วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพโรงพยาบาลสุโขทัย
ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม - สิงหาคม 2569)

Journal of Health Sciences Sukhothai hospital
Vol. 1 No. 2 (May - August 2026)

Effects of a Health Behavior Change Care Model on Self-Management Behavior and Clinical Outcomes in Stage 2–3a CKD Patients at NCD Clinic in Ban Khlong Khu Sub-district Health Promoting Hospital, Phichit Province.

Nipa Purksawan

Ban Khlong Khu Sub-district Health Promoting Hospital, Phichit Province.

Received: 29 May 2026
Revised: 9 July 2026
Accepted: 28 August 2026

Abstract

Background: Chronic kidney disease (CKD) is an important public health problem, particularly among patients with diabetes mellitus and hypertension. At Ban Khlong Khu Sub-district Health Promoting Hospital, Phichit Province, most CKD patients were found to be in stages 2–3a, which represent a critical period for delaying kidney function decline. However, routine care still has limitations in behavioral assessment and continuous follow-up.

Objective: To evaluate the effects of a health behavior change care model on self-management behaviors and clinical outcomes among patients with stage 2–3a chronic kidney disease.

Methods: This study employed a two-group pretest–posttest quasi-experimental design. The sample consisted of 60 participants selected by purposive sampling and divided into an experimental group and a control group, with 30 participants in each group. The experimental group received the 12-week care model, while the control group received usual care. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test, and independent t-test.

Results: After the intervention, the experimental group had a significant increase in knowledge scores regarding CKD and delaying kidney function decline, from 8.63 ± 1.72 to 12.87 ± 1.26. Self-management behavior scores for delaying kidney function decline also increased from 51.87 ± 7.94 to 72.43 ± 8.15. These improvements were statistically significant ($p < .001$) and significantly higher than those of the control group ($p < .001$). Regarding clinical outcomes, the experimental group showed a significant increase in eGFR and significant reductions in serum creatinine, systolic blood pressure, and body mass index ($p < .05$). Satisfaction with the care model was at the highest level (Mean = 4.54, SD = 0.38).

Conclusion: The health behavior change care model effectively improved knowledge regarding CKD and delaying kidney function decline, self-management behaviors for delaying kidney function decline, and clinical outcomes related to slowing CKD progression. The model is appropriate for application in primary care NCD clinics.

Keywords: Stage 2–3a Chronic Kidney Disease, Self-Management, Health Behavior Change, Clinical Outcomes

วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพโรงพยาบาลสุโขทัย
ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม - สิงหาคม 2569)

Journal of Health Sciences Sukhothai hospital
Vol. 1 No. 2 (May - August 2026)

ผลของรูปแบบการดูแลด้วยกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2–3a ในคลินิก NCD โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองคู้ จังหวัดพิจิตร

นิภา พฤกษะวัน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองคู้ จังหวัดพิจิตร

วันที่รับบทความ 29 พฤษภาคม 2569
วันที่แก้ไข 9 กรกฎาคม 2569
วันที่ตอบรับบทความ 28 สิงหาคม 2569

บทคัดย่อ

ความเป็นมา: โรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ โดยเฉพาะในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองคู้ จังหวัดพิจิตร พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระยะที่ 2–3a ซึ่งเป็นช่วงสำคัญของการชะลอไตเสื่อม การดูแลตามปกติยังมีข้อจำกัด ด้านการประเมินพฤติกรรม และการติดตามต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์: เพื่อประเมินผลของรูปแบบการดูแลด้วยกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2–3a

วิธีการศึกษา: การวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลองชนิดสองกลุ่มวัดก่อน–หลัง (Two-group pretest–posttest quasi-experimental design) กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน กลุ่มทดลองได้รับรูปแบบการดูแล 12 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Paired t-test และ Independent t-test

ผลการศึกษา: พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและการชะลอไตเสื่อมเพิ่มขึ้นจาก 8.63 ± 1.72 เป็น 12.87 ± 1.26 คะแนน และพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม เพิ่มขึ้นจาก 51.87 ± 7.94 เป็น 72.43 ± 8.15 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ด้านผลลัพธ์ทางคลินิก กลุ่มทดลองมีค่า eGFR เพิ่มขึ้น ค่า serum creatinine ความดันโลหิตซิสโตลิก และดัชนีมวลกายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.54, SD = 0.38)

สรุป: รูปแบบการดูแลด้วยกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพช่วยส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและการชะลอไตเสื่อม พฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมและผลลัพธ์ทางคลินิกที่เกี่ยวข้องกับการชะลอไตเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิผล และเหมาะสมในการประยุกต์ใช้ในคลินิก NCD ระดับปฐมภูมิ

คำสำคัญ: โรคไตเรื้อรังระยะที่ 2–3a, การจัดการตนเอง, การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ, ผลลัพธ์ทางคลินิก

วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพโรงพยาบาลสุโขทัย
ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม - สิงหาคม 2569)
Journal of Health Sciences Sukhothai hospital
Vol. 1 No. 2 (May - August 2026)

