดิทัศน์ - สมุดบันทึกการจัดการตนเองสำหรับสมาชิกในครอบครัว

ตารางที่ 7 (ต่อ)

ระยะเวลา ของ กิจกรรม	แนวคิดการ สนับสนุนทาง สังคม (House, 1985)	การประยุกต์แนวคิด พฤติกรรมจัดการตนเอง	กิจกรรมในโปรแกรม	สื่อ/อุปกรณ์
สัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 3 ระยะเวลา 60 นาที	- การสนับสนุนทาง อารมณ์ (Emotion Support) - การสนับสนุนทาง ข้อมูลข่าวสาร (Information Support) - การสนับสนุน ทางการประเมินค่า (Appraisal Support)	วัตถุประสงค์ คือ มุ่งให้เกิด 1. การสื่อสารกับบุคลากรทาง สุขภาพ(Communication with Health Care Provider) 2. การเป็นหุ้นส่วนในการดูแล (Partnership in Care) 3. กิจกรรมการดูแลตนเอง (Self-Care Activities) 4. พฤติกรรมการพิทักษ์สิทธิ์ ตนเอง (Self-Advocacy Behaviors)	- กิจกรรมสร้าง สัมพันธ์ภาพ - กิจกรรมฟีดแบ็ก เพลิน - การให้ผู้สูงอายุ แสดงความคิดเห็น เกี่ยวกับรายการ อาหารของตนเอง - สอนทักษะการ เลือกชนิดอาหาร การปรุงอาหาร การ เลือกเมนูอาหารจัด สัดส่วนการ รับประทานด้วย ตนเอง	- ป้ายไวเนล อาหารที่ควรงด สำหรับผู้ป่วยโรค ไตเรื้อรัง - ฟิวเจอร์บอร์ด อาหาร 5 หมู่ สำหรับผู้ป่วยโรค ไตเรื้อรัง -แบบจำลอง อาหาร - สมุดภาพลด หวาน มัน เค็ม
สัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 4 ระยะเวลา 60 นาที	- การสนับสนุนทาง อารมณ์ (Emotion Support) - การสนับสนุนทาง ข้อมูลข่าวสาร (Information Support) - การสนับสนุน ทางการประเมินค่า (Appraisal Support)	วัตถุประสงค์ คือ มุ่งให้เกิด1. การสื่อสารกับบุคลากรทาง สุขภาพ(Communication with Health Care Provider) 2. การเป็นหุ้นส่วนในการดูแล (Partnership in Care) 3. กิจกรรมการดูแลตนเอง (Self-Care Activities) 4. พฤติกรรมการพิทักษ์สิทธิ์ ตนเอง (Self-Advocacy Behaviors)	- กิจกรรมสร้าง สัมพันธ์ภาพ - กิจกรรมกระเช้าเบา เค็ม สอนทักษะการ สลากผลิตภัณฑ์ การดู ปริมาณโซเดียมจาก สลากอาหาร แนะนำ ปริมาณโซเดียมที่ควร รับประทานต่อวัน สำหรับผู้ป่วยโรคไต เรื้อรัง นำตัวอย่าง อาหารจริงในท้องถิ่นมา สาธิตเพื่อให้เห็นความ ชัดเจน	- สื่อผลิตภัณฑ์ อาหารจริงที่มีรส เค็ม และอาหาร ในท้องถิ่น ใส่ใน กระเช้าเพื่อให้ ผู้ป่วยเลือก อาหารที่ เหมาะสม

ตารางที่ 7 (ต่อ)

ระยะเวลา ของ กิจกรรม	แนวคิดการ สนับสนุนทางสังคม (House, 1985)	การประยุกต์แนวคิด พฤติกรรมจัดการตนเอง	กิจกรรมในโปรแกรม	สื่อ/อุปกรณ์
สัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 5 ระยะเวลา 60 นาที	- การสนับสนุนทาง อารมณ์ (Emotion Support) - การสนับสนุนทาง ข้อมูลข่าวสาร (Information Support) - การสนับสนุนทาง ทรัพยากร (Instrumental Support)	วัตถุประสงค์ คือ มุ่งให้เกิด1. การ สื่อสารกับบุคลากรทางสุขภาพ (Communication with Health Care Provider) 2. การเป็นหุ้นส่วนในการดูแล (Partnership in Care) 3. กิจกรรมการดูแลตนเอง (Self- Care Activities) 4. พฤติกรรมการพิทักษ์สิทธิ์ตนเอง (Self-Advocacy Behaviors) 5. พฤติกรรมความร่วมมือใน การใช้ยา (Medication Adherence Behavior)	- กิจกรรมสร้าง สัมพันธภาพ - กิจกรรมติดตามเยี่ยม บ้าน เพื่อสอบถามปัญหา และอุปสรรคหลังทำ กิจกรรม - การแจกสิ่งของที่จำเป็น สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง	- แบบจำลอง อาหาร - สมุดภาพลด หวาน มัน เค็ม - สมุดบันทึก การจั ด การ ตนเองในแต่ ละวัน
สัปดาห์ที่ 3 ครั้งที่ 6 ระยะเวลา 60 นาที	- การสนับสนุนทาง อารมณ์ (Emotion Support) - การสนับสนุนทาง ข้อมูลข่าวสาร (Information Support) - การสนับสนุนทางการ ประเมินค่า (Appraisal Support)	วัตถุประสงค์ คือ มุ่งให้เกิด1. การ สื่อสารกับบุคลากรทางสุขภาพ (Communication with Health Care Provider) 2. การเป็นหุ้นส่วนในการดูแล (Partnership in Care) 3. กิจกรรมการดูแลตนเอง (Self- Care Activities) 4. พฤติกรรมการพิทักษ์สิทธิ์ตนเอง (Self-Advocacy Behaviors)	- กิจกรรมสร้าง สัมพันธภาพ - กิจกรรมพิชิตใจพิชิตพุง เช่น การพอกอกก้ำลำกาย โดยแนะนำให้สมาชิก ครอบครัวพาผู้สูงอายุออก ก้ำลำกาย - สอบถามรูปแบบการ ออก ก้ำ ลัง กาย จาก ผู้สูงอายุแต่ละคน	- คู่มือการ จัดการตนเอง
สัปดาห์ที่ 3 ครั้งที่ 7 ระยะเวลา 60 นาที	- การสนับสนุนทาง อารมณ์ (Emotion Support) - การสนับสนุนทาง ข้อมูลข่าวสาร (Information Support) - การสนับสนุนทางการ ประเมินค่า (Appraisal Support)	วัตถุประสงค์ คือ มุ่งให้เกิด 1. การสื่อสารกับบุคลากรทาง สุขภาพ(Communication with Health Care Provider) 2. การเป็นหุ้นส่วนในการดูแล (Partnership in Care) 3. กิจกรรมการดูแลตนเอง (Self- Care Activities) 4. พฤติกรรมการพิทักษ์สิทธิ์ตนเอง (Self-Advocacy Behaviors)	- กิจกรรมสร้าง สัมพันธภาพ - กิจกรรมรักษั้ไตค่าไตโต โดยเป็นการควบคุม ภาวะแทรกซ้อนจาก โรคเบาหวานและโรค ความดันโลหิตสูง โดยการ ควบคุมอาหาร รสหวาน มัน เค็ม	- คู่มือการ จัดการตนเอง - แบบจำลอง รูปภาพ - ป้ายไว้นิล อาหาร 5 หมู่

ตารางที่ 7 (ต่อ)

ระยะเวลา ของ กิจกรรม	แนวคิดการสนับสนุน ทางสังคม (House, 1985)	การประยุกต์แนวคิด พฤติกรรมจัดการตนเอง	กิจกรรมในโปรแกรม	สื่อ/อุปกรณ์
สัปดาห์ที่ 3 ครั้งที่ 8 ระยะเวลา 60 นาที	- การสนับสนุนทาง ทรัพยากร (Instrumental Support) - การสนับสนุนทาง อารมณ์ (Emotion Support) - การสนับสนุนทาง ข้อมูลข่าวสาร (Information Support)	วัตถุประสงค์ คือ มุ่งให้เกิด1. การสื่อสารกับบุคลากรทาง สุขภาพ(Communication with Health Care Provider) 2. การเป็นหุ้นส่วนในการดูแล (Partnership in Care) 3. กิจกรรมการดูแลตนเอง (Self-Care Activities) 4. พฤติกรรมการพิทักษ์สิทธิ์ ตนเอง (Self-Advocacy Behaviors) 5. พฤติกรรมความร่วมมือใน การใช้ยา (Medication Adherence Behavior)	- กิจกรรมสร้าง สัมพันธภาพ - การติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อสอบถามปัญหาและ อุปสรรคหลังทำกิจกรรม - การแจกสิ่งของที่ จำเป็นสำหรับผู้ป่วยโรค ไตเรื้อรัง	- คู่มือการ จัดการ ตนเอง - แบบ บันทึกการ จัดการ ตนเอง - สื่อสาธิต อาหารจริง - สมุดภาพ ลดหวาน มัน เค็ม
สัปดาห์ที่ 4 ครั้งที่ 9 ระยะเวลา 60 นาที	- การสนับสนุนทาง อารมณ์ (Emotion Support) - การสนับสนุนทาง ข้อมูลข่าวสาร (Information Support) - การสนับสนุน ทางการประเมินค่า (Appraisal Support)	วัตถุประสงค์ คือ มุ่งให้เกิด 1. การสื่อสารกับบุคลากรทาง สุขภาพ(Communication with Health Care Provider) 2. การเป็นหุ้นส่วนในการดูแล (Partnership in Care) 3. กิจกรรมการดูแลตนเอง (Self-Care Activities) 4. พฤติกรรมการพิทักษ์สิทธิ์ ตนเอง (Self-Advocacy Behaviors) 5. พฤติกรรมความร่วมมือใน การใช้ยา (Medication Adherence Behavior)	- กิจกรรมสร้าง สัมพันธภาพ - กิจกรรมยาแอนดรู โดยให้ผู้สูงอายุอธิบาย การใช้ยาร่วมกับการ รับประทานยาตาม แพทย์สั่ง	- คู่มือการ จั ด ก า ร ตนเอง - ตัวอย่างยา ที่ผู้ป่วยโรค ไต เรื้อ รัง รับประทาน เป็นประจำ

ตารางที่ 7 (ต่อ)

ระยะเวลาของกิจกรรม	แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม (House, 1985)	การประยุกต์แนวคิดพฤติกรรมจัดการตนเอง	กิจกรรมในโปรแกรม	สื่อ/อุปกรณ์
สัปดาห์ที่ 4 ครั้งที่ 10 ระยะเวลา 60 นาที	<ul style="list-style-type: none"> - การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotion Support) - การสนับสนุนทางข้อมูลข่าวสาร (Information Support) - การสนับสนุนทางการประเมินค่า (Appraisal Support) 	<p>วัตถุประสงค์ คือ มุ่งให้เกิด 1. การสื่อสารกับบุคลากรทางสุขภาพ (Communication with Health Care Provider)</p> <p>2. การเป็นหุ้นส่วนในการดูแล (Partnership in Care)</p> <p>3. กิจกรรมการดูแลตนเอง (Self-Care Activities)</p> <p>4. พฤติกรรมการพิทักษ์สิทธิตนเอง (Self-Advocacy Behaviors)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - กิจกรรมสร้างสัมพันธภาพ - กิจกรรมวอเตอร์อินเลิฟ โดยให้ความรู้เกี่ยวกับการจำกัดปริมาณน้ำแต่ละระยะของโรค การตวงปัสสาวะ 	<ul style="list-style-type: none"> - คู่มือการจัดการตนเอง - ขวดน้ำและกระป๋องน้ำ - กรวย - ขวดตวงปัสสาวะ
สัปดาห์ที่ 4 ครั้งที่ 11 ระยะเวลา 60 นาที	<ul style="list-style-type: none"> - การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotion Support) - การสนับสนุนทางข้อมูลข่าวสาร (Information Support) - การสนับสนุนทางทรัพยากร (Instrumental Support) 	<p>วัตถุประสงค์ คือ มุ่งให้เกิด</p> <p>1. การสื่อสารกับบุคลากรทางสุขภาพ (Communication with Health Care Provider)</p> <p>2. การเป็นหุ้นส่วนในการดูแล (Partnership in Care)</p> <p>3. กิจกรรมการดูแลตนเอง (Self-Care Activities)</p> <p>4. พฤติกรรมการพิทักษ์สิทธิตนเอง (Self-Advocacy Behaviors)</p> <p>5. พฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยา (Medication Adherence Behavior)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - กิจกรรมสร้างสัมพันธภาพ - การติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อสอบถามปัญหาและอุปสรรคหลังทำกิจกรรม - การแจกสิ่งของที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 	<ul style="list-style-type: none"> - คู่มือการจัดการตนเอง - แบบบันทึกการจัดการจัดการตนเอง

ตารางที่ 7 (ต่อ)

ระยะเวลาของกิจกรรม	แนวทางการสนับสนุนทางสังคม (House, 1985)	การประยุกต์แนวคิดพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง	กิจกรรมในโปรแกรม	สื่อ/อุปกรณ์
สัปดาห์ที่ 5 ครั้งที่ 12 ระยะเวลา 60 นาที	- การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotion Support) - การสนับสนุนทางข้อมูลข่าวสาร (Information Support) - การสนับสนุนทางทรัพยากร (Instrumental Support)	วัตถุประสงค์ คือ มุ่งให้เกิด 1. การสื่อสารกับบุคลากรทางสุขภาพ (Communication with Health Care Provider) 2. การเป็นหุ้นส่วนในการดูแล (Partnership in Care) 3. กิจกรรมการดูแลตนเอง (Self-Care Activities) 4. พฤติกรรมการพิทักษ์สิทธิตนเอง (Self-Advocacy Behaviors) 5. พฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยา (Medication Adherence Behavior)	- กิจกรรมสร้างสัมพันธ์ภาพ - กิจกรรมติดตามเยี่ยมบ้านเป็นรายบุคคล เพื่อสอบถามปัญหาและอุปสรรคหลังทำกิจกรรม - การแจกสิ่งของที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง	- คู่มือการจัดการตนเอง - สื่อวีดิทัศน์ - โมเดลอาหาร - สมุดภาพลดหวาน มัน เค็ม
สัปดาห์ที่ 6 ครั้งที่ 13 ระยะเวลา 60 นาที	- การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotion Support) - การสนับสนุนทางข้อมูลข่าวสาร (Information Support) - การสนับสนุนทางการประเมินค่า (Appraisal Support)	วัตถุประสงค์ คือ มุ่งให้เกิด 1. การสื่อสารกับบุคลากรทางสุขภาพ (Communication with Health Care Provider) 2. การเป็นหุ้นส่วนในการดูแล (Partnership in Care) 3. พฤติกรรมการพิทักษ์สิทธิตนเอง (Self-Advocacy Behaviors)	- กิจกรรมสร้างสัมพันธ์ภาพ - กิจกรรมการกระตุ้นเตือนและสอบถามทางโทรศัพท์	- โทรศัพท์ - คู่มือการจัดการตนเอง
สัปดาห์ที่ 7 หลังสิ้นสุดกิจกรรมตามโปรแกรม			- การนัดหมายผู้สูงอายุมาเพื่อเก็บแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองและแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม	-แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง -แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

ตารางที่ 8 กำหนดการจัดโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม

สัปดาห์ที่	หัวข้อ
1	ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยชี้แจงจุดประสงค์ ขั้นตอน แผนการดำเนินกิจกรรม
	ครั้งที่ 1 กิจกรรมสร้างสัมพันธภาพ กิจกรรมการให้ความรู้ เรื่อง โรคไตเรื้อรัง ระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต
	ครั้งที่ 2 กิจกรรมสร้างสัมพันธภาพ กิจกรรมการให้ความรู้ เรื่อง แนวทาง พฤติกรรมการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัด ทดแทนทางไต
2	ครั้งที่ 3 กิจกรรมสร้างสัมพันธภาพ กิจกรรมพืดส์พาเพลิน
	ครั้งที่ 4 กิจกรรมสร้างสัมพันธภาพ กิจกรรมกระเช้าเบาเค็ม
	ครั้งที่ 5 กิจกรรมสร้างสัมพันธภาพ กิจกรรมติดตามเยี่ยมบ้าน
3	ครั้งที่ 6 กิจกรรมสร้างสัมพันธภาพ กิจกรรมพิชิตใจพิชิตพุง
	ครั้งที่ 7 กิจกรรมสร้างสัมพันธภาพ กิจกรรมรักษไตค่าไตโต
	ครั้งที่ 8 กิจกรรมสร้างสัมพันธภาพ กิจกรรมติดตามเยี่ยมบ้าน
4	ครั้งที่ 9 กิจกรรมสร้างสัมพันธภาพ กิจกรรมยาแอนด์ยู
	ครั้งที่ 10 กิจกรรมสร้างสัมพันธภาพ กิจกรรมวอเตอร์อินเลิฟ
	ครั้งที่ 11 กิจกรรมสร้างสัมพันธภาพ กิจกรรมติดตามเยี่ยมบ้าน
5	ครั้งที่ 12 กิจกรรมสร้างสัมพันธภาพ กิจกรรมติดตามเยี่ยมบ้านเป็นรายบุคคล
6	ครั้งที่ 13 กิจกรรมสร้างสัมพันธภาพ กิจกรรมกระตุ้นเตือน และสอบถามทาง โทรศัพท์
7 หลังสิ้นสุด กิจกรรมตาม โปรแกรม	การนัดหมายผู้สูงอายุมาเพื่อเก็บแบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเอง และ แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศที่เกี่ยวข้องในการศึกษาค้นคว้านี้ ประกอบด้วย งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะโรคไตเรื้อรัง ด้านการสนับสนุนทางสังคม และเกี่ยวกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง โดยสรุปได้ดังนี้

สุมาพร บรรณสาร (2545) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการระยะเวลาของการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในอาการเจ็บป่วยกับการปรับตัวของผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคไตเรื้อรัง จำนวน 100 คน เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ผลการวิจัยพบว่า ระยะเวลาของการเจ็บป่วย และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวอย่างมีนัยสำคัญ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม และความรุนแรงของอาการ สามารถใช้ร่วมกันพยากรณ์การปรับตัวของผู้ป่วยไตเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญ

ปิ่นแก้ว กล้ายประยงค์ (2550) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการสร้างเสริมพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไตสู่ภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้ายของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 ที่แผนกอายุรกรรมโรคไต โรงพยาบาลรามารักษ์ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 60 คน โดยการสุ่มแบบง่าย รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จัดกิจกรรมโดยการสอนสุขศึกษาเป็นรายกลุ่ม และรายบุคคล เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ แผ่นพับ และ Food Model ผลการศึกษพบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการดำเนินโรคเข้าสู่ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อม และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อมดีกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01

พรนภา ไชยอาสา (2550) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 30 ราย ที่รับการรักษาที่คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลแม่สะเรียง สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 ราย โดยเครื่องมือดำเนินการวิจัย ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการบริโภคอาหาร แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมในการบริโภคอาหาร โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ตัวแบบสัญลักษณ์ และคู่มือการปฏิบัติตัวผู้สูงอายุโรคเบาหวาน จัดกิจกรรมให้ความรู้เป็นรายกลุ่ม และกิจกรรมเยี่ยมบ้าน สัปดาห์ละ 3 ครั้ง รวมระยะเวลา 8 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า คะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

พิกุล ดินามาส (2550) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครพิงค์ จำนวน 30 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม เครื่องมือรวบรวมข้อมูลพัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล เครื่องมือในการดำเนินการวิจัยพัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย คือ แบบคู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ คู่มือบทบาทการเป็นผู้ให้การสนับสนุนทางสังคมในพฤติกรรมการรับประทานอาหารแก่ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจของสมาชิกในครอบครัว ให้กิจกรรมเป็นรายกลุ่มๆ ละ 5 ราย จนครบ 15 ราย ที่โรงพยาบาลนครพิงค์ ใช้เวลากลุ่มละ 60-90 นาที และสัปดาห์ที่ 3 ถึง 4 ใช้เวลาครั้งละประมาณ 60 นาที โดยเป็นกิจกรรมรายเดียวที่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง รวมระยะเวลา 8 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า คะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

พนิดา โยวะผุย (2551) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มารับการตรวจที่คลินิกโรคไต โรงพยาบาลมหาสารคาม สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 15 ราย เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย แบบวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม วิดีทัศน์ตัวแบบการออกกำลังกาย คู่มือการปฏิบัติตนสำหรับผู้สูงอายุ และคู่มือสำหรับครอบครัวเพื่อให้การสนับสนุนผู้สูงอายุ จัดกิจกรรมเป็นรายกลุ่มๆ ละ 5 ราย โดยให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมด้วย เป็นกิจกรรมให้ความรู้และสาธิต ในสัปดาห์ที่ 1-2 วันเว้นวัน ครั้งละ 45-60 นาที สัปดาห์ที่ 3-6 เป็นการเยี่ยมบ้าน และโทรศัพท์ติดตามเป็นรายบุคคล รวมทั้งสิ้น 6 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า คะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และภายหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

มยุรี ปัญญาสิม (2551) เป็นการศึกษาผลของการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังในระยะที่ 4 หรือ 5 ที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนทางไตที่มารับการรักษาที่คลินิกอายุรกรรม โรงพยาบาลจังหวัดเลย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 30 ราย โดยจับคู่ด้านเพศ อายุ และระยะของการดำเนินโรค กลุ่มทดลองจะได้รับการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัว เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และบุคคลในครอบครัวที่ดูแลผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรัง แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรัง แบบประเมินการรับรู้การสนับสนุนของครอบครัว แผนการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวและ คู่มือการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

สำหรับผู้ที่เป็โรครไ้เรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็โรครไ้เรื้อรังกลุ่มที่ไ้รับการไ้ความรู้่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวดีกว่าพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มที่ไ้รับการไ้ความรู้ตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็โรครไ้เรื้อรังหลังไ้รับการไ้ความรู้ดีกว่าก่อนไ้รับการไ้ความรู้่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01

ศุภรา โถตันคำ (2551) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมควบคุมโรคและระดับครีอะตินินในเลือดในผู้สูงอายุโรครไ้ไตวายเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็ผู้ป่วยอายุ 60 ปี ขึ้นไปที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกุดบาก จังหวัดสกลนคร จำนวน 44 ราย กลุ่มทดลองไ้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัว เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แบบวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม วัติทัศนัการเสนอตัวแบบสัญลักษณ์เรื่อง การควบคุมโรครไ้ไตวายเรื้อรัง คู่มือการปฏิบัติตนสำหรับผู้สูงอายุโรครไ้ไตวายเรื้อรัง คู่มือบทบาทการเป็ผู้ไ้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุโรครไ้ไตวายเรื้อรัง และเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดพฤติกรรมควบคุมโรคและเครื่องตรวจระดับครีอะตินินในเลือด ดำเนินกิจกรรมเป็รายกลุ่มๆ ละ 5 -6 ราย จนครบ 22 ราย ที่โรงพยาบาลกุดบาก ใช้ระยะเวลาครั้งละประมาณ 45-60 นาที จัดกิจกรรมเป็ระยะเวลา 10 สัปดาห์ โดยสัปดาห์ที่ 1-2 (วันเว้นวัน) โดยการไ้ความรู้กับผู้สูงอายุและเตรียมบทบาทสมาชิกในครอบครัว สัปดาห์ที่ 3-6 ติดตามเยี่ยมบ้านและสัปดาห์ที่ 7-10 ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ผลการวิจัยพบว่า คะแนนพฤติกรรมควบคุมโรคของผู้สูงอายุโรครไ้ไตวายเรื้อรังภายหลังไ้รับโปรแกรมดังกล่าวของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมควบคุมโรคดีกว่าก่อนไ้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

บุญต่าย สิทธิไพศาล (2553) ศึกษาเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรครไ้เรื้อรัง โรงพยาบาลห้างฉัตร เลือกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างเป็ระบบโดยมีการดำเนินของโรครไ้ในระยะที่ 3-5 จำนวน 140 คน รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรครไ้เรื้อรังที่พัฒนาโดยเคอติ น วอลเทอร์ สคาเทลล์ เพนเนล ไวส์ และคลิกโค มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.91 ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 55.7 มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนค่าคะแนนพฤติกรรมรายด้านพบว่า ด้านการปฏิบัติตามในเรื่องการไ้ยาอยู่ในระดับสูง ด้านการสื่อสารกับผู้ไ้การดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ด้านการเป็ผู้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองและด้านการพิทักษ์สิทธิของตนเองอยู่ในระดับต่ำ

พิศิษฐ์ เสรีธรรมะพิทักษ์ (2553) ศึกษาการรับรู้การเกิดโรครไ้เรื้อรังและพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรครไ้เรื้อรังของผู้ป่วยโรครเบาหวานชนิดที่ 2 โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 150 ราย โดยใช้แบบสอบถามการรับรู้การเกิดโรครไ้เรื้อรังของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และ

แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการศึกษาพบว่าการรับรู้การเกิดโรคไตเรื้อรังมีความสัมพันธ์ทางลบทั้งพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังและพฤติกรรมในการควบคุมภาวะโรคเบาหวานเพื่อป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และการรับรู้การเกิดโรคไตเรื้อรังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมต่างๆ ไปในการควบคุมปัจจัยที่ส่งเสริมการเกิดโรค

สุภาพ อิมอ้วน (2553) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะโภชนาการและความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวด้านโภชนาการของผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ที่ล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวรที่ติดตามการรักษาที่หน่วยไตจำนวน 66 คน ผลการวิจัยพบว่า ด้านที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงสุด คือ ด้านความรู้ ข้อมูลข่าวสาร ร้อยละ 92.42 รองลงมา คือ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมิน และด้านสิ่งของ เงินทอง และแรงงาน แหล่งที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงสุด คือ ได้จากครอบครัว รองลงมา คือ ได้จากแพทย์และพยาบาล เพื่อนบ้าน ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคเดียวกันตามลำดับ

แสงรวี มณีศรี (2553) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยใช้ทฤษฎีสามัญสำนัก ของ Leventhal และคณะเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2 ถึงระยะที่ 4 ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรคไต และคลินิกโรคไต โรงพยาบาลราชวิถี โดยใช้เครื่องมือวิจัย จำนวน 4 ชุด คือ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง 3) แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และ 4) แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า การรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วย การรับรู้ความสามารถในการควบคุมหรือรักษา ความเจ็บป่วย และการรับรู้ผลที่เกิดตามมาจากการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง และสามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ได้ร้อยละ 35

ณัฐชา พัฒนา (2554) ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในหอผู้ป่วยวิกฤติ ณ โรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 26 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 13 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบวัดความวิตกกังวลและแบบประเมินความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลที่ได้รับ ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลในกลุ่มทดลองไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมหลังจากทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กลุ่มทดลองมีความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลที่ได้รับมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สุธาสนี เรียมจันทร์ (2554) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคและระดับครีอะตินินในเลือดในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรัง ระยะสุดท้ายที่รับการฟอกเลือด กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุที่รับการฟอกเลือดที่หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ จังหวัดนราธิวาส จำนวน 24 ราย สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 12 ราย โดยให้ทั้ง 2 กลุ่ม มีความคล้ายคลึงกันในด้านเพศ อายุ ระยะเวลาการฟอกเลือด จัดกิจกรรมเป็นรายกลุ่มโดยมีสมาชิกครบครันให้การสนับสนุนในการปฏิบัติพฤติกรรม และแจกคู่มือการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมโรคในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และคู่มือบทบาทของสมาชิกครบครัน เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ครั้งละ 60 นาที ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุมโรคของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มควบคุม และภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุมโรคสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ชื่นกมล ชมชื่น (2555) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคโปรตีนระดับยูเรียไนโตรเจน และครีอะตินินในร่างกายระหว่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมจากคู่สมรส กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และระยะที่ 4 ที่มารับบริการ ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลสุรินทร์ จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 ราย โดยกลุ่มทดลองได้รับการส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมจากคู่สมรส ซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้ การสร้างทักษะ การให้การสนับสนุนทางสังคมในการบริโภคโปรตีนของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และการโทรศัพท์เพื่อกระตุ้นติดตาม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการบริโภคโปรตีนของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จัดกิจกรรมโดยการสอน และฝึกทักษะเป็นรายบุคคล จำนวน 1 ครั้งใช้สื่อวีดิทัศน์ และคู่มือการสอน พร้อมการกระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์ เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคโปรตีน ระดับยูเรียไนโตรเจนและระดับครีอะตินินในร่างกาย หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001

สุพิชา อาจคิดการ (2555) ศึกษาพฤติกรรมการจัดการตนเองและความสามารถในการทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวภาพสะท้อนทางความคิดต่อการเจ็บป่วยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองและการสนับสนุนทางสังคม ในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง จำนวน 110 ราย ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคไต ผลการศึกษาพบว่า อายุ ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง ($p < .01$) สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองได้ร้อยละ 41

แจ่มศรี เสมาเพชร (2556) ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มารับการรักษาด้วยยาที่ แผนกผู้ป่วยนอก ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จำนวน 50 ราย สุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองด้วยวิธีการสุ่มแบบง่าย กลุ่มละ 25 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ดำเนินการศึกษาโดยให้การพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มทดลองตามโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ร่วมกับการให้การพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการพยาบาลตามปกติ เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ผลการวิจัยสามารถสรุปได้ว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

พิสมัย พันธุ์พีช (2556) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการดูแลเท้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลอ่าวอุดม จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 ราย โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลเท้าที่ประยุกต์จากทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกครอบครัวเป็นรายกลุ่ม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการดูแลเท้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน คู่มือการดูแลเท้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน และคู่มือบทบาทการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกครอบครัวในการส่งเสริมพฤติกรรม โดยจัดกิจกรรมเป็นระยะเวลา 10 สัปดาห์ ร่วมกับสมาชิกในครอบครัว จัดกิจกรรม 4 ครั้งๆ ละ 3 ชั่วโมง 45 นาที ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 8 และสัปดาห์ที่ 10 กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลเท้า สูงกว่าระยะก่อนการทดลอง ($p < .05$) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยผลต่างคะแนนพฤติกรรมการดูแลเท้าหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 8 สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .05$)

สุนิสา สีมม (2556) ศึกษาการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยมีแนวปฏิบัติส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยมีการปรับแบบแผนการดำเนินชีวิต ควบคุมอาหาร ควบคุมความดันโลหิต และควบคุมการรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยใช้กรอบแนวคิดการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวของไรอัน และชาวิน ซึ่งประกอบด้วย 3 มิติ ดังนี้ มิติที่ 1 บริบทด้านปัจจัยเสี่ยงและการป้องกัน มิติที่ 2 กระบวนการของการจัดการตนเองมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงสุขภาพ ทฤษฎีการกำกับตนเอง และทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม มิติที่ 3 ผลลัพธ์ที่เกิดจากการจัดการตนเอง

ที่มีประสิทธิภาพ ผลการศึกษาพบว่า ทั้ง 3 มิติ มีความเชื่อมโยงและเป็นพลวัตคือปัจจัยต่างๆ มีผลต่อความสามารถของบุคคลและครอบครัวในการมีส่วนร่วมในกระบวนการซึ่งส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ต่างๆ ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

อาทิตยา อติวิชญานนท์ (2558) ศึกษาปัจจัยทำนายการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ปัจจัยประกอบด้วย ความรู้ในการจัดการตนเอง การสนับสนุนจากครอบครัว และภาวะซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ที่โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน การถดถอยพหุคูณ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการจัดการตนเอง และการสนับสนุนจากครอบครัวในระดับสูง มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 47.3 และมีการจัดการตนเองอยู่ในระดับดี โดยความรู้ในการจัดการตนเอง การสนับสนุนจากครอบครัว และภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการสนับสนุนจากครอบครัวมีอำนาจในการทำนายการจัดการตนเองมากที่สุด รองลงมาคือภาวะซึมเศร้าและการจัดการตนเอง ตามลำดับ

นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์ (2548) ศึกษาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของการรับรู้ความเจ็บป่วย สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม การจัดการตนเอง และคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจำนวน 110 ราย ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ลักษณะเฉพาะการเจ็บป่วยมีผลโดยตรงทางลบต่อการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

Klang et al., (1998) ศึกษาโปรแกรมการให้ความรู้เรื่อง การปฏิบัติตนในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ที่มี GFR < 20 มล./นาที/73 ตร.ม. โดยแบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 28 คน กลุ่มควบคุม 38 คน โดยได้รับการสอนเป็นรายกลุ่ม ในเรื่องโรคไตและโภชนาบำบัด ความรุนแรงของการดำเนินของโรคไตวายเรื้อรัง และการบำบัดทดแทนทางไต การออกกำลังกาย ผลกระทบของโรคไตเรื้อรัง เป็นระยะเวลา 6 เดือน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีระดับของเสียต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อีกทั้งมีการปรับอารมณ์ ปรับตัวเข้ากับสังคม และคุณภาพชีวิตดีขึ้น ยอมรับการบำบัดทดแทนทางไตมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Kulzer et al., (2006) ได้ศึกษาผลของการฝึกการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นการศึกษาแบบ Randomized Prospective Trial เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างประสิทธิผลของ 3 โปรแกรมการให้ความรู้ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีผู้เข้าร่วมการศึกษา 193 คน คือ โปรแกรมที่ 1 (ผู้เข้าร่วมการศึกษา 64 คน) การสอนที่มุ่งไปสู่การได้มาซึ่งความรู้ทักษะและข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาโรคเบาหวานในเยอรมัน โปรแกรมที่ 2 (ผู้เข้าร่วมการศึกษา 63 คน) เป็นโปรแกรมที่ใช้แนวคิดในการจัดการตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจและมุ่งไปในเรื่องกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ทางด้านอารมณ์การรับรู้และการสร้างแรงจูงใจ ผลการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมที่ 1 พบว่าระดับ HbA1c ไม่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดระยะเวลาการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมที่ 2 พบว่าระดับ HbA1c ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ และกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมที่ 3 พบว่าระดับ HbA1c ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ในส่วนของความรู้ที่ขึ้นทั้ง 3 กลุ่ม ด้านพฤติกรรมดูแลตนเองเรื่องการติดตามตนเองเรื่องการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (Blood glucose) หรือน้ำตาลในปัสสาวะ (Urine glucose) ด้วยตนเองและการดูแลเท้าและพฤติกรรมออกกำลังกายดีขึ้น

Wattana et al.,(2007) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการควบคุมน้ำตาลในเลือด ความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในไทย โดยใช้กรอบทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) ของ Bandura (1977) และการจัดการตนเองของ Creer (2000) แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 75 คน และกลุ่มควบคุม 72 คน เก็บข้อมูลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม 24 สัปดาห์ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม ซึ่งมีเนื้อหา 2 ส่วน ส่วนแรก ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน (ใช้เวลา 2 ชั่วโมง) ส่วนที่ 2 เป็นการเยี่ยมบ้าน 2 ครั้งๆ ละ 45 นาที พร้อมให้คู่มือผู้ป่วยเรื่องการดำรงชีวิตกับโรคเบาหวาน (Living Well with Diabetes) ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย เครื่องมือที่ใช้คือ แบบวัดความรู้คุณภาพชีวิตและแบบประเมินความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ จากผลการวิจัยพบว่า ระดับ HbA1c ในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจคุณภาพชีวิตสูงขึ้นและค่าระดับ HbA1c ในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

O'Conner et al., (2008) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง โดยใช้กรอบทฤษฎีการกำกับตนเองของ Leventhal จากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 73 ราย ผลการศึกษาพบว่า การตอบสนองทางอารมณ์สามารถทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองในเรื่องการรับประทานอาหารและการรับประทานยา ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 ตามลำดับ และในการรับรู้ช่วงเวลาของการเจ็บป่วยสามารถทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองในเรื่องการรับประทานยาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Sritarapipat (2012) เป็นการศึกษาแบบจำลองเชิงสาเหตุการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต เพื่อทดสอบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างปัจจัยการทำหน้าที่ด้านร่างกายในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานและขั้นสูง การทำหน้าที่ด้านสติปัญญา ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและจากบุคลากรทางสุขภาพ และการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต โดยกรอบทฤษฎีในการศึกษานี้ใช้แนวคิดการจัดการตนเองในโรคไตเรื้อรังของเคอร์ทินและมาเปส และทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา กลุ่มตัวอย่างถูกคัดเลือกโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอนคือ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ถึง 5 ก่อนการบำบัดทดแทนไต จำนวน 216 ราย ที่มาตรวจ

ตามนัดที่คลินิกอายุรกรรม ในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข การเก็บข้อมูลใช้แบบสอบถาม 8 ฉบับ ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่ใช้มีค่าระหว่าง 0.77 - 0.97 ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านกิจกรรมการดูแลตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง และด้านการยินยอมในการใช้ยา อยู่ในระดับสูง สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเองในระดับสูง ส่วนการทำหน้าที่ด้านร่างกายในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานและขั้นสูง การทำหน้าที่ด้านสติปัญญา ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง การสนับสนุนจากครอบครัว และการสนับสนุนจากบุคลากรทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเองในระดับต่ำถึงปานกลาง แบบจำลองเชิงสาเหตุของการจัดการตนเองพบว่า สมรรถนะแห่งตน การทำหน้าที่ด้านร่างกายในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นสูง ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง และการสนับสนุนจากครอบครัวมีอิทธิพลโดยตรงทางบวกต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

Havas. K, Bonner. A, Douglas C. (2016) เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพในมุมมองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จำนวน 1,913 ฉบับ รายงานว่าจำเป็นต้องมีบุคลากรทางสุขภาพที่เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการจัดการตนเอง ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีกระบวนการจัดการตนเองที่ดีขึ้นตามโปรแกรมที่สนับสนุนการจัดการตนเอง

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1985) ในการจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตและสมาชิกในครอบครัวเข้าร่วมกิจกรรม ดังการศึกษาที่ว่า การสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญในการสนับสนุนการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเอง และเป็นแหล่งประโยชน์ที่สนับสนุนเพื่อคงไว้ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมและมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ การดำเนินชีวิตประจำวัน และการรักษาเพื่อให้คงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ควบคุมอาการรวมถึงการจัดการเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ทางการแพทย์ และลดการคุกคามของการเจ็บป่วยที่จะส่งผลต่อการดำรงชีวิต (Curtin & Mapes, 2001) โดยมุ่งตามองค์ประกอบพฤติกรรมการจัดการตนเองตามแนวคิดของเคอร์ติน และมาเปส (Curtin & Mapes, 2001) 5 ด้าน กว้างๆ ได้แก่

1) การสื่อสารกับผู้ให้การดูแล กระตุ้นให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต แสวงหาข้อมูล ให้ข้อมูล สอบถามปัญหาเกี่ยวกับอาการ วิธีหรือแนวทางปฏิบัติที่ตรงกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการแก้ปัญหา และแนวทางการรักษาจากแพทย์

2) การเป็นผู้มีส่วนร่วมในการดูแล มุ่งให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต สื่อสารกับสมาชิกในครอบครัว ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดูแลเป็นองค์ประกอบที่ต้องพึ่งพาซึ่งกันและกัน ไม่ใช่การมีส่วนร่วมในการดูแลของทีมบุคลากรทางสุขภาพเพียงฝ่ายเดียว แต่ต้องอาศัยความสามารถของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตในการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพเกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วย ปัญหาต่างๆ การมีส่วนร่วมในการดูแลจะประสบความสำเร็จ

ต้องประกอบด้วย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง การติดตามการเปลี่ยนแปลง การสื่อสารกับสมาชิกในครอบครัว และแพทย์ผู้ให้การรักษา รวมถึงการสืบค้นข้อมูลด้วยตนเองจากแหล่งอื่นๆ

3) กิจกรรมการดูแลตนเอง มุ่งให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต มีการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองทางกายจนปฏิบัติเป็นนิสัย เช่น การสังเกตอาการ ผลกระทบ และการติดตาม การปฏิบัติพฤติกรรมที่ชะลอความเสื่อมของสุขภาพ เช่น การควบคุมการรับประทาน อาหาร และการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ จะเป็นแนวทางที่นำไปสู่ความสำเร็จในการรักษา

4) การพิทักษ์สิทธิ์ตนเอง ความเต็มใจ ความสมัครใจ การตัดสินใจด้วยตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองส่วนบุคคล ที่ถูกต้องด้วยตนเอง เช่น การปรึกษาแพทย์ผู้รักษาในการควบคุมการออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพอื่นๆ ของตนเอง รวมถึงการรักษา พฤติกรรมการพิทักษ์สิทธิ์ตนเอง ประกอบด้วย การแสวงหาความคิดเห็น 2 ประการ คือ การขอเปลี่ยนแพทย์ผู้รักษา และการรับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลรักษา นอกเหนือจากคำแนะนำและการรักษาที่แพทย์ผู้รักษา

5) การปฏิบัติตามในเรื่องการใช้จ่าย ผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต ส่วนมากนิยมปฏิบัติตามการใช้ยาตามที่แพทย์สั่ง และแพทย์ก็มีความไว้วางใจในการรักษา กับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตที่รับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ

มีการศึกษาที่ว่า การสนับสนุนจากครอบครัวมีอิทธิพลโดยตรงทางบวกต่อพฤติกรรม การจัดการตนเอง และการสนับสนุนจากบุคลากรทางสุขภาพมีอิทธิพลโดยอ้อมทางบวกต่อพฤติกรรม การจัดการตนเอง จึงสรุปได้ว่า พฤติกรรมการจัดการตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสนับสนุนทางสังคม (Sritarapipat et al., 2012) และยังเกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรัง (Curtin, Walters, Schatell, Pennell, Wise, & Klicko, 2008)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการจัดกิจกรรมเพื่อทำให้พฤติกรรม การจัดการตนเองและพฤติกรรมสุขภาพอื่นๆสูงขึ้น โดยมีการใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม เช่น การใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมเพื่อชะลอความเสื่อมของไตก่อนเข้าสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เพื่อปรับพฤติกรรม การบริโภคอาหาร เพื่อส่งเสริมพฤติกรรม การออกกำลังกาย เพื่อปรับพฤติกรรม การควบคุมโรคและปรับระดับครีเอตินินในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง โดยอยู่ในรูปแบบการให้ความรู้ที่เท่าทันทางสุขภาพที่หลากหลาย ผ่านสื่อการเรียนรู้ที่เหมาะสมและมีความทันสมัย

แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1985) พบว่ามีผู้นำแนวคิดนี้มาสร้างโปรแกรม ในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (พิสมัย พันธุ์พืช, 2556; ญัฐชา พัฒนา, 2554; สุชาสินี เรียมจันทร์, 2554) ซึ่งแต่ละโปรแกรมต่างก็ส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพ และพฤติกรรม การควบคุมโรคมีประสิทธิภาพมากขึ้น แต่จากการศึกษา

พบว่าผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตยังมีพฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับน้อย แต่ยังไม่พบว่ามีโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่จะทำให้พฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตสูงขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ และเหมาะสมกับผู้สูงอายุในประเทศไทย

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะสร้างโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต จากการศึกษาแนวคิดของHouse (1985) และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจึงสร้างโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ตามกรอบแนวคิดการวิจัย ดังแสดงในภาพที่ 1 ดังนี้



7. กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ House (1985) เป็นกิจกรรมที่มุ่งให้เกิดการปรับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต ได้แก่ กิจกรรมการสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotion Support) กิจกรรมการสนับสนุนทางข้อมูลข่าวสาร (Information Support) กิจกรรมการสนับสนุนทางการประเมินค่า (Appraisal Support) กิจกรรมการสนับสนุนทางทรัพยากร (Instrumental Support) โดยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมทั้งหมดจำนวน 13 ครั้ง สัปดาห์ที่ 1 จำนวน 2 ครั้ง สัปดาห์ที่ 2, 3 และ 4 สัปดาห์ละ 3 ครั้ง และสัปดาห์ที่ 5 และ 6 สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที ติดต่อกัน 6 สัปดาห์ ทั้งนี้ประกอบด้วย ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล เป็นการรวบรวมข้อมูลของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต ที่เข้ารับการรักษา ที่คลินิกโรคไตเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลไพศาล โดยพยาบาลเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล ด้วยการให้ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามพฤติกรรมจัดการตนเอง (The Self-Management Behavior Questionnaire) จากนั้นนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ทั้งหมดมาวิเคราะห์ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานและนำมาวางแผนการดำเนินกิจกรรม

ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินกิจกรรม เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลให้เหมาะสมและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และเป้าหมายของกิจกรรม เพื่อส่งเสริมทักษะพฤติกรรมจัดการตนเองตามแนวคิดของCurtin & Mapes (2001) โดยดำเนินกิจกรรม 4 กิจกรรมหลัก ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotion Support) ได้แก่ กิจกรรมการสร้างสัมพันธ์ภาพ

กิจกรรมที่ 2 การสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร (Information Support) ได้แก่ กิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต และกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต กิจกรรมฟิตเนสพาลีน กิจกรรมกระเช้าเบาเค็ม กิจกรรมพิชิตใจพิชิตพุง กิจกรรมรักษไตค่าไตโต กิจกรรมยาแอนดัย และกิจกรรมมอเตอร์อินเลิฟ พร้อมแจกคู่มือแนวทางการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต และแจกสื่อวีดิทัศน์

กิจกรรมที่ 3 การสนับสนุนการประเมินค่า (Appraisal Support) กิจกรรมที่ผู้วิจัยเตรียมบทบาทของสมาชิกในครอบครัว โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ เรื่อง บทบาทของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต

กิจกรรมที่ 4 การสนับสนุนทางด้านทรัพยากร (Instrumental Support) ได้แก่ กิจกรรมติดตามเยี่ยมบ้าน และกิจกรรมกระตุ้นเตือนการปฏิบัติทางโทรศัพท์ เป็นการสอบถามถึงปัญหาและอุปสรรค ให้คำแนะนำและให้กำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเอง

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผล เป็นขั้นตอนที่พยาบาลผู้ดำเนินโปรแกรมทำการติดตามสรุปถึงผลลัพธ์ของการจัดกิจกรรมทางการพยาบาลว่าประสบความสำเร็จและบรรลุวัตถุประสงค์ตามที่ตั้งไว้หรือไม่ ด้วยการประเมินผลหลังการดำเนินโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม โดยทำการนัดหมายให้ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตมาเพื่อประเมินระดับพฤติกรรมจัดการตนเองและระดับการสนับสนุนทางสังคม เมื่อเสร็จสิ้นการดำเนินการตามโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 7

พฤติกรรม
การจัดการ
ตนเองของ
ผู้สูงอายุ
ที่เป็นโรคไต
เรื้อรังระยะ
ก่อนการ
บำบัด
ทดแทน
ทางไต

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research Design) ที่ใช้แบบแผนการวิจัยแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Control Group Design) (Polit and Beck, 2004) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตโดยอยู่ใน ระยะที่ 2 ถึง ระยะที่ 4 มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปีบริบูรณ์ ทั้งเพศชาย และเพศหญิง มีพฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ระดับน้อยถึงระดับปานกลาง โดยประเมินจากแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต (The Self-Management Behavior Questionnaire) ที่พัฒนาตามแนวคิดของเคอร์ติน และคณะ (Curtin, Walters, Schatell, Pennell, Wise, & Klicko, 2008) ซึ่งปริญาดา ศรีธราพิพัฒน์ และคณะ (2012) ได้แปลและพัฒนาให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรัง มีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 37.0 -135.9 คะแนน ที่เข้ารับการตรวจที่คลินิกโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลไพศาลี เป็นการศึกษาแบบสองกลุ่ม คือ กลุ่มทดลองจำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 20 คน รวมทั้งสิ้น 40 คน โดยมีแบบแผนการทดลองดังนี้

กลุ่มทดลอง O_1 -----x----- O_2

กลุ่มควบคุม O_3 O_4

O_1 หมายถึง คะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม

O_2 หมายถึง คะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตภายหลังจากได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม

O_3 หมายถึง คะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ

O_4 หมายถึง คะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตภายหลังจากได้รับการพยาบาลตามปกติ

x หมายถึง โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บุคคลที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปีบริบูรณ์ ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตโดยอยู่ในระยะที่ 2 ถึงระยะที่ 4 มีค่าการทำงานของไตอยู่ในช่วง 60-89 มิลลิลิตร/นาทีต่อ 1.73 ตารางเมตร ถึงช่วง 15 - 29 มิลลิลิตร/นาทีต่อ 1.73 ตารางเมตร ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลไพศาล จังหวัดนครสวรรค์

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต โดยอยู่ในระยะที่ 2 ถึงระยะที่ 4 มีค่าการทำงานของไต (Creatinine Clearance) อยู่ในช่วง 60-89 มิลลิลิตร/นาทีต่อ 1.73 ตารางเมตร ถึงช่วง 15-29 มิลลิลิตร/นาทีต่อ 1.73 ตารางเมตร มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปีบริบูรณ์ ทั้งเพศชายและเพศหญิง เข้ารับการรักษาในช่วงระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2554 ถึง วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2556 และมีพฤติกรรมจัดการตนเองอยู่ในระดับน้อยถึงระดับปานกลาง โดยประเมินจากแบบสอบถามพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต (The Self-Management Behaviors Questionnaire) ที่พัฒนาตามแนวคิดของเคอร์ติง และคณะ ซึ่งปริยดา ศรีธราพิพัฒน์ และคณะ (2012) ได้แปลและพัฒนาให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรัง มีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 37.0 -135.9 คะแนน ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลไพศาล จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 40 คน โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria) ดังต่อไปนี้

เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าศึกษา (inclusion criteria) ดังนี้

1. มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง
2. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต โดยอยู่ในระยะที่ 2 ถึงระยะที่ 4 มีค่าการทำงานของไตอยู่ในช่วง 60-89 มิลลิลิตร/นาทีต่อ 1.73 ตารางเมตร ถึงช่วง 15 - 29 มิลลิลิตร / นาทีต่อ 1.73 ตารางเมตร
3. ผู้ที่มีระดับพฤติกรรมจัดการตนเองอยู่ในระดับน้อยถึงระดับปานกลาง โดยได้รับการประเมินจากแบบสอบถามพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตตามแนวคิดของเคอร์ติง และคณะ (SMBQ) ที่ปริยดา ศรีธราพิพัฒน์ และคณะ ได้แปลและพัฒนาให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรัง เกณฑ์ในการประเมินแบบทดสอบคือ ผู้สูงอายุที่มีคะแนนอยู่ในช่วง 37.0 -135.9 คะแนน
4. อาศัยอยู่กับสมาชิกในครอบครัว มีคุณสมบัติดังนี้
 - 4.1). เป็นผู้ดูแลหลักในการรับผิดชอบและให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุ
 - 4.2). มีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป

- 4.3). มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้
- 4.4). ยินยอมและให้ความร่วมมือในการวิจัย
5. มีความสามารถสื่อสารภาษาไทยได้อย่างถูกต้อง ไม่มีปัญหาการได้ยิน
6. การรับรู้เกี่ยวกับวันเวลา สถานที่ และบุคคลปกติ
7. ไม่เจ็บป่วยรุนแรงที่เป็นอันตราย หรือเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโปรแกรม
8. ยินดีเข้าร่วมในการทำวิจัยตามแบบขอความร่วมมือเป็นผู้เข้าร่วมในการวิจัยและคำให้
คุ้มครองสิทธิ

เกณฑ์การคัดเลือกรออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria)

1. ผู้มีอาการผิดปกติหรือมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงอื่นๆ เช่น มีไข้ มีภาวะติดเชื้อภายในระยะเวลา 24-48 ชั่วโมง มีภาวะเหนื่อยหอบ กระสับกระส่าย หายใจเร็วหรือช้ากว่าปกติ อัตราการเต้นของหัวใจเร็วหรือช้ากว่าปกติ ความดันโลหิตสูงหรือต่ำกว่าปกติ จนไม่พร้อมเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลรักษาพยาบาลตามปกติ
2. ผู้สูงอายุไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมมากกว่า 4 ครั้ง
3. ผู้ที่มีโรคทางจิตเวช หรืออยู่ระหว่างการรับยาจิตเวช
ทั้งนี้จากการศึกษาในครั้งนี้ไม่พบผู้สูงอายุถูกคัดออกจากการศึกษา

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มตัวอย่าง โดยคำนึงถึงการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสม ด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power of test) กำหนดอำนาจทดสอบ .90 ที่ระดับนัยสำคัญ .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 36 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 18 คน และกลุ่มควบคุม 18 คน และหากใช้การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม จำนวนตัวอย่างควรจะมีมากที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ เพื่อให้ข้อมูลเกิดการกระจายตัวเป็นโค้งปกติ ซึ่งมีผลต่ออำนาจทดสอบ ทำให้อำนาจทดสอบเพิ่มขึ้น และส่งผลต่อค่าความแปรปรวน ทำให้ความแปรปรวนลดลง ดังนั้นค่าสถิติที่คำนวณได้จากกลุ่มตัวอย่างสามารถอ้างอิงไปยังประชากรได้ดีที่สุด (Burn and Glove, 2005) ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 20 คน รวมทั้งหมด 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยทำหนังสือเพื่อขอความอนุเคราะห์การเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลไพศาลี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รวมถึงขออนุญาตเก็บข้อมูลและขอความร่วมมือในการวิจัย

2. ผู้วิจัยประสานเข้าพบกับหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้างานพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

3. ผู้วิจัยประสานงานกับพยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่ประจำคลินิกโรคไตเรื้อรังของโรงพยาบาลไพศาลี เพื่อขออนุญาตสำรวจรายชื่อผู้ป่วยสูงอายุจากเวชระเบียนและข้อมูลของเวชระเบียนโรงพยาบาลไพศาลี ในระบบคอมพิวเตอร์ ที่แพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต โดยอยู่ในระยะที่ 2 ถึงระยะที่ 4 มีค่าการทำงานของไตอยู่ในช่วง 60-89 มิลลิลิตร/นาทีต่อ 1.73 ตารางเมตร ถึง ช่วง 15 - 29 มิลลิลิตร/นาทีต่อ 1.73 ตารางเมตร ทั้งเพศชายและหญิง ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป

4. ผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

4.1). ผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต ทำการตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ใช้เวลาการประเมินประมาณ 10 นาที และแบบสอบถามพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต ตามแนวคิดของเคอร์ติส และคณะ (SMBQ) ที่ปริยดา ศรีธรรมาพิพัฒน์ และคณะ ได้แปลและพัฒนาให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรัง ใช้เวลาประมาณ 25-30 นาที โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างและบันทึกข้อมูลลงแบบสอบถาม

4.2). คัดเลือกผู้สูงอายุ ที่พบว่า มีระดับพฤติกรรมจัดการตนเองในระดับน้อยถึงปานกลาง มีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 37.0 -135.9 คะแนน และมีผู้ดูแลหลักเป็นสมาชิกในครอบครัวกับผู้สูงอายุ มีความสามารถในการรับรู้ สื่อสารได้อย่างถูกต้อง ฟังภาษาไทยเข้าใจ การรับรู้เกี่ยวกับวัน เวลา สถานที่ และบุคคลปกติ ไม่มีปัญหาการได้ยิน การมองเห็นปกติ เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยจึงอธิบายลักษณะของการเข้าร่วมการวิจัย ลักษณะงานวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับให้แก่กลุ่มตัวอย่างได้ทราบ

5. ผู้วิจัยสอบถามความเข้าใจ และความสมัครใจในการเข้าร่วมงานวิจัย ถ้าหากกลุ่มตัวอย่างมีความยินดี ผู้วิจัยจึงคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำนวน 40 คน โดยวิธีจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched paired) เพื่อควบคุมตัวแปรเกินที่อาจจะมีผลกระทบต่อการทำวิจัยครั้งนี้ และควบคุมทั้งสองกลุ่มให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันที่สุด (Mann, 2001)

โดยทำการประเมินกลุ่มตัวอย่างว่ามีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้หรือไม่ โดยพิจารณาถึงองค์ประกอบ ดังนี้ กลุ่มอายุ ระดับการศึกษา ภาวะโรคร่วม ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรค ซึ่งเป็นตัวแปรที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด

5.1). อายุ มีผลต่อการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาเป็นสิ่งกำหนดวุฒิภาวะ พัฒนาการ ความสามารถ ความรู้ ความเชื่อ การคิด การรับรู้ และการตัดสินใจ ทำให้ผู้ป่วยสามารถเลือกวิธีในการจัดการตนเอง สามารถเผชิญกับสภาวะต่างๆได้อย่างถูกต้อง (Curtin, Schatell, Mapes, & Burrows-Hudson, 2005) ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังที่มีกลุ่มอายุเดียวกัน โดยกำหนดให้ผู้สูงอายุที่มีความแตกต่างของอายุไม่เกิน 5 ปี ในผู้สูงอายุที่อยู่ในช่วงอายุเดียวกัน การจำแนกกลุ่มแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุตอนต้น ผู้สูงอายุตอนกลาง ผู้สูงอายุตอนปลาย (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2545) อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง กล่าวคือ อายุที่แตกต่างกันส่งผลให้เกิดพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังแตกต่างกัน (Sritarapipat, 2012)

5.2). ระดับการศึกษา เป็นปัจจัยที่มีผลกับพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Bycroft & Tracey, 2006) ระดับการศึกษาส่งผลสัมพันธ์กับความรู้ทางสุขภาพที่น้อย (Creer, 2000) นั่นคือ ทำให้เกิดข้อจำกัดของความสามารถในการอ่าน เพื่อหาความรู้เกี่ยวกับโรค ระดับความรู้ที่ต่ำจะทำให้ทักษะในการจัดการตนเองน้อยลงพบได้ส่วนใหญ่ในกลุ่มผู้สูงอายุ (Gazmararian, Williams, Peel, & Baker, 2003)

5.3). ภาวะโรคร่วม อาการจากภาวะโรคเรื้อรัง อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดข้อจำกัดในการใช้ชีวิตประจำวันได้ และหากมีภาวะโรคร่วมหลายโรคอาจทำให้พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังต่ำลง (Bayliss et al., 2007)

5.4). ระยะเวลาการเป็นโรค เกี่ยวข้องกับการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย เป็นการรับรู้ส่วนบุคคลเกี่ยวกับโรค เป็นปัจจัยทำนายเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง (Glasgow, Hampson, Strycker, & Ruggiero, 1997) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ไม่มีอาการส่วนใหญ่ พบว่า จะไม่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในชีวิตประจำวันของตนเอง และยอมรับในโรคที่ตนเองเป็น จนกระทั่งอาการของโรครมีการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ระยะสุดท้าย (Nissenson et al., 2001; Thomas-Hawkin & Zazworsky, 2005)

6. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตที่มีพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง โดยจับทีละคู่ (Match Pair) เพื่อเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการสุ่มอย่างง่าย (Sample Random Sampling) ด้วยวิธีการจับสลาก ผลการจับสลาก คือ หมายเลข 1 เป็นกลุ่มควบคุม หมายเลข 2 เป็นกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 9 คุณสมบัติของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการจับคู่ (Matched Pair) โดยพิจารณาองค์ประกอบด้านอายุ ระยะเวลาการเป็นโรค ระดับการศึกษา และภาวะโรคร่วม

คู่ที่	กลุ่มควบคุม (N ₁ = 20)					กลุ่มทดลอง (N ₂ = 20)				
	อายุ	ระยะเวลา ของ โรค	ระดับ การศึกษา	ภาวะ โรค ร่วม	SM BQ	อายุ	ระยะเวลา ของ โรค	ระดับ การศึกษา	ภาวะ โรค ร่วม	SM BQ
1	82	3.0	ไม่ได้เรียน	1	91	83	2.9	ไม่ได้เรียน	1	96
2	85	2.7	ประถมศึกษา	1	67	84	2.8	ประถมศึกษา	1	84
3	82	1.8	ประถมศึกษา	1	128	84	0.7	ไม่ได้เรียน	1	90
4	84	2.8	ประถมศึกษา	1	91	82	2.6	ประถมศึกษา	1	79
5	74	3.0	ไม่ได้เรียน	2	96	75	3.4	ไม่ได้เรียน	2	84
6	76	2.7	ไม่ได้เรียน	1	92	74	2.2	ไม่ได้เรียน	1	75
7	81	2.6	ประถมศึกษา	1	107	82	2.6	ประถมศึกษา	1	76
8	63	2.5	ไม่ได้เรียน	2	86	64	2.9	ไม่ได้เรียน	2	88
9	86	1.9	ไม่ได้เรียน	1	86	85	2.3	ไม่ได้เรียน	1	82
10	75	2.1	ไม่ได้เรียน	2	94	74	5.4	ไม่ได้เรียน	1	110
11	77	2.9	ประถมศึกษา	1	82	76	2.6	ประถมศึกษา	1	75
12	72	3.0	ประถมศึกษา	2	84	74	2.7	ประถมศึกษา	2	76
13	64	1.8	ไม่ได้เรียน	2	92	63	2.6	ไม่ได้เรียน	2	76
14	83	2.7	ไม่ได้เรียน	1	76	86	2.8	ไม่ได้เรียน	1	86
15	84	2.4	ไม่ได้เรียน	1	100	85	2.7	ไม่ได้เรียน	1	124
16	80	2.4	ประถมศึกษา	1	93	83	2.4	ประถมศึกษา	1	87
17	76	1.7	อ่านเขียนได้	1	80	75	2.6	อ่านเขียนได้	1	90
18	71	2.7	ไม่ได้เรียน	2	127	73	2.8	ไม่ได้เรียน	2	101
19	66	2.5	ไม่ได้เรียน	1	113	65	2.2	ไม่ได้เรียน	1	107
20	78	2.8	ประถมศึกษา	2	54	77	2.7	ประถมศึกษา	2	97

ตารางที่ 10 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ เพศ เชื้อชาติ ศาสนา สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ภาวะโรคร่วม ระยะการป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง และ ระยะของโรคไตเรื้อรัง

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (N ₁ =20)		กลุ่มทดลอง (N ₂ =20)		รวม (N=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	อายุ					
60 – 69 ปี	3	15.00	3	15.00	6	15.00
70 – 79 ปี	8	40.00	8	40.00	16	40.00
80 – 89 ปี	9	45.00	9	45.00	18	45.00
เพศ						
ชาย	7	35.00	10	50.00	17	42.50
หญิง	13	65.00	10	50.00	23	57.50
เชื้อชาติ						
ไทย	20	100.00	20	100.00	40	100.00
ศาสนา						
พุทธ	20	100.00	20	100.00	40	100.00
สถานภาพ						
สมรส	11	55.00	12	60.00	23	57.50
ม่าย	9	45.00	8	40.00	17	42.50
ระดับการศึกษา						
ไม่ได้เรียนหนังสือ	11	55.00	12	60.00	23	57.50
ประถมศึกษา	8	40.00	7	35.00	15	37.50
อ่านออกเขียนได้	1	5.00	1	5.00	2	5.00
อาชีพ						
ไม่ได้ทำงาน	14	70.00	14	70.00	28	70.00
เกษตรกรรม	4	20.00	6	30.00	10	25.00
รับจ้าง/พนักงานบริษัท	1	5.00	-	-	1	2.50
ค้าขาย	1	5.00	-	-	1	2.50

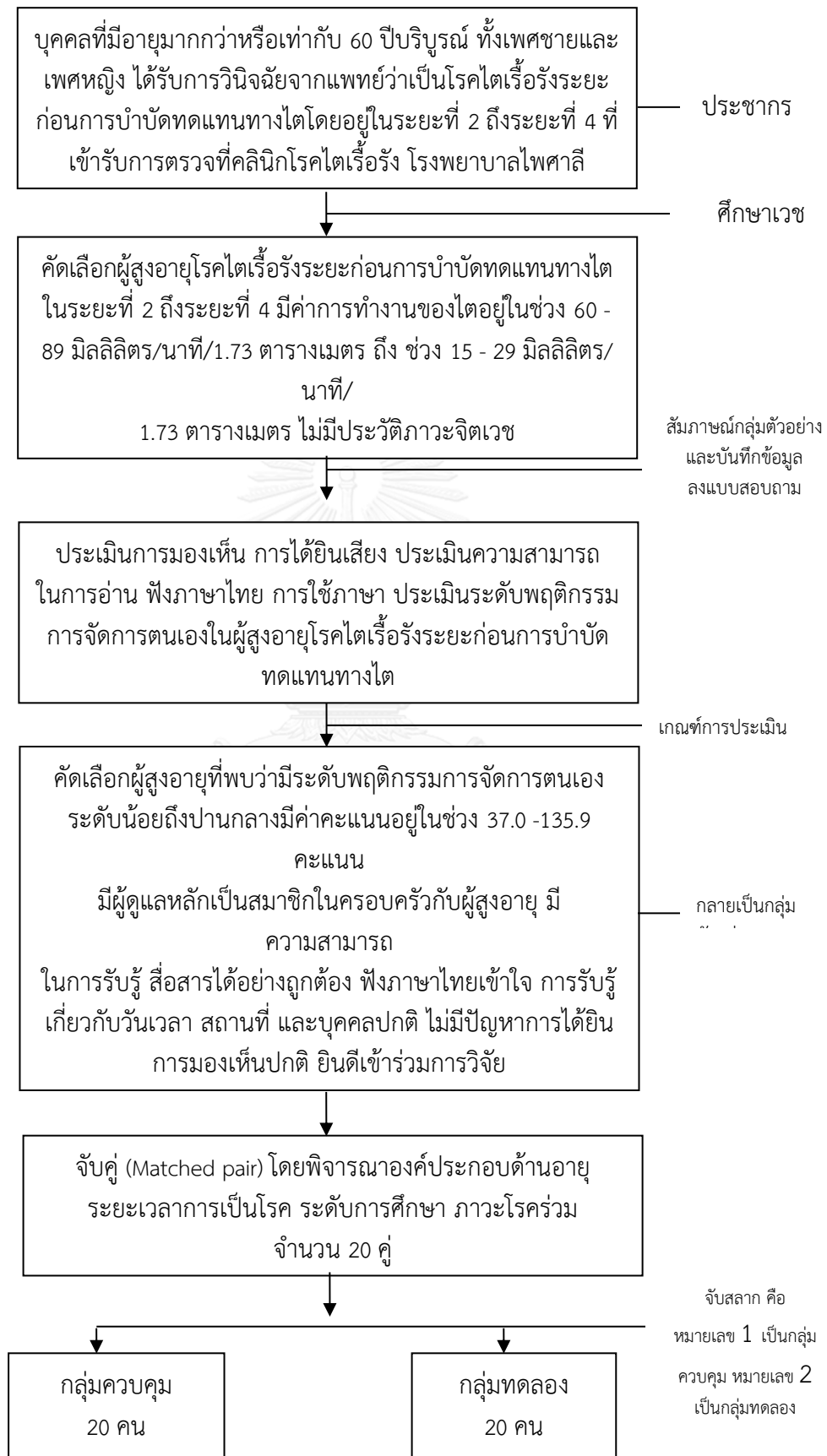
ตารางที่ 10 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		รวม	
	(N ₁ =20)		(N ₂ =20)		(N=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ดูแลหลัก						
ไม่มี	-	-	-	-	-	-
มี						
(ระบุความสัมพันธ์กับผู้ป่วย)						
บุตร	12	60.00	14	70.00	26	65.00
สามี	2	10.00	1	5.00	3	7.50
ภรรยา	4	20.00	2	10.00	6	15.00
หลาน	1	5.00	2	10.00	3	7.50
พี่น้อง	1	5.00	1	5.00	2	5.00
จำนวนสมาชิกในบ้าน						
1-2 คน	8	40.00	10	50.00	18	45.00
3-4 คน	9	45.00	9	45.00	18	45.00
5-6 คน	2	10.00	2	10.00	4	10.00
6 คนขึ้นไป	-	-	-	-	-	-
ผู้ที่คอยดูแลช่วยเหลือท่าน						
ขณะอยู่ที่โรงพยาบาลและ						
ขณะอาศัยที่บ้าน						
ภรรยาหรือสามี	7	35.00	5	25.00	12	30.00
บุตรหรือหลาน	11	55.00	14	70.00	25	62.50
ญาติพี่น้อง	2	10.00	1	5.00	3	7.50
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)						
ไม่เกิน 1,000 บาท	6	30.00	7	35.00	13	32.50
1,001 – 3,000 บาท	13	65.00	11	55.00	24	60.00
3,001 – 5,000 บาท	-	-	2	10.00	2	5.00
5,001 บาท ขึ้นไป	1	5.00	-	-	1	2.50

ตารางที่ 10 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (N ₁ =20)		กลุ่มทดลอง (N ₂ =20)		รวม (N=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	ภาวะโรคร่วม					
(โรคประจำตัว)						
มี 1 โรค	13	65.00	14	70.00	27	67.50
มี 2 โรค	7	40.00	6	30.00	13	32.50
ระยะเวลาการป่วยด้วยโรค						
ไตเรื้อรัง						
น้อยกว่า 1 ปี	-	-	1	5.00	1	2.50
1 ปีขึ้นไป - 3 ปี	20	100.00	17	5.00	37	92.50
3 ปีขึ้นไป - 5 ปี	-	-	1	85.00	1	2.50
5 ปีขึ้นไป	-	-	1	5.00	1	2.50
ระยะของโรคไตเรื้อรัง						
ระยะที่ 2	1	5.00	5	25.00	6	15.00
ระยะที่ 3	18	90.00	14	70.00	32	80.00
ระยะที่ 4	1	5.00	1	5.00	2	5.00