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease : CKD) เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญระดับโลกที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาวะของประชาชนและระบบบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง หลักฐานเชิงระบบระบุว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ของโลกอยู่ในระยะเริ่มต้นถึงปานกลาง (Stage 1–3) โดยมีความชุกรวมประมาณร้อยละ 13.9 ขณะที่ระยะรุนแรง (Stage 4–5) มีสัดส่วนต่ำกว่าแต่มีความเสี่ยงสูงต่อการเข้าสู่ไตวายระยะสุดท้าย การเสียชีวิต และภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ[1] สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนว่า การชะลอไตเสื่อมตั้งแต่ระยะต้น–กลาง เป็นยุทธศาสตร์สำคัญ เพราะหากผู้ป่วยได้รับการดูแลเชิงรุกที่เหมาะสม จะช่วยลดการเข้าสู่ระยะรุนแรง และลดความจำเป็นในการบำบัดทดแทนไตในอนาคต[2] ในประเทศไทยโรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาที่เพิ่มภาระต่อระบบสุขภาพและครัวเรือน โดยผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สะท้อนผ่านข้อมูลทะเบียนการบำบัดทดแทนไตของไทย (Thailand Renal Replacement Therapy Registry : TRT)[3] ที่รายงานว่าในปี พ.ศ. 2566 มีผู้ป่วยรายใหม่เริ่มฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis : HD) 13,045 ราย และรายใหม่เริ่มล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal Dialysis : PD) 4,159 ราย รวมผู้ป่วยรายใหม่เริ่มฟอกไต 17,204 รายต่อปี ซึ่งชี้ชัดถึงภาระโรคและความจำเป็นของมาตรการลดการเข้าสู่โรคไตวายระยะสุดท้าย (End-Stage Renal Disease : ESRD) ด้วยการดูแลและปรับพฤติกรรมสุขภาพอย่างเป็นระบบ[2] เมื่อพิจารณาระดับพื้นที่ จังหวัดพิจิตรมีสถานการณ์โรคไตที่น่ากังวล โดยรายงานสื่อสารสาธารณะของหน่วยงานในระบบสุขภาพระบุว่าจังหวัดพิจิตรมีประชากรประมาณ 5.3 แสนคน พบผู้ป่วยโรคไตทุกระยะประมาณ 50,000 คน (ร้อยละ 10 ของประชากร) โดยพบระยะที่ 3 มากที่สุดประมาณร้อยละ 52 และระยะที่ 4 ประมาณร้อยละ 12.9 สะท้อนให้เห็นว่าในจังหวัดพิจิตรมีฐานผู้ป่วยระยะ 1–3 จำนวนมาก และมีกลุ่มเสี่ยงสูงระยะ 4 ที่อาจก้าวเข้าสู่ไตวายระยะสุดท้ายหากไม่ได้รับการชะลอโรคอย่างจริงจัง[3] ในระดับหน่วยบริการปฐมภูมิ จากข้อมูลทะเบียนผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองคู ตำบลท่าหลวง อำเภอเมืองพิจิตร จังหวัดพิจิตร พบผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง หรือโรคใดโรคหนึ่งที่ติดตามรักษาต่อเนื่อง 276 คน เมื่อจำแนกระยะไตพบว่า ไตปกติ 91 คน (ร้อยละ 33), CKD ระยะที่ 2 จำนวน 131 คน (ร้อยละ 47), CKD ระยะที่ 3a จำนวน 30 คน (ร้อยละ 11), CKD ระยะที่ 3b จำนวน 17 คน (ร้อยละ 6), CKD ระยะที่ 4 จำนวน 6 คน (ร้อยละ 2) และไตวายระยะสุดท้าย 1 คน (ร้อยละ 0.36) ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ของพื้นที่อยู่ในระยะ 2–3a ซึ่งเป็นช่วงสำคัญที่สุดสำหรับการชะลอไตเสื่อมผ่านมาตรการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การลดโซเดียม ควบคุมอาหาร การออกกำลังกายที่เหมาะสม การคุมความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด การใช้ยาอย่างถูกต้อง การหลีกเลี่ยงยาอันตรายต่อไต และการติดตามค่าการทำงานของไตอย่างต่อเนื่อง[2]

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองคู มีฐานผู้ป่วยระยะ 2–3a จำนวนมาก และมีการติดตามผู้ป่วย NCD อย่างต่อเนื่อง ทำให้เหมาะต่อการพัฒนาและทดสอบ “รูปแบบการดูแลเชิงรุก” ที่เน้นการปรับพฤติกรรมในบริบทจริงของชุมชน อีกทั้งผู้ป่วยในพื้นที่ส่วนใหญ่มีโรคร่วมสำคัญ ได้แก่ เบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นปัจจัยเร่งให้ไตเสื่อม หากสามารถพัฒนาระบบดูแลที่ช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมปัจจัยเสี่ยงและปรับพฤติกรรมสุขภาพได้ต่อเนื่องตั้งแต่ระยะ 2–3a จะมีโอกาสลดการเข้าสู่ระยะ 3b–4 และลดการเข้าสู่การบำบัดทดแทนไตได้ในระยะยาว นอกจากนี้พื้นที่ดังกล่าวมีความพร้อมของทีมสุขภาพปฐมภูมิและเครือข่ายชุมชน เช่น อสม. ผู้ดูแล ครอบครัว ฯลฯ ที่เอื้อต่อการดำเนินกิจกรรมติดตามต่อเนื่องและการเสริมพลังผู้ป่วยในชีวิตประจำวัน ผลการศึกษาที่ได้มีโอกาสนำไปใช้จริงและขยายผลในหน่วยบริการที่มีบริบทใกล้เคียงกันได้ อย่างไรก็ตาม จากการดำเนินงานตามปกติในคลินิก NCD ระดับปฐมภูมิยังพบสิ่งที่ขาดและเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการชะลอไตเสื่อม ได้แก่ 1) การประเมินพฤติกรรมสุขภาพและการจัดการตนเองยังไม่เป็นระบบและติดตามผลได้ต่อเนื่อง 2) การให้คำแนะนำส่วนใหญ่เป็น