ภาพที่ 2 ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Burn and Glove, 2005)



การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ผ่านคณะกรรมการวิจัยในคน จังหวัดนครสวรรค์ อีกทั้งยังคำนึงถึงการยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก ทั้งนี้ โครงการวิจัยดังกล่าวผ่านการรับรองโดยคณะกรรมการวิจัยในคน จังหวัดนครสวรรค์ เมื่อวันที่ 19 พฤศจิกายน พ.ศ. 2558 หมายเลขวิจัย NSWPHO-004/58 หลังจากนั้นนำหนังสือเสนอขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลไพศาลี เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูล โดยชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างและญาติหรือผู้ดูแล โดยหลักความเคารพในบุคคลเริ่มจากการแนะนำตัวของผู้วิจัยผู้วิจัยให้ข้อมูล ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาการวิจัย จนกลุ่มตัวอย่างเกิดความเข้าใจเป็นอย่างดีและตัดสินใจอย่างอิสระในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อการบริการพยาบาล หรือการรักษาที่จะได้รับ แต่อย่างไรก็ตาม ข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ การนำข้อมูลไปอภิปรายหรือเผยแพร่จะทำในภาพรวมของผลการวิจัยเท่านั้น

การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะปฏิบัติในสิ่งที่เป็นประโยชน์ ไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย หรือจิตใจของผู้เข้าร่วมวิจัย แต่หากพบว่า มีอันตรายเกิดขึ้นจะได้พิสูจน์แล้วว่าเกิดจากการทำวิจัยครั้งนี้ ผู้เข้าร่วมวิจัย ได้ปฏิบัติตามแนวทางของการวิจัยที่ถูกต้องแล้ว ผู้วิจัยยินดีจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ในช่วงระหว่างการเข้าร่วมการวิจัย ถ้าผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่ต้องการเข้าร่วมการวิจัยต่อจนครบตามกำหนดเวลา สามารถบอกยกเลิกได้ทันที โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาล หรือการบริการที่ได้รับ

ผู้วิจัยใช้หลักความยุติธรรม ในการคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย มีเกณฑ์การคัดเลือกเข้าคัดออกชัดเจน มีการกระจายความเสี่ยงอย่างเท่าเทียมกัน การแบ่งเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยวิธีการสุ่มเข้ากลุ่มศึกษา โดยการจับสลาก ผู้เข้าร่วมวิจัย มีโอกาสเท่าๆ กัน ที่จะถูกสุ่มเข้ากลุ่มควบคุมหรือกลุ่มทดลอง หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา หลังจากผู้วิจัยชี้แจงข้อมูลและพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างแล้ว ให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ สำหรับกลุ่มควบคุมผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ โดยอธิบายให้ทราบว่าจะได้รับการพยาบาลตามปกติทุกประการ และหากการทดลองได้ผลดี ผู้วิจัยจะพิจารณาให้กลุ่มควบคุมได้รับการเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย เครื่องมือ 2 ส่วน ได้แก่ 1). เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2). เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง โดยนำเสนอประเภทของเครื่องมือและการตรวจสอบเครื่องมือตามลำดับ ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (ดังแสดงในภาคผนวก ค) เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้สูงอายุต่อเดือน การอาศัยกับบุคคลในครอบครัว บุคคลที่ดูแลขณะเจ็บป่วย จำนวนของสมาชิกในครอบครัว ความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว มีเครื่องเล่นวีดิทัศน์หรือไม่ ข้อมูลเกี่ยวกับโรค ประกอบด้วย ภาวะโรคร่วม (โรคประจำตัว) สาเหตุการเกิดโรค ประกอบด้วย ระดับไขมันในเลือด ค่าความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในกระแสเลือด ระยะของโรค ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง ยาที่ใช้ในการรักษา โดยผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกข้อมูลส่วนบุคคลจากเวชระเบียนของกลุ่มตัวอย่าง และจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ใช้เวลาประมาณ 5 นาที

ทั้งนี้รายละเอียดของขั้นตอนการสร้างแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล มีดังนี้

1. ผู้วิจัยศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสาร บทความ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และเลือกข้อมูลส่วนบุคคลที่จำเป็น ข้อมูลเรื่องโรคไตเรื้อรัง ข้อมูลเกี่ยวกับสมาชิกในครอบครัว และการรักษา เพื่อใช้ เป็นความรู้ประกอบการสร้างแบบสอบถาม

2. สร้างแบบสอบถาม โดยข้อมูลส่วนบุคคลเป็นแบบให้เลือกคำตอบและการเติมคำ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้สูงอายุ การอาศัยกับบุคคลในครอบครัว บุคคลที่ดูแลขณะเจ็บป่วย จำนวนของสมาชิกในครอบครัว ความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว มีเครื่องเล่นวีดิทัศน์หรือไม่ ข้อมูลเกี่ยวกับโรค ประกอบด้วย ภาวะโรคร่วม (โรคประจำตัว) ยา และการรักษาที่ได้รับ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต (The Self-Management Behavior Questionnaire) (ดังแสดงในภาคผนวก ค) ผู้วิจัยนำมาจากของปริญาดา ศรีธราพิพัฒน์ (2012) ที่สร้างขึ้นจากการปรับข้อความจากแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่พัฒนาโดยเคอร์ติน และคณะ (Curtin, Walters, Schatell, Pennell, Wise, & Klicko, 2008) มี 37 ข้อคำถาม และผ่านการทดสอบความเชื่อมั่นค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.89

โดยใช้ประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเอง ทั้งแผนการรักษาอากรมณ์และบทบาท แบ่งเป็น 5 ด้าน ประกอบด้วย ด้านการติดต่อสื่อสารกับบุคลากรสุขภาพ (8 ข้อ) ด้านการเป็นหุ้นส่วน

ในการดูแล (7 ข้อ) ด้านกิจกรรมการดูแลตนเอง (11 ข้อ) ด้านการพิทักษ์สิทธิของตนเอง (10 ข้อ) และด้านการยินยอมปฏิบัติตามแผนการรักษา (1 ข้อ) ซึ่งมีข้อคำถามที่มีความหมายในแง่ลบ จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 29,35,36 คะแนนโดยรวมอยู่ระหว่าง 37 - 185 คะแนน ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ (5 คะแนน) ปฏิบัติบ่อยครั้ง (4 คะแนน) ปฏิบัตินานๆครั้ง (3 คะแนน) ปฏิบัติเป็นบางครั้ง (2 คะแนน) และไม่ปฏิบัติ (1 คะแนน)

การแปลระดับคะแนน โดยรวมโดยใช้ค่าอันตรภาคชั้นเป็น 3 ระดับ คือ

37.0 – 85.9 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการจัดการตนเองระดับน้อย

86.0 – 135.9 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการจัดการตนเองระดับปานกลาง

136.0 – 185.0 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการจัดการตนเองระดับมาก

สำหรับการแปลผลระดับคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองรายด้าน มีดังนี้

1). ด้านการติดต่อสื่อสารกับบุคลากรทางสุขภาพ Communication with caregivers (8 ข้อ) มีคะแนนอยู่ระหว่าง 8 – 40 คะแนน การแปลระดับคะแนนในด้านนี้ คือ

8.0 – 18.9 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการจัดการตนเองระดับน้อย

19.0 – 29.9 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการจัดการตนเองระดับปานกลาง

30.0 – 40.0 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการจัดการตนเองระดับมาก

2). ด้านการเป็นหุ้นส่วนในการดูแล Partnership in care (7 ข้อ) มีคะแนนอยู่ระหว่าง 7 – 35 คะแนน การแปลระดับคะแนนในด้านนี้ คือ

7.0 – 15.9 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการจัดการตนเองระดับน้อย

16.0 – 25.9 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการจัดการตนเองระดับปานกลาง

26.0 – 35.0 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการจัดการตนเองระดับมาก

3). ด้านกิจกรรมการดูแลตนเอง Self-care activities (11 ข้อ) มีคะแนนอยู่ระหว่าง 11 – 55 คะแนน การแปลระดับคะแนนในด้านนี้ คือ

11.0 -25.9 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการจัดการตนเองระดับน้อย

26.0 – 40.9 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการจัดการตนเองระดับปานกลาง

41.0 – 55.0 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการจัดการตนเองระดับมาก

4). ด้านการพิทักษ์สิทธิของตนเอง Self – advocacy behaviors (10 ข้อ) มีคะแนนอยู่ระหว่าง 10 – 50 คะแนน การแปลระดับคะแนนในด้านนี้ คือ

10.0 - 22.9 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการจัดการตนเองระดับน้อย

23.0 – 36.9 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการจัดการตนเองระดับปานกลาง

37.0 – 50.0 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการจัดการตนเองระดับมาก

5) ด้านการยินยอมปฏิบัติการใช้ยาตามแผนการรักษา Medication adherence behavior (1 ข้อ) มีคะแนนอยู่ระหว่าง 1 – 5 คะแนน การแปลระดับคะแนนในด้านนี้ คือ

1.0 – 2.49 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการจัดการตนเองระดับน้อย

2.5 – 3.49 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการจัดการตนเองระดับปานกลาง

3.5 – 5.0 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการจัดการตนเองระดับมาก

ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกข้อมูลจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ใช้เวลาในการประเมิน

25-30 นาที

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ (House, 1981) มีขั้นตอนในการสร้างโปรแกรมดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การทบทวนวรรณกรรม โดยการศึกษาค้นคว้าแนวคิดจากเอกสารวิชาการ ตำรา วารสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทั้งในประเทศและต่างประเทศ ที่เกี่ยวกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม (House, 1981) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมของตนเองในการเป็นผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคม ในการสร้างเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเอง โดยทำการศึกษาจากผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต วิทยาลัยพยาบาลชัยนาท จังหวัดชัยนาท เป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ เพื่อนำมาวิเคราะห์และกำหนดแนวทางในการส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรัง

ขั้นตอนที่ 2 สรุปเนื้อหาสำคัญจากการทบทวนวรรณกรรม การดำเนินกิจกรรมการสนับสนุนทางสังคม โดยกำหนดแผนปฏิบัติการกิจกรรมการสนับสนุนทางสังคม เป้าหมาย วัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินกิจกรรม รูปแบบกิจกรรม ขั้นตอน รายละเอียดต่างๆ ของกิจกรรม สื่อและอุปกรณ์ในการดำเนินกิจกรรม ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม และประเมินผลหลังดำเนินกิจกรรม ดังต่อไปนี้

1. การกำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์ของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม มุ่งให้เกิดทักษะของพฤติกรรมการจัดการตนเอง

2. การประเมินและรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต ได้แก่ ข้อมูลการรักษาของแพทย์ ประวัติการเจ็บป่วย และแหล่งการสนับสนุนทางสังคม และข้อมูลจากเวชระเบียน ข้อมูลด้านพฤติกรรมการจัดการตนเอง เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีข้อจำกัดหลายอย่าง ทั้งการมองเห็น การได้ยิน การสื่อสาร ภาวะโรคร่วม เป็นต้น จึงจำเป็นต้องประเมินความพร้อมของกิจกรรม ได้แก่ ความเหมาะสมของกิจกรรม ระยะเวลาของกิจกรรม

3. วิเคราะห์และวางแผนกิจกรรม กำหนดวิธีการดำเนินกิจกรรมและรายละเอียดของกิจกรรม พร้อมสื่อและอุปกรณ์ในการดำเนินกิจกรรม ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม โดยผู้วิจัยวางแผนดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมจัดการตนเองที่เหมาะสมในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต ประยุกต์ตามแนวคิดของ House (1981) เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมจัดการตนเอง โดยเฉพาะแหล่งสนับสนุนที่สำคัญ คือสมาชิกในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเอง ทำให้เกิดการตัดสินใจเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลตนเอง การเผชิญปัญหาทางจิตสังคม การเป็นหุ้นส่วนทางสุขภาพ การพิทักษ์สิทธิ์ของตนเอง ความร่วมมือในการใช้ยา (Curtin & Mapes, 2001)

เครื่องมือประกอบในโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย (ดังแสดงในภาคผนวก ค)

ส่วนที่ 1 คู่มือการดำเนินการตามโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมสำหรับพยาบาล เป็นแผนการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมเพื่อมุ่งปรับพฤติกรรมจัดการตนเอง โดยผู้วิจัยออกแบบและสร้างขึ้นเพื่อใช้เป็นแผนในการจัดกิจกรรมในโครงการวิจัยตามแนวคิดของ House (1981) มีแผนการดำเนินการสัปดาห์ละ 2 ครั้ง และสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที ระยะเวลา 6 สัปดาห์ รวม 13 ครั้ง ประกอบด้วย แนวคิด วัตถุประสงค์ กิจกรรมตามโปรแกรม สื่อ/อุปกรณ์ และการประเมินผลของกิจกรรม ดังต่อไปนี้

- 1). การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotion Support)
- 2). การสนับสนุนทางข้อมูลข่าวสาร (Information Support)
- 3). การสนับสนุนการประเมินค่า (Appraisal Support)
- 4). การสนับสนุนทางทรัพยากร (Instrumental Support)

ส่วนที่ 2 คู่มือแนวทางพฤติกรรมจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมเนื้อหาเกี่ยวกับพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต เพื่อเป็นรายละเอียดที่สมบูรณ์ของสื่อ ภาพประกอบสื่อต้องระวังกเรื่องลิขสิทธิ์

ส่วนที่ 3 สื่อสำหรับการให้ความรู้ ได้แก่

1). แผ่นวีดิทัศน์ เรื่อง บทบาทของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต ผู้ที่บรรยายสื่อนี้เป็นผู้วิจัยเองโดยใช้น้ำเสียงที่มีพลังชัดเจน โดยใช้ระยะเวลาในการบรรยาย 12 นาที ผู้วิจัยเขียนบทบรรยายสื่อวีดิทัศน์ ผู้วิจัยทบทวนเนื้อหาวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมจัดการตนเองในการดูแลผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการ

บำบัดทดแทนทางไตโดยครอบคลุมเกี่ยวกับ โภชนาการที่เหมาะสม การจำกัดน้ำ การใช้ยา การออกกำลังกายที่เหมาะสม การผ่อนคลายความเครียด

2). แผ่นป้ายฟิวเจอร์บอร์ด อาหารที่ควรงดสำหรับผู้ที่ เป็นโรคไตเรื้อรัง และ ป้ายไว นิล อาหารหลัก 5 หมู่สำหรับผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรัง ที่ผู้วิจัยเป็นผู้ออกแบบเอง ในส่วนของภาพประกอบ และตัวอักษรมีสีสันสวยงาม

3). ชุดโมเดลอาหารลด หวาน มัน เค็ม (ผลิตโดยกลุ่มแม่บ้านสายใยรัก บ้านอุ้มทอง) คู่มือสมุดภาพโมเดลอาหาร ชุดลด หวาน มัน เค็ม จัดทำโดยสำนักโภชนาการ กรมอนามัย

4). Powerpoint เรื่อง โรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตสำหรับผู้ สูงอายุ และ Powerpoint เรื่อง แนวทางการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อน การบำบัดทดแทนทางไต

ส่วนที่ 4 แผนการสอนให้ความรู้ เรื่อง โรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทาง ไตสำหรับผู้สูงอายุ และ แผนการสอนให้ความรู้ เรื่อง แนวทางการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคไต เรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต

ส่วนที่ 5 สมุดบันทึกการจัดการตนเองที่บ้าน (สำหรับผู้สูงอายุและญาติช่วยกัน บันทึก)

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและบุคลากรทาง สุขภาพ (The Social Support Questionnaire) สร้างโดย House (1987) ปรับข้อความให้ เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตโดย Sritarapipat (2012) มีจำนวน 12 ข้อคำถาม ครอบคลุมการรับรู้ของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมที่ ได้รับจากครอบครัวและจากบุคลากรทางสุขภาพ ใน 4 ด้าน ประกอบด้วย ด้านอารมณ์ ด้านการ ประเมินค่า ด้านการให้ข้อมูล และด้านทรัพยากรสิ่งของและการเงิน

ขั้นตอนที่ 3 ตรวจสอบความตรงของเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ว่ามีความ สอดคล้องกับวัตถุประสงค์และเหมาะสมหรือไม่ รวมถึงสื่อและอุปกรณ์ในการจัดกิจกรรม ระยะเวลา ในการดำเนินกิจกรรม และการประเมินผล จากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน (ดังแสดงในภาคผนวก ก) ก่อน นำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมกับผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรัง ระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตอีกครั้งก่อนนำเครื่องมือมาใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ชุดนี้ทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดย ทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต จำนวน 20 ราย ได้ค่า ความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.95

อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยได้กำหนดการกำกับทดลอง แบบสอบถามการสนับสนุนทาง สังคม โดยจะดำเนินการประเมินในสัปดาห์สุดท้ายของการทดลอง คือ สัปดาห์ที่ 7 ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้

หรือมากกว่า .80 จึงจะถือว่ามีความตรงตามเนื้อหาอยู่ในระดับดี โดยคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา จากผลการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างแบบสอบถามกับคำนิยาม หรือทฤษฎี และกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ (Polit and Hungler, 1999 อ้างใน อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2554) ดังนี้

- 1 หมายถึง คำถามไม่สอดคล้องกับนิยามเลย
- 2 หมายถึง คำถามที่จำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่างมาก จึงจะมีความสอดคล้องกับนิยาม
- 3 หมายถึง คำถามที่จำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อย จึงจะมีความสอดคล้องกับนิยาม
- 4 หมายถึง คำถามมีความหมายสอดคล้องกับนิยาม

การหาคำนวนค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาจากสูตร

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$$

โดยผลการคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) ของแบบวัดพฤติกรรม การจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตเท่ากับ 0.94 (ข้อคำถามผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าสอดคล้องมาก จำนวน 35 ข้อ ในจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 37 ข้อ) ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้โดยการสอบถามผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาที่ คลินิกโรคไตเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลไพศาลี จำนวน 5 คน ผู้สูงอายุเข้าใจแบบสอบถาม และเข้าใจ สามารถตอบแบบสอบถามได้ทุกข้อ ผู้วิจัยจึงนำเครื่องมือไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป

การหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

แบบสอบถามพฤติกรรมจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต (The Self-Management Behavior Questionnaire) ในจำนวนข้อคำถาม 37 ข้อ ได้เท่ากับ 0.77

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มีดังนี้

ส่วนที่ 1 โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ คู่มือการดำเนินโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมสำหรับพยาบาล สื่อวีดิทัศน์ เรื่อง บทบาทของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต คู่มือแนวทางพฤติกรรมจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต ผลการตรวจสอบของผู้ทรงคุณวุฒิ มีความคิดเห็นว่าเป็น

- 1). คู่มือแนวทางการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรัง มีรูปแบบสวยงาม ตัวอักษรชัดเจนอ่านง่าย ควรปรับปรุงภาษาให้ถูกต้อง เหมาะสม และให้ระวังการนำภาพมาประกอบที่อาจจะมีลิขสิทธิ์
- 2). สื่อวีดิทัศน์ เรื่อง บทบาทของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรัง ระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตนั้นระยะเวลามีความเหมาะสม เสียงชัดเจนมีพลัง ฟังเข้าใจง่าย สามารถให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการปฏิบัติตาม ดนตรีประกอบสื่อวีดิทัศน์ให้ระวังเรื่องลิขสิทธิ์หากจำเป็นในการใช้ควรมีการอ้างอิงประกอบ
- 3). แผนการสอนเรื่อง “โรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต” และ “แนวทางการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต” ให้ปรับปรุงภาษาที่ใช้ให้เหมาะสม กระชับ ควรใช้ภาพในการสื่อแสดงแทนเนื้อหา เพื่อให้ผู้ฟังเข้าใจง่าย พร้อมยกตัวอย่างภาพแสดงของพฤติกรรมจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังให้ชัดเจน และปรับเนื้อหาของแผนการสอนให้สอดคล้องกับเนื้อหาที่สอน
- 4). แผ่นป้ายพิวเจอร์บอร์ด เรื่อง “อาหารที่ควรงดสำหรับผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรัง” และแผ่นภาพไว้นิล “อาหาร 5 หมู่สำหรับผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรัง” ที่ผู้วิจัยผลิตเอง มีรูปแบบสวยงาม มีขนาดใหญ่ ทำให้ผู้สูงอายุมองเห็นได้ชัดเจน และมีภาพประกอบชัดเจน ระวังข้อความที่ใช้ในภาพต้องมีความเข้าใจง่าย
- 5). ชุดโมเดลอาหารลด หวาน มัน เค็ม (ผลิตโดยกลุ่มแม่บ้านสายใยรัก บ้านอุ้มทอง) และคู่มือสมุดภาพโมเดลอาหาร ชุดลดหวาน มัน เค็ม จัดทำโดยสำนักโภชนาการ กรมอนามัย สวยงาม เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างเป็นอย่างมาก อาจจะมีพกพาลำบากในขั้นตอนการเตรียมของไปเยี่ยมบ้าน
- 6). สมุดบันทึกพฤติกรรมจัดการตนเองที่บ้านสำหรับสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้บันทึกควรปรับให้สมาชิกบันทึกได้ง่าย เน้นใช้การเลือกตอบจะง่ายกว่า หากต้องใช้วิธีการเขียนอาจจะไม่สะดวกกับผู้บันทึก
- 7). ปรับปรุงระยะเวลาการสอนให้เหมาะสมกับผู้ฟังไม่ใช้ระยะเวลานานจนเกินไป รวมถึงกิจกรรมแต่ละกิจกรรม ควรลดระยะเวลาให้น้อยลง คือ ไม่เกิน 60 นาที เพื่อไม่ให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต เกิดความเหนื่อยล้าจนเกินไป
- 8). ควรปรับระยะเวลาของการทำโปรแกรมจาก 6 สัปดาห์ เป็น 8 หรือ 10 สัปดาห์ เนื่องจากการจัดกิจกรรมระหว่างการทดลองหากมีการจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง โดยแต่ละครั้งใช้ระยะเวลานานติดต่อกันจะทำให้สมาชิกครอบครัวและผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตเกิดความเหนื่อยล้า ไม่สนใจ ซึ่งอาจส่งผลให้พัฒนาทักษะเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอาจเกิดผลน้อย และควรปรับกิจกรรมในแต่ละกิจกรรมให้เวลาที่มีความเหมาะสมกระชับ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบแล้ว มาแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้ง 5 คน จากนั้นนำเครื่องมือที่แก้ไขปรับปรุงแล้ว เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบอีกครั้ง ก่อนจะนำไปทดลองใช้

การทดลองใช้ ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ กับผู้สูงอายุโรคที่เป็นไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ที่คลินิกโรคไตเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลไพศาลี จำนวน 3 คน เพื่อตรวจสอบความเหมาะสม ของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมในเรื่องของความเหมาะสมของภาษา รูปแบบความเหมาะสม ของกิจกรรม ระยะเวลากิจกรรม ความสอดคล้องความเหมาะสมของสื่อที่ใช้ และความเหมาะสมใน การนำไปใช้ ซึ่งผลการทดลองใช้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างสนใจฟัง สามารถเข้าใจเนื้อหาที่สอน ภาพประกอบมีความเข้าใจง่าย สนใจสื่อการสอนดี การใช้สื่อสาธิตจริงทำให้ผู้สูงอายุเข้าใจการสอน ได้มากขึ้น ภายหลังจากทดลองการสอน ผู้วิจัยแจกคู่มือแนวทางการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่เป็น โรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต และสื่อวีดิทัศน์ เรื่อง บทบาทของสมาชิกครอบครัวใน การดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต จากนั้น ตรวจสอบความเข้าใจ ของเนื้อหา ความชัดเจนของภาษา และความน่าสนใจของคู่มือ กลุ่มตัวอย่าง ประเมินเนื้อหาอยู่ใน เกณฑ์ดี จึงนำไปใช้จริง อีกทั้ง กลุ่มตัวอย่างยังเกิดทักษะในองค์ประกอบด้านกิจกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรมจัดการตนเองได้ทุกคน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและบุคลากรทางสุขภาพ (The Social Support Questionnaire) สร้างโดย House (1987) ปรับข้อความให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตโดย Sritarapipat (2012) คณะผู้ทรงคุณวุฒิให้ ปรับภาษาที่ใช้ในข้อความ เข้าใจง่าย ชัดเจน เหมาะสมกับผู้สูงอายุ จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือ ที่ผ่านการตรวจสอบมาคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) โดยถือเกณฑ์ การยอมรับ Content Validity Index (CVI) เท่ากับหรือมากกว่า .80 จึงจะถือว่ามีความตรงตามเนื้อหา อยู่ในระดับดี โดยคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา จากผลการพิจารณาความสอดคล้องระหว่าง แบบสอบถามกับคำนิยามหรือทฤษฎี และกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ (Polit and Beck, 2004 อ้างใน อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2554) โดยผลการคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 0.92 (ข้อความ ผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าสอดคล้องมาก จำนวน 11 ข้อ ในจำนวนข้อความทั้งหมด 12 ข้อ)

การหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและบุคลากรทางสุขภาพ (The Social Support Questionnaire) ในจำนวนข้อความ 12 ข้อ ได้เท่ากับ 0.87

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในวันที่ 23 พฤศจิกายน พ.ศ. 2558 ถึง วันที่ 4 มกราคม พ.ศ. 2559 ที่คลินิกโรคไตเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลไพศาลี โดยดำเนินการทดลองเป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนเตรียมการทดลอง ขั้นตอนดำเนินการทดลอง และขั้นตอนประเมินการทดลอง เพื่อให้สามารถดำเนินการทดลองได้อย่างมีความถูกต้อง และได้ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยจึงต้องมีความพร้อมในการดำเนินการวิจัยโดยมีการเตรียมการ ดังนี้

ขั้นตอนดำเนินการทดลอง

ขั้นที่ 1 ขั้นตอนเตรียมการทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรม รวบรวม จัดเตรียมความรู้เรื่องการสนับสนุนทางสังคม โดยทำการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองจากการอ่านหนังสือ เอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องร่วมกับได้รับคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้การศึกษาวิจัยดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้อง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและนำมาปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ
2. ขั้นตอนเตรียมเครื่องมือในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการประยุกต์แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม House (1981) ร่วมกับการทบทวนเอกสาร ตำรา และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตในผู้สูงอายุ
3. เสนอโครงการวิจัยฉบับสมบูรณ์และเครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย ให้คณะกรรมการการวิจัยในคน จังหวัดนครสวรรค์ พิจารณา
4. ผู้วิจัยดำเนินการติดต่อขอความเห็นชอบให้เก็บข้อมูลวิจัยจากคณะกรรมการการวิจัยในคน จังหวัดนครสวรรค์ หลังมีมติรับรองให้เก็บข้อมูลวิจัยจากคณะกรรมการการวิจัยในคน จังหวัดนครสวรรค์ แล้ว ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลไพศาลี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาล
5. เมื่อได้รับการอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลไพศาลี ผู้วิจัยนำหนังสืออนุมัติและหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ยื่นเสนอแก่หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลไพศาลี และหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลแล้วจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล
6. เตรียมผู้ช่วยวิจัย จำนวน 1 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพ และมีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุ อย่างน้อย 2 ปี โดยมีการเตรียมความพร้อมของผู้ช่วยวิจัย ดังนี้

6.1). ชี้แจงให้ผู้ช่วยวิจัยทราบถึงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยและให้ข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล

6.2). เตรียมความพร้อมของผู้ช่วยวิจัย โดยผู้วิจัยแนะนำเกี่ยวกับการใช้แบบสอบถามต่างๆ ที่ใช้ในการทดลอง

7. ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ จำนวน 40 คน โดยเลือกเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน ตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และให้กลุ่มตัวอย่างเช่นตียินยอมเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้น ผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา สถานที่ในการทำกิจกรรมตามโปรแกรมกับกลุ่มตัวอย่าง ทั้ง 2 กลุ่ม ทั้งนี้ ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีการดำเนินการ ดังนี้

7.1). กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยทำการประเมินระดับพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรัง โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรัง (The Self-Management Behaviors Questionnaire) ก่อนการทดลอง (Pre-Test) หลังจากกลุ่มตัวอย่างเช่นตียินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

7.2). กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยทำการประเมินระดับพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรัง โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรัง (The Self-Management Behaviors Questionnaire) ก่อนการทดลอง (Pre-Test) หลังจากกลุ่มตัวอย่างเช่นตียินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

7.3). ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรัง ที่มีระดับพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองน้อย โดยวิธีการจับคู่ (Matched Pair) เพื่อป้องกันอิทธิพลของตัวแปรแทรกซ้อน โดยจัดให้แต่ละคู่มีคุณสมบัติเหมือนหรือใกล้เคียงกันมากที่สุด เพื่อป้องกันตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นทั้ง 2 กลุ่ม (Mann, 2001) ได้แก่ อายุ ระยะเวลาการเป็นโรค ระดับการศึกษา และภาวะโรคร่วม ซึ่งเป็นตัวแปรที่ส่งผลต่อระดับพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง (Sritarapipat, 2012)

8. ผู้วิจัยจัดกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตที่มีพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองระดับน้อยและปานกลาง ที่ได้รับการจับคู่เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยวิธีการจับฉลาก ซึ่งเป็นวิธีการที่เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนประชากรน้อย (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ, 2542)

ขั้นที่ 2 ขั้นตอนการทดลอง

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มควบคุม ดังนี้

1. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่คลินิกโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลไพศาลี เพื่อแนะนำตัว และสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้ง

อธิบายถึงการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อมูลเพิ่มเติม ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย จากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย

2. ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่กลุ่มควบคุมถึงการพยาบาลตามปกติ ได้แก่ การประเมินอาการและอาการแสดง การให้คำแนะนำในการกิจกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคโดยทั่วไป การปฏิบัติตัวในการควบคุมโรคตามปัญหาของผู้ป่วย การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย เป็นต้น

3. ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างมาพบอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 7 เพื่อขอความร่วมมือในการวัดระดับพฤติกรรมการจัดการตนเองอีกครั้ง (Post-Test)

4. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามอีกครั้ง ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มทดลอง ดังนี้

1. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างและสมาชิกในครอบครัวที่คลินิกโรคไตเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลไพศาลี เพื่อแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัย วิธีการดำเนินวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมวิจัย พร้อมอธิบายถึงการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อมูลเพิ่มเติม ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย จากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย

2. ผู้วิจัยทำการนัดหมาย วัน เวลา และสถานที่ในการดำเนินโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม เป็นรายกลุ่มและรายบุคคล โดยดำเนินโปรแกรมจำนวน 13 ครั้ง สัปดาห์ที่ 1 จำนวน 2 ครั้ง สัปดาห์ที่ 2, 3 และ 4 สัปดาห์ละ 3 ครั้ง และสัปดาห์ที่ 5 และ 6 สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที ติดต่อกัน 6 สัปดาห์ (House, 1981)

3. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างตามวัน เวลา และสถานที่ คือ ห้องประชุมที่โรงพยาบาลและที่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง และเริ่มดำเนินโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งประกอบด้วย กิจกรรมการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 กิจกรรม (สัปดาห์ที่ 1 – สัปดาห์ที่ 6) ดังนี้

3.1). กิจกรรมการสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotion Support) มีจุดประสงค์เพื่อการสร้างสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัวกับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต และมุ่งให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต เกิดการสื่อสารกับผู้ให้การดูแล โดยการพูดคุยสร้างสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุ การชี้แจงรายละเอียดของการศึกษา ระยะเวลาของการศึกษา โดยให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมตลอดทุกครั้งที่กิจกรรม ผู้วิจัยเตรียมบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในการสนับสนุนด้านอารมณ์ โดยแนะนำและกระตุ้นให้สมาชิกในครอบครัวดูแลเอาใจใส่ให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเอง ระยะเวลาในการทำกิจกรรม 15-20 นาที ในสัปดาห์ที่ 1-6 สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมทั้งหมด 6 ครั้ง

3.2). กิจกรรมการสนับสนุนทางข้อมูลข่าวสาร (Information Support) จุดประสงค์เพื่อเป็นการมุ่งให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต เกิดการเป็นผู้มีส่วนร่วม

ในการดูแล ไม่ใช่การมีส่วนร่วมของบุคลากรทางสุขภาพฝ่ายเดียว จนเกิดเป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพ โดยกิจกรรมการดูแลตนเอง การปฏิบัติตามเรื่องการใช้ยา รวมถึงการที่พยาบาลให้ข้อมูล คำแนะนำทางสุขภาพที่เป็นประโยชน์เกี่ยวกับพฤติกรรมจัดการตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม กิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับ เรื่อง โรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต และกิจกรรมให้ความรู้ เรื่อง แนวทางการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต โดยมีสมาชิกในครอบครัวร่วมรับฟังกับผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต เป็นการเตรียมบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร โดยให้ข้อมูลเรื่องโรค และแนวทางการจัดการตนเองอีกทางหนึ่งโดยสื่อการนำเสนอการสอน Powerpoint หลังจากบรรยายเสร็จ แจกคู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตให้แก่ผู้สูงอายุ และแจกสื่อวีดิทัศน์เรื่อง บทบาทของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตแก่สมาชิกในครอบครัวให้กลับไปดูที่บ้าน (ในสัปดาห์ที่ 1 วันจันทร์และวันพุธ ระยะเวลาในการทำกิจกรรม 60 นาที รวมทั้งหมด 2 ครั้ง) และสาธิตพร้อมกับให้ความรู้ในเรื่องอาหารสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต ได้แก่ กิจกรรมฟู้ดส์พาเพลิน กิจกรรมกระเช้าเบาเค็ม (ในสัปดาห์ที่ 2 วันจันทร์และวันพุธ ระยะเวลาในการทำกิจกรรม ครั้งละ 60 นาที รวมทั้งหมด 2 ครั้ง) และผู้วิจัยส่งเสริมการออกกำลังกายโดยแนะนำให้สมาชิกครอบครัวพาผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตเดินออกกำลังกายเป็นระยะเวลา 30 นาที ได้แก่ กิจกรรมพิชิตใจพิชิตพุง และ แนะนำการควบคุมภาวะแทรกซ้อนจากโรค ได้แก่ กิจกรรมรักษั้ไตค่าไตโต (ในสัปดาห์ที่ 3 วันจันทร์และวันพุธ ระยะเวลาในการทำกิจกรรม ครั้งละ 60 นาที รวมทั้งหมด 2 ครั้ง) ผู้วิจัยให้ความรู้พร้อมกิจกรรมสาธิตสำหรับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังในเรื่องปฏิบัติตามในเรื่องการใช้ยา และการจำกัดน้ำในแต่ละวันตามระยะของโรค ได้แก่ กิจกรรมยาแอนด้อยู และกิจกรรมวอเตอร์อินเลิฟ (ในสัปดาห์ที่ 4 วันจันทร์และวันพุธ ระยะเวลาในการทำกิจกรรม ครั้งละ 60 นาที รวมทั้งหมด 2 ครั้ง) โดยให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในทุกกิจกรรม

3.3). กิจกรรมการสนับสนุนการประเมินค่า (Appraisal Support) จุดประสงค์เพื่อมุ่งให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตเกิดการพิทักษ์สิทธิ์ของตนเอง เป็นการให้สมาชิกในครอบครัวให้ข้อมูลย้อนกลับไม่ว่าจะเป็นคำพูด การแสดงออก รวมถึงการเห็นพ้องเกี่ยวกับการส่งเสริมการมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่ถูกต้อง โดยผู้วิจัยเตรียมบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในการสนับสนุนด้านการประเมินค่า โดยแนะนำวิธีการประเมินย้อนกลับเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่างให้สมาชิกในครอบครัวทราบ แนะนำให้การยอมรับและกล่าวยกย่องชมเชยเมื่อกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองได้ เพื่อให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต นำข้อมูลเหล่านั้นไปประเมินและนำไปเปรียบเทียบ

กับบุคคลอื่น พร้อมนำไปปรับปรุงแก้ไขพฤติกรรมของตนเองตลอดการทำกิจกรรม (หลังจากสมาชิกในครอบครัวชมสื่อวีดิทัศน์ เรื่องบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรัง ระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตที่บ้าน)

3.4). กิจกรรมการสนับสนุนทางทรัพยากร (Instrumental Support) ผู้วิจัยเตรียมบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในการสนับสนุนด้านทรัพยากร โดยการแนะนำสมาชิกในครอบครัวให้ความช่วยเหลือในการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตให้ได้รับสิ่งของ การบริการต่างๆ การอำนวยความสะดวกที่จำเป็นสำหรับการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเอง ได้แก่ การเตรียมอาหารให้แก่ผู้สูงอายุ การพาเดินออกกำลังกาย การเตรียมอุปกรณ์ในการออกกำลังกาย การจัดเตรียมยาที่แพทย์สั่งสำหรับผู้สูงอายุ การพาผู้สูงอายุมาตรวจตามนัด ด้านพยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรทางสุขภาพจัดกิจกรรมติดตามการปฏิบัติ โดยการติดตามเยี่ยมบ้าน โดยผู้วิจัยจะไปเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุเป็นรายบุคคล ในสัปดาห์ที่ 2, 3, 4, 5 สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ระยะเวลา ครั้งละ 60 นาที ภายหลังผู้สูงอายุเข้าร่วมโปรแกรมเพื่อให้ผู้สูงอายุกลับไปพฤติกรรมจัดการตนเองต่อที่บ้าน โดยให้สมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ดูแลช่วยเหลือให้คำแนะนำหรือข้อเสนอแนะในการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองเกี่ยวกับโรค ซึ่งในแต่ละครั้งสมาชิกครอบครัวต้องลงบันทึกในสมุดบันทึกการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังในแต่ละวันตลอดการเข้าร่วมวิจัย รวมถึงกิจกรรมกระตุ้นเตือนการปฏิบัติ โดยการติดตามผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตทางโทรศัพท์ในสัปดาห์ที่ 6 สัปดาห์ละ 1 ครั้ง พร้อมนัดหมายการพบกันภายหลังจากผู้สูงอายุเข้าร่วมโปรแกรมโดยเป็นการสอบถามถึงปัญหาและอุปสรรค ให้คำแนะนำและให้กำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเอง

4. ภายหลังสิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ในสัปดาห์ที่ 7 ผู้วิจัยประเมินแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต เพื่อเป็นตัววัด หรือกำกับว่าโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นสามารถทำให้พฤติกรรมจัดการตนเองดีขึ้น โดยกำหนดให้มีค่าคะแนนการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลางขึ้นไปเป็นการกำกับการทดลอง ซึ่งคิดเป็นคะแนนตั้งแต่ 5-12 คะแนน จะถือว่าผ่านเกณฑ์

5. เมื่อครบกำหนดการทดลอง คือ ภายหลังกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 7 ผู้วิจัยทำการประเมินระดับพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต (The Self-Management Behaviors Questionnaire : SMBQ) (Post-Test) และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่าง พร้อมแจกของที่ระลึก อาทิ อาหาร รวมถึงของใช้ที่จำเป็น พร้อมกล่าวคำขอบคุณ (ใช้เวลาทั้งหมดประมาณ 45 นาที)

ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้รวบรวมภาพขณะดำเนินกิจกรรมดังแสดงในภาคผนวก ง

6. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

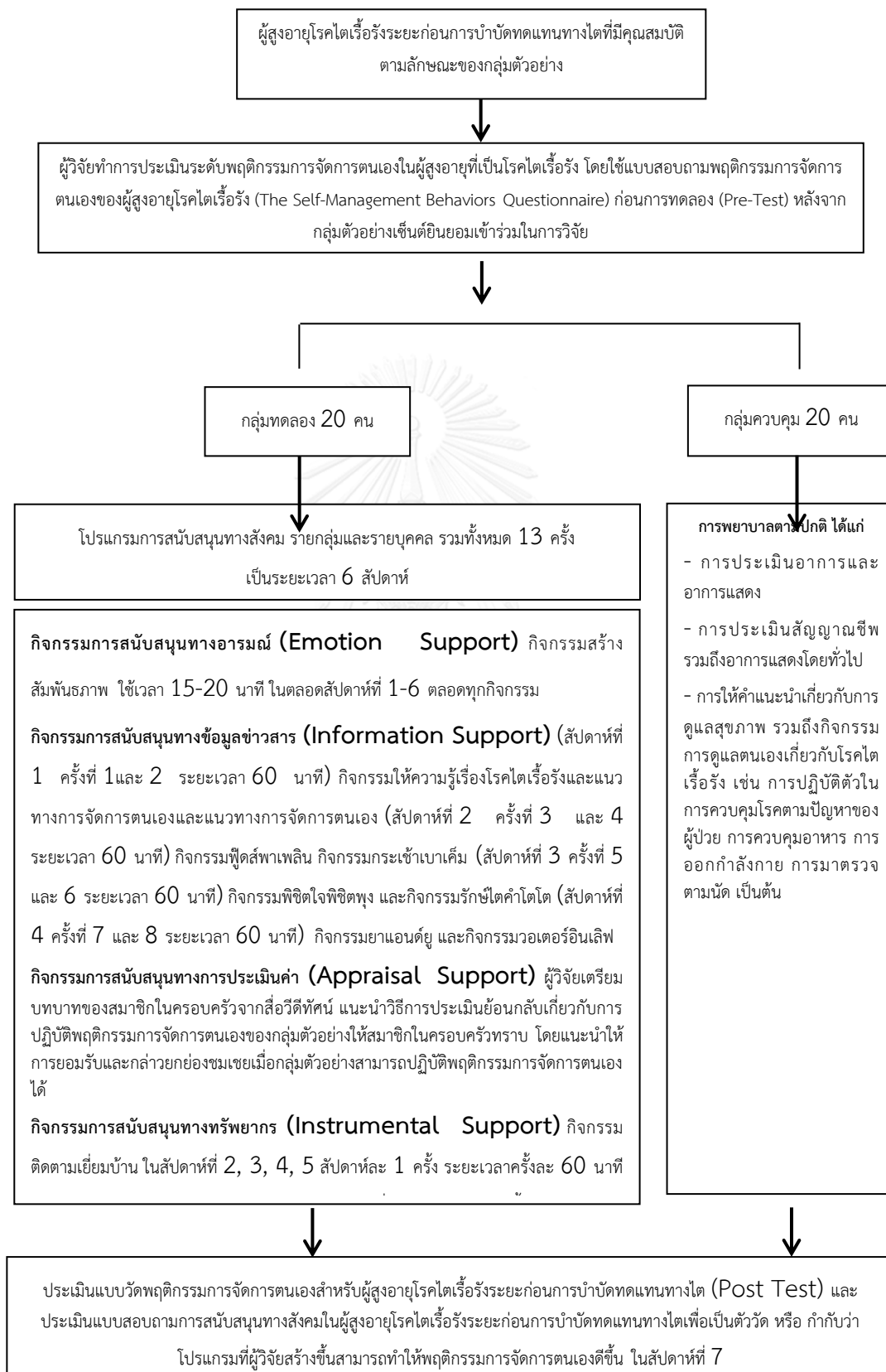
ขั้นที่ 3 ขั้นประเมินผลการทดลอง

ผู้วิจัยพูดคุยซักถามเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการเข้าร่วมการวิจัย และการสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่างในการทำวิจัยครั้งนี้ พร้อมแสดงคำขอบคุณ และผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

ทั้งนี้ผู้วิจัยได้สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดังแสดงในภาพที่ 3



ภาพที่ 3 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย



จากการดำเนินโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยมีข้อสังเกตหลายประการ อันจะเป็นประโยชน์ และแนวทางสำหรับผู้ที่จะนำกิจกรรมดังกล่าวไปใช้ ดังนี้

1). กิจกรรมการสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotion Support) มีดังนี้ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตและสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่ให้ความสนใจรับฟังเมื่อผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย โดยรวมผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตและสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันอยู่แล้ว ในการทำกิจกรรมในสัปดาห์แรก ผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต ยังมีการพูดคุย และสอบถามผู้วิจัยน้อย เมื่อได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมในสัปดาห์ที่ 2 เป็นต้นไป สัมพันธภาพกับผู้วิจัยเริ่มจะดีขึ้น เนื่องจากผู้สูงอายุเกิดความไว้วางใจ เห็นคุณค่าในตนเอง เกิดการเชื่อถือ ไว้วางใจ อีกทั้งยังมีสมาชิกครอบครัวคอยเคียงข้างทำให้เกิดความรู้สึกมั่นใจในการสร้างสัมพันธภาพ

2). กิจกรรมการสนับสนุนทางข้อมูลข่าวสาร (Information Support) กิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต และแนวทางการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต โดยมีสมาชิกในครอบครัวร่วมรับฟังกับผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต โดยสื่อการนำเสนอการสอน Powerpoint หลังจากบรรยายเสร็จผู้สูงอายุสนใจรับฟัง มีการหันไปสอบถามผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างด้านข้างบ้าง ยกมือถามผู้วิจัยเป็นระยะ มีสีหน้าสนใจรับฟังขณะบรรยาย หลังแจกคู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตให้แก่ผู้สูงอายุ มีการเปิดอ่านทำความเข้าใจก่อนเดินทางกลับ และหลังแจกสื่อวีดิทัศน์ เรื่อง บทบาทของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต สมาชิกครอบครัวให้ความสนใจอยากนำไปเปิดดูที่บ้านทำให้เกิดความรู้สึกมีส่วนร่วม

กิจกรรมพิถีพิถัน และกิจกรรมกระเช้าเบาคั้ม ผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตและสมาชิกในครอบครัว มีความสนใจการบรรยาย สีหน้าตั้งใจ ส่วนใหญ่สนใจสื่อที่นำเสนอ คือ ตัวแบบสัญลักษณ์แผ่นป้าย และภาพไวเนล เรื่อง อาหารที่ควรงดและอาหารที่ควรรับประทานสำหรับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรัง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น เนื่องจากมีสีสันสดใส ตัวอักษรมีขนาดใหญ่ชัดเจน ผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตบางรายอ่านตามสื่อที่เสนอมิบางรายที่แจ้งว่าอาหารบางอย่างมีข้อจำกัดด้านรายได้ จึงยังไม่เคยรับประทาน ส่วนกิจกรรมกระเช้าเบาคั้มนั้น ใช้สื่ออาหารจริงที่มีรสเค็มในการสาธิต รวมทั้งสอนวิธีการอ่านฉลาก และดูปริมาณโซเดียม กิจกรรมนี้ส่วนใหญ่สมาชิกครอบครัวให้ความสนใจมาก เนื่องจากบางรายเป็นผู้จัดเตรียมอาหารให้ผู้สูงอายุรับประทาน จึงมีการสอบถามเป็นระยะ สมาชิกในครอบครัวบางรายมีการพูดคุยกับผู้สูงอายุเรื่องการเลือกชนิดอาหาร

กิจกรรมพิชิตใจพิชิตพุง เน้นส่งเสริมการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรัง ระยะเวลาก่อนการบำบัดทดแทนทางไตโดยให้สมาชิกในครอบครัวพาผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตเดินอย่างช้าๆ เป็นระยะเวลา 30 นาที

กิจกรรมรักษไตคำไตโต เน้นการควบคุมภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลกับโรคไตเรื้อรัง โดยผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตและสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่เข้าใจว่าเป็นเรื่องของแพทย์และพยาบาล เนื่องจากบางอย่างเป็นผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาล แต่เมื่อสาริตถึงภาพตัวอย่างอาหาร 5 หมู่ สำหรับผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังจากสื่อตัวแบบสัญลักษณ์แผ่นป้าย และภาพไวเนล ผู้สูงอายุมีความเข้าใจมากขึ้น ยกมือสอบถามว่าอาหารที่ตนเองรับประทานอยู่ในหมู่ใด นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังใช้ชุดโมเดลอาหารลด หวาน มัน เค็ม (ผลิตโดยกลุ่มแม่บ้านสายใยรัก บ้านอุทอง) และคู่มือสมุดภาพโมเดลอาหาร ชุดลดหวาน มัน เค็ม จัดทำโดย สำนักโภชนาการ กรมอนามัย ซึ่งใช้กันอย่างแพร่หลายในการตอบคำถามในกรณีที่มาชิกในครอบครัวบางรายสอบถามเรื่องการจัดการอาหาร กิจกรรมในส่วนนี้สมาชิกครอบครัวให้ความสนใจและซักถามมากเป็นพิเศษ

กิจกรรมยาแอนดัย กิจกรรมนี้ผู้สูงอายุยังจำไม่ได้ว่าตนเองรับประทานยาอะไรบ้าง ส่วนใหญ่จะให้การจำเม็ดยาเวลารับประทาน แต่มีบางรายที่สมาชิกครอบครัวแจ้งว่าตนเองเป็นคนจัดยาให้แก่ผู้สูงอายุรับประทาน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่แจ้งว่าไม่ทราบว่าทำการเปลี่ยนตัวยาเมื่อใด เพราะยาที่รับประทานหลายตัวมาก

กิจกรรมวอเตอร์อินเลิฟ เน้นการจำกัดน้ำ โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับประทานน้ำเกินจากที่กำหนด มีสีหน้าเข้าใจหลังผู้วิจัยสาธิตการตวงน้ำเข้า น้ำออก สมาชิกครอบครัวบางรายเข้าใจแต่จะแจ้งว่าบางครั้งสงสารผู้สูงอายุจึงให้รับประทานน้ำเกินปริมาณที่กำหนดบ้าง

3). **กิจกรรมการสนับสนุนการประเมินค่า (Appraisal Support)** ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ให้ความร่วมมือในการรับฟังสมาชิกในครอบครัวเป็นอย่างดี มีบางรายมักจะสอบถามผู้สูงอายุด้วยกันในเรื่องเกี่ยวกับการรักษาและความเชื่อบางอย่างเกี่ยวกับโรคไต ยกมือสอบถามผู้วิจัยเป็นบางครั้ง

4). **กิจกรรมการสนับสนุนทางด้านทรัพยากร (Instrumental Support)** ผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวชอบในกิจกรรมนี้ ให้การต้อนรับผู้วิจัยเป็นอย่างดี บางรายกล่าวว่าอยากให้ผู้วิจัยมาเห็นของใช้ และอาหารที่ปรุงตามจริงที่บ้าน เพื่อต้องการสอบถามว่ามีผลกับโรคมากเพียงใด มีสีหน้าสดชื่นขณะที่ผู้วิจัยมาทำการเยี่ยมบ้าน ส่วนผู้สูงอายุบางรายยังมีความกังวลเกี่ยวกับพฤติกรรมการจัดการตนเองแต่ไม่กล้ากลับมาสอบถามที่โรงพยาบาล โดยจะใช้วิธีการดูจากคู่มือที่ผู้วิจัยแจกให้ไป ผู้สูงอายุบางรายแจ้งว่าชอบมาก เนื่องจาก รู้สึกอุ่นใจเหมือนมีหมอยู๋ใกล้ตัว

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS/FW (Statistical package for the social science for windows) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ จำนวน ร้อยละ
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนระดับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต ก่อนการทดลอง และหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบที (Pair t-Test Statistics) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนระดับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต หลังการทดลองของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบที (Independent t-Test Statistics) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research) ใช้แบบแผนการทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Control Group Design) (Polit and Beck, 2004) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต โดยเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม และเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

โดยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปของตารางประกอบคำบรรยาย ประกอบด้วย 2 ส่วน ตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 เปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ส่วนที่ 1 เปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม

พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง	n	\bar{X}	SD	ระดับ	t	df	p-value
ก่อนการทดลอง	20	89.15	13.30	ปานกลาง	12.892	19	.000
หลังการทดลอง	20	112.50	9.89	ปานกลาง			

จากตารางที่ 11 แสดงว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง เท่ากับ 89.15 หลังการทดลองคะแนนพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตเท่ากับ 112.50 ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งสอดคล้องตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ที่ว่าพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมสูงขึ้น

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลอง ที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมเป็นรายด้าน

พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง	n	\bar{X}	SD	ระดับ	t	df	p-value
ด้านการสื่อสารกับบุคลากรทางสุขภาพ							
ก่อนการทดลอง	20	24.95	5.67	ปานกลาง	5.223	19	.000
หลังการทดลอง	20	27.75	4.34	ปานกลาง			
ด้านการเป็นหุ้นส่วนในการดูแล							
ก่อนการทดลอง	20	17.50	2.52	ปานกลาง	12.685	19	.000
หลังการทดลอง	20	24.30	1.75	ปานกลาง			
ด้านกิจกรรมการดูแลตนเอง							
ก่อนการทดลอง	20	22.85	6.81	น้อย	7.523	19	.000
หลังการทดลอง	20	31.55	4.59	ปานกลาง			
ด้านพฤติกรรมการพิทักษ์สิทธิ์ตนเอง							
ก่อนการทดลอง	20	22.40	3.58	น้อย	8.114	19	.000
หลังการทดลอง	20	26.00	3.70	ปานกลาง			
ด้านความร่วมมือในการใช้ยา							
ก่อนการทดลอง	20	1.45	.99	น้อย	5.081	19	.000
หลังการทดลอง	20	2.90	1.12	ปานกลาง			
โดยรวม							
ก่อนการทดลอง	20	89.15	13.30	ปานกลาง	12.892	19	.000
หลังการทดลอง	20	112.50	9.89	ปานกลาง			

จากตารางที่ 12 แสดงว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต ก่อนและหลังทดลองในกลุ่มทดลองหรือกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม โดยรวมหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยจำแนกเป็นรายด้านทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการสื่อสารกับบุคลากรทางสุขภาพ ด้านการเป็นหุ้นส่วนในการดูแล ด้านกิจกรรมการดูแลตนเอง ด้านการพิทักษ์สิทธิ์ตนเอง และด้านพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยา พบว่า กลุ่มทดลองหรือกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนทางสังคม มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองทั้ง 5 ด้านหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

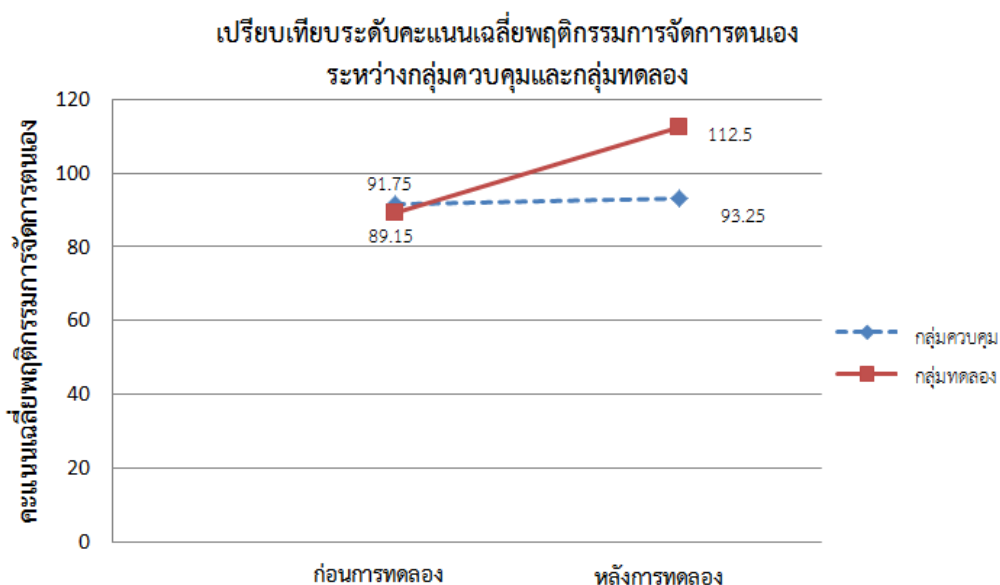
ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 13 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง	n	\bar{X}	SD	ระดับ	t	df	p-value
ก่อนการทดลอง							
กลุ่มควบคุม	20	91.75	17.79	ปานกลาง	0.60	38	.556
กลุ่มทดลอง	20	89.15	13.30	ปานกลาง			
หลังการทดลอง							
กลุ่มควบคุม	20	93.25	16.49	ปานกลาง	4.87	38	.000
กลุ่มทดลอง	20	112.50	9.89	ปานกลาง			

จากตารางที่ 13 แสดงว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุม เท่ากับ 91.75 และกลุ่มทดลอง เท่ากับ 89.15 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) เมื่อพิจารณาหลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตของกลุ่มควบคุม เท่ากับ 93.25 และกลุ่มทดลอง เท่ากับ 112.50 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ที่ว่าระดับพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

เพื่อให้เห็นภาพของการเปรียบเทียบค่าของคะแนนพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองที่ชัดเจนยิ่งขึ้นของทั้งสองกลุ่ม จึงแสดงระดับของคะแนนในรูปของกราฟ ดังแสดงในภาพที่ 4



ภาพที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมหรือกลุ่มทดลอง กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือกลุ่มควบคุม

จากภาพที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมหรือกลุ่มทดลอง กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมหรือกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 89.15 และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 91.75 และพบว่า หลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมหรือกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 112.50 และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 93.25

ตารางที่ 14 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยแบ่งเป็นรายด้านและโดยรวม

พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		t	df	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD			
ด้านการสื่อสารกับบุคลากรทางสุขภาพ							
ก่อนการทดลอง	24.95	5.67	23.70	6.98	.707	38	.488
หลังการทดลอง	27.75	4.34	24.05	6.46	2.543	38	.020
ด้านการเป็นหุ้นส่วนในการดูแล							
ก่อนการทดลอง	17.50	2.52	18.35	3.13	.890	38	.385
หลังการทดลอง	24.30	1.75	18.50	3.17	6.409	38	.000
ด้านกิจกรรมการดูแลตนเอง							
ก่อนการทดลอง	22.85	6.81	21.80	6.85	.517	38	.611
หลังการทดลอง	31.55	4.59	22.20	6.51	4.763	38	.000
ด้านการพิทักษ์สิทธิของตนเอง							
ก่อนการทดลอง	22.40	3.58	26.55	5.40	3.269	38	.004
หลังการทดลอง	26.00	3.70	27.05	4.65	.928	38	.365
ด้านพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยา							
ก่อนการทดลอง	1.45	.99	1.35	0.49	.400	38	.694
หลังการทดลอง	2.90	1.12	1.45	0.51	5.253	38	.000
โดยรวม							
ก่อนการทดลอง	89.15	13.30	91.75	17.79	.599	38	.556
หลังการทดลอง	112.50	9.89	93.25	16.49	4.867	38	.000

จากตารางที่ 14 แสดงว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยรวม ก่อนการทดลองนั้นไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่ามีผลการทดสอบดังนี้

ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการสื่อสารกับบุคลากรทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองนั้นไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลอง พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการเป็นหุ้นส่วนในการดูแลของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองนั้นไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลอง พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองนั้นไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลอง พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านพฤติกรรมพิทักษ์สิทธิ์ของตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองนั้นมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่ภายหลังการทดลอง พบว่า ไม่แตกต่างกัน

ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองนั้นไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลอง พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตโดยใช้แบบแผนการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research) เป็นแบบสองกลุ่มวัดผลก่อน และหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Control Group Design)

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมุติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม
2. พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บุคคลที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปีบริบูรณ์ ทั้งเพศชายและเพศหญิง ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตโดยอยู่ในระยะที่ 2 ถึงระยะที่ 4 มีค่าการทำงานของไต (Creatinine Clearance) อยู่ในช่วง 60-89 มิลลิตร/นาทีต่อ 1.73 ตารางเมตร ถึง ช่วง 15 - 29 มิลลิตร/นาทีต่อ 1.73 ตารางเมตร ที่เข้ารับการตรวจที่คลินิกโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลไพศาลี จังหวัดนครสวรรค์

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตโดยอยู่ในระยะที่ 2 ถึงระยะที่ 4 มีค่าการทำงานของไต (Creatinine Clearance) อยู่ในช่วง 60-89 มิลลิตร/นาทีต่อ 1.73 ตารางเมตร ถึงช่วง 15-29 มิลลิตร/นาทีต่อ 1.73 ตารางเมตร มี

อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปีบริบูรณ์ ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่เข้ารับการตรวจที่คลินิกโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลไพศาลี จังหวัดนครสวรรค์ รับการรักษาในช่วงระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2554 ถึงวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2556 และมีคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับน้อยถึงระดับปานกลาง โดยประเมินจากแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต (The Self-Management Behavior Questionnaire) ที่พัฒนาตามแนวคิดของเคอร์ตินและคณะ (Curtin, Walters, Schatell, Pennell, Wise, & Klicko, 2008) ซึ่งปริญา ศิริธราพิพัฒน์ และคณะ (2012) ได้แปลและพัฒนาให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรัง มีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 37.0 -135.9 คะแนน จำนวน 40 คน โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) ดังต่อไปนี้

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) ดังนี้

1. มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง
2. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต โดยอยู่ในระยะที่ 2 ถึงระยะที่ 4 มีค่าการทำงานของไตอยู่ในช่วง 60-89 มิลลิลิตร/นาทีต่อ 1.73 ตารางเมตร ถึงช่วง 15 - 29 มิลลิลิตร / นาทีต่อ 1.73 ตารางเมตร
3. ผู้ที่มีพฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับน้อยถึงระดับปานกลาง โดยได้รับการประเมินจากแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตตามแนวคิดของเคอร์ติน และคณะ (SMBQ) ที่ปริญา ศิริธราพิพัฒน์ และคณะ ได้แปลและพัฒนาให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรัง เกณฑ์ในการประเมินแบบทดสอบคือ ผู้สูงอายุที่มีคะแนนอยู่ในช่วง 37.0 -135.9 คะแนน
4. อาศัยอยู่กับสมาชิกในครอบครัว มีคุณสมบัติดังนี้
 - 4.1). เป็นผู้ดูแลหลักในการรับผิดชอบและให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุ
 - 4.2). มีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
 - 4.3). มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้
 - 4.4). ยินยอมและให้ความร่วมมือในการวิจัย
5. มีความสามารถสื่อสารภาษาไทยได้อย่างถูกต้อง ไม่มีปัญหาการได้ยิน
6. การรับรู้เกี่ยวกับวันเวลา สถานที่ และบุคคลปกติ
7. ไม่เจ็บป่วยรุนแรงที่เป็นอันตราย หรือเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโปรแกรม
8. ยินดีเข้าร่วมในการทำวิจัยตามแบบขอความร่วมมือเป็นผู้เข้าร่วมในการวิจัยและคำให้คุ้มครองสิทธิ์

เกณฑ์การคัดเลือกออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria)

1. ผู้มีอาการผิดปกติหรือมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงอื่นๆ เช่น มีไข้ มีภาวะติดเชื้อภายในระยะเวลา 24-48 ชั่วโมง มีภาวะเหนื่อยหอบ กระสับกระส่าย หายใจเร็วหรือช้ากว่าปกติ อัตราการเต้นของหัวใจเร็วหรือช้ากว่าปกติ ความดันโลหิตสูงหรือต่ำกว่าปกติ จนไม่พร้อมเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลรักษาพยาบาลตามปกติ
 2. ผู้สูงอายุไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมมากกว่า 4 ครั้ง
 3. ผู้ที่มีโรคทางจิตเวช หรืออยู่ระหว่างการรับยาจิตเวช
- ทั้งนี้จากการศึกษาในครั้งนี้ไม่พบผู้สูงอายุถูกคัดออกจากการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย เครื่องมือ 2 ส่วน ได้แก่ 1). เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2). เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง โดยนำเสนอประเภทของเครื่องมือและการตรวจสอบเครื่องมือตามลำดับ ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (ดังแสดงในภาคผนวก ค) เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้สูงอายุต่อเดือน การอาศัยกับบุคคลในครอบครัว บุคคลที่ดูแลขณะเจ็บป่วย จำนวนของสมาชิกในครอบครัว ความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว มีเครื่องเล่นวีดิทัศน์หรือไม่ ข้อมูลเกี่ยวกับโรค ประกอบด้วย ภาวะโรคร่วม (โรคประจำตัว) สาเหตุการเกิดโรค ประกอบด้วย ระดับไขมันในเลือด ค่าความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในกระแสเลือด ระยะของโรค ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง ยาที่ใช้ในการรักษา

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต (The Self-Management Behavior Questionnaire) (ดังแสดงในภาคผนวก ค) ผู้วิจัยนำมาจากของปริญดา ศรีธราพิพัฒน์ (2012) ที่สร้างขึ้นจากการปรับข้อความจากแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่พัฒนาโดยเคอร์ติน และคณะ (Curtin, Walters, Schatell, Pennell, Wise, & Klicko, 2008) มี 37 ข้อคำถาม โดยใช้ประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเอง ทั้งแผนการรักษาอารมณ์และบทบาทแบ่งเป็น 5 ด้าน ประกอบด้วย ด้านการติดต่อสื่อสารกับบุคลากรสุขภาพ 8 ข้อ ด้านการเป็นหุ้นส่วนในการดูแล 7 ข้อ ด้านกิจกรรมการดูแลตนเอง 11 ข้อ ด้านการพิทักษ์สิทธิ์ของตนเอง 10 ข้อ และด้านการยินยอมปฏิบัติตามแผนการรักษา 1 ข้อ ซึ่งมีข้อคำถามที่มีความหมายในแง่ลบ จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 29,35,36 โดยคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 37 - 185 คะแนน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ (House, 1981) เครื่องมือประกอบในโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมประกอบด้วย (ดังแสดงในภาคผนวก ค)

ส่วนที่ 1 คู่มือการดำเนินการตามโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมสำหรับพยาบาล เป็นแผนการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม โดยผู้วิจัยออกแบบและสร้างขึ้นเพื่อใช้เป็นแผนในการจัดกิจกรรมในโครงการวิจัยตามแนวคิดของ House (1981) มีแผนการดำเนินการสัปดาห์ละ 2 ครั้ง และสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที ระยะเวลา 6 สัปดาห์ รวม 13 ครั้ง ประกอบด้วย แนวคิด วัตถุประสงค์ กิจกรรมตามโปรแกรม สื่อ/อุปกรณ์ และการประเมินผลของกิจกรรม

ส่วนที่ 2 คู่มือแนวทางพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรัง ระยะเวลา 6 สัปดาห์ก่อนการบำบัดทดแทนทางไต

ส่วนที่ 3 สื่อสำหรับการให้ความรู้ ได้แก่

1). แผ่นวีดิทัศน์ เรื่อง บทบาทของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต โดยครอบคลุมเกี่ยวกับ โภชนาการที่เหมาะสม การจำกัดน้ำ การช้ยา การออกกำลังกายที่เหมาะสม การผ่อนคลายความเครียด

2). แผ่นป้ายฟิวเจอร์บอร์ด อาหารที่ควรงดสำหรับผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรัง และ ป้ายไว้นิล อาหารหลัก 5 หมู่สำหรับผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรัง ที่ผู้วิจัยเป็นผู้ออกแบบเอง ในส่วนของภาพประกอบและตัวอักษรมีสีสันสวยงาม

3). ชุดโมเดลอาหารลด หวาน มัน เค็ม (ผลิตโดยกลุ่มแม่บ้านสายใยรัก บ้านอุ้มทอง) คู่มือสมุดภาพโมเดลอาหาร ชุดลด หวาน มัน เค็ม จัดทำโดยสำนักโภชนาการ กรมอนามัย

4). Powerpoint เรื่อง โรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตสำหรับผู้สูงอายุ และ Powerpoint เรื่อง แนวทางการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต

ส่วนที่ 4 แผนการสอนให้ความรู้ เรื่อง โรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตสำหรับผู้สูงอายุ และ แผนการสอนให้ความรู้ เรื่อง แนวทางการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต

ส่วนที่ 5 สมุดบันทึกการจัดการตนเองที่บ้าน (สำหรับผู้สูงอายุและญาติช่วยกันบันทึก)

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและบุคลากรทางสุขภาพ (The Social Support Questionnaire) สร้างโดย House (1987) ปรับข้อคำถามให้

เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตโดย Sritarapipat (2012) มีจำนวน 12 ข้อคำถาม ครอบคลุมการรับรู้ของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจากครอบครัวและจากบุคลากรทางสุขภาพ ใน 4 ด้าน ประกอบด้วย ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่า ด้านการให้ข้อมูล และด้านทรัพยากรสิ่งของและการเงิน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS/FW (Statistical package for the social science for windows) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ จำนวน ร้อยละ
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนระดับพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต ก่อนการทดลอง และหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบที (Pair t-Test Statistics) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนระดับพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต หลังการทดลองของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบที (Independent t-Test Statistics) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05

สรุปผลการวิจัย

1. พฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. พฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษา ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตคือระยะที่ 2 ถึงระยะที่ 4 มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป สามารถอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐาน ดังนี้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 คือ พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม

ผลการวิจัย พบว่า การศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต ผลของการศึกษาเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ คือ พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตเป็นรายด้านทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการสื่อสารกับบุคลากรทางสุขภาพ ด้านการเป็นหุ้นส่วนในการดูแล ด้านกิจกรรมการดูแลตนเอง ด้านการพิทักษ์สิทธิ์ตนเอง และด้านพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยา พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตในทุกด้าน สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

ข้อมูลทั่วไปในการศึกษานี้มีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตของกลุ่มทดลองที่มีพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองภายหลังการทดลองในระดับน้อยถึงระดับสูง มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 45 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ซึ่งอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกและเป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมสูงถึงร้อยละ 46 อายุมากขึ้นจะทำให้พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองยิ่งลดลง (Gallagher et al, 2008) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 57.50 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด มีสถานภาพสมรสแล้ว คิดเป็นร้อยละ 57.50 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ไม่ได้เรียนหนังสือ คิดเป็นร้อยละ 57.50 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลกับพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Bycroft & Tracey, 2006) ระดับการศึกษาน้อยส่งผลสัมพันธ์กับความรูทางสุขภาพที่น้อย (Creer, 2000) นั่นคือทำให้เกิดข้อจำกัดของความสามารถในการอ่านเพื่อหาความรู้เกี่ยวกับโรค ระดับความรู้ที่ต่ำจะทำให้ทักษะในการจัดการตนเองน้อยลงพบได้ส่วนใหญ่ในกลุ่มผู้สูงอายุ หรือ ผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรัง (Healthy people, 2010) ขณะที่ผู้ป่วยที่มีความรู้ด้านสุขภาพดีจะมีระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคที่ตนเองเป็นอยู่สูงขึ้นตามไปด้วย (Gazmararian, Williams,

Peel, & Baker, 2003) ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน คิดเป็นร้อยละ 70 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน จำนวน 1,001 – 3,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 60 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลกับพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรัง หากผู้สูงอายุขาดรายได้ที่เพียงพอจะทำให้เกิดข้อจำกัดในพฤติกรรมการจัดการตนเองหลายด้าน อาทิเช่น การจัดการด้านอาหาร การจัดการกับยา หรือการรับบริการทางการแพทย์ (Tanner, 2004) สอดคล้องกับการศึกษาของ Browne & Merighi (2010) ที่กล่าวว่ารายได้ที่น้อยจะทำให้มีพฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับน้อยและมีโรคประจำตัว 2 โรค คิดเป็นร้อยละ 60 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ภาวะโรคร่วมอาจทำให้พฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังต่ำลง เกิดข้อจำกัดในการใช้ชีวิตประจำวัน เกิดอัตราความพิการ และอัตราการเสียชีวิตสูงขึ้นซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยภาวะโรคเรื้อรังร่วมหลายโรค เช่น โรคเบาหวาน (Bayliss et al., 2007) ซึ่งผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ไม่มีอาการส่วนใหญ่พบว่าจะไม่มีการปรับพฤติกรรมในชีวิตประจำวันของตนเอง และยอมรับในโรคที่ตนเองเป็นจนกระทั่งอาการของโรคเปลี่ยนแปลง (Nissenon et al., 2001; Thomas-Hawkin & Zazworsky, 2005) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาการป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง 1 ปีขึ้นไป - 3 ปี คิดเป็นร้อยละ 92.50 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด เป็นส่วนของการรับรู้ส่วนบุคคลเกี่ยวกับโรค การรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย เป็นปัจจัยทำนายเกี่ยวกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง 3 ด้าน คือ ด้านการควบคุมอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และการวัดระดับน้ำตาลในเลือด (Glasgow, Hampson, Strycker, & Ruggiero, 1997) และมีระยะของโรคไตเรื้อรัง อยู่ในระยะที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 80 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

ทั้งนี้เนื่องมาจากผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ House (1981) เน้นแหล่งการสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญ คือ สมาชิกในครอบครัว เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวแสดงบทบาทในกิจกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตตามแนวคิดของ Curtin & Mapes (2001) กล่าวคือ เป็นการจัดการกับอาการแสดงที่เปลี่ยนแปลงไปโดยเน้น 2 องค์ประกอบ คือ การดูแลตนเองตลอดชีวิต และการจัดการกับชีวิตประจำวัน และเพื่อให้พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตประสบความสำเร็จชัดเจนและเป็นไปตามแนวทางการรักษาของแพทย์ยิ่งขึ้น ผู้วิจัยจึงใช้เทคนิคการจัดกิจกรรมการสนับสนุนทางสังคมในแนวทางใหม่ สอดแทรกการใช้เทคนิคการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัว การให้ความรู้จากผู้วิจัย การแจกคู่มือแนวทางการจัดการตนเอง การใช้สื่อการเรียนรู้ในรูปแบบต่างๆ การติดตามเยี่ยมบ้าน การกระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์

ในการศึกษาคั้งนี้ ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมการสนับสนุนทางสังคมสำหรับการจัดการกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต เพื่อให้ผู้สูงอายุมีการลงมือปฏิบัติ การติดตาม และการบริหารจัดการทุกด้านเกี่ยวกับการรักษาที่ได้รับ

รวมทั้งเผชิญผลที่ตามมาหรืออาการของโรคในชีวิตประจำวัน มีการแสดงบทบาทในกิจกรรมเกี่ยวกับการจัดการตนเองมากขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องนำมาเป็นแนวทางในการจัดการกับพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotion Support) จุดประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตเกิดการสื่อสารกับผู้ให้การดูแล และเปิดโอกาสรับฟังความคิดเห็นของผู้สูงอายุ ตลอดจนการเข้าร่วมโปรแกรม จนเกิดการพัฒนาเป็นทักษะการสื่อสารกับบุคลากรทางสุขภาพ (Communication with Health Care Provider) ได้แก่ กิจกรรมการสร้างสัมพันธ์ภาพ จากการสังเกตกลุ่มตัวอย่างทั้ง 20 ราย มีความสนิทสนมและคุ้นเคยกัน เนื่องจากอาศัยอยู่ในชุมชนใกล้เคียงกัน

กิจกรรมที่ 2 การสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร (Information Support) จุดประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตเกิดการเป็นผู้มีส่วนร่วมในการดูแล จนเกิดเป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพโดยผู้วิจัยจัดกิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต และกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต ด้วยวิธีการสอนผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวเป็นรายกลุ่มประกอบ Powerpoint พร้อมเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุซักถาม ข้อสงสัย ซึ่งผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวให้ความสนใจ รับฟังการสอน และซักถามข้อสงสัย

ผู้วิจัยให้คำแนะนำ พร้อมตอบข้อสงสัยแก่ผู้สูงอายุ และสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับแนวทางการจัดการตนเองของโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตที่ถูกต้องได้ จากการอ่านจากคู่มือแนวทางการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต และการดูสื่อวีดิทัศน์สำหรับสมาชิกในครอบครัว

กิจกรรมฟิตเนสพาเพลิน กิจกรรมกระเช้าเบาเค็ม กิจกรรมพิชิตใจพิชิตพุง กิจกรรมรักษ้ำไต คำโตโต กิจกรรมยาแอนดีย์ และกิจกรรมวอเตอร์อินเลิฟ เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยบูรณาการความรู้โดยใช้กระบวนการการเรียนรู้ ควบคู่กับการลงมือปฏิบัติ ร่วมกับการแสดงบทบาทในกิจกรรมเกี่ยวกับการจัดการตนเองซึ่งอาจมีความแตกต่างกันเล็กน้อยในแต่ละบุคคล โดยใช้สื่อสาธิตจากอุปกรณ์ และวัตถุจริง เพื่อให้ผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวเห็นภาพและเกิดความเข้าใจอย่างชัดเจน

กิจกรรมที่ 3 การสนับสนุนการประเมินค่า (Appraisal Support) เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตเกิดการพิทักษ์สิทธิ์ของตนเอง เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยเตรียมบทบาทของสมาชิกในครอบครัว โดยแนะนำวิธีการประเมินย้อนกลับเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองที่ถูกต้องของกลุ่มตัวอย่างให้สมาชิกในครอบครัวทราบ ผ่านการใช้สื่อวีดิทัศน์

ทัศน์ เรื่อง บทบาทของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต

กิจกรรมที่ 4 การสนับสนุนทางด้านทรัพยากร (Instrumental Support) ผู้วิจัย แนะนำสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับการสนับสนุนสิ่งของ การบริการต่างๆ และการอำนวยความสะดวกที่จำเป็นสำหรับการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเอง ได้แก่ กิจกรรมติดตามเยี่ยมบ้าน และกิจกรรมกระตุ้นเตือนการปฏิบัติทางโทรศัพท์ เป็นการสอบถามถึงปัญหาและอุปสรรค ให้คำแนะนำ และให้กำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเอง

ซึ่งจากการบูรณาการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมทั้งหมด สอดคล้องกับการศึกษาของ พิสมัย พันธุ์พีช (2556) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะ แห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการดูแลเท้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมที่ประยุกต์จากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว ทำให้กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลเท้าสูงกว่าระยะก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งก็เป็นผลจากการจัดกิจกรรมการสนับสนุนทางสังคมเช่นเดียวกัน

ผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นกิจกรรมการพยาบาลตามโปรแกรมที่มีการดูแลผู้สูงอายุครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ มีความเป็นไปอย่างต่อเนื่อง มุ่งให้ผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง โดยพยาบาลเป็นเพียงผู้ส่งเสริมกระบวนการการเรียนรู้ และแนะนำการจัดการกับอาการแสดงที่เปลี่ยนแปลงไปด้วยตนเองโดยมีสมาชิกในครอบครัวคอยสนับสนุน และช่วยเหลือ จนกระทั่งผู้สูงอายุนำความรู้ คำแนะนำที่ได้จากพยาบาลไปใช้ในการแก้ปัญหาเกี่ยวกับอาการ และแสดงบทบาทในกิจกรรมเกี่ยวกับการจัดการตนเองซึ่งมีความแตกต่างกันเล็กน้อยในแต่ละบุคคล

จากการที่ผู้วิจัยสอบถาม พูดคุย และประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุ แต่ละรายพบว่ามีความคล้ายคลึงกัน คือ มีพฤติกรรมการไม่ร่วมมือในการใช้ยา (ลืมรับประทานยาในผู้สูงอายุอาศัยอยู่บ้านคนเดียว) ไม่มารับการตรวจตามนัดเนื่องจากจำวันนัดผิด แต่ในส่วนของพฤติกรรมจัดการตนเองที่ไม่แตกต่างกัน คือ พฤติกรรมพิทักษ์สิทธิ์ของตนเอง กล่าวคือ ผู้สูงอายุมีความสนใจแสวงหาข้อมูลที่นอกเหนือจากการรักษาของแพทย์อย่างสม่ำเสมอ ผู้วิจัยจึงต้องจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมโดยในส่วนของ การสอน แนะนำให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุ และสมาชิกในครอบครัวให้มีความเข้าใจ เกิดทักษะ และสามารถแก้ปัญหาเมื่อมีอาการแสดงตลอดจนผู้วิจัยต้องสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการจัดการกับอาการแสดงที่เกิดขึ้น เมื่อผู้สูงอายุดำเนินชีวิตที่บ้าน เนื่องจากโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตไม่มีวิธีป้องกันระดับปฐมภูมิ และไม่มีวิธีรักษาที่ทำให้หายขาด เป้าหมายก็คือ การที่พยาบาลและสมาชิกใน

ครอบครัวส่งเสริมให้ผู้สูงอายุประสบความสำเร็จในการทำหน้าที่ของร่างกายในระดับสูงสุด เกิดอาการแสดงน้อยที่สุดตามระดับความรุนแรงของโรคที่เป็นอยู่

การใช้สื่อในการสอน โดยมีทั้งคู่มือแนวทางพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต และสื่อวีดิทัศน์ เรื่อง บทบาทของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต และสมุดบันทึกการจัดการตนเองที่บ้าน (สำหรับผู้สูงอายุและญาติช่วยกันบันทึก) ให้ผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวกลับไปทบทวนที่บ้าน ซึ่งวิธีการดังกล่าวจะช่วยให้ผู้สูงอายุซึ่งมีข้อจำกัดในการเรียนรู้และความจำ เกิดความเข้าใจรับรู้สาเหตุ อาการและผลกระทบ และจัดการกับอาการแสดงตามระยะของโรคได้มากขึ้น ส่วนของสื่อวีดิทัศน์มีการสอนและให้คำแนะนำสำหรับสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่กับผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตว่าต้องปฏิบัติตนเช่นไร

สื่อที่ใช้ในการประกอบการสอนขณะทำกิจกรรมในโรงพยาบาล อาทิเช่น แผ่นป้าย พิวเจอร์บอร์ด อาหารที่ควรงดสำหรับผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรัง และ ป้ายไว้นิล อาหารหลัก 5 หมู่สำหรับผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรัง ผลิตเป็นภาพ 4 สีขนาดใหญ่สำหรับผู้สูงอายุบางท่านที่มีปัญหาเรื่องการมองเห็น และการได้ยินขณะที่ผู้วิจัยทำการสอน ซึ่งจะช่วยให้เพิ่มศักยภาพในการเรียนรู้ และการจดจำของผู้สูงอายุ และในส่วนของสื่อที่ใช้ในการประกอบขณะติดตามเยี่ยมบ้าน ได้แก่ ชุดโมเดลอาหาร และคู่มือสมุดภาพโมเดลอาหาร ชุดลด หวาน มัน เค็มช่วยเพิ่มการจดจำในการเรียนรู้ของผู้สูงอายุโดยใช้ประสาทสัมผัสทำให้เพิ่มทักษะในการจัดการตนเองได้ดียิ่งขึ้น

กิจกรรมการติดตามเยี่ยมบ้าน และกิจกรรมกระตุ้นเตือนการปฏิบัติทางโทรศัพท์ เมื่อผู้สูงอายุกลับไปอยู่ที่บ้าน เป็นการเสริมแรงและให้กำลังใจแก่ผู้สูงอายุ สอบถามปัญหาในการจัดการตนเอง กิจกรรมการดูแลตนเอง รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุหรือสมาชิกในครอบครัวซักถามข้อสงสัย ปัญหาต่างๆ พร้อมทั้งร่วมกันแก้ไขปัญหานั้น ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเชื่อใจ มั่นใจ และไว้วางใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ และกระทำกิจกรรมต่อไป จนเสร็จสิ้นตลอดทั้งโปรแกรม

จากการจัดกิจกรรมในโปรแกรม มีการเปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม โดยเฉพาะในผู้สูงอายุตอนกลาง (อายุ 70-79 ปี) และผู้สูงอายุตอนปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) สมาชิกในครอบครัวโดยเฉพาะกลุ่มที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก มีความสนใจใฝ่รู้ในการเข้าร่วมกิจกรรมเป็นอย่างดี ทำให้ผู้สูงอายุได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญ ทั้งในด้านกำลังใจ อารมณ์ และทางทรัพยากร ทำให้สมาชิกครอบครัวมีความเข้าใจ สนับสนุนส่งเสริมและช่วยเหลือเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมผู้สูงอายุมีพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองที่สูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับ Sritarapipat (2012) ที่ว่าการสนับสนุนจากครอบครัวและจากบุคลากรทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง ยังสอดคล้องกับการศึกษาของของศุภรา โถตัน

คำ (2551) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมควบคุมโรคและระดับเครียดในเลือดในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง โดยการให้ความรู้กับผู้สูงอายุและเตรียมบทบาทสมาชิกในครอบครัว ใช้แนวความคิดการสนับสนุนทางสังคมเป็นหลักมาใช้ในการจัดทำโปรแกรม ทำให้พฤติกรรมควบคุมโรคของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังภายหลังได้รับโปรแกรมดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้นสรุปได้ว่า โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น โดยทำการประยุกต์จากแนวความคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (1981) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต เพื่อให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตสามารถปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม ผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตมีพฤติกรรมจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 คือ พฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตเป็นรายด้าน ได้แก่ ด้านการสื่อสารกับบุคลากรทางสุขภาพ ด้านการเป็นหุ้นส่วนในการดูแล ด้านกิจกรรมการดูแลตนเอง ด้านพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยา พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนในด้านการพิทักษ์สิทธิของตนเองภายหลังการทดลองพบว่าไม่แตกต่างกัน ตามสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ สามารถอภิปรายได้ดังนี้

จากการศึกษาของ Curtin และ Johnson (2004) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีผลโดยตรงทางบวกกับการจัดการตนเอง ซึ่งการจัดการตนเองเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตด้านร่างกายที่ดีขึ้น นอกจากนี้ จากการสำรวจสอบถามผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตที่เข้ารับการรักษาตัวที่ คลินิกโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลไพศาลพบว่าผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตที่ไม่ได้อยู่กับครอบครัว หรือที่อาศัยอยู่คนเดียวเพียงลำพัง เกิดปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมจัดการตนเองมากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับสมาชิกในครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาเชิงพรรณนาของบุญต่าย สิทธิไพศาล (2553) พบว่าพฤติกรรมจัดการตนเองรายด้านในด้านการเป็นผู้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง และด้านการพิทักษ์สิทธิของตนเองอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตมี

ความซับซ้อน เป็นกระบวนการเรียนรู้และการดูแลตนเองตลอดชีวิต ประกอบด้วยการลงมือปฏิบัติ การติดตามและการบริหารจัดการทุกด้านเกี่ยวกับการรักษาที่ได้รับ (Curtin & Johnson, 2004) ตามระยะของโรคในแต่ละบุคคล

โรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตไม่มีวิธีรักษาที่หายขาด เป็นโรคเรื้อรังที่ต้องติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องและยาวนาน อีกทั้งข้อจำกัดทางด้านร่างกายจากพยาธิสภาพของโรคและการเรียนรู้ ความจำเป็นของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตยังมีจำกัด จึงจำเป็นต้องมีสมาชิกในครอบครัวมาส่งเสริมและนำการบูรณาการความรู้ที่ได้จากพยาบาลมาใช้กับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตเมื่อกลับไปดำเนินชีวิตที่บ้าน

นอกจากนี้ยังมีผลการศึกษาของสุภาพ อิมอ้วน (2553) พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะโภชนาการ และการปรับตัวด้านโภชนาการของผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร ด้านที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงสุด คือ ด้านความรู้ ข้อมูลข่าวสาร รองลงมา คือ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมิน และด้านสิ่งของ เงินทอง และแรงงาน แหล่งที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงสุด คือ ได้รับจากครอบครัว รองลงมา คือ ได้รับจากแพทย์และพยาบาล เพื่อนบ้าน ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคเดียวกันตามลำดับ

ดังนั้นในโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมที่เน้นในเรื่อง การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร โดยให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในแหล่งการสนับสนุนและให้กำลังใจผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต ดังผลการศึกษาของ สุธาสิณี เรียมจันทร์ (2554) พบว่าการจัดกิจกรรมเป็นรายกลุ่มโดยมีสมาชิกครอบครัวให้การสนับสนุนในการปฏิบัติพฤติกรรมทำให้คะแนนพฤติกรรมการควบคุมโรคและระดับครีเอตินินในเลือดในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายสูงกว่ากลุ่มควบคุมและสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และสอดคล้องกับการศึกษาของชื่นกมล ชมชื่น (2555) ที่เปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคโปรตีนระดับยูเรียไนโตรเจน และครีเอตินินในร่างกายระหว่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมจากคู่สมรสโดยการให้ความรู้ การสร้างทักษะ การให้การสนับสนุนทางสังคมในการบริโภคโปรตีน จัดกิจกรรมโดยการสอน และฝึกทักษะเป็นรายบุคคลโดยสื่อวีดิทัศน์ และคู่มือการสอน พร้อมการกระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์ พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคโปรตีน ระดับยูเรียไนโตรเจนและระดับครีเอตินินในร่างกายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

หากพิจารณากิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดในโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม โดยมีการนัดผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตรวมทั้งสมาชิกครอบครัวมาทำกิจกรรมที่โรงพยาบาล และมีการติดตามเยี่ยมบ้าน พร้อมกิจกรรมการกระตุ้นเตือนการปฏิบัติทางโทรศัพท์ ถือว่าเป็นการบูรณาการทักษะของพฤติกรรมจัดการตนเอง และส่งเสริมสนับสนุนความพยายามของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตในการจัดการตนเอง ตามระยะของโรคไตเรื้อรังในระยะที่ 2

ถึง ระยะที่ 4 ซึ่งองค์ประกอบสำคัญเกี่ยวกับพฤติกรรมจัดการตนเองในการชะลอการเสื่อมของไต ประกอบไปด้วย การควบคุมภาวะโภชนาการ การจำกัดน้ำดื่ม การรับประทานยาอย่างเคร่งครัดตามที่แพทย์สั่ง การออกกำลังกายและการผ่อนคลายความเครียด (เกรียง ตั้งสง่า, 2540) ปัจจุบันการชะลอความเสื่อมของไตจะจัดในรูปแบบโปรแกรมการจัดการตนเองซึ่งจะเน้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติเพียงคนเดียว ซึ่งการที่ผู้วิจัยนำสมาชิกในครอบครัวมามีส่วนช่วยในโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมในการปรับพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตโดยให้มีส่วนร่วมในทุกกิจกรรมตลอดโปรแกรม ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมทำให้พฤติกรรมจัดการตนเองสูงขึ้นในกลุ่มทดลองอย่างเห็นได้ชัดเจน

จากการเปรียบเทียบพฤติกรรมจัดการตนเองรายด้านของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยเป็นรายด้านทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการสื่อสารกับบุคลากรทางสุขภาพ ด้านการเป็นหุ้นส่วนในการดูแล ด้านกิจกรรมการดูแลตนเอง ด้านการพิทักษ์สิทธิ์ของตนเอง และด้านการยินยอมการปฏิบัติการใช้ยาตามแผนการรักษา มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) คือ หลังการทดลองกลุ่มทดลองหรือกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลางที่ค่อนข้างไปทางระดับมาก ส่วนกลุ่มควบคุมหรือกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอยู่ในระดับปานกลางที่ค่อนข้างไปทางระดับน้อย อาจเนื่องมาจากเมื่อผู้สูงอายุกลับไปดำเนินชีวิตที่บ้านเป็นสภาพแวดล้อมที่ตนเองคุ้นเคย แต่ขาดสมาชิกในครอบครัวที่คอยช่วยเหลือสนับสนุนในด้านทรัพยากรจึงทำให้พฤติกรรมจัดการตนเองในการชะลอความก้าวหน้าของโรคยังทำได้ไม่เต็มที่

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่าการจัดโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมให้แก่ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต ซึ่งมีการจัดกิจกรรมโดยเน้นการมีส่วนร่วมสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวและพยาบาลเพื่อปรับพฤติกรรมจัดการตนเอง จาก 4 กิจกรรม คือ กิจกรรมการสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional Support) กิจกรรมการสนับสนุนทางการประเมินค่า (Appraisal Support) กิจกรรมการสนับสนุนทางข้อมูลข่าวสาร (Information Support) กิจกรรมการสนับสนุนทางทรัพยากร (Instrumental Support) ตลอดจนการได้รับสื่อการเรียนรู้ประกอบกิจกรรม ทั้งสื่อวีดิทัศน์ คู่มือแนวทางการจัดการตนเอง แผ่นป้ายไว้นิล และแผ่นป้ายฟิวเจอร์บอร์ดเกี่ยวกับอาหาร โมเดลอาหาร ชุด ลดหวาน มัน เค็ม เพื่อให้ผู้สูงอายุและสมาชิกครอบครัวสามารถบูรณาการความรู้สู่การปฏิบัติพฤติกรรมอย่างถูกต้อง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างชัดเจน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการที่ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ดังนี้

1. ด้านการบริหารจัดการการพยาบาล

1.1). ผู้บริหารในโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการกำหนดการบริหารจัดการเชิงนโยบายเกี่ยวกับการจัดการผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต ตลอดจนการถ่ายทอดเป็นแนวปฏิบัติไปสู่ชุมชน และครัวเรือน เพื่อเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพของการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดียิ่งขึ้นของผู้สูงอายุ อันจะส่งผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่ดีขึ้นด้วยเช่นกัน

1.2). ผู้บริหารทางการแพทย์ควรสนับสนุนการนำโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม มาใช้เป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมทางการแพทย์เพื่อให้พฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตสูงขึ้น โดยอาจอยู่ในรูปแบบโปรแกรมกิจกรรมที่ผสมผสาน เพื่อมุ่งเป้าในการพัฒนากิจกรรมทางการแพทย์ให้เกิดความหลากหลาย และเกิดประสิทธิภาพเกิดประโยชน์แก่ผู้รับบริการในชุมชน เป็นบทบาทอย่างหนึ่งที่พยาบาลพึงกระทำ

1.3). การจัดระบบบริการทางการแพทย์สำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตควรจัดให้มีช่องทางการสื่อสารระหว่างผู้สูงอายุ สมาชิกครอบครัวและบุคลากรทางสุขภาพโดยมีสายตรงสำหรับให้คำปรึกษาแบบ One Stop Service หรือระบบการติดตามทางโทรศัพท์ เป็นวิธีการหนึ่งที่มีประสิทธิภาพ ลดการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายจากการเดินทาง อีกทั้งยังทำให้พยาบาลสามารถประเมินผลการพยาบาลจากการจัดกิจกรรมในระยะยาว นับเป็นวิธีการพยาบาลในเชิงรุก

2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

2.1). สามารถนำส่วนหนึ่งของกิจกรรมในโปรแกรมที่ส่งผลให้คะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงขึ้น เช่น กิจกรรมการสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร กิจกรรมการสนับสนุนทางอารมณ์นำมาปรับใช้ในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังที่มาเข้ารับการรักษาดังในโรงพยาบาลในระหว่างที่สมาชิกในครอบครัวทำการดูแลผู้ป่วย รวมถึงการเปิดสื่อวีดิทัศน์ให้ดู การให้คำแนะนำในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต พยาบาลสามารถนำคู่มือแนวทางการจัดการตนเองมอบให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระหว่างการมานอนพักรักษาตัวใน

โรงพยาบาลเพื่อเป็นแหล่งข้อมูลสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการจัดการตนเองที่เหมาะสมกับโรคมามากยิ่งขึ้น

2.2). พยาบาลและบุคลากรทางด้านสุขภาพสามารถนำโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตตั้งแต่มาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งออกจากโรงพยาบาลและกลับไปอยู่บ้านเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องโดยเลือกรูปแบบกิจกรรมที่เหมาะสมแต่ละระยะของโรค

2.3). พยาบาลสามารถนำแบบประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองที่ผู้วิจัยนำมาใช้และพัฒนาขึ้น มาประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต เพื่อให้เครื่องมือในการประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองใช้ในหน่วยงานของโรงพยาบาล ทำให้พยาบาลประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุได้

2.4). พยาบาลและบุคลากรทางด้านสุขภาพ ควรมีการประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังทุกราย เพื่อให้สามารถจัดกิจกรรมการพยาบาลเพื่อทำให้พฤติกรรมจัดการตนเองมีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละราย และควรส่งเสริมให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับพฤติกรรมจัดการตนเองเมื่อผู้สูงอายุกลับไปอยู่ที่บ้านกับสมาชิกครอบครัว เนื่องจากโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตไม่มีวิธีป้องกันในระดับปฐมภูมิ ไม่มีทางรักษาให้หายขาดมีแต่ชะลอไม่ให้โรคมีความก้าวหน้าขึ้น อีกทั้งยังเป็นภาวะโรคเรื้อรังซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลซ้ำ และมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต

3. ด้านการศึกษาทางการพยาบาล มหาวิทยาลัย

3.1). ควรมีการเพิ่มเติมหรือสอดแทรกเนื้อหาสำหรับนักศึกษาพยาบาล ตลอดจนมีการอบรมให้ความรู้กับบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต ให้มีความรู้ ความเข้าใจที่ชัดเจนและถูกต้องมากยิ่งขึ้นในการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยให้มีแนวโน้มของพฤติกรรมที่ดียิ่งขึ้น

3.2). เป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอน สำหรับการจัดการกับพฤติกรรมจัดการตนเอง โดยเน้นให้นักศึกษาพยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมจัดการตนเองที่ดี ทั้งในแง่การประเมินพฤติกรรมจัดการตนเอง การจัดการตนเองตามระยะของโรคอย่างเหมาะสม และสามารถนำไปเป็นแนวทางในการศึกษาพฤติกรรมจัดการตนเองกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มอื่นๆในลำดับต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

1. ควรศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับระดับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและบุคลากรทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต ก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม เพื่อเปรียบเทียบผลการวิจัยว่าระดับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและบุคลากรทางสุขภาพ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมมีความแตกต่างกันหรือไม่
2. ควรศึกษาทดลองโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิต เป็นต้น เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการควบคุมโรค ตลอดจนการป้องกันอันตรายที่อาจเกิดจากภาวะแทรกซ้อน หรือผลข้างเคียงอื่นๆ ที่เกิดจากโรค อันจะเป็นการส่งเสริมให้มีพฤติกรรมจัดการตนเองที่ถูกต้อง และลดค่าใช้จ่ายในส่วนที่ไม่จำเป็น
3. ควรเพิ่มกรอบการวิจัยในเรื่องของขอบเขตระยะเวลาการศึกษาให้ยาวนานมากขึ้นอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป เพื่อให้ได้รับผลการทดลองที่มีประสิทธิภาพและเห็นประสิทธิผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เพิ่มมากขึ้น
4. ควรทำการศึกษาพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตในชุมชน หรือในศูนย์บริการสุขภาพชุมชน เนื่องจากพฤติกรรมจัดการตนเองที่ไม่ถูกต้องเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นมากเมื่อผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกลับไปอยู่ที่บ้านเพียงลำพัง ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องกลับมารักษาที่โรงพยาบาลอีก
5. จากข้อสังเกตพฤติกรรมของผู้สูงอายุ ปัญหา อุปสรรคในขณะดำเนินชุดโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะการใช้เทคนิคต่างๆ ในการดำเนินชุดกิจกรรม ดังนี้
 - 5.1). ขณะดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมควรสร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลายและเป็นกันเอง เพื่อเป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุ สมาชิกในครอบครัวและผู้วิจัย ควรทำความเข้าใจระยะเวลา ขอบเขต และวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้ชัดเจน
 - 5.2). ผู้วิจัยควรสร้างสัมพันธภาพ โดยกล่าวทักทายผู้สูงอายุด้วยใบหน้ายิ้มแย้มและเป็นมิตร เพื่อสร้างความคุ้นเคยกับผู้สูงอายุและครอบครัว อีกทั้งผู้วิจัยต้องมีความจริงใจ มีน้ำเสียงและคำพูดที่ละมุนละม่อม อีกทั้งควรยอมรับฟังในขณะที่ผู้สูงอายุถามคำถาม
 - 5.3). ผู้วิจัยควรให้ความยอมรับ ทำให้ผู้สูงอายุเห็นคุณค่าในตนเองขณะทำกิจกรรม ไม่แสดงท่าทีเบื่อหน่าย อีกทั้งผู้วิจัยต้องให้กำลังใจโดยมีสมาชิกครอบครัวคอยช่วยเหลือ อยู่เคียงข้าง
 - 5.4). ผู้วิจัยต้องสังเกตความรู้สึกของผู้สูงอายุขณะฟังการบรรยายว่ามีท่าทางสนใจในคำพูดขณะบรรยายหรือไม่ หากรู้สึกว่าคุณสูงอายุไม่สนใจรับฟังควรเว้นระยะการบรรยายให้ผู้สูงอายุได้มีการพักเพื่อผ่อนคลายความตึงเครียด

5.5). การเลือกสื่ออุปกรณ์ผู้วิจัยเป็นผู้สร้างสื่อเองบางส่วน เช่น แผ่นป้ายไวน์ลอาหารที่ควรงดในผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรัง และป้ายฟิวเจอร์บอร์ดอาหาร 5 หมู่ในผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรัง ควรทำเป็นสีสันสดใส ตัวอักษรชัดเจนซึ่งผู้สูงอายุอ่านง่ายและชื่นชอบมาก ควรจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อทำให้บรรยากาศการฟังเกิดการผ่อนคลายด้วย

6. ควรมีการศึกษาพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังในเชิงคุณภาพและปริมาณในโรงพยาบาลมากขึ้นหรือเลือกบางส่วนของกิจกรรมในโปรแกรมมาทำการศึกษากิจกรรมใดทำให้พฤติกรรมจัดการตนเองมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่สูงขึ้นอย่างเด่นชัด เพื่อให้สามารถนำมาปรับแผนการพยาบาล หรือโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตมากยิ่งขึ้น



รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- เกรียง ตั้งสง่า. (2540). ตำราโภชนบำบัดและโรคไต. ใน ประเสริฐ ธนกิจจารุ อุษณา ลุวีระ วลัย อินทร์พรชัย และยุพาพิน จุลโมกษ์ บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ: ชวนพิมพ์.
อินทร์พรชัย และยุพาพิน จุลโมกษ์ บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ: ชวนพิมพ์.
- เกรียง ตั้งสง่า. (2550). โรคไต กลไก พยาธิสรีรวิทยา การรักษา. สมชาย เอี่ยมอ่อง, เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์, บรรณาธิการ, แนวทางการรักษาโรคไตเรื้อรังด้วยยาและโภชนบำบัด. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : เทกซ์แอนด์เจอร์นัลพับลิชั่น, 191-218
- เกรียงศักดิ์ วารีแสงทิพย์ และธัญญารัตน์ อธิพรเลิศรัตน์. (2555). ตำราอายุรศาสตร์โรคไต 1. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น.
- แจ่มศรี เสมาเพชร. (2556). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ชวลิต รัตนกุล. (2547). ใน สมชาย เอี่ยมอ่อง บรรณาธิการ, อาหารบำบัดในโรคไต. กรุงเทพมหานคร : เท็กซ์แอนด์เจอร์นัลพับลิเคชั่น.
- ชื่นกมล ชมชื่น. (2556). ผลของการส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมจากคู่สมรสต่อพฤติกรรมการบริโภคโปรตีนระดับยูเรีย ไนโตรเจน และระดับครีเอตินินในร่างกายของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ณัฐชา พัฒนา. (2554). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในหอผู้ป่วยวิกฤติ วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ทวี ศิริวงศ์. (2550). Impact of Salf Intake on Renal Function in Health and Disease. วารสารอายุรศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 6, 60-70.
- ทัศนีย์ อนันตพันธุ์พงษ์. (2540). ญาติกับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย. วิทยาสารพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย, 22, 110-115.
- ธนิต จิรนนท์ธวัช, ธนันดา ตระการวนิช, สิริภา ช่างศิริกุลชัย และวสันต์สุเมธกุล. (2551). Nephrology Board Review. กรุงเทพฯ: เท็กซ์แอนด์เจอร์นัลพับลิเคชั่น.