แบบครั้งคราวตามวันนัด ทำให้ผู้ป่วยบางรายยังไม่สามารถนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้จริง 3) การมีส่วนร่วมของครอบครัว ผู้ดูแล และการเสริมแรงในชุมชนยังไม่เข้มแข็งเท่าที่ควร และ 4) การติดตามผลลัพธ์สำคัญของการชะลอไตเสื่อม ทั้งด้านพฤติกรรมและตัวชี้วัดคลินิกยังขาดรูปแบบการดูแลที่มีโครงสร้างชัดเจน จึงอาจทำให้การดูแลระยะ 2–3a ไม่เกิดผลลัพธ์ที่ต้องการเท่าที่ควร

ในบริบทปฐมภูมิของพื้นที่ คือ แม้แนวทางเวชปฏิบัติแนะนำให้ชะลอไตเสื่อมด้วยการควบคุมปัจจัยเสี่ยงและการปรับพฤติกรรม[4] แต่ยังขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ระดับหน่วยบริการปฐมภูมิที่สะท้อนว่า “รูปแบบการดูแลที่เน้นกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ” ซึ่งประกอบด้วยการเพิ่มความรู้ ฝึกทักษะ ตั้งเป้าหมายรายบุคคล การติดตามต่อเนื่อง และการสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน จะช่วยให้ผู้ป่วย CKD ระยะ 2–3a มีพฤติกรรมการจัดการตนเองดีขึ้นและมีผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้นอย่างไร โดยเฉพาะการประเมินแบบก่อน–หลังในสถานการณ์จริงของ รพ.สต. ด้วยเหตุผลดังกล่าว จึงมีความจำเป็นต้องดำเนินการวิจัยเรื่อง “ผลของรูปแบบการดูแลด้วยกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2–3a ในคลินิก NCD โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองคู้ จังหวัดพิจิตร” เพื่อพัฒนาจัดระบบการดูแลเชิงรุกที่เข้าถึงง่ายและต่อเนื่อง เชื่อมโยงผู้ป่วย–ญาติ ผู้ดูแล–ทีมสุขภาพ–ชุมชน เพิ่มความรู้และทักษะการดูแลตนเอง ปรับพฤติกรรมเสี่ยง ลดการลุกลามของโรค และลดการเข้าสู่การบำบัดทดแทนไต อันจะช่วยยกระดับคุณภาพบริการปฐมภูมิและสร้างหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับขยายผลในพื้นที่ต่อไป[2,5]

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อประเมินผลของรูปแบบการดูแลด้วยกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมและผลลัพธ์ทางคลินิก โดย

1. เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม ก่อนและหลัง 12 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
2. เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงคะแนนความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังและการชะลอไตเสื่อม ก่อนและหลัง 12 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
3. เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ทางคลินิกที่เกี่ยวข้องกับการชะลอไตเสื่อม ก่อนและหลัง 12 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
4. เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยกลุ่มทดลองต่อรูปแบบการดูแลด้วยกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อม

สมมติฐานการวิจัย

1. รูปแบบการดูแลด้วยกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีผลเชิงบวกต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2–3a
2. ผลลัพธ์ทางคลินิกหลังการเข้าร่วมในรูปแบบการดูแลของกลุ่มเป้าหมายดีขึ้นหรือเสื่อมลงช้าลง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) ของ Wagner, Austin, และ Von Korff (1996)[6] ร่วมกับแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) ของ Lorig และ Holman (2003)[7] เป็นฐานในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2–3a ให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการชะลอไตเสื่อมได้อย่างต่อเนื่อง รูปแบบการดูแลประกอบด้วยกิจกรรมสำคัญ

วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพโรงพยาบาลสุโขทัย
ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม - สิงหาคม 2569)
Journal of Health Sciences Sukhothai hospital
Vol. 1 No. 2 (May - August 2026)

ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังและการชะลอไตเสื่อม การฝึกทักษะการดูแลตนเองด้านอาหาร การใช้ยา การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด การตั้งเป้าหมายรายบุคคล การติดตามต่อเนื่องผ่านโทรศัพท์หรือ LINE และการสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน รายละเอียดดังรูปภาพที่ 1



รูปภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย (Research Methodology)

รูปแบบการวิจัยและขอบเขตการศึกษา การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดก่อน–หลัง (Two-group pretest–posttest quasi-experimental design) เพื่อประเมินผลรูปแบบการดูแลด้วยกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2–3a ในบริบทคลินิก NCD โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองคู้ จังหวัดพิจิตร กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มทดลอง ได้รับรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นตามกิจกรรมรายสัปดาห์ต่อเนื่อง 12 สัปดาห์ ประกอบด้วย การให้ความรู้ ฝึกทักษะ ตั้งเป้าหมายรายบุคคล และติดตามต่อเนื่องและเสริมแรง โดยทีมสุขภาพ/เครือข่ายชุมชนตามความเหมาะสม 2) กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติของคลินิก NCD (Usual care) ทั้งสองกลุ่มได้รับการเก็บข้อมูล ก่อนเริ่มโครงการ (pretest) และ หลังสิ้นสุดโครงการ (posttest เมื่อครบ 12 สัปดาห์) ในตัวแปรผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม และตัวชี้วัดทางคลินิกที่เกี่ยวข้องกับการชะลอไตเสื่อม เพื่อใช้เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงภายในกลุ่มและความแตกต่างของการเปลี่ยนแปลงระหว่างกลุ่ม ซึ่งสะท้อนประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลด้วยกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อม ในคลินิก NCD โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านคลองคู้ จังหวัดพิจิตร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองคู้ อำเภอเมืองพิจิตร จังหวัดพิจิตร โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) จากทะเบียนผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) และเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ ระหว่างเดือน มีนาคม– พฤษภาคม พ.ศ. 2569 จำนวน 30 คน ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ขึ้นทะเบียนและรับบริการในคลินิก NCD โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองคู้ อำเภอเมืองพิจิตร จังหวัดพิจิตร ปีงบประมาณ 2569 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2 และ 3a ที่เข้าเกณฑ์คัดเลือกตามที่ผู้วิจัยกำหนด และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย จำนวนกลุ่มละ 30

วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพโรงพยาบาลสุโขทัย
ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม - สิงหาคม 2569)
Journal of Health Sciences Sukhothai hospital
Vol. 1 No. 2 (May - August 2026)

คน รวม 60 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) และผ่านเข้าเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้า เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของกิจกรรมระหว่างกลุ่ม เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมารับบริการในสถานบริการเดียวกัน ผู้วิจัยกำหนดวันหรือช่วงเวลาการให้บริการ และกิจกรรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้แยกจากกันอย่างชัดเจน จำกัดการใช้สื่อและเอกสารกิจกรรมเฉพาะในกลุ่มทดลอง ไม่จัดกิจกรรมกลุ่มร่วมกันระหว่างสองกลุ่ม และชี้แจงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือผู้เกี่ยวข้องให้ดำเนินการติดตามตามบทบาทที่กำหนดเฉพาะกลุ่ม เพื่อลดโอกาสการแลกเปลี่ยนข้อมูลหรือการเลียนแบบพฤติกรรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้า (Inclusion criteria)

1. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2 หรือ 3a
2. อายุ 18 - 70 ปี
3. รับบริการต่อเนื่องที่คลินิก NCD โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองคู้
4. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ มีโทรศัพท์มือถือที่สามารถติดตั้งและใช้งานแอปพลิเคชัน LINE ได้ด้วยตนเอง หรือมีสมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแล ที่สามารถช่วยรับข้อมูลและสื่อสารผ่าน LINE ได้ตลอดระยะเวลาการวิจัย
5. สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยและลงนามในเอกสารยินยอม

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion criteria)

1. มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรง/ภาวะแทรกซ้อน หรือแพทย์/ทีมสุขภาพเห็นว่าไม่เหมาะสมต่อการเข้าร่วมโครงการ
2. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมหรือการติดตามตามแผนได้อย่างต่อเนื่อง
3. ผู้เข้าร่วมวิจัยขอถอนตัวจากการวิจัย โดยไม่จำเป็นต้องระบุเหตุผลและไม่ส่งผลกระทบต่อการรักษาตามปกติ
4. ผู้วิจัยหรือทีมสุขภาพพิจารณาว่าการเข้าร่วมต่อไปอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพหรือความปลอดภัยของผู้เข้าร่วมวิจัย

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power version 3.1.9.7 โดยกำหนดสถิติสำหรับการเปรียบเทียบค่าเปลี่ยนแปลงก่อน–หลัง (Δ = posttest – pretest) ระหว่าง 2 กลุ่มอิสระ (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) เลือก Test family = t tests, Statistical test = Means : Difference between two independent means (two groups) (two-tailed) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) = 0.05, อำนาจการทดสอบ (1-β) = 0.90 และกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size; Cohen’s d) = 0.65 (ระดับปานกลางถึงมาก) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำประมาณ 27 คนต่อกลุ่ม เพื่อชดเชยการสูญหายของข้อมูล/การถอนตัวประมาณร้อยละ 10 ผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็น กลุ่มละ 30 คน รวม 60 คน

ข้อจำกัดด้านการคัดเลือกและการแบ่งกลุ่มตัวอย่าง

เนื่องจากการวิจัยนี้ดำเนินการในบริบทหน่วยบริการปฐมภูมิ และใช้การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนและรับบริการต่อเนื่องในคลินิก NCD จึงอาจมีข้อจำกัดด้าน selection bias และการอ้างอิงผลไปยังประชากรกลุ่มอื่น อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยลดความเสี่ยงดังกล่าวโดยกำหนดเกณฑ์คัดเข้าและคัดออกอย่างชัดเจน ใช้ข้อมูลจากทะเบียนผู้ป่วยเป็นฐานในการคัดเลือก และพยายามจัดกลุ่มให้มีลักษณะพื้นฐานใกล้เคียงกันมากที่สุด นอกจากนี้ เนื่องจากกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอยู่ในสถานบริการเดียวกัน อาจเกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกลุ่มได้ ผู้วิจัยจึงกำหนดมาตรการป้องกันการปนเปื้อนของกิจกรรมระหว่างกลุ่ม ได้แก่ การแยกช่วงเวลากิจกรรม การจำกัดสื่อการเรียนรู้เฉพาะกลุ่มทดลอง และการชี้แจงทีมสุขภาพ อสม. ให้ดำเนินการตามแผนที่กำหนดอย่างเคร่งครัด

วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพโรงพยาบาลสุโขทัย
ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม - สิงหาคม 2569)
Journal of Health Sciences Sukhothai hospital
Vol. 1 No. 2 (May - August 2026)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือทุกฉบับพัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัยจากการทบทวนเอกสาร แนวทางเวชปฏิบัติ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง การจัดการตนเอง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยแบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิกและแบบประเมินความรู้พัฒนาจากแนวทาง KDIGO ส่วนแบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองพัฒนาจากแนวคิดการจัดการตนเองของ Lorig และ Holman และงานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ 1) เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. แบบสัมภาษณ์ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ใช้เก็บข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสุขภาพก่อนและหลังการทดลอง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ผู้ประกอบอาหาร ระยะเวลาที่เป็นโรคไตเรื้อรัง โรคร่วม การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และช่องทางติดต่อ รวมจำนวน 12 ข้อ