- ธนิต จิรนนท์ธวัช ธันนดา ตระการ วณิช วสันต์ สุเมธกุล และสิริภา ช่างศิริกุลชัย. (2551). Highlight in Nephrology for Internist. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชัน จำกัด.
- นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์. (2548). การจัดการตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. วิทยานิพนธ์ปริญญาตรีบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุญต่าย สิทธิไพศาล. (2553). พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลห้างฉัตร จังหวัดลำปาง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ. (2542). เทคนิคการสร้างเครื่องมือรวบรวมข้อมูลสำหรับนักวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: เจริญดีการพิมพ์.
- บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์. (2538). สังคมวิทยาการแพทย์ หน่วยที่ 11 เอกสารประกอบการสอน. กรุงเทพมหานคร : ชวนพิมพ์.
- ประเจษฎ์ เรื่องกาญจนเศรษฐ์. (2552). Hypertension. ใน จันทราภา ศรีสวัสดิ์ และประเจษฎ์ เรื่องกาญจนเศรษฐ์ บรรณาธิการ, การดูแลผู้ป่วยนอกทางอายุรศาสตร์. กรุงเทพฯ: นำอักษร.
- ประเจษฎ์ เรื่องกาญจนเศรษฐ์. (2555). Essential Nephrology. ใน อำนาจ ชัยประเสริฐ, อุปถัมภ์ ศุภสินธุ์, อินทรีย์ กาญจนกุล และพรรณบุปผา ชูวิเชียร บรรณาธิการ, Chronic kidney disease. กรุงเทพฯ: นำอักษร.
- ประเจษฎ์ เรื่องกาญจนเศรษฐ์. (2557). Essential Nephrology. ใน บัญชา สติระพงษ์ เนาวนิตย์ นาทา อุปถัมภ์ ศุภสินธุ์ พรรณบุปผา ชูวิเชียร บรรณาธิการ, Chronic kidney disease. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โครงการตำราวิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า.
- ปิ่นแก้ว กล้ายประยงค์. (2550). ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการสร้างเสริมพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไตสู่ภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้ายของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 ที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรคไตโรงพยาบาลรามธิบดี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาสุขศึกษา คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2551). การประเมินภาวะสุขภาพผู้ใหญ่และผู้สูงอายุสำหรับพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 4. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.
- ฝ่ายเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลไพศาล. (2554). สถิติผู้ป่วยสูงอายุโรคไตเรื้อรัง. กรุงเทพมหานคร. (เอกสารไม่ตีพิมพ์)

- ฝ่ายเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลไพศาลี. (2556). สถิติผู้ป่วยสูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต. กรุงเทพมหานคร. (เอกสารไม่ตีพิมพ์)
- พรณา ไชยอาสา. (2550). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พนิดา โยวะผุย. (2551). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พิกุล ดินามาส. (2550). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พิสมัย พันธุ์พีช. (2556). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการดูแลเท้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- พิศิษฐ์ เสรีธรรมะพิทักษ์. (2553). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เรื่องการเกิดโรคไตเรื้อรังกับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- มยุรี ปัญญาสิม. (2551). ผลของการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์ วิไลวรรณ ทองเจริญ วินัส ลิ้มกุล และพัสมณต์ คุ่มทวีพร. (2555). พยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพมหานคร : บุญศิริการพิมพ์.
- ศิริรัตน์ เรืองจ้อย. (2551). Approach and Management of Chronic Kidney Diseases, ใน ธนิต จิรนนท์ธวัช สิริภา ช่างศิริกุลชัย และธรรนดา ตระการวนิช. Highlight in Nephrology for Internist. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: คณะอนุกรรมการวิชาการสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย.
- ศุภรา โถตันคำ. (2551). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคและค่าครีเอตินินในเลือดในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- สภาการพยาบาล. (2552). แผนการพัฒนากายภาพและการผดุงครรภ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2550-2559. สภาการพยาบาล นนทบุรี: ศิริยอดการพิมพ์.
- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2552). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2552. กรุงเทพฯ : เบริงเกอร์ อินเทลไฮม์
- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2555). คู่มือการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะเริ่มต้น. สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ (บรรณาธิการ). พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : บริษัท ยูเนียน อุตสาหกรรม จำกัด.
- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2555). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2555. Retrieved 9 สิงหาคม 2555, from <http://www.nephrothai.org>.
- สุจิตรา ลีอำนวยลาภ. (2536). ภาวะไตล้มเหลวเฉียบพลันและเรื้อรัง : การวางแผนการพยาบาล พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
- สุธาสิณี เรียมจันทร์. (2554). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรม การควบคุมโรค และระดับครีเอตินินในเลือดในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุนิสา สีหม. (2556). การจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย. 6,12-18.
- สุพิชา อัจฉิตการ, ลินจง โปธิบาล, ดวงฤดี ลาสุขะ,. (2555). พฤติกรรมจัดการตนเองและปัจจัยทำนายในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง. พยาบาลสาร (พิเศษ), 40,22-32.
- สุภาพ อิมอ้วน. (2553). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะโภชนาการของผู้ป่วยที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุมาพร บรรณสาร. (2545). ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการ ระยะเวลาของความเจ็บป่วยกับการปรับตัวของผู้ป่วยผู้ใหญ่ไตวายเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2554). รายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550. กรุงเทพฯ : กองคลังข้อมูลและสนเทศสถิติ.
- สายฝน กันธมาลี. (2550). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมออกกำลังกายและความดันโลหิตในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง.

วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

แสงรวี มณีศรี. (2553). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง.

วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล.

หทัยกาญจน์ เขาวกิจ. (2553). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจาก

ครอบครัวต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคไตหิ้น. วิทยานิพนธ์ปริญญา
โท สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อนุตตร จิตตินันท์. (2547). Nephrology. สมชาย เอี่ยมอ่อง (บรรณาธิการ). Overview of pre-
end-stage kidney disease management in chronic kidney disease patients .

กรุงเทพฯ: เท็กซ์แอนด์เจอร์นัลพับลิเคชั่น.

อนุตตร จิตตินันท์. (2552). Critical care nephrology and dialysis ใน อนันต์ เชื้อสุวรรณ,
บรรณาธิการ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ ศรีเมืองการพิมพ์.

อัมพร ซอธานานุกัณฑ์. (2551). บทบาทของพยาบาลกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. Journal Nurse
Science, 26, 33-42.

อาทิตยา อติวิชญานนท์. (2558). ปัจจัยทำนายการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการ
รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง. รามาชิตติพยาบาลสาร, 21, 172-185.

อารีย์วรรณ อ่วมธานี (2554). เอกสารประกอบการสอนการพัฒนาเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล.
คณะพยาบาลศาสตร์. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อำพล จินดาวัฒน์. (2550). แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550-
2559. กรุงเทพฯ: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้าน
สุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.

ภาษาอังกฤษ

Abdel-Kader, K., Unruh, M. L., Weisbord, S. D., (2009). Symptom burden,
depression, and quality of life in chronic and end-stage kidney disease.
Clinical Journal of the American Society of Nephrology, 4(6) : 1057-1064. doi:
10.2215/CJN.00430109.

American Association of Clinical Endocrinologists [AACE]. (2002) American Association
of Clinical Endocrinologists (AACE) Consensus Conference on the insulin
Resistance Syndrome, Perspective on the news : 25-26 August.

- Andrew Stenson, O' Connor, Arash Rashidi, Ashwini Reddi Sehgal, Mahboob Rahman. (2008). The Case for Chronic Kidney Disease, Diabetes Mellitus, and Myocardial Infarction Being Equivalent Risk Factors for Cardiovascular Mortality in Patients Older Than 65 Years The American Journal of Cardiology, 102(12) : 1668-1673.
- Anthony S Fauci. (2008). Harrison's principles of internal medicine. New York: McGraw-Hill Medical.
- Appel LJ, Giles TD, BlackHR, Et al. ASH Position Paper:Dietary approaches to lower blood pressure. Journal Clinic Hypertension (Greenwich). (11):358-368.
- Aram V., Chobanian, M. G. L. B., Henry R. Black, William C. Cushman, Lee A. Green, Joseph L. Izzo, Jr, Daniel W. Jones, Barry J. Materson, Suzanne Oparil, Jackson T. Wright, Jr, Edward J. Roccella, and the National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee . (2003). The Seventh Report of the Joint National Committee, 289(19).
- Barlow, J., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A., Hainsworth, J,. (2002). Self-management approaches for people with chronic conditions. a review. Patient Education and Counseling. 48 : 177-187.
- Bayliss, E. A., Ellis, J. L., Steiner, J. F. (2007). Barriers to self-management and quality of life outcomes in seniors with multimorbidities. Annals of Family Medicine. 5(5) : 395-402. CHULALONGKORN UNIVERSITY
- Becker MH. (1974). The health belief model and personal health behavior. Health Educ Monogr, 2 : 324-508.
- Bodenheimer, L., Holman, & Grumbach, . (2002). Patient self-management of chronic disease in primary care. JAMA, 288 : 2469-2475.
- Brandt and Weinert. (1981). Measurement of Nursing Outcomes (2 nd ed. Vol. 3): Springer Publishing Company.
- Browne T, M. J. (2010). Barriers to adult hemodialysis patients' self- management of oral medications. American Journal Kidney Disease Off Journal National Kidney Found, 56:547-557.
- Bullock, B. L., & Henze, R. L, (2000). Focus on pathophysiology. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.

- Burns, N., and Grove, S.K. (2005). *The Practice of Nursing Research: Conduct, Critique, and Utilization*. 5th Ed. St. Louis MO: Elsevier Saunders.
- Burrow-Hudson. (2005). Chronic kidney disease: An overview. *American Journal of Kidney Disease*, 105:41-49.
- Bycroft, J. J., & Tracey, J. (2006). Self-management support: A win-win solution for the 21st century. *New Zealand Family Physician Journal*, 33:243-248.
- C. O. P. H. (2013). Measuring patients' preferences and priorities for information in chronic kidney disease. *Information Research*, 18
- Callaghan and Morrissey. (1993). *Theories for Mental Health Nursing: A Guide for Practice*. Los Angeles: SAGE Publication Ltd.
- Caplan, G., Killilea, M. (1976). *Support Systems and Mutual Help*. New York: Grune & Stratton.
- Cohen & Wills (1985). The Relationship Between Social Support and Physiological Processes: A Review With Emphasis on Underlying Mechanisms and Implications for Health, 3:488-531.
- Chi-yuan Hsu, S. (2008). Adapting the Modification of Diet in Renal Disease equation for Japanese patients. *American Journal of Kidney Disease*, 50:927-937.
- Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. (2003): The Journal Nursing Care 7 Report. *JAMA*, 289: 2560-2572.
- Chodosh, J., Morton, S. C., Mojica, W., Maglione, M., Suttrop, M. J., & Hilton, L. et. al. (2005). Meta-Analysis: Chronic Disease Self-Management Programs for Older Adults. *Annals of Internal Medicine*, 143: 427-438.
- Clark, N. M., Becker, M. H., Janz, N. K., Rakowski, W., & Anderson, L. (1991). Self-management of chronic disease by older adult: A review and question for research. *Journal of Aging and Health*, 3:3-27.
- Cobb S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38:300-314.
- Corbin, J., & Strauss, A. (1988). Unending work and care: *Managing chronic illness at home*. San Francisco California: Jossey-Bass.

- Creer, T. L. (2000). Self-management Handbook of self-regulation. San Diego, California: Academic Press:601-628
- Curtin, R. B., Schatell, D., Mapes, D., & Barrow-Hudson, S. (2005). Self-management in patients with end stage renal disease, exploring domains and dimensions. Nephrology Nursing Journal, 32:389-395.
- Curtin RB, M. D. (2001). Health care management strategies of long-term dialysis survivors. Nephrology Nursing Journal, 28:385-392.
- Curtin RB, W. B., Schatell D, Pennell P, Wise M, Klicko K. (2008). Self-efficacy and self-management behaviors in patients with chronic kidney disease. Advances in chronic kidney disease, 15:191-205.
- Dudek s. (2006). Nutrition Essentials for Nursing Practice. Fifth Edition. Philadelphia: Lippincott.
- Feehally, J., Floege, J., & Johnson, J. J. (2007). Comprehensive clinical nephrology. Third Edition. Philadelphia: Mosby.
- Foundation, N. K. (2002). Clinical Practice Guidelines For Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification and Stratification. American Journal of Kidney Disease, 32(2):1-266.
- Gallagher, R., Donoghue, J., Chenoweth, L., & Stein-Parbury, J. (2008). Self-management in older adult with chronic illness. International Journal of Nursing Practice, 14(5):373-382.
- Gazmararian, J. A., Williams, M. V., P., J., & Baker, D. W. (2003). Health literacy and knowledge of chronic disease. Patient Education and Consulting, 51(3):267-275.
- Glasgow, R. E., Hampson, S. E., Strycker, L. A., & Ruggiero, L. (1997). Personal-model beliefs and social-environmental barriers related to diabetes self-management. Diabetes Care, 20(4):556-561.
- Granger B.B., S. M., Tahshjain H. et al. (2009). A qualitative descriptive study of the work of adherence of a chronic heart failure regimen: patient and physician perspectives. Journal of Cardiovascular Nursing, 24:308-315.

- Griva K., N. H. J., Loei J. et al., (2012). Managing treatment for end-stage renal disease a Qualitative study exploring cultural perspectives on facilitators and barriers to treatment adherence. Psychology & Health, 28:13-29.
- Havas. K, Bonner. A, Douglas C. (2016). Self-management support for people with chronic kidney disease: Patient perspectives. Journal of Renal Care 42(1):7-14.
- Healthy People. (2010). Paper presented at the U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion.
- Hedayati, S. S., & Finkelstein, F. O. (2009). Epidemiology, diagnosis, and management of depression in patients with chronic kidney disease. The American Journal of Kidney Disease, 54(4):741-752.
- House, J. S., Kahn, R. L. (1985). Measures and concepts of social support: See Cohen & Syme: 83-108.
- Ibrahim H, M. M., Tello A, Fan Y, Koopmeiners J, Thomas W., (2005). An alternative formula to the Cockcroft-Gault and the modification of diet in renal diseases formulas in predicting GFR in individuals with type 1 diabetes Journal of the America Society of the Nephrology, 16(4):1051-1060.
- Imai E, H. M., Watanabe T, Iseki K, Yamagata K, Hara S, et al. (2009). Prevalence of chronic kidney disease in the Japanese general population. Japanese Society of Nephrology, 13:621-630.
- Ingsathit A, T. A., Chaiprasert A, Sangthawan P, Gojaseni P, Kiattisunthorn K. (2010). The Thai-SEEK Group. Prevalence and risk factors of chronic kidney disease in the Thai adult population: Thai SEEK study. Nephrology Dialysis Transplant, 25:1567-1575.
- Inman JI.(2006). A Clinical Guide to the Nutritional Care of the Renal Patient. New England Center for Nutrition Education, Inc, Stoughton, MA, 1999. In: Lutz AC, Przytulski KR.Nutrition & Diet Therapy: Evidence-based Application. 4th ed. Philadelphia:F.A. Davis Co., c.
- Jackson T., Wright, J., George Bakris, Tom Greene, Larry Y. Agodoa, Lawrence J., Appel, Jeanne Charleston, DeAnna Cheek, Janice G. Douglas-Baltimore, Jennifer Gassman, Richard Glassock, Lee Hebert, Kenneth Jamerson, Julia Lewis, Robert A. Phillips, Robert D. Toto, John P. Middleton, Stephen G. Rostand, for

- the African American Study of Kidney Disease and Hypertension Study Group. (2002). Effect of Blood Pressure Lowering and Antihypertensive Drug Class on Progression of Hypertensive Kidney Disease: . JAMA, 288(19):2421-2431.
- Jerant, A.F., M. M. V. F.-F., M. Moore. (2005). Patients' perceived barriers to active self management of Chronic Condition. Patient Education and Counseling, 57, 300-307.
- Joshua Chodosh. (2005). Meta-Analysis: Chronic Disease Self-Management Programs for Older Adults. Annals Intern Medicine, 143(6):427-438.
- K/DOQI. (2002). K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease:evaluation, classification, and stratification. American Journal of Kidney Disease, 39:1-266.
- Kahn. (1979). Aging from birth to death: interdisciplinary perspective. Colorado: Westview press.
- Kanfer. (1975). Self-Management. In Michel Hersen, Peter M. Miher, Editor. Progress in Behavior Modification. Third Edition.
- Karner S, B. A. G. (2012). Screening of Elderly for Chronic Kidney Disease. Kidney Blood Pressure Research, 35:497-503.
- Keeling, D. L., Price, P. E., Jones, E., and Harding, K. G., (1996). Social support: Some Pragmatic implications for health care professionals. Journal of Advanced Nursing, 23(1):76-81.
- Klang, B., H. Bjorvcll, J. Berglund, C. Sundstedt, & N. Clyne. (1998). Predialysis patient Education: effects on functioning and well-being in uraemic patients. Journal of Advanced Nursing, 28(1):36-44.
- Kraiyasri, R., Keitlernapha, P., & Pelton, V. (2001). The relationships between health belief, hardiness, and self-care behavior in chronic renal failure patients. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University, 9(1):1-10.
- Kulzer, B., Hermanns, N., Reinecker, H., & Haak, T. (2007). Effects of self-management training in Type 2 diabetes:a randomized, prospective trial. DIABETIC Medicine: 1464-5491.
- Kutner, N. G. (2008). Promoting functioning and well being in older CKD patients:

- review of recent evidence. International Urology and Nephrology, 40(4):1151-1158.
- Landefeld CS, Palmer RM, Johnson MA, Johnson CB, & Lyons WL. (2004). Current Geriatric Diagnosis and treatment. Chicago: McGraw-Hill.
- Lew, S. Q., & Piraino, B. (2005). Psychosocial factors in patients with chronic kidney disease: quality of life and psychological issues in peritoneal dialysis patients. Seminars in Dialysis, 18(2):119-123.
- Lin, C. C., Wu, C. C., Anderson, R. M., Chang, C. S., Chang, S. C., & Hwang, S. J., & Chen, H. C., (2012). The chronic kidney disease self-efficacy (CKD-SE) instrument: development and psychometric evaluation. Nephrology, Dialysis, Transplantation 27(10): 3828-3834.
- Lindsay H, & Shaw and Larry M. (2004). In Defense of the Internet: The Relationship between Internet Communication and Depression, Loneliness, Self-Esteem, and Perceived Social Support. Cyber Psychology & Behavior, 5(2):157-171.
- Lorig, K. R., & Holman, H. R. . (2003). Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. Annals of Behavioral Medicine, 26(1):1-7.
- Love K. (2007). Early recognition and treatment of chronic kidney disease (CKD). Paper presented at the Kentucky Nurse Practitioner Annual Conference, Lexington Kentucky.
- Luggen, A. S. (2010). Nutrition for the Older Adult. In M. B. A. S. Luggen, The Renal Systems in Aging. Canada: Jone and Bartlett.
- Mancia, G., De Backer, Guyb, Dominiczak, Annac, Cifkova, Renatad, Fagard, Roberte, Germano, Giuseppef, Grassi, Guidog, Heagerty, Anthony Mh, Kjeldsen, Sverre Ei, Laurent, Stephanej, Narkiewicz, Krzysztof, Ruilope, Luisl, Rynkiewicz, Andrzejm, Schmieder, Roland En, Boudier, Harry AJ Struijkero, Zanchetti, Albertop. (2007). Practice Guidelines for the Management of Arterial Hypertension: ESH-ESC Task Force on the Management of Arterial Hypertension. Journal of Hypertension, 25(9):1751-1977.
- Mann, P.S. Introductory Statistics 4 th Ed. New York: John Wiley and Sons, 2001.

- Mirzaei M., A. C., Essue B et al., (2013). A patient-centred approach to health service delivery: improving health outcomes for people with chronic illness. BMC Health Services Research, 13:251.
- Moreira, L. B., Fernandes, P. F., Mota, R. S., Monte, F. S., Galvão, R. I., Sousa, D. F., & Martins, A. M. (2008). Medication noncompliance in chronic kidney disease. Journal of Nephrology, 21(3):354-362.
- Mulvaney, S. (2009). Improving patient problem solving to reduce barriers to diabetes self-management. Clinical Diabetes, 27(3):99-104.
- Neighborcare. (2004). Geriatric Drug Therapy Handbook. Hudson, OH: Lexicomp.
- Nissenson, A. R., Collins, A., Hurley, J., Peterson, H., Pereira, B. J., & Steinberg, E. P. (2001). Opportunities for improving the care of patients with chronic renal insufficiency: current practice patterns. Journal of the American Society of Nephrology Dialysis Transplant, 12(8):1713-1720.
- NKF/DOQI, N. K. F. (2002a). Clinical practice guidelines for definition and classification of stages of stages of chronic kidney disease: guideline 1,2 and 3. American Journal of Kidney Disease, 39:46-75.
- Odden, Whooley, & Shlipak. (2006). Depression, stress, and quality of life in persons with chronic kidney disease: The Heart and Soul Study. Nephron Clinical Practice, 103(1):1-7.
- Ogata H, Koiwa F, Kinugasa K, & Akizawa T. (2007). CKD-MBD : impact on management of kidney disease. Clinical Expert Nephrology, 11(4): 261-268.
- Panagiotis T. Vlagopoulos Hocine Tighiouart† Daniel E. Weiner John Griffith† Dan Pettitt§ Deeb N. Salem. (2005). Anemia as a Risk Factor for Cardiovascular Disease and All-Cause Mortality in Diabetes: The Impact of Chronic Kidney Disease. Journal America Society of Nephrology, 16(11):3402-3410.
- Pender, Murdaugh, & Parsons. (2009). Health promotion in nurses: Is there a healthy nurse in the house? Nursing Science Quarterly, 22(3):211-215.
- Peterson JC, Adler S, Burkart JM, & Et al. (1995). Blood pressure control, proteinuria, and the progression of renal disease, The Modification of Diet in Renal Disease Study. Annual Intern Medical, 123:754-762.

- Polit, D. F., and Beck, C.T. (2004). Nursing Research Principles and Methods . Sixth Edition. Philadelphia: Lippincott William and Wilkins.
- Porth, C. M. (2004). Essentials of pathophysiology. Concepts of altered health states. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Price, S. A., & Wilson, L. M, . (2003). Pathophysiology Clinical concept of disease processes. Sixth Edition.St. Louis: Mosby-Year Book.
- Rachel Halpern, R. R. M., Mahesh J. Fuldeorec, Pankaj A. Patelc & Ted R. Mikulsd. (2009). Impact of noncompliance with urate-lowering drug on serum urate and gout-related healthcare costs: administrative claims analysis. Current Medical Research and Opinion, 25(7):1711-1719.
- Riegel, B., & Carlson, B., (2002). Facilitators and barriers to heart failure self-care. Patient Education and Counseling, 46(4):287-295.
- Roberta Braun Curtin, D. C. B. S., & Dorian Schatell, a. B. A., Chewning,. (2002). Self-Management Knowledge and Functioning and Weil-Being of Patients on Hemodialysis. Nephrology Nursing Journal, 31(4).
- Rosenstock, I., & (1974). The health belief model and preventive health behavior. In In & M. Becker. The health belief model and personal health behavior. New Jersey:Charles Slack, Thorofare.
- Ryan, P., & Sawin K. J., (2009). The Individual and Family Self-Management Theory: background and perspectives on context, process, and outcomes. Nursing Outlook, 57(4):217-225.
- Sadler E., W. C. D. M. C. (2014). Lay and health care professional understandings of self-management: a systematic review and narrative synthesis. Open Medicine, 2:1-18.
- Salter, A. (1988). Confessions of a whistle blower: Lessons learned. Ethics and Behavior. The Galpin Journal, 8(2):115-124.
- Schaefer, Coyne, & Lazarus (1981). The Health-Related Functions of Social Support. Journal of Behavioral Medicine, (4):381-406.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (2016). Management of chronic heart failure A national clinical guideline. Health improvement scotland, 147, 1-82.

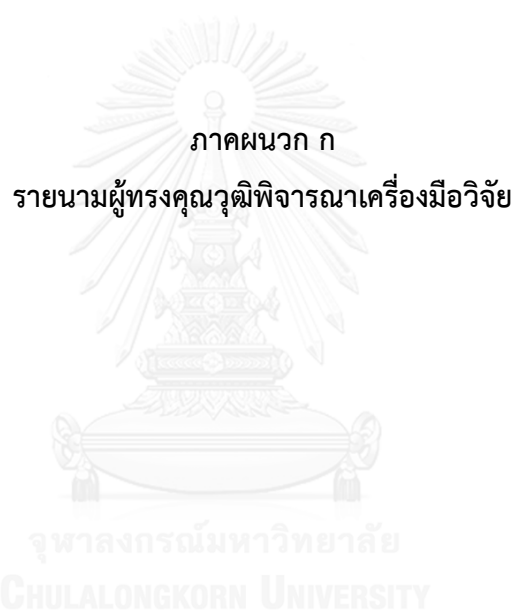
- Sharon R. George & Sandra P. Thomas. (2010). Lived experience of diabetes among older, rural people. Journal of Advanced Nursing, Lived experience of diabetes among older, (5):1092-1100.
- Singh AK, F. Y., Mittal BV, Subramanian KK, Reddy SRK, Acharya WN, et al., (2013). Epidemiology and risk factors of chronic kidney disease in India – results from the SEEK (Screening and Early Evaluation of Kidney Disease) study. BMC Nephrology, 14:114-125.
- Sritarapipat Parinda. (2012). Causal Model of Elderly Thais' Self-Management Behaviors of Pre-dialysis Chronic Kidney Disease. Pacific Rim Intern Journal Nursing Res, 16(4) : 277-293.
- Sumiyoshi, K., Kawata, C., Shikata, K., Makino, H. (2010). Influencing factors for dietary behaviors of patients with diabetic nephropathy. Acta Medical Okayama, 64(1) :39-47.
- Sutthirlarh, P. (2009). Relationships between health beliefs and preventive behaviors in type two diabetic patients at risk for chronic renal disease. Master's thesis of Nursing Science in Adult Nursing, Graduate School, Christain University.
- Tari Turner, M. M., Claire Harris, Sally Green., (2008). Development of evidence-based clinical practice guidelines (CPGs) : comparing approaches. Implementation Science, 45(3) : 1-8. doi: 10.1186/1748-5908-3-45
- The Foundation of Kidney Care of Canada. (2009). Self-management skills- a primer to ease the path of living with chronic kidney disease (CKD). Living well for kidney disease, 4(1) : 1-4.
- Thoit, P. A. (1982). Conceptual Methodological and Theoretical Problems in Studying Social Support as a Buffer Against Life Stress. Journal of Health and Social Behavior : 145-150.
- Thomas-Hawkins, Z. D. (2005). Self-management of chronic kidney disease. Pubmed, 105(10) : 40-48.
- Tilden, Weinert. (1987). Social support and the chronic ill individual. Nursing Clinics of North America, 22 : 613-619.
- Trief P.M. (2007). Depression in elderly diabetes patients. Diabetes Spectrum, 20(2) : 71-75.

- TRT. (2008). Report of the thailand renal replacement therapy year. Thailand.
- U.S. Renal Data System. (2013). Annual Data Report: Atlas of Chronic Kidney Disease and End-Stage Renal Disease in the United States : National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases.
- Vlagopoulos PT1, T. H., Weiner DE, Griffith J, Pettitt D, Salem DN, Levey AS, Sarnak MJ,. (2005). Anemia as a risk factor for cardiovascular disease and all-cause mortality in diabetes: the impact of chronic kidney disease. Journal of the American Society of Nephrology, 16(11) : 3403-3410.
- Von Korff, M., Gruman, J., Schaefer, J., Curry, S.J., Wegner, E.H., (1997). Collaborative management of Chronic illness. Annals of Internal Medicine, 127 : 1097-1102.
- Walker, R., Marshall, M. R., Polaschek, N, (2013). Improving self-management in chronic kidney disease: a pilot study. Renal Society of Australasia Journal, 9(3) : 116-125.
- Wattana, C., Srisuphan, W., Pothiban, L., & Upchurch, S. L. (2007). Effects of a diabetes self- management program on glycemic control, coronary heart disease risk, and quality of life among Thai patients with type 2 diabetes. Nursing and Health Sciences, 9 : 135-141.
- Welch J.L., J. M., Zimmerman L. et al., (2014). Self Management interventions in stages 1 to 4 chronic kidney disease: an integrative review. Western Journal of Nursing Research, 28 : 162-180.
- World Health Organization. (2013). How can we achieve global equity in provision of renal replacement therapy? Sydney : World Health Organization.
- Wortman, C. B. (1984). Social support and the cancer patient : Conceptual and methodologic issues. Cancer, 53(1) : 2339-2360.
- Yen L., G. J., Jeon Y.H. et al., (2011). Health professionals, patients and chronic illness policy:a qualitative study. Health Expectations:An International Journal of Public Participation in Health Care & Health Policy, 14 : 10-20.
- Zhang L, W. F., Wang L, Wang W, Liu B, Liu J, et al.,. (2012). Prevalence of chronic kidney disease in China: a cross-sectional survey. The lancet, 379(9818) : 815-822

ภาคผนวก



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาเครื่องมือวิจัย

ทำหนังสือถึง	รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ	ตำแหน่ง
1. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว	แพทย์หญิงกาญจนา เทียนประเสริฐกิจ	อายุรแพทย์เฉพาะทางสาขาโรคไต
2. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีนครินทร์	นางตรุณี จันทร์เลิศฤทธิ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้าหน่วยไต
3. ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์	ดร.นิรนาท วิทย์โชคกิตติคุณ	อาจารย์พยาบาลหัวหน้าสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
4. ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนี ชัยนาท	ดร.ปริญดา ศรีธราพิพัฒน์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน)
5. นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์	ดร.ทัศพร ชูศักดิ์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

ภาคผนวก ข
จดหมายเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ
จดหมายขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล
จดหมายอนุญาตให้ใช้เครื่องมือการวิจัย
ใบรับรองจริยธรรมการวิจัย
จดหมายแจ้งผลการพิจารณาโครงการวิจัย
และเอกสารพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ที่ ศธ 0512.11/๐๗๙



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๕ พฤษภาคม 2558

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวนีย์ ชนะพาล นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรม การจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนไต” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ แพทย์หญิง กาญจนา เทียนประเสริฐกิจ อายุรแพทย์เฉพาะทางสาขาโรคไต เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของ เครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สมิต มณีรัตน์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน
ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

แพทย์หญิง กาญจนา เทียนประเสริฐกิจ
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 02-2181-1158
นางสาวนีย์ ชนะพาล โทร. 08-5544-5197

ที่ ศธ 0512.11/0694



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๘ พฤษภาคม 2558

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีนครินทร์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวนีย์ ชนะพาล นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรม การจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนไต” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางดรุณี จันทร์เลิศฤทธิ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้าหน่วยไต เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของ เครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สมนต์ มีธำวรณ์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)
รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาชื่อ นิสิต

นางดรุณี จันทร์เลิศฤทธิ์

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 02-2181-1158

นางสาวนีย์ ชนะพาล โทร. 08-5544-5197

ที่ ศธ 0512.11/0697



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๘ พฤษภาคม 2558

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวนีย์ ชนะพาล นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนไต” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ดร. นรินาถ วิทยโชคกิตติคุณ อาจารย์พยาบาล หัวหน้าสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชawangษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาชื่อนิสิต

ดร. นรินาถ วิทยโชคกิตติคุณ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 02-2181-1158

นางสาวนีย์ ชนะพาล โทร. 08-5544-5197

ที่ ศธ 0512.11/ 0697



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศตพระชน ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๙ พฤษภาคม 2558

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวนีย์ ชนะพาล นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนไต” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ดร. ทศพร ชูศักดิ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิตินิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สมิต ปรีชาวงษ์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิตา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

ดร. ทศพร ชูศักดิ์

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 02-2181-1158

นางสาวนีย์ ชนะพาล โทร. 08-5544-5197

ที่ ศธ 0512.11/0694



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๙๘ พฤษภาคม 2558

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวนีย์ ชนะพล นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนไต” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ดร. ปริญญา ศรีธราพิพัฒน์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ดร. ปริญญา ศรีธราพิพัฒน์

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 02-2181-1158

ชื่อนิสิต

นางสาวนีย์ ชนะพล โทร. 08-5544-5197



ที่ ศธ 0512.11/1774

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

28 ตุลาคม 2558

เรื่อง ขอดำเนินการขอความเห็นชอบการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลไพศาลี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวนีย์ ชนะพาล นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนไต” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตระยะที่ 2 - 4 ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคไตเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 40 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต แผนการสอนเรื่องโรคไตเรื้อรังและแนวทางการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต สื่อคอมพิวเตอร์นำเสนอแบบภาพนิ่งเรื่องโรคไตเรื้อรังและแนวทางการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต คู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต แบบบันทึกการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตและญาติบันทึกเองที่บ้าน และแบบบันทึกติดตามการเยี่ยมบ้าน ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวนีย์ ชนะพาล การเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรัชวพงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าพยาบาล

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 08-1629-6785

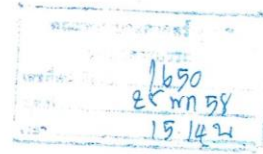
ชื่อนิสิต

นางสาวนีย์ ชนะพาล โทร. 08-5544-5197

ที่ ศธ ๖๓๙๓(๒๓)/ ๑๐๖๖



บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
๒๓๙ ถนนห้วยแก้ว ตำบลสุเทพ
อำเภอเมืองเชียงใหม่ ๕๐๒๐๐



๑๙ พฤษภาคม ๒๕๕๘



เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อ้างถึง หนังสือที่ ศธ ๐๕๑๒.๑๑/๑๔๓๕ ลงวันที่ ๒๕ มีนาคม ๒๕๕๘

ตามที่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีความประสงค์จะขออนุญาตให้
นางสาวณีย์ ชนะพาล นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ นำเครื่องมือวิจัยในวิทยานิพนธ์
ของ นางสาวปริญดา ศรีธราพิพัฒน์ ไปใช้ในงานวิจัยนั้น

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พิจารณาแล้วไม่ขัดข้อง และยินยอมอนุญาต
ให้นำเครื่องมือดังกล่าวไปใช้ประโยชน์ในการศึกษาวิจัยได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ทิพาพร วงศ์ทองกุล)

รองคณบดี ปฏิบัติการแทน

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

งานบริการการศึกษา

โทร. ๐-๕๓๙๔-๒๔๑๐

โทรสาร. ๐-๕๓๙๔-๒๔๓๕



ใบรับรองจริยธรรมการวิจัย

หมายเลขการวิจัย NSWPHO-004/58

การวิจัยนี้และเอกสารประกอบของการวิจัยตามรายการแสดงด้านล่างได้รับการพิจารณาจาก คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคน จังหวัดนครสวรรค์ แล้ว คณะกรรมการฯ มีความเห็นว่าการวิจัยที่จะดำเนินการมีความสอดคล้องกับหลักจริยธรรมสากล ตลอดจนกฎหมายข้อบังคับและข้อกำหนดภายในประเทศ จึงเห็นควรให้ดำเนินการวิจัยตามข้อเสนอการวิจัยนี้ได้

ชื่อการวิจัย : ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต

สถาบันที่สังกัด : โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวนีย์ ชนะพาล

เอกสารที่พิจารณาทบทวน

- | | |
|--|-----------------------------------|
| 1. ข้อเสนอการวิจัย ประกอบด้วย | |
| - โครงการวิจัยฉบับสมบูรณ์ | ฉบับที่ 1 ว/ด/ป 20 ตุลาคม 2558 |
| - โครงการวิจัยสรุปย่อ | ฉบับที่ 1 ว/ด/ป 20 ตุลาคม 2558 |
| 2. เอกสารคำอธิบายสำหรับอาสาสมัคร | ฉบับที่ 1 ว/ด/ป 20 ตุลาคม 2558 |
| (เพิ่มเติมประกอบใบยินยอมของอาสาสมัคร) | |
| 3. แบบบันทึกข้อมูล และเอกสารเครื่องมือการวิจัย | ฉบับที่..1.. ว/ด/ป 20 ตุลาคม 2558 |
| 4. งบประมาณการวิจัย | ฉบับที่..... ว/ด/ป |
| 5. ประวัติและผลงานวิจัย | ฉบับที่..1.. ว/ด/ป 20 ตุลาคม 2558 |
| 6. อื่นๆ (ถ้ามี)..... | |

(ลงชื่อ).....

(นพ.อดิสรณ์ วรรณะศักดิ์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคน จังหวัดนครสวรรค์

(ว/ด/ป) 20 ตุลาคม 2558

หมายเลขรับรอง.. NSWPHOEC-004/58....

วันที่ให้การรับรอง... 20/10/2558.....

วันหมดอายุใบรับรอง....19/10/2559....



ที่ นว ๐๐๓๒/๕๕๕๑

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์
๗๘๒ ถนนพหลโยธิน ตำบลนครสวรรค์ตก
อำเภอเมือง ฯ จังหวัดนครสวรรค์ ๖๐๐๐๐

๑๕ พฤศจิกายน ๒๕๕๘

เรื่อง แจ้งผลการพิจารณารับรองโครงการวิจัย

เรียน คณะคณบดีพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัย จำนวน ๑ ฉบับ
๒. แบบรายงานความก้าวหน้าการวิจัยฯ จำนวน ๑ ชุด

ตามหนังสือที่ ศธ ๐๕๑๒.๑๑/๑๖๙๐ ลงวันที่ ๑๖ ตุลาคม ๒๕๕๗ เรื่องขอเสนอโครงการวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน จังหวัดนครสวรรค์ พิจารณาโครงการวิจัยของ นางสาวนีย์ ชนะพาล นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย เรื่อง ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนไต โดยดำเนินการวิจัยในพื้นที่อำเภอไพศาลี จังหวัดนครสวรรค์ นั้น

บัดนี้ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน จังหวัดนครสวรรค์ ได้พิจารณาโครงการวิจัย ที่เสนอขอรับการพิจารณาแล้ว ในการประชุมครั้งที่ ๒/๒๕๕๘ เมื่อวันที่ ๒๐ ตุลาคม ๒๕๕๘ มีความเห็นว่า โครงการวิจัยเรื่องดังกล่าว อยู่ในกรอบมาตรฐานการวิจัย ไม่ขัดต่อสวัสดิภาพ และไม่ก่อให้เกิดภัยอันตรายแก่ ผู้ถูกวิจัย เห็นควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบเขตของโครงการวิจัยที่เสนอมาได้ และให้ผู้วิจัยส่งรายงาน ความก้าวหน้าของการวิจัยต่อคณะกรรมการฯ ทุก ๓ เดือน และเมื่อโครงการวิจัยดำเนินการแล้วเสร็จ ให้ผู้วิจัย ส่งข้อมูลงานวิจัยทั้งฉบับที่ดำเนินการเสร็จสมบูรณ์ พร้อมบันทึกย่อ บันทึกลงในแผ่น CD ให้เลขานุการ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน จังหวัดนครสวรรค์ ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และแจ้งผู้วิจัยดำเนินการต่อไป พร้อมนี้ได้แนบเอกสารรับรอง จริยธรรมโครงการวิจัยในคนและแบบรายงานความก้าวหน้าการวิจัย มาในสิ่งที่ส่งมาด้วยแล้ว

ขอแสดงความนับถือ

(นายฉัตรณี วรชนะศักดิ์)

น.ส.แพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) ปฏิบัติราชการแทน
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์

กลุ่มงานพัฒนาวิทยาศาสตร์สาธารณสุข

โทร. ๐ ๕๖๒๓ ๒๐๐๑ ต่อ ๑๑๗, ๑๔๓

โทรสาร ๐ ๕๖๒๒ ๕๒๑๒

เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการ

(Patient Information Sheet)

สำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต

ในเอกสารฉบับนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดีท่านอาจจะขอเอกสารฉบับนี้กลับไปอ่านที่บ้าน เพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง หรือสมาชิกในครอบครัวท่านอื่น แพทย์ที่ทำการรักษาท่าน หรือแพทย์ประจำตัวท่านอื่น เพื่อช่วยให้ท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการ (ภาษาไทย) ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต

ชื่อผู้วิจัย นางเสาวนีย์ ชนะพาล

เบอร์โทร (ที่ทำงาน) 056-259378 ต่อ 300 โทรศัพท์มือถือ 085-5445197

E-Mail : Vei_Punggirl@hotmail.com

สถานที่วิจัย คลินิกโรคไตเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลไพศาลี จังหวัดนครสวรรค์

วัตถุประสงค์การวิจัย

โครงการวิจัยนี้จัดทำขึ้น เพื่อศึกษาเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม เพื่อเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม

ซึ่งประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ คือ เพื่อเป็นแนวทางและได้องค์ความรู้ในการจัดกิจกรรมพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตในโรงพยาบาลโดยการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตมีการปรับพฤติกรรมการจัดการตนเองให้เข้ากับบริบทชีวิตประจำวันของตนเองให้สอดคล้องกับสภาพการเจ็บป่วย

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้เพราะ เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าศึกษา (inclusion criteria) ดังนี้ มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต โดยอยู่ในระยะที่ 2 ถึงระยะที่ 4 มีระดับพฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับน้อยถึงระดับปานกลาง เกณฑ์ในการประเมินแบบทดสอบคือ ผู้สูงอายุที่มีคะแนนอยู่ในช่วง 37.0 -135.9 คะแนน อาศัยอยู่กับสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลักในการรับผิดชอบและให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุซึ่งมีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์

สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ ยินยอมและให้ความร่วมมือในการวิจัย มีความสามารถสื่อสารภาษาไทยได้อย่างถูกต้อง ไม่มีปัญหาการได้ยิน การรับรู้เกี่ยวกับวันเวลา สถานที่ และบุคคลปกติ ไม่เจ็บป่วยรุนแรงที่เป็นอันตราย

เกณฑ์การคัดเลือกรอกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria) ผู้มีอาการผิดปกติหรือมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงอื่นๆ เช่น มีไข้ มีภาวะติดเชื้อภายในระยะเวลา 24-48 ชั่วโมง มีภาวะเหนื่อย หอบ กระสับกระส่าย หายใจเร็วหรือช้ากว่าปกติ อัตราการเต้นของหัวใจเร็วหรือช้ากว่าปกติ ความดันโลหิตสูงหรือต่ำกว่าปกติ จนไม่พร้อมเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลรักษาพยาบาลตามปกติ ผู้สูงอายุไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมมากกว่า 4 ครั้ง ผู้ที่มีโรคทางจิตเวช หรืออยู่ระหว่างการรับยาจิตเวช

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ที่ผู้วิจัยคาดว่าไม่มีความเสี่ยงใดๆเกิดขึ้นกับเข้าร่วมการวิจัย จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยนี้มีทั้งหมด 40 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 20 คน

กลุ่มที่ 1 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง (SMBQ) จากนั้นผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะเข้ากลุ่มเพื่อร่วมกิจกรรม จำนวน 13 ครั้ง ครั้งละ 60 นาทีเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ดังนี้

1) กิจกรรมการสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotion Support) มีจุดประสงค์เพื่อการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัย สมาชิกในครอบครัวกับผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต และมุ่งให้ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต ได้แก่กิจกรรมสร้างสัมพันธภาพ ระยะเวลาในการทำกิจกรรม 15-20 นาที ในสัปดาห์ที่ 1-6 สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมทั้งหมด 6 ครั้ง

2) กิจกรรมการสนับสนุนทางข้อมูลข่าวสาร (Information Support) มีจุดประสงค์เพื่อเป็นการมุ่งให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต เกิดการเป็นผู้มีส่วนร่วมในการดูแล ไม่ใช่การการมีส่วนร่วมของบุคลากรทางสุขภาพฝ่ายเดียว จนเกิดเป็นผลลัพธ์ที่ดีทางสุขภาพ ได้แก่(สัปดาห์ที่ 1 วันจันทร์และวันพุธ ระยะเวลาในการทำกิจกรรม 60 นาที รวมทั้งหมด 2 ครั้ง) กิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต และแนวทางการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต โดยมีสมาชิกในครอบครัวร่วมรับฟัง หลังจากบรรยายเสร็จ มีการแจกคู่มือแนวทางการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตให้แก่ผู้สูงอายุ และแจกสื่อวีดิทัศน์ เรื่อง บทบาทของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตแก่สมาชิกในครอบครัวให้กลับไปดูที่บ้าน (ในสัปดาห์ที่ 2 วันจันทร์และวันพุธ ระยะเวลาในการทำกิจกรรม ครั้งละ 60 นาที รวมทั้งหมด 2 ครั้ง) ได้แก่ กิจกรรมพืดส์พาเพลิน กิจกรรมกระเช้าเบาเค็ม

(ในสัปดาห์ที่ 3 วันจันทร์และวันพุธ ระยะเวลาในการทำกิจกรรม ครั้งละ 60 นาที รวมทั้งหมด 2 ครั้ง) ได้แก่ กิจกรรมพิชิตใจพิชิตพุง กิจกรรมรักษั้ไตคำโตโต (ในสัปดาห์ที่ 4 วันจันทร์และวันพุธ ระยะเวลาในการทำกิจกรรม ครั้งละ 60 นาที รวมทั้งหมด 2 ครั้ง) ได้แก่ กิจกรรมยาแอนด்யู และกิจกรรมวอเตอร์อินเลิฟ โดยให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในทุกกิจกรรม

3) การส่งเสริมด้านการสนับสนุนการประเมินค่า (Appraisal Support) จุดประสงค์เพื่อมุ่งให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต เกิดการพิทักษ์สิทธิ์ของตนเอง เป็นการให้สมาชิกในครอบครัวให้ข้อมูลย้อนกลับไม่ว่าจะเป็นคำพูด การแสดงออก รวมถึงการเห็นพ้องเกี่ยวกับการส่งเสริมการมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่ถูกต้อง เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยเตรียมบทบาทของสมาชิกในครอบครัว โดยแนะนำวิธีการประเมินย้อนกลับเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ให้สมาชิกในครอบครัวทราบ แนะนำให้การยอมรับและกล่าวยกย่องชมเชยเมื่อผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตสามารถปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองได้เมื่อกลับไปบ้าน (หลังจากสมาชิกในครอบครัวชมสื่อวีดิทัศน์ เรื่องบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตที่บ้าน)

4) การส่งเสริมด้านการสนับสนุนทางด้านทรัพยากร (Instrumental Support) ผู้วิจัยเตรียมบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในการสนับสนุนด้านทรัพยากร โดยแนะนำให้สมาชิกในครอบครัวให้ช่วยเหลือในการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตได้รับสิ่งของ การบริการต่างๆ การอำนวยความสะดวกที่จำเป็นสำหรับการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเอง ได้แก่ การเตรียมอาหารให้แก่ผู้สูงอายุ การพาเดินออกกำลังกาย การเตรียมอุปกรณ์ในการออกกำลังกาย การจัดเตรียมยาที่แพทย์สั่งสำหรับผู้สูงอายุ การพาผู้สูงอายุมาตรวจตามนัด ด้านพยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรทางสุขภาพจัดกิจกรรมติดตามเยี่ยมบ้าน โดยผู้วิจัยจะไปเยี่ยมบ้านของผู้สูงอายุเป็นรายบุคคล ในสัปดาห์ที่ 2, 3, 4, 5 สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ระยะเวลา ครั้งละ 60 นาที กิจกรรมกระตุ้นเตือนการปฏิบัติทางโทรศัพท์ในสัปดาห์ที่ 6 สัปดาห์ละ 1 ครั้ง พร้อมนัดหมายการมาพบกันภายหลังจากผู้สูงอายุเข้าร่วมโปรแกรม โดยเป็นการสอบถามถึงปัญหาและอุปสรรค ให้คำแนะนำและให้กำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเอง ในสัปดาห์ที่ 7 ผู้วิจัยทำการประเมินพฤติกรรมจัดการตนเอง (SMBQ) และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม (SSQ) (Post-test) และแจ้งให้กลุ่มทดลองทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มที่ 2 (กลุ่มควบคุม) ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และประเมินระดับพฤติกรรมจัดการตนเอง โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมจัดการตนเอง (SMBQ) จากนั้นชี้แจงรายละเอียดการวิจัย โดยผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตจะได้รับการพยาบาลตามปกติ เมื่อมารับบริการที่คลินิกโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ คำแนะนำ

เกี่ยวกับโรค การบริการสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค หลังการทดลอง ผู้วิจัยขอความร่วมมืออีกครั้ง โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง (SMBQ)

ขั้นตอนการปฏิบัติตัวหากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัย การเข้าร่วมเป็นกลุ่มประชากรหรือมีส่วนร่วมในโครงการวิจัยขึ้นนี้เป็นโดยสมัครใจ และสามารถปฏิเสธ ที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะโดยไม่จำเป็นต้องแสดงเหตุผลและไม่มีผลกระทบใดๆในการดูแลรักษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็นความลับหากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน

ความเสี่ยงและความไม่สบายใจที่อาจจะเกิดขึ้น ความเสี่ยงและความไม่สะดวกของผู้ร่วมในการวิจัยนี้ คือ การใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามจำนวน 2 ครั้ง และการใช้เวลาในการทำกิจกรรมตามโปรแกรม

ประโยชน์ที่จะได้รับ

การเข้าร่วมในโครงการนี้อาจจะช่วยเสริมสร้างพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของโรคให้ดีขึ้น ช่วยชะลอการเสื่อมของไต แต่ไม่ได้รับรองว่าสุขภาพของท่านจะดีขึ้น หรือลดการเสื่อมของไตได้อย่างแน่นอน

การเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ต้องเป็นไปด้วยความสมัครใจ

หากท่านไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จะไม่ผลกระทบใดๆ ทั้งในปัจจุบันและอนาคตด้านการรักษาพยาบาลของท่านโดยท่านก็ได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัยและรักษาโรคของท่านตามวิธีการที่เป็นมาตรฐาน

ค่าตอบแทนที่ได้รับ

ท่านจะไม่ได้รับเงินค่าตอบแทนใดๆจากการเข้าร่วมในการวิจัยนี้

หากมีข้อมูลเพิ่มเติม ทั้งในด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดยไม่ปิดบัง

การรักษาความลับ

ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณชน แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลโดยรวม ข้อมูลของผู้ร่วมวิจัยเป็นรายบุคคลอาจจะมีคณะของบุคคลบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้ เช่น สถาบัน หรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ในการตรวจสอบ คณะกรรมการวิจัยในคน เป็นต้น

สิทธิของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิ ดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีวิจัยทางการแพทย์ รวมทั้งยาและอุปกรณ์ในการวิจัยนี้
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะได้รับการเปิดเผยถึงทางเลือกในการรักษาด้วยวิธีอื่นๆ หรือยาและอุปกรณ์ที่มีผลต่อท่านรวมทั้งประโยชน์และความเสี่ยงที่ท่านอาจจะได้รับ
6. ท่านจะได้รับทราบแนวทางการรักษา ในกรณีที่พบภาวะแทรกซ้อนภายหลังการเข้าร่วมในโครงการวิจัย
7. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัย หรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
8. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ท่านสามารถถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมสามารถโครงการสามารถขอถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใดๆทั้งสิ้น
9. ท่านจะได้รับสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีลายเซ็นและวันที่
10. ท่านจะได้โอกาสในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้สิทธิพลข่มขู่ หรือการหลอกลวง

หากท่านเกิดข้อสงสัยต้องการสอบถามเกี่ยวกับสิทธิของท่าน หรือผู้วิจัยไม่ปฏิบัติตามที่เขียนไว้ในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับอาสาสมัครที่เข้าร่วมในการวิจัยนี้ ท่านสามารถติดต่อหรือร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน จังหวัดนครสวรรค์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ 782 ถนนพหลโยธิน ตำบลนครสวรรค์ตก อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ 60000

โทร 056-232001 ต่อ 117

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรค
ไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้วิจัย ชื่อ นางสาวนีย์ ชนะพาล ที่ 62/3 หมู่ 2 ตำบล นครสวรรค์ออก
อำเภอ เมืองนครสวรรค์ จังหวัด นครสวรรค์ 60000 ซึ่งได้ลงนามด้านท้ายของหนังสือนี้ถึง
วัตถุประสงค์ ลักษณะ และแนวทางการศึกษาวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อ
พฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต รวมทั้งทราบ
ถึงผลดี ผลข้างเคียงและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น

ข้าพเจ้าได้ซักถามทำความเข้าใจเกี่ยวกับการศึกษาดังกล่าวนี้เป็นที่เรียบร้อยแล้วข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วม
การศึกษาวิจัยครั้งนี้โดยสมัครใจและอาจถอนตัวจากการเข้าร่วมศึกษานี้เมื่อใดก็ได้โดยไม่จำเป็นต้องแจ้ง
เหตุผลและยอมรับผลข้างเคียงและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นและจะปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำการวิจัย

ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้ทำการวิจัยว่าหากข้าพเจ้าได้รับความผิดปกติผลของโปรแกรมการ
สนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัด
ทดแทนทางไต ข้าพเจ้าจะได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายและจะแจ้งผู้ทำการวิจัยทันทีในกรณีที่มีได้
แจ้งให้ผู้ทำการวิจัยทราบในทันทีถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้น ได้จะถือว่าข้าพเจ้าทำการคุ้มครองความ
ปลอดภัยเป็น โฆษะ (ตามที่กฎหมายกำหนด)

ข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่คณะผู้วิจัยเพื่อเป็นประโยชน์ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้
สุดท้ายนี้ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษานี้ภายใต้เงื่อนไขที่ได้ระบุไว้ในข้างต้น

.....
สถานที่ / วันที่

.....
ลงนามประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

.....
สถานที่ / วันที่

.....
ผู้ปกครอง/ผู้ดูแลโดยชอบธรรมด้วยกฎหมาย
กรณีประชากรตัวอย่างไม่บรรลุนิติภาวะ

.....
สถานที่ / วันที่

.....
(นางสาวนีย์ ชนะพาล)

ผู้วิจัยหลัก

.....
สถานที่ / วันที่

.....
() พยาน

ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Consent form)

การวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุ
โรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต

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

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตรายหรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัยรวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและมีความเข้าใจดีแล้ว

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้โดยสมัครใจ การบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้จะไม่ผลต่อการรักษาโรคที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องกระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ผู้วิจัยรับรองว่าหากเกิดอันตรายใดๆจากการวิจัยดังกล่าวข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่าและจะได้รับการชดเชยรายได้ที่สูญเสียไประหว่างการรักษาพยาบาลดังกล่าว ตลอดจนเงินทดแทนความพิการที่อาจเกิดขึ้นตามความเหมาะสม

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วและมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม
(.....)

ลงนาม.....พยาน
(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย
(.....)

ภาคผนวก ค
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย



ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง (The Self-Management Behaviors Questionnaire) ที่สร้างโดย Curtin et al (2008) แปลและปรับข้อความโดย Sritarapipat (2012)

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

ส่วนที่ 1 คู่มือดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมสำหรับพยาบาล

ส่วนที่ 2 คู่มือแนวทางพฤติกรรมการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต

ส่วนที่ 3 แผนการสอนให้ความรู้ เรื่อง โรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตสำหรับผู้สูงอายุ และ แผนการสอนให้ความรู้ เรื่อง แนวทางการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต

ส่วนที่ 4 สื่อสำหรับการให้ความรู้ ได้แก่

1) แผ่นวีดิทัศน์ เรื่อง บทบาทของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต โดยครอบคลุมเกี่ยวกับ โภชนาการที่เหมาะสม การจำกัดน้ำ การใช้ยา การออกกำลังกายที่เหมาะสม การผ่อนคลายความเครียด

2) Powerpoint เรื่อง โรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตสำหรับผู้สูงอายุ และ Powerpoint เรื่อง แนวทางการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต

3) แผ่นป้ายฟิวเจอร์บอร์ด อาหารที่ควรงดสำหรับผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรัง และ ป้ายไวเนล อาหารหลัก 5 หมู่สำหรับผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรัง

4) ชุดโมเดลอาหารลด หวาน มัน เค็ม (ผลิตโดยกลุ่มแม่บ้านสายใยรัก บ้านอุทอง) คู่มือสมุดภาพโมเดลอาหาร ชุดลด หวาน มัน เค็ม จัดทำโดยสำนักโภชนาการ กรมอนามัย

ส่วนที่ 5 สมุดบันทึกการจัดการตนเองที่บ้าน (สำหรับผู้สูงอายุและญาติช่วยกันบันทึก)

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและบุคลากรทางสุขภาพ (The Social Support Questionnaire) สร้างโดย House (1987) ปรับข้อความให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตโดย Sritarapipat (2012)

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง สำหรับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต : แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมข้อมูลของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล และภาวะการเจ็บป่วยโดยผู้สูงอายุเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกเอง และทำการบันทึกข้อมูลลงในช่องว่างโปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง () หรือใส่ข้อความในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริงของตัวท่านมากที่สุด

ชื่อ-นามสกุล.....อายุ.....ปี

ที่อยู่.....

เบอร์โทรศัพท์.....

เพศ () ชาย () หญิง

เชื้อชาติ () ไทย () อื่นๆระบุ.....

ศาสนา () พุทธ () คริสต์ () อิสลาม () อื่นๆ.....

สถานภาพ () โสด () สมรส () ม่าย () หย่าหรือแยกกันอยู่

ระดับศึกษา

() ไม่ได้เรียนหนังสือ () อ่านออกเขียนได้

() ประถมศึกษา () อ่านไม่ออกเขียนไม่ได้

() มัธยมศึกษา () อนุปริญญา

() ปริญญาตรี () สูงกว่าปริญญาตรี

อาชีพ

() ไม่ได้ทำงาน () รับจ้าง / พนักงานบริษัท

() เกษตรกรรม () ค้าขาย

() รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ () ธุรกิจส่วนตัว

ผู้ดูแลหลัก อาจมีหรือไม่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดกับผู้ป่วยแต่อยู่ใกล้ชิดดูแลผู้ป่วยที่บ้านตลอดเวลา เช่น สามี ภรรยา บุตร หลาน เพื่อนบ้าน คนสนิท

() ไม่มี

() มี ระบุความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ.....

ผู้ดูแลอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยหรือไม่

() อยู่

() ไม่อยู่

มีจำนวนสมาชิกในบ้าน.....คน

ผู้ที่คอยดูแลช่วยเหลือท่าน ขณะอยู่ที่โรงพยาบาลและที่บ้านคือใคร

- () ภรรยาหรือสามี
- () บุตร หลาน
- () ญาติพี่น้อง
- () เพื่อนบ้าน หรือคนรู้จัก

เครื่องเล่นวีดิทัศน์

- () ไม่มี
- () มี ระบุ.....

รายได้เฉลี่ยของผู้สูงอายุต่อเดือน เฉลี่ย.....บาทต่อเดือน

เคยเห็นผู้ป่วยไตวายล้างไตหรือไม่

- () เคย
- () ไม่เคย

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุของโรคไตเรื้อรัง

ประวัติการสูบบุหรี่

- () ไม่สูบบุหรี่
- () สูบบุหรี่ จำนวนบุหรี่ที่สูบ.....มวน/วัน
- () เคยสูบแต่เลิกแล้ว ระยะเวลาที่เลิกสูบบุหรี่.....ปี

ประวัติการดื่มสุรา

- () ไม่ดื่มสุรา
- () ดื่มสุรา ปริมาณที่ดื่ม.....ขวด/วัน
- () เคยดื่มแต่เลิกแล้ว ระยะเวลาที่เลิกดื่มสุรา.....ปี

อาหารที่รับประทาน

- () ปรงเอง
- () ซื้อมาสำเร็จรูป

อาหารที่ชอบรับประทานเป็นรสใด.....ประเภท.....

โรคประจำตัวของผู้ป่วย สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

- () โรคเบาหวาน
- () โรคความดันโลหิตสูง
- () โรคหัวใจในกรวยไต
- () โรคต่อมลูกหมากโต

ประวัติครอบครัวมีคนในบ้านป่วยเป็นไตวายเรื้อรังหรือทำการล้างไตหรือไม่

- () มี ระบุสาเหตุ.....
 () ไม่มี

มีการใช้ยาแก้ปวดหรือยากระจายเส้น ยาสมุนไพรเป็นประจำหรือไม่

- () มี
 () ไม่มี

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและการรักษา

ท่านทราบว่าตนเองเป็นโรคไตเรื้อรังมานาน ปี

ระยะของโรคไตเรื้อรัง อยู่ในระยะ.....

ระดับความดันโลหิตทุกครั้งที่มาตรวจ.....

ระดับน้ำตาลในกระแสเลือด.....

ระดับไขมันในเลือด.....

ค่าการทำงานของไต.....

น้ำหนักตัว.....

ท่านมีอาการผิดปกติดังต่อไปนี้หรือไม่

- () หน้าบวม ขาบวม
 () ปัสสาวะออกน้อยลง
 () อ่อนเพลีย ไม่มีแรง
 () คลื่นไส้ อาเจียน
 () ตะคริว
 () เบื่ออาหาร
 () อาการอื่นๆ ระบุ.....

ในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมาท่านเคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะไตวายหรือไม่

- () ไม่เคย
 () เคย สาเหตุมาจาก.....

ระบุจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา.....ครั้ง

การรักษาและยาที่รับประทาน ปริมาณยาที่ได้รับต่อวัน ระบุ

.....

แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต ตามแนวคิดของเคอร์ติงและมาเปส (SMBQ) ที่ปริญญา ศรีธราพิพัฒน์ และคณะได้แปลและพัฒนา ให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรัง

แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง

คำชี้แจง แบบสอบถามส่วนนี้เป็นแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองทั้งแผนการรักษาอาการ และบทบาท แบ่งเป็น 5 ด้าน ประกอบด้วย ด้านการติดต่อสื่อสารกับบุคลากรทางสุขภาพ (8 ข้อ) ด้านการเป็นหุ้นส่วนในการดูแล (7 ข้อ) ด้านกิจกรรมการดูแลตนเอง (11 ข้อ) ด้านการพิทักษ์สิทธิ์ของตนเอง (10 ข้อ) และด้านการยินยอมปฏิบัติตามแผนการรักษา (1 ข้อ)

ขอให้ท่านโปรดตอบข้อคำถามทีละข้อโดยเลือกตอบเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อ ซึ่งคำตอบของท่านไม่มีถูกหรือผิดและขอความกรุณาตอบคำถามให้ครบทุกข้อและทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับการปฏิบัติกิจกรรมในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาของท่าน ซึ่งได้กระทำตามความเป็นจริงที่สุดใน 5 ระดับ คือ

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง ท่านมีพฤติกรรมหรือกระทำกิจกรรมตามข้อความนั้นเป็นประจำอย่างสม่ำเสมอ
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง ท่านมีพฤติกรรมหรือกระทำกิจกรรมตามข้อความนั้นบ่อยครั้งแต่ไม่สม่ำเสมอ
ปฏิบัตินานๆครั้ง	หมายถึง ท่านมีพฤติกรรมหรือกระทำกิจกรรมตามข้อความนั้นบ้างแต่ไม่บ่อย
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง ท่านมีพฤติกรรมหรือกระทำกิจกรรมตามข้อความนั้นน้อยมากแต่ไม่สม่ำเสมอ
ไม่ปฏิบัติ	หมายถึง ท่านไม่มีพฤติกรรมหรือกระทำกิจกรรมตามข้อความนั้นเป็นประจำ

ข้อ	พฤติกรรมการจัดการตนเอง	คำตอบ				
		ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัตินานๆครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
1.	ท่านรู้สึกใส่ใจในสุขภาพของตนเอง					
2.	ท่านพูดคุยกับแพทย์เกี่ยวกับการรักษาและการใช้ยาที่เป็นประโยชน์กับท่าน					
	.					
	.					
	.					
	.					
	.					
	.					
	.					
	.					
	.					
	.					
	.					
	.					
	.					
	.					
	.					
	.					
37.	ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาท่าน รับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง					

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

ส่วนที่ 1 คู่มือดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมสำหรับพยาบาล

คู่มือดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม การสนับสนุนทางสังคม สำหรับพยาบาล

จัดทำโดย
นางเสาวนีย์ ขนขพาล
นิสิตสาขาการพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
(การพยาบาลผู้สูงอายุ)
คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**แผนการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม
สำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต**

ระยะเวลาของกิจกรรม	แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม (House, 1981)	การประยุกต์แนวคิดพฤติกรรม การจัดการตนเอง	กิจกรรมในโปรแกรม	สื่อ/อุปกรณ์
สัปดาห์ที่ 1 - 6	<p>โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม เป็นการดำเนินกิจกรรมการพยาบาลจากผู้วิจัยซึ่งเป็นบุคลากรทางสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมจากสมาชิกในครอบครัวจัดทำขึ้นเพื่อมุ่งปรับพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต โดยทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ควบคุมอาการรวมถึงการจัดการเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ทางการแพทย์ และลดการคุกคามของการเจ็บป่วย คงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี ดำเนินกิจกรรมโดยบูรณาการกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ตำราเกี่ยวกับพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต (Curtin, Walters, Schatell, Pennell, Wise, & Klicko, 2008) แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้านนั้นประกอบด้วย การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotion Support) การสนับสนุนทางข้อมูลข่าวสาร (Information Support) การสนับสนุนทางประเมินค่า (Appraisal Support) การสนับสนุนทางทรัพยากร (Instrumental Support)</p>	<p>พฤติกรรมจัดการตนเองตามแนวคิดของ Curtin & Mapes (2001) เป็นความพยายามเชิงบวกในการปฏิบัติตนของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตเพื่อให้สอดคล้องในการควบคุมและมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ การดำเนินชีวิตประจำวัน และการรักษาเพื่อให้คงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ควบคุมอาการรวมถึงการจัดการเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ทางการแพทย์ และลดการคุกคามของการเจ็บป่วยที่จะส่งผลต่อการดำรงชีวิตซึ่งสามารถประเมินได้ใน 5 ลักษณะ ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การสื่อสารกับบุคลากรทางสุขภาพ (Communication with Health Care Provider) เป็นการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ซึ่งผู้ป่วยสามารถแสวงหาข้อมูลสอบถามปัญหาเกี่ยวกับอาการ แนวทางปฏิบัติ หรือวิธีที่ตรงกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการแก้ปัญหาและแนวทางการรักษาจากแพทย์ 	<p>กิจกรรมที่ 1 การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotion Support) จุดประสงค์เพื่อมุ่งหวังให้ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตเกิดการสื่อสารกับผู้ให้การดูแลโดยการสร้างสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุ ร่วมกับให้สมาชิกครอบครัว ดูแลเอาใจใส่ห่วงใย ไว้วางใจ และรับฟังความคิดเห็นของผู้สูงอายุ ตลอดการเข้าร่วมโปรแกรม จนผู้สูงอายุเกิดสัมพันธภาพที่ดี เกิดการยอมรับและเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้น จนพัฒนาเกิดเป็นทักษะในการสื่อสารกับบุคลากรทางสุขภาพ (Communication with Health Care Provider) จนก่อให้เกิดความมั่นใจในการเข้าร่วมกิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพ ใช้ระยะเวลาในการทำกิจกรรม 15-20 นาที ในสัปดาห์ที่ 1-6 สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมทั้งสิ้น 6 ครั้ง</p> <p>กิจกรรมที่ 2 การสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร (Information Support) จุดประสงค์ เพื่อเป็นมุมมองหวังให้ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตเกิดการเป็นผู้มีส่วนร่วมในการดูแล จนเกิดเป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพ โดยผู้วิจัยจัดกิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต และแนวทางการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต</p>	<p>คู่มือการดำเนินการตามโปรแกรมสำหรับผู้สูงอายุ</p>

ระยะเวลา ของ กิจกรรม	แนวคิดการ สนับสนุน ทางสังคม (House, 1981)	การประยุกต์แนวคิด พฤติกรรม การจัดการตนเอง	กิจกรรมในโปรแกรม	สื่อ/อุปกรณ์
สัปดาห์ที่ 1 - 6	โดยกิจกรรมที่ พยาบาล ดำเนินการมีทั้ง รายกลุ่มและ รายบุคคล โปรแกรม ประกอบด้วย จำนวนกิจกรรม ทั้งหมด 13 ครั้ง โดยจะจัด กิจกรรม สัปดาห์ ที่ 1 จำนวน 2 ครั้ง สัปดาห์ที่ 2, 3 และ 4 สัปดาห์ ละ 3 ครั้ง และ สัปดาห์ที่ 5 และ 6 สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ทุกกิจกรรม ใช้ระยะเวลาครั้ง ละ 60 นาที รวม ทั้งสิ้น 6 สัปดาห์ โดยจะจัด กิจกรรม สัปดาห์ ที่ 1 จำนวน 2 ครั้ง สัปดาห์ที่ 2, 3 และ 4 สัปดาห์ ละ 3 ครั้ง และ สัปดาห์ที่ 5 และ 6 สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมทั้งหมด 13 ครั้ง	2. การเป็นส่วนในการ ดูแล (Partnership in Care) เป็นการจัดการ ตนเองด้านการสื่อสารกับ ผู้ให้การดูแล และการมี ส่วนร่วมในการดูแลเป็น องค์ประกอบที่ต้องพึ่งพา ซึ่งกันและกัน ไม่ใช่การมี ส่วนร่วมในการดูแลของ ทีมผู้ดูแลสุขภาพเพียงฝ่าย เดียว แต่ต้องอาศัย ความสามารถของผู้ป่วยใน การสื่อสารอย่างมี ประสิทธิภาพเกี่ยวกับ ภาวะการเจ็บป่วย 3. กิจกรรมการดูแลตนเอง (Self-Care Activities) เป็นการจัดการตนเอง ซึ่งตั้งอยู่บนพื้นฐานของ หลักฐานเชิงผลลัพธ์ในการ ดูแลสุขภาพ เมื่อผู้ป่วยมี การปฏิบัติกิจกรรมการ ดูแลตนเองทางกาย จนปฏิบัติเป็นนิสัย เช่น การสังเกตอาการ ผลกระทบ และการ ติดตาม การปฏิบัติ พฤติกรรมที่ชะลอความ เสื่อมของสุขภาพ จนเป็น แนวทางที่นำไปสู่ ความสำเร็จในการรักษา	พร้อมแจกคู่มือแนวทางการ จัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุ โรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัด ทดแทนทางไต กิจกรรมฟิตส์พา เพลลิน กิจกรรมกระเช้าเบาเต็ม กิจกรรมพิชิตใจพิชิตพุง กิจกรรม รักษไตคำโตโต กิจกรรมยาแอนด ยู และกิจกรรมมอเตอร์อินเลิฟ กิจกรรมที่ 3 การสนับสนุนการ ประเมินค่า (Appraisal Support) จุดประสงค์เพื่อมุ่งหวังให้ ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อน การบำบัดทดแทนทางไตเกิดการ พิทักษ์สิทธิ์ของตนเอง เป็นการ ให้สมาชิกในครอบครัวให้ข้อมูล ย้อนกลับไม่ว่าจะเป็นคำพูด การ แสดงออก รวมถึงการเห็นพ้อง เกี่ยวกับการมีทักษะการจัดการ ตนเองที่ถูกต้อง เป็นกิจกรรมที่ ผู้วิจัยเตรียมบทบาทของสมาชิก ในครอบครัว โดยแนะนำวิธีการ ประเมินย้อนกลับเกี่ยวกับการ ปฏิบัติพฤติกรรมจัดการ ตนเองที่ถูกต้องของกลุ่มตัวอย่าง ให้สมาชิกในครอบครัวทราบ โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ เรื่อง บทบาท ของสมาชิกครอบครัวในการดูแล ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อน การบำบัดทดแทนทางไต	คู่มือการ ดำเนิน การตาม โปรแกรม สำหรับ พยาบาล