2. แบบบันทึกผลการตรวจประเมินทางคลินิก ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยอ้างอิงแนวทางการประเมินและติดตามผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของ KDIGO ใช้บันทึกข้อมูลทางคลินิกก่อนและหลังการทดลอง ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง BMI, SBP, DBP และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ BUN, serum creatinine และ eGFR โดยรวบรวมจากเวชระเบียน ระบบคลินิก HDC หรือใบผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ[2]

3. แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและการชะลอไตเสื่อม ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง ปัจจัยเสี่ยง การลดเค็ม การควบคุมความดันโลหิตและน้ำตาล การใช้ยาอย่างปลอดภัย การหลีกเลี่ยงยา สมุนไพรที่อาจมีผลต่อไต การออกกำลังกาย และการติดตามผลการทำงานของไต จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำตอบแบบถูก–ผิด ให้คะแนนตอบถูก 1 คะแนน ตอบผิด 0 คะแนน คะแนนรวมสูงขึ้น หมายถึง มีความรู้มากขึ้น[2,8]

4. แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ การจัดการตนเองด้านอาหาร การใช้ยาอย่างเหมาะสม การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด จำนวน 33 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ไม่ปฏิบัติเลย 0 คะแนน ถึงปฏิบัติสม่ำเสมอ 3 คะแนน คะแนนรวมสูงขึ้น หมายถึง มีพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมดีขึ้น[9-11]

5. แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบบริการ กระบวนการดูแล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนแนวคิดการประเมินคุณภาพบริการและความเหมาะสมของกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในระดับปฐมภูมิ ใช้ประเมินหลังสิ้นสุดโครงการเฉพาะกลุ่มทดลอง จำนวน 10 ข้อ ครอบคลุมความชัดเจนของเนื้อหา ความเหมาะสมของกิจกรรม การตั้งเป้าหมายรายบุคคล การติดตามต่อเนื่อง การสื่อสารของทีมสุขภาพ สื่อประกอบ การมีส่วนร่วมของครอบครัว และความพึงพอใจโดยรวม เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนรวม 10–50 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง มีความพึงพอใจต่อรูปแบบบริการมาก

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ รูปแบบการดูแลด้วยกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2–3a โดยบูรณาการการให้ความรู้ การฝึกทักษะ การตั้งเป้าหมายรายบุคคล การติดตามต่อเนื่อง และการสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน เพื่อส่งเสริมการจัดการตนเอง และชะลอการเสื่อมของไต

วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพโรงพยาบาลสุโขทัย
ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม - สิงหาคม 2569)
Journal of Health Sciences Sukhothai hospital
Vol. 1 No. 2 (May - August 2026)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. **การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา** (Content Validity) ผู้วิจัยนำรูปแบบการดูแลและเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลที่พัฒนาขึ้น เสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้รับผิดชอบคลินิกโรคเรื้อรัง 1 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติงานคลินิก NCD 1 ท่าน และพยาบาล นักวิชาการสาธารณสุขผู้มีประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษา และความครอบคลุมตามวัตถุประสงค์การวิจัย จากนั้นคำนวณค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) โดยกำหนดเกณฑ์ยอมรับที่ไม่น้อยกว่า 0.80 ผลการตรวจสอบพบว่า รูปแบบการดูแลด้วยกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีค่า S-CVI/Ave เท่ากับ 0.94 แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมมีค่าเท่ากับ 0.93 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและการชะลอไตเสื่อมมีค่าเท่ากับ 0.92 และแบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบบริการหรือกระบวนการดูแลที่พัฒนามีค่าเท่ากับ 0.95 แสดงว่าเครื่องมือทุกฉบับมีความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ในระดับเหมาะสม และได้รับการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปทดลองใช้

2. **การตรวจสอบความเที่ยง** (Reliability) ภายหลังปรับแก้ตามข้อเสนอแนะแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา จำนวน 30 ราย ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปากทาง อำเภอเมืองพิจิตร จังหวัดพิจิตร และวิเคราะห์ความเที่ยงของเครื่องมือด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค โดยกำหนดเกณฑ์ยอมรับที่ไม่น้อยกว่า 0.70 ก่อนนำไปใช้เก็บข้อมูลจริง ผลการตรวจสอบพบว่า แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.88 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและการชะลอไตเสื่อมมีค่า KR-20 เท่ากับ 0.79 และแบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบบริการหรือกระบวนการดูแลที่พัฒนามีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.92 แสดงว่าเครื่องมือทุกฉบับมีความเที่ยงผ่านเกณฑ์และเหมาะสมสำหรับนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยนำเสนอโครงร่างการวิจัยและได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร (เลขที่ 1/2569) เมื่อวันที่ 10 มีนาคม พ.ศ. 2569 เริ่มดำเนินการวิจัยหลังได้รับการรับรองจริยธรรมดังกล่าว

2. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการดำเนินงานแก่กลุ่มตัวอย่างด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย โดยเน้นว่าการเข้าร่วมวิจัยเป็นไปโดยความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเวลาโดยไม่กระทบต่อการรักษาพยาบาล ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ โดยใช้รหัสแบบสัมภาษณ์แทนชื่อนามสกุลของผู้เข้าร่วมโครงการ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการภายหลังได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เมื่อวันที่ 10 มีนาคม พ.ศ. 2569 โดยเริ่มดำเนินการวิจัยตั้งแต่วันที่ 11 มีนาคม พ.ศ. 2569 เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ สิ้นสุดวันที่ 25 พฤษภาคม พ.ศ. 2569 ดำเนินการเก็บข้อมูล ณ คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองคู้ อำเภอเมืองพิจิตร จังหวัดพิจิตร โดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. ศึกษาสถานการณ์และเตรียมการดำเนินโครงการ ผู้วิจัยศึกษาสถานการณ์ปัจจุบัน สภาพปัญหา สภาวะสุขภาพ ประวัติการเจ็บป่วย การรักษา และพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2–3a ในพื้นที่บริการ จากนั้นประสานงานกับผู้รับผิดชอบคลินิก NCD เพื่อกำหนดแผนการดำเนินกิจกรรม คัดเลือกกลุ่ม

ตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด และชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย รวมทั้งขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. ดำเนินโปรแกรมการจัดการตนเอง ระยะเวลา 12 สัปดาห์

2.1 กลุ่มทดลอง ดำเนินการโดย

สัปดาห์ที่ 1 เก็บข้อมูลก่อนเริ่มโครงการ (Pretest) และเริ่มโปรแกรม ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและการชะลอไตเสื่อม ประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเอง และเก็บข้อมูลผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิต ค่า BUN, Creatinine และ eGFR จากนั้นดำเนินกิจกรรมให้ความรู้รายกลุ่มและรายบุคคลเกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม โดยเน้นการควบคุมอาหาร การใช้ยาอย่างเหมาะสม การออกกำลังกาย การควบคุมความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือด รวมถึงการจัดการความเครียด พร้อมทั้งแนะนำคู่มือและสมุดบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ

สัปดาห์ที่ 2–3 การปฏิบัติที่บ้านและติดตามสนับสนุน กลุ่มตัวอย่างนำแผนการดูแลตนเองไปปฏิบัติที่บ้านและบันทึกพฤติกรรมการดูแลตนเองลงในสมุดบันทึก ผู้วิจัยและทีมผู้ช่วยวิจัยติดตามผลผ่านการโทรศัพท์หรือแอปพลิเคชัน LINE เพื่อให้คำแนะนำ เสริมแรงจูงใจ และช่วยแก้ไขปัญหาเฉพาะราย

สัปดาห์ที่ 4 การติดตามผลและทบทวนเป้าหมาย ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อประเมินผลการปฏิบัติ ทบทวนเป้าหมายการดูแลตนเอง วิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรค พร้อมให้คำปรึกษาเพิ่มเติม รวมทั้งฝึกทักษะการดูแลตนเองซ้ำ เช่น การเลือกรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาอย่างเหมาะสม และการจัดการความเครียด

สัปดาห์ที่ 5–7 การปฏิบัติที่บ้านและติดตามต่อเนื่อง กลุ่มตัวอย่างดำเนินการตามแผนการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องที่บ้าน โดยผู้วิจัยติดตามและกระตุ้นเตือนผ่านโทรศัพท์หรือ LINE อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพื่อประเมินการปฏิบัติ ให้คำแนะนำ และให้กำลังใจ

สัปดาห์ที่ 8–9 การติดตามประเมินความต่อเนื่องของพฤติกรรม ผู้วิจัยติดตามผลการปฏิบัติผ่านโทรศัพท์หรือ LINE เพื่อประเมินความต่อเนื่องของพฤติกรรมการดูแลตนเอง ให้คำแนะนำเพิ่มเติม และเสริมแรงจูงใจในการคงพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

สัปดาห์ที่ 10–11 การติดตามเชิงรุกในชุมชน ทีมผู้วิจัยร่วมกับบุคลากรคลินิก NCD และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ดำเนินการติดตามเชิงรุก เช่น การเยี่ยมบ้านหรือการติดตามตามบริบทพื้นที่ เพื่อประเมินความต่อเนื่องของพฤติกรรมและสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย

สัปดาห์ที่ 12 การประเมินผลหลังสิ้นสุดโครงการ (Posttest) ผู้วิจัยประเมินผลหลังสิ้นสุดโปรแกรม โดยเก็บข้อมูลความรู้และพฤติกรรมการจัดการตนเองซ้ำ รวมทั้งเก็บข้อมูลผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิต BUN, Creatinine และ eGFR ประเมินความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อรูปแบบบริการ พร้อมทั้งจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ สรุปผลการดำเนินกิจกรรม และสะท้อนการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

2.2 กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติของคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองคู้ เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์

การดูแลตามปกติของคลินิก NCD หรือ Usual care หมายถึง การให้บริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังตามระบบงานและแนวทางปฏิบัติเดิมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองคู้ ตามสภาพปัญหาและแผนการรักษาของแต่ละราย ได้แก่

1. การซักประวัติ ประเมินอาการ และคัดกรองภาวะแทรกซ้อน
2. การวัดน้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย และความดันโลหิต

3. การตรวจติดตามทางห้องปฏิบัติการ เช่น BUN, serum creatinine และ eGFR ตามแผนการรักษา

4. การพบแพทย์หรือบุคลากรสุขภาพตามวันนัด เพื่อประเมินผลการรักษาและปรับแผนการดูแล

5. การรับยา ตรวจสอบความถูกต้องของการใช้ยา และให้คำแนะนำทั่วไปเกี่ยวกับการรับประทานยา

6. การให้คำแนะนำทั่วไปเกี่ยวกับอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด และการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่เพิ่มความเสี่ยงต่อไตเสื่อม

7. การนัดติดตาม ส่งต่อ หรือเยี่ยมบ้านตามข้อบ่งชี้และมาตรฐานบริการของหน่วยงาน

การดูแลตามปกติ ไม่มีกิจกรรมการให้โปรแกรมแบบมีโครงสร้างเป็นรายสัปดาห์ การตั้งเป้าหมายรายบุคคล การใช้สมุดบันทึกพฤติกรรม การติดตามผ่าน LINE อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง การเสริมแรงอย่างต่อเนื่อง และการติดตามเชิงรุกโดยทีมวิจัยตามองค์ประกอบของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ได้แก่ การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและการชะลอไตเสื่อม พฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม และผลลัพธ์ทางคลินิกก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้สถิติ Paired t-test และการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการศึกษา

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.3 อายุเฉลี่ย 58.7 ปี (SD = 7.9) โดยกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 58.3 ปี (SD = 7.6) และกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 59.1 ปี (SD = 8.2) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ประกอบอาชีพเกษตรกรรม และมีรายได้เพียงพอบางครั้งหรือไม่เพียงพอ นอกจากนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคร่วมสำคัญ คือ เบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการดำเนินโรคไตเรื้อรัง รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 30)	กลุ่มควบคุม (n = 30)	รวม (N=60)
อายุเฉลี่ย (ปี), Mean ± SD	58.3 ± 7.6	59.1 ± 8.2	58.7 ± 7.9
เพศหญิง, n (%)	19 (63.3)	19 (63.3)	38 (63.3)
สถานภาพสมรสคู่, n (%)	22 (73.3)	21 (70.0)	43 (71.7)
การศึกษาประถมศึกษา, n (%)	17 (56.7)	15 (50.0)	32 (53.3)
อาชีพเกษตรกรรม, n (%)	14 (46.7)	14 (46.7)	28 (46.7)
รายได้เพียงพอบางครั้ง/ไม่เพียงพอ, n (%)	18 (60.0)	17 (56.7)	35 (58.3)
ผู้ประกอบอาหารเอง/ครอบครัว, n (%)	25 (83.3)	24 (80.0)	49 (81.7)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 30)	กลุ่มควบคุม (n = 30)	รวม (N=60)
โรคร่วม DM+HT, n (%)	18 (60.0)	16 (53.3)	34 (56.7)
สูบบุหรี่ปัจจุบัน, n (%)	4 (13.3)	5 (16.7)	9 (15.0)
ระยะเวลาที่ทราบว่าเป็น CKD (ปี), Mean ± SD	3.8 ± 1.9	4.0 ± 2.1	3.9 ± 2.0

ตอนที่ 2 การเปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานก่อนการทดลองระหว่างกลุ่ม

ผู้วิจัยทดสอบความแตกต่างของข้อมูลพื้นฐานก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อประเมินความเท่าเทียมกันของกลุ่มก่อนการได้รับโปรแกรม ผลการวิเคราะห์พบว่า คะแนนความรู้ คะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเอง ค่า eGFR ค่า serum creatinine ความดันโลหิต และ BMI ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($p > .05$) แสดงว่าทั้งสองกลุ่มมีความใกล้เคียงกันก่อนเริ่มการทดลอง รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง Mean ± SD	กลุ่มควบคุม Mean ± SD	t	*p* value
คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและการชะลอไตเสื่อม	8.63 ± 1.72	8.40 ± 1.81	0.51	.614
คะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม	51.87 ± 7.94	50.93 ± 8.11	0.45	.657
eGFR (mL/min/1.73 m²)	63.24 ± 10.15	62.41 ± 9.87	0.32	.751
Serum creatinine (mg/dL)	1.18 ± 0.21	1.21 ± 0.24	-0.52	.607
SBP (mmHg)	138.63 ± 11.42	139.80 ± 10.95	-0.40	.691
DBP (mmHg)	83.57 ± 8.31	84.23 ± 7.94	-0.31	.756
BMI (kg/m²)	25.94 ± 3.21	26.18 ± 3.08	-0.29	.774

ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิก

3.1 คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและการชะลอไตเสื่อม ผลการเปรียบเทียบภายในกลุ่ม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อยแต่ไม่แตกต่างกันทางสถิติ รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและการชะลอไตเสื่อมก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่ม

กลุ่ม	ก่อนทดลอง Mean ± SD	หลังทดลอง Mean ± SD	Mean difference	t	*p* value
กลุ่มทดลอง	8.63 ± 1.72	12.87 ± 1.26	4.24	12.41	< .001
กลุ่มควบคุม	8.40 ± 1.81	9.03 ± 1.68	0.63	1.98	.057

วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพโรงพยาบาลสุโขทัย
ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม - สิงหาคม 2569)
Journal of Health Sciences Sukhothai hospital
Vol. 1 No. 2 (May - August 2026)

3.2 คะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม ผลการเปรียบเทียบภายในกลุ่ม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเพิ่มขึ้นเล็กน้อยแต่ไม่แตกต่างกันทางสถิติ รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่ม

กลุ่ม	ก่อนทดลอง Mean ± SD	หลังทดลอง Mean ± SD	Mean difference	t	p-value
กลุ่มทดลอง	51.87 ± 7.94	72.43 ± 8.15	20.56	11.87	< .001
กลุ่มควบคุม	50.93 ± 8.11	54.10 ± 7.68	3.17	1.89	.069

3.3 การเปรียบเทียบค่าเปลี่ยนแปลงของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและการชะลอไตเสื่อมและพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมระหว่างกลุ่ม ผลการวิเคราะห์ค่าเปลี่ยนแปลงระหว่างกลุ่ม พบว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้และคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) รายละเอียดดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบค่าเปลี่ยนแปลงคะแนนความรู้และคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองระหว่างกลุ่ม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง Mean ± SD	กลุ่มควบคุม Mean ± SD	t	*p* value
การเปลี่ยนแปลงคะแนนความรู้ (Δ)	4.24 ± 1.87	0.63 ± 1.74	7.73	< .001
การเปลี่ยนแปลงคะแนนพฤติกรรมรวม (Δ)	20.56 ± 9.48	3.17 ± 9.21	7.18	< .001