ระยะเวลา ของ กิจ กรรม	แนวคิดการสนับสนุน ทางสังคม (House, 1981)	การประยุกต์แนวคิด พฤติกรรมกรรมการจัดการ ตนเอง	กิจกรรมในโปรแกรม	สื่อ/ อุปกรณ์
สัปดาห์ที่ 1 - 6		<p>4. พฤติกรรมการพิทักษ์สิทธิของตนเอง (Self-Advocacy Behaviors) ความเต็มใจ ความสมัครใจ การตัดสินใจด้วยตนเองของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองส่วนบุคคลที่ถูกต้องด้วยตนเอง เช่น การปรึกษาแพทย์ ผู้รักษาในการรับประทานยาในระยะเวลาที่กำหนด ทดแทนทางไต การดูแลสุขภาพอื่นๆ ของตนเอง</p> <p>5. พฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยา (Medication Adherence Behavior) เป็นการจัดการตนเองที่ผู้ป่วยปฏิบัติตามการใช้ยาตามที่แพทย์สั่ง และแพทย์ก็มีความไว้วางใจในการรักษากับผู้ป่วยที่รับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ</p>	<p>กิจกรรมที่ 4 การสนับสนุนทางด้านทรัพยากร (Instrumental Support)</p> <p>ผู้วิจัยแนะนำสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับการสนับสนุนสิ่งของ การบริการต่างๆ และการอำนวยความสะดวกที่จำเป็นสำหรับการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง ได้แก่ กิจกรรมติดตามเยี่ยมบ้าน และกิจกรรมกระตุ้นเตือนการปฏิบัติทางโทรศัพท์ เป็นการสอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคให้คำแนะนำและให้กำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง</p>	คู่มือการดำเนินงาน การตามโปรแกรม สำหรับพยาบาล

ส่วนที่ 2 คู่มือแนวทางพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต

คู่มือ

แนวทางการจัดการตนเอง

สำหรับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรัง
ระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต



จัดทำโดย : นางสาวนีย์ ชนะพาล

นิสิตปริญญาโทบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คำนำ

โรคไตเรื้อรังในผู้สูงอายุ นั้น ก่อให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ อีกทั้งยังสูญเสียค่าใช้จ่ายทางสาธารณสุขในการเข้ารับการรักษาบำบัดทดแทนทางไต ทั้งการฟอกไต การล้างไตทางช่องท้อง ดังนั้นผู้สูงอายุ ญาติและผู้ดูแล จึงควรมีความรู้ ความเข้าใจ สาเหตุของโรค การรับประทานอาหาร รวมถึงการรับประทานยา เพื่อส่งเสริมการมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ถูกต้อง เมื่อผู้สูงอายุต้องกลับไปดำรงชีวิตในสังคม

ผู้วิจัยจึงได้จัดทำคู่มือ “การจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรัง ระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต” ขึ้น ซึ่งรวบรวมความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง สาเหตุการเกิดโรค อาหารในระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต และการรับประทานยา รวมทั้งผลข้างเคียง

ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือเล่มนี้ จะก่อให้เกิดประโยชน์กับผู้สูงอายุ และผู้ดูแลโรคไตเรื้อรังระยะก่อนฟอกไตต่อไป

เสาวนีย์ ชนะพาล

ผู้จัดทำ

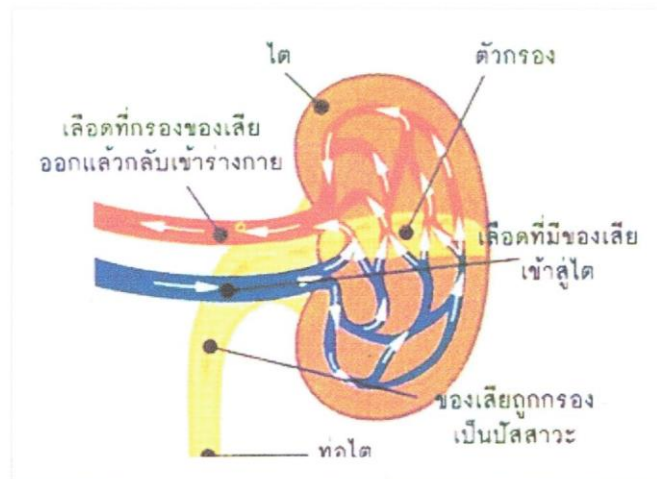
ความหมายของไตเรื้อรัง

1

โรคไตเรื้อรังระยะก่อนบำบัดทดแทนทางไต คือ โรคชนิดหนึ่งที่เกิดจากความผิดปกติทางโครงสร้างหรือการทำงานที่ของไตลดลงมากกว่า 3 เดือน

หน้าที่การทำงานของไต

1. กำจัดของเสีย
2. ดูดซึมสารที่เป็นประโยชน์
3. รักษาสมดุลน้ำ เกลือแร่ กรด ต่าง
4. ควบคุมความดันโลหิต
5. สร้างฮอร์โมน



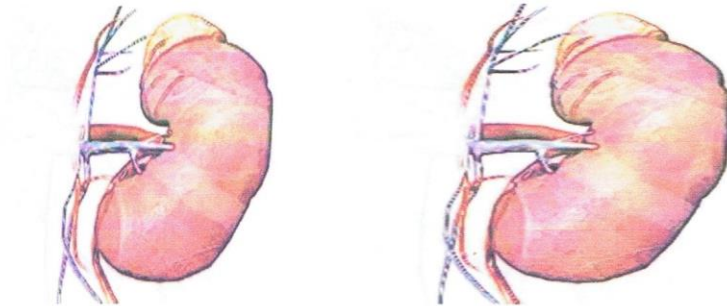
ที่มา : www.siphhospital.com

แนวทางการจัดการตนเองที่ดี

สำหรับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนฟอกไต

การจัดการตนเองที่ดี นั้นหากผู้สูงอายุปฏิบัติเป็นกิจวัตรประจำวัน จะช่วยชะลอการเสื่อมของไตได้โดยจะเน้น 5 ด้าน ดังนี้

1. โภชนาการที่เหมาะสม
2. การควบคุมน้ำ
3. การใช้ยา
4. การออกกำลังกายที่เหมาะสม
5. วิธีผ่อนคลายในผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรัง



ส่วนที่ 3 แผนการสอนให้ความรู้ เรื่อง โรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตสำหรับผู้สูงอายุ และ แผนการสอนให้ความรู้ เรื่อง แนวทางการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต

แผนการสอนให้ความรู้ เรื่อง โรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตสำหรับผู้สูงอายุ	
เรื่อง	ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตสำหรับผู้สูงอายุ
ผู้สอน	นางสาวนีย์ ชนะพาล
ผู้เรียน	ผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตและญาติ
เวลาที่สอน	30 นาที
วิธีการสอน	สอนเป็นรายกลุ่ม กลุ่มละ 5-10 คน
วัตถุประสงค์	ผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตและญาติ สามารถ <ol style="list-style-type: none"> 1. อธิบายความหมายของโรคไตเรื้อรังได้อย่างถูกต้อง 2. อธิบายถึงโครงสร้างการทำงานของไตได้อย่างถูกต้อง 3. อธิบายและบอกถึงสาเหตุการเกิดโรคไตเรื้อรังได้อย่างถูกต้อง 4. อธิบายเกี่ยวกับอาการของผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตได้อย่างถูกต้อง 5. อธิบายหรือบอกถึงระยะของโรคไตเรื้อรังได้ 6. อธิบายถึงวิธีการรักษาต่างๆของโรคไตเรื้อรัง

เนื้อหาความรู้ที่ให้ เกี่ยวกับ

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต ประกอบด้วย
 - เนื้อหา ดังนี้
 - 1) ความหมายของโรคไตเรื้อรัง
 - 2) โครงสร้างการทำงานของไต
 - 3) สาเหตุของการเกิดโรคไตเรื้อรัง
 - 4) อาการของผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนไต
 - 5) ระยะของโรคไตเรื้อรัง
 - 6) วิธีการรักษาโรคไตเรื้อรัง

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	ประเมิน
<p>1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตและผู้สอน</p> <p>2. เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และเนื้อหาที่จะสอนให้ผู้สูงอายุทราบ</p>	<p>ขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพ</p> <p>วัตถุประสงค์ของการให้ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังระยะก่อน</p> <p>การบำบัดทดแทนทางไตสำหรับผู้สูงอายุหรือญาติ เพื่อให้สามารถ</p> <ol style="list-style-type: none"> อธิบายความหมายของโรคไตเรื้อรัง อธิบายโครงสร้างการทำงานของไต อธิบายสาเหตุของการเกิดโรคไตเรื้อรัง อธิบายอาการของผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนไตได้ อธิบายระยะของโรคไตเรื้อรังได้ อธิบายวิธีการรักษาโรคไตเรื้อรังได้ 	<ol style="list-style-type: none"> ผู้สอนและผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตนั่งเก้าอี้แถวหน้า ผู้สอนกล่าวทักทาย แนะนำตนเอง กล่าวประวัติตนเองโดยย่อ สร้างบรรยากาศที่เป็นมิตรและอบอุ่น พูดคุยสร้างสัมพันธภาพโดยการซักถามความเป็นอยู่โดยทั่วไปเพื่อสร้างความคุ้นเคยและความรู้สึกไว้วางใจ ผู้สอนชี้แจงวัตถุประสงค์ถึงการเข้าร่วมรับฟังการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต 	<p>- เก้าอี้นั่งโดยจัดเป็นแถวหน้า</p> <p>กระดาน</p> <p>- ป้ายชื่อ</p> <p>ประมาณ 5-10 คน</p>	<p>- การสังเกตพฤติกรรม</p> <p>- ทำทางที่แสดงออก</p> <p>- การซักถามร่วม</p> <p>- แสดงความคิดเห็น</p> <p>- และการตอบคำถาม</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	ประเมิน
	<p>ขั้นเข้าสู่บทเรียน</p> <p>อนาคตในปี 2560 จะเป็นสังคมผู้สูงอายุ ซึ่งโรคไตเรื้อรังเป็นโรคติดต่อไม่เรื้อรังที่จะพบเป็นอันดับต้นๆและมีผู้กล่าวขานถึงกันมากในยุคนี้ อีกทั้งโรคไตเป็นโรคที่พบได้บ่อยในคนไทย เพราะมีการให้ความรู้ด้านการแพทย์แก่ประชาชนมากขึ้น อีกสาเหตุหนึ่งคือมีความก้าวหน้าทางวิทยาการและเทคโนโลยีทำให้มีวิธีการรักษาใหม่ได้ผลหลายวิธี หากท่านได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคไตเรื้อรังอย่าเพิ่งตกใจ ควรสอบถามแพทย์ให้แน่ใจว่าเป็นโรคไตเรื้อรังชนิดใด เพราะโรคไตมีหลายชนิดซึ่งบางชนิดก็สามารถรักษาให้หายขาดเองได้ และบางชนิดรักษาแล้วหายขาดและดีขึ้น</p> <p>ปัจจุบันพบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในประเทศไทยจำนวนมาก ทำให้สิ้นเปลืองงบประมาณและค่าใช้จ่ายในการรักษาจำนวนมาก การเรียนรู้และสร้างความตระหนักจะทำให้ชะลอภาวะไตเสื่อมได้ค่ะ.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>			

แผนการสอนให้ความรู้ เรื่อง แนวทางการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะ
ก่อนการบำบัดทดแทนทางไต

เรื่อง	ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต
ผู้สอน	นางเสาวนีย์ ชนะพาล
ผู้เรียน	ผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตและญาติ
เวลาที่สอน	30 นาที
วิธีการสอน	สอนเป็นรายกลุ่ม กลุ่มละ 5-10 คน
วัตถุประสงค์	ผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตและญาติ สามารถอธิบายแนวทางการจัดการตนเองที่เหมาะสมได้ทั้งในด้านการใช้ยา การควบคุมการบริโภคน้ำ โภชนาการที่เหมาะสม การออกกำลังกายที่เหมาะสม

เนื้อหาความรู้ที่ให้ เกี่ยวกับ

1. ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการจัดการตนเองที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต ประกอบด้วยเนื้อหา ดังนี้
 - 1) การใช้ยา
 - 2) การควบคุมการบริโภคน้ำ
 - 3) โภชนาการที่เหมาะสม
 - 4) การออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	ประเมิน
<p>1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตและผู้สอน</p> <p>2. เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และเนื้อหาที่จะสอนให้ผู้สูงอายุทราบ</p>	<p>ขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพ</p> <p>วัตถุประสงค์ของการให้ความรู้เรื่อง</p> <p>ความรู้เกี่ยวกับแนวทาง การจัดการตนเองที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต เพื่อให้สามารถ</p> <p>1. อธิบายเลือกใช้ยาที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรัง</p> <p>2. อธิบายบริโภคน้ำที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรัง</p> <p>3. อธิบายการเลือกโภชนาการที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรัง</p> <p>4. อธิบายการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรัง</p>	<p>1. ผู้สอนและผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังนั่งเก้าอี้แถวหน้ากระดานทุกคนติดป้ายชื่อ</p> <p>2. ผู้สอนกล่าวทักทาย แนะนำตนเอง กล่าวประวัติตนเองโดยย่อ สร้างบรรยากาศที่เป็นมิตรและอบอุ่น</p> <p>3. พุดคุยสร้างสัมพันธภาพ เพื่อสร้างความคุ้นเคยและความรู้สึกไว้วางใจ</p> <p>4. ผู้สอนชี้แจงวัตถุประสงค์ถึงการเข้าร่วมรับฟังการให้ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการจัดการตนเองที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต</p>	<p>- เก้าอี้นั่งโดยจัดเป็นแถวหน้ากระดาน</p> <p>- ป้ายชื่อ</p> <p>ประมาณ 5-10 คน</p>	<p>- การสังเกตพฤติกรรม</p> <p>- ทำทางที่แสดงออก</p> <p>- การซักถามร่วม</p> <p>- แสดงความคิดเห็น</p> <p>- และการตอบคำถาม</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	ประเมิน
		5. ผู้สอนชี้แจง เนื้อหาที่จะสอนให้ ผู้สูงอายุโรคไต เรื้อรังระยะก่อน การบำบัดทดแทน ทางไตทราบ 6. เปิดโอกาสให้ ผู้สูงอายุโรคไต เรื้อรังระยะก่อน การบำบัดทดแทน ทางไตได้แสดงความ คิดเห็นและซักถาม		
<p>- เพื่ออธิบาย ความหมาย ของโรคไตเรื้อรัง และลักษณะ โครงสร้างของ</p>	<p>ขั้นเข้าสู่บทเรียน การรักษาที่ได้ผลเมื่อยังไม่สู่ระยะสุดท้าย คือระยะที่ 5 ของโรคทำให้อาการต่างๆของ โรคน้อยลงหรือบางครั้งอาการอาจหายไป ระยะหนึ่งได้และยังอาจชะลอการทำลาย เนื้อไตได้ด้วย หากเราสามารถมีแนว ทางการจัดการตนเองที่เหมาะสมเสียแล้ว อาจช่วยให้การรักษาของแพทย์ได้ผลดีและ ชะลอการฟอกไตได้อีกระยะหนึ่งอีกด้วย</p> <p>1.1 การใช้ยาที่เหมาะสมสำหรับ ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรัง ยาที่ใช้ในการรักษาในการรักษาโรคไต เรื้อรังนั้นเป็นยาที่ช่วย</p>	<p>- ผู้สอนอธิบาย เกี่ยวกับการใช้ยาที่ เหมาะสมสำหรับ ผู้สูงอายุโรคไต เรื้อรัง - ถามผู้สูงอายุว่า</p>	<p>โปรแกรม การนำเสนอ ภาพนิ่ง หน้าที่แสดง ถึงการ</p>	<p>ผู้สูงอายุ ที่เป็นโรคไต เรื้อรัง สามารถ บอกวิธีการ</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	ประเมิน
<p>ไตให้ผู้สูงอายุ และญาติรับฟัง</p>	<p>ปรับสมดุลน้ำ เกลือ และกรด ต่างในร่างกาย ยาจับฟอสเฟตเพื่อไม่ให้ฟอสเฟตดูดซึมเข้าลำไส้ และยาที่ทดแทนฮอร์โมนที่ไตสร้าง นอกจากนั้นอาจต้องใช้ยาอื่นสำหรับโรคไตพื้นฐานที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ ปัจจุบันมียากระตุ้นเม็ดเลือดแต่บางครั้งแพทย์อาจพิจารณาให้เลือดในผู้ป่วยที่มีภาวะซีด.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>กินยาโรคไตเรื้อรัง ตัวใดอยู่บ้าง?</p>	<p>เลือกใช่ยา</p>	<p>เลือกกินยาได้อย่างถูกต้อง</p>

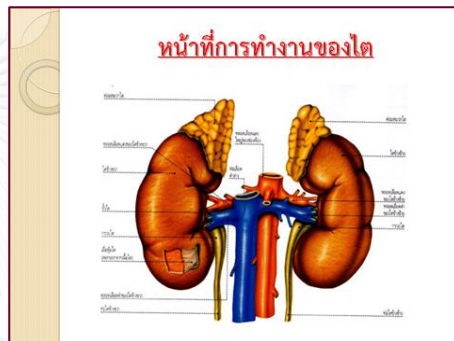
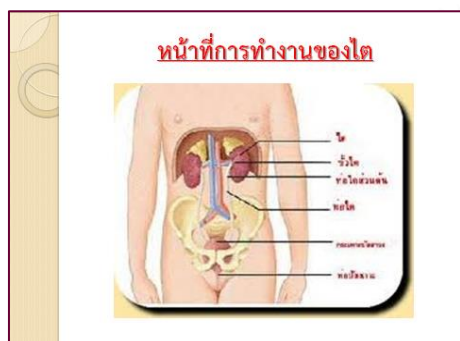
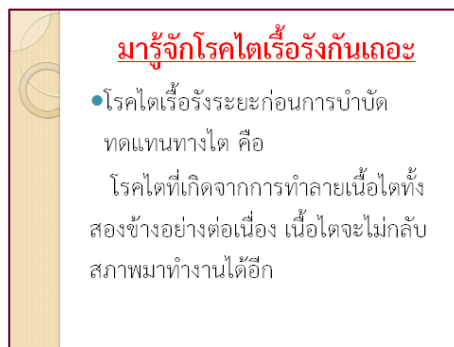
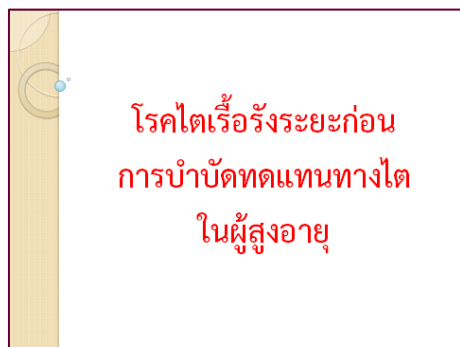
ส่วนที่ 4 สื่อสำหรับการให้ความรู้ ได้แก่

- 1). แผ่นวีดิทัศน์ เรื่อง บทบาทของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต โดยครอบคลุมเกี่ยวกับ โภชนาการที่เหมาะสม การจำกัดน้ำ การใช้ยา การออกกำลังกายที่เหมาะสม การผ่อนคลายความเครียด



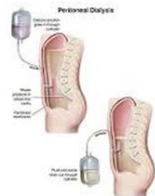
ส่วนที่ 4 สื่อสำหรับการให้ความรู้ ได้แก่

2). Powerpoint เรื่อง โรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตสำหรับผู้สูงอายุ และ Powerpoint เรื่อง แนวทางการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต



วิธีการรักษาโรคไตเรื้อรังมีอะไรบ้าง

- การล้างไตทางช่องท้อง



วิธีการรักษาโรคไตเรื้อรังมีอะไรบ้าง

- การปลูกถ่ายไต



แนวทางการจัดการตนเอง
สำหรับ
ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรัง
ระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต

แนวทางการจัดการตนเองที่เหมาะสม

- ▶ การใช้ยา
- ▶ การควบคุมการบริโภคน้ำ
- ▶ โภชนาการที่เหมาะสม
- ▶ การออกกำลังกายที่เหมาะสม

การใช้ยา

- ▶ ไม่ซื้อยาแก้ปวดกินเอง
- ▶ กินยาตามแพทย์สั่งทุกมื้อ

การใช้ยา

- ▶ หลีกเลี่ยง กินยาจีน ยาลูกกลอน ยาหอม
เส้น ยาสมุนไพรทุกชนิด



การออกกำลังกายที่เหมาะสม



การออกกำลังกายที่เหมาะสม



ส่วนที่ 4 สื่อสำหรับการให้ความรู้ ได้แก่

3). แผ่นป้ายิวเจอร์บอร์ด อาหารที่ควรงดสำหรับผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรัง และ ป้ายไวเนล อาหารหลัก 5 หมู่ สำหรับผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรัง

ป้ายิวเจอร์บอร์ด อาหารที่ควรงดสำหรับผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรัง



ป้ายไวเนล อาหารหลัก 5 หมู่สำหรับผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรัง



ส่วนที่ 4 สื่อสำหรับการให้ความรู้ ได้แก่

4). ชุดโมเดลอาหารลด หวาน มัน เค็ม (ผลิตโดยกลุ่มแม่บ้านสายใยรัก บ้านอุ้มทอง) และคู่มือสมุดภาพ
โมเดลอาหาร ชุดลด หวาน มัน เค็ม จัดทำโดยสำนักโภชนาการ กรมอนามัย

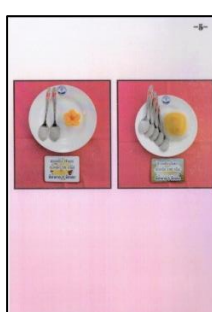
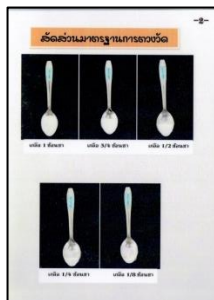
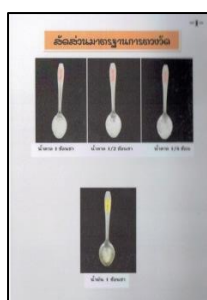
ชุดโมเดลอาหารลด หวาน มันเค็ม (ผลิตโดยกลุ่มแม่บ้านสายใยรัก บ้านอุ้มทอง)



คู่มือสมุดภาพโมเดลอาหาร ชุดลดหวาน มัน เค็ม จัดทำโดยสำนักโภชนาการ กรมอนามัย



คู่มือสมุดภาพโมเดลอาหาร ชุดลด หวาน มัน เค็ม จัดทำโดยสำนักโภชนาการ กรมอนามัย (ต่อ)



ส่วนที่ 5 สมุดบันทึกการจัดการตนเองที่บ้าน (สำหรับผู้สูงอายุและญาติช่วยกันบันทึก)

สมุดบันทึกการจัดการตนเองที่บ้าน

(สำหรับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังและญาติช่วยกันบันทึกนะ)

สัปดาห์ที่ 1 เริ่ม วันที่.....สัปดาห์ที่ 6 สิ้นสุดวันที่.....

คำชี้แจง โปรดกาเครื่องหมาย / ลงในช่องว่าง ให้ตรงกับช่องวันที่ที่ท่านทำตามรายการ การจัดการตนเองทั้ง 5 ด้าน เพื่อบันทึกความก้าวหน้าหลังการเข้าร่วมโปรแกรม และเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองที่ดีเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังต่อไป



เกณฑ์การประเมินการจัดการตนเองที่บ้าน

คำชี้แจง เกณฑ์การประเมินการจัดการตนเองที่บ้าน

ผ่านเกณฑ์ หมายถึง

สามารถเดิมซอส/น้ำปลาในอาหารที่ปรุงแล้วไม่เกิน 3 ช้อนชา/วัน ได้ทั้ง 7 วัน ใน 1 สัปดาห์

สามารถควบคุมการรับประทานน้ำ ได้มากกว่า 5 วันใน 1 สัปดาห์

สามารถกินยาตามแพทย์สั่งทุกมื้อ ได้ทั้ง 7 วัน ใน 1 สัปดาห์

สามารถออกกำลังกาย 30 นาที / วัน ได้มากกว่า 3 วัน ใน 1 สัปดาห์

ผ่อนคลายอารมณ์และจิตใจ ได้มากกว่า 4 วัน ใน 1 สัปดาห์

ไม่ผ่านเกณฑ์ หมายถึง

สามารถเดิมซอส/น้ำปลาในอาหารที่ปรุงแล้วไม่เกิน 3 ช้อนชา/วัน ได้น้อยกว่า 7 วัน ใน 1 สัปดาห์

สามารถควบคุมการรับประทานน้ำ ได้น้อยกว่า 5 วันใน 1 สัปดาห์

สามารถกินยาตามแพทย์สั่งทุกมื้อ ได้น้อยกว่า 7 วัน ใน 1 สัปดาห์

สามารถออกกำลังกาย 30 นาที / วัน ได้น้อยกว่า 3 วัน ใน 1 สัปดาห์

ผ่อนคลายอารมณ์และจิตใจ ได้น้อยกว่า 4 วัน ใน 1 สัปดาห์

สมุดบันทึกการจัดการตนเองที่บ้าน

คำชี้แจง โปรดกาเครื่องหมาย ลงในช่องว่าง และเติมค่าลงในช่องว่าง.....ในวันที่ท่านปฏิบัติที่บ้าน

สัปดาห์ที่ 1

วันที่	รายการ		หมายเหตุ
วันจันทร์ที่	<input type="checkbox"/> เติมน้ำปลา/ซอสในอาหาร.....ช้อนชา/วัน	<input type="checkbox"/> ดื่มน้ำ..... แก้ว/วัน <input type="checkbox"/> กินยาสม่ำเสมอทุกมื้อ	.....
เมนูอาหาร	<input type="checkbox"/> ออกกำลังกายโดย..... 30 นาที/วัน	<input type="checkbox"/> ผ่อนคลายโดยวิธี.....	.....
วันอังคารที่	<input type="checkbox"/> เติมน้ำปลา/ซอสในอาหาร.....ช้อนชา/วัน	<input type="checkbox"/> ดื่มน้ำ..... แก้ว/วัน <input type="checkbox"/> กินยาสม่ำเสมอทุกมื้อ	.....
เมนูอาหาร	<input type="checkbox"/> ออกกำลังกายโดย..... 30 นาที/วัน	<input type="checkbox"/> ผ่อนคลายโดยวิธี.....	.....
วันพุธที่	<input type="checkbox"/> เติมน้ำปลา/ซอสในอาหาร.....ช้อนชา/วัน	<input type="checkbox"/> ดื่มน้ำ..... แก้ว/วัน <input type="checkbox"/> กินยาสม่ำเสมอทุกมื้อ	.....
เมนูอาหาร	<input type="checkbox"/> ออกกำลังกายโดย..... 30 นาที/วัน	<input type="checkbox"/> ผ่อนคลายโดยวิธี.....	.....

วันที่	รายการ		หมายเหตุ
วันพฤหัสบดีที่	<input type="checkbox"/> เติมน้ำปลา/ซอสในอาหาร.....ช้อนชา/วัน	<input type="checkbox"/> ดื่มน้ำ..... แก้ว/วัน <input type="checkbox"/> กินยาสม่ำเสมอทุกมื้อ	.....
เมนูอาหาร	<input type="checkbox"/> ออกกำลังกายโดย..... 30 นาที/วัน	<input type="checkbox"/> ผ่อนคลายโดยวิธี.....	.....
วันศุกร์ที่	<input type="checkbox"/> เติมน้ำปลา/ซอสในอาหาร.....ช้อนชา/วัน	<input type="checkbox"/> ดื่มน้ำ..... แก้ว/วัน <input type="checkbox"/> กินยาสม่ำเสมอทุกมื้อ	.....
เมนูอาหาร	<input type="checkbox"/> ออกกำลังกายโดย..... 30 นาที/วัน	<input type="checkbox"/> ผ่อนคลายโดยวิธี.....	.....
วันเสาร์ที่	<input type="checkbox"/> เติมน้ำปลา/ซอสในอาหาร.....ช้อนชา/วัน	<input type="checkbox"/> ดื่มน้ำ..... แก้ว/วัน <input type="checkbox"/> กินยาสม่ำเสมอทุกมื้อ	.....
เมนูอาหาร	<input type="checkbox"/> ออกกำลังกายโดย..... 30 นาที/วัน	<input type="checkbox"/> ผ่อนคลายโดยวิธี.....	.....
วันอาทิตย์ที่	<input type="checkbox"/> เติมน้ำปลา/ซอสในอาหาร.....ช้อนชา/วัน	<input type="checkbox"/> ดื่มน้ำ..... แก้ว/วัน <input type="checkbox"/> กินยาสม่ำเสมอทุกมื้อ	.....
เมนูอาหาร	<input type="checkbox"/> ออกกำลังกายโดย..... 30 นาที/วัน	<input type="checkbox"/> ผ่อนคลายโดยวิธี.....	.....

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและบุคลากรทางสุขภาพ (The Social Support Questionnaire) สร้างโดย House (1987) ปรับข้อความให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรัง
ระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตโดย Sritarapipat (2012)

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

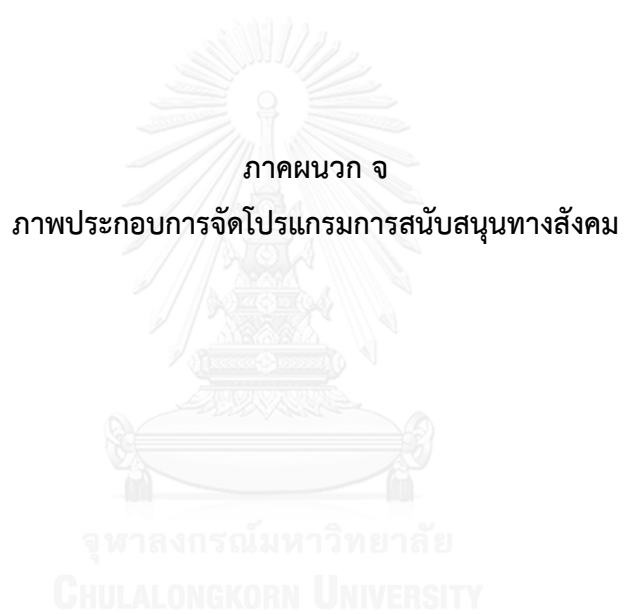
คำชี้แจง ขอให้ท่านโปรดตอบข้อความที่ละเอียดและทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับระดับ
ความคิดเห็นของท่านมากที่สุดโดยเลือกตอบเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อซึ่งคำตอบ
ของท่านไม่มีถูกหรือผิดและขอความกรุณาตอบคำถามให้ครบทุกข้อ

การสนับสนุน	ระดับความคิดเห็น			
	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยน้อย	ไม่เห็นด้วย
การสนับสนุนจากครอบครัว / บุคลากรทางสุขภาพ				
1. ท่านได้รับการดูแลเอาใจใส่ให้ปฏิบัติ พฤติกรรมจัดการตนเอง				
2. ท่านได้รับการแสดงความรัก ความห่วงใย สอบถามอาการผิดปกติขณะปฏิบัติ พฤติกรรมจัดการตนเอง				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
12. ท่านได้รับการช่วยเหลือในการปฏิบัติ พฤติกรรมจัดการตนเอง เช่น การจัดหา อาหาร การพาไปออกกำลังกาย การดูแลยา รับประทาน การพาไปพบแพทย์ตามนัด การประสานงานกับแพทย์ เป็นต้น				



ตารางที่ 15 คะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและบุคลากรทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม รายด้านและโดยภาพรวม จำแนกตามกลุ่มผู้ให้การสนับสนุนทางสังคม (n=40)

การสนับสนุนทางสังคม	การสนับสนุนทางสังคม			
	ครอบครัว		บุคลากรทางสุขภาพ	
	คะแนนเฉลี่ย (n=40)	ระดับ	คะแนนเฉลี่ย (n=40)	ระดับ
ด้านอารมณ์	9.55	มาก	8.95	ปานกลาง
ด้านการประเมินค่า	9.60	มาก	9.45	มาก
ด้านการให้ข้อมูล	8.50	ปานกลาง	9.50	มาก
ด้านทรัพยากรสิ่งของและการเงิน	9.90	มาก	7.75	ปานกลาง
โดยภาพรวม	37.55	มาก	35.65	ปานกลาง



1). การเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล



2). การดำเนินกิจกรรม

กิจกรรมที่ 1 การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional Support)



กิจกรรมที่ 2 การสนับสนุนทางการประเมินค่า (Appraisal Support)



กิจกรรมที่ 3 การสนับสนุนทางข้อมูลข่าวสาร (Information Support)



กิจกรรมที่ 4 การสนับสนุนทางทรัพยากร (Instrumental Support)



ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางเสาวนีย์ ชนะพาล เกิดเมื่อวันที่ 21 เมษายน พ.ศ. 2527 ที่จังหวัดนครสวรรค์ สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยนเรศวร เมื่อปีการศึกษา พ.ศ. 2549 ประสบการณ์การทำงาน ปี พ.ศ. 2549 - 2558 ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ที่ตึกผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลไพศาลี จังหวัดนครสวรรค์ ปัจจุบันในปี พ.ศ. 2558 ย้ายมาปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จ.นครสวรรค์ และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้สูงอายุ) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปี พ.ศ. 2555 จนถึงปัจจุบัน