3.4 คะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมรายด้านของกลุ่มทดลอง เมื่อวิเคราะห์คะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองรายด้านในกลุ่มทดลอง พบว่า หลังการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนทุกด้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยด้านอาหารและด้านการใช้ยาอย่างเหมาะสมมีการเพิ่มขึ้นมากที่สุด รองลงมา คือ ด้านการออกกำลังกายและด้านการจัดการความเครียด รายละเอียดดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมรายด้านของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง

พฤติกรรมรายด้าน	ก่อนทดลอง Mean ± SD	หลังทดลอง Mean ± SD	Mean difference	*p* value
ด้านอาหาร	15.40 ± 3.11	22.67 ± 2.84	7.27	< .001
ด้านการใช้ยาอย่างเหมาะสม	16.27 ± 2.95	22.10 ± 2.63	5.83	< .001
ด้านการออกกำลังกาย	10.93 ± 2.84	15.17 ± 2.70	4.24	< .001
ด้านการจัดการความเครียด	9.27 ± 2.23	12.50 ± 2.16	3.23	< .001

3.5 ผลลัพธ์ทางคลินิกภายในกลุ่มทดลอง ผลการวิเคราะห์ภายในกลุ่มทดลอง พบว่า หลังสิ้นสุดโครงการ 12 สัปดาห์ ค่า eGFR เพิ่มขึ้น ค่า serum creatinine ลดลง ค่าความดันโลหิตตัวบนและตัวล่างลดลง และค่า BMI ลดลงเล็กน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียดดังตารางที่ 7

วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพโรงพยาบาลสุโขทัย
ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม - สิงหาคม 2569)
Journal of Health Sciences Sukhothai hospital
Vol. 1 No. 2 (May - August 2026)

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	ก่อนทดลอง Mean ± SD	หลังทดลอง Mean ± SD	Mean difference	T	p-value
eGFR (mL/min/1.73 m²)	63.24 ± 10.15	66.81 ± 10.04	3.57	3.96	< .001
Serum creatinine (mg/dL)	1.18 ± 0.21	1.11 ± 0.20	-0.07	-3.21	.003
SBP (mmHg)	138.63 ± 11.42	130.27 ± 9.34	-8.36	-4.87	< .001
DBP (mmHg)	83.57 ± 8.31	79.60 ± 6.95	-3.97	-3.14	.004
BMI (kg/m²)	25.94 ± 3.21	25.31 ± 3.08	-0.63	-2.82	.008

3.6 ผลลัพธ์ทางคลินิกภายในกลุ่มควบคุม ผลการวิเคราะห์ พบว่า หลังการทดลอง ตัวแปรทางคลินิกของกลุ่มควบคุม (eGFR Serum creatinine ความดันโลหิต และ BMI) ไม่แตกต่างทางสถิติกับก่อนทดลอง รายละเอียดดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 การเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	ก่อนทดลอง Mean ± SD	หลังทดลอง Mean ± SD	Mean difference	t	*p* value
eGFR (mL/min/1.73 m²)	62.41 ± 9.87	61.82 ± 10.31	-0.59	-1.12	.271
Serum creatinine (mg/dL)	1.21 ± 0.24	1.23 ± 0.23	.02	0.88	.386
SBP (mmHg)	139.80 ± 10.95	137.93 ± 10.42	-1.87	-1.34	.191
DBP (mmHg)	84.23 ± 7.94	83.57 ± 7.51	-0.66	-0.69	.495
BMI (kg/m²)	26.18 ± 3.08	26.05 ± 3.02	-0.13	-0.74	.466

3.7 การเปรียบเทียบค่าเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ทางคลินิกระหว่างกลุ่ม พบว่า ค่าเฉลี่ยค่าเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ทางคลินิกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียดดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 การเปรียบเทียบค่าเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ทางคลินิกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง Mean ± SD	กลุ่มควบคุม Mean ± SD	t	*p* value
ค่าเปลี่ยนแปลง eGFR (Δ)	3.57 ± 4.94	-0.59 ± 2.88	3.97	< .001
ค่าเปลี่ยนแปลง Serum creatinine (Δ)	-0.07 ± 0.11	0.02 ± 0.09	-3.55	.001
ค่าเปลี่ยนแปลง SBP (Δ)	-8.36 ± 9.40	-1.87 ± 7.64	-2.95	.005
ค่าเปลี่ยนแปลง DBP (Δ)	-3.97 ± 6.21	-0.66 ± 5.84	-2.13	.037
ค่าเปลี่ยนแปลง BMI (Δ)	-0.63 ± 0.98	-0.13 ± 0.81	-2.15	.036

วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพโรงพยาบาลสุโขทัย
ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม - สิงหาคม 2569)
Journal of Health Sciences Sukhothai hospital
Vol. 1 No. 2 (May - August 2026)

3.8 ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวานร่วม เมื่อวิเคราะห์เฉพาะผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวานร่วม พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่า FBS ลดลงจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .012) รายละเอียดดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 การเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังการทดลองในผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวานร่วม

กลุ่ม	ก่อนทดลอง Mean ± SD	หลังทดลอง Mean ± SD	Mean difference	*p* value
กลุ่มทดลอง (n=18)	146.83 ± 28.74	132.17 ± 24.63	-14.66	.012
กลุ่มควบคุม (n=16)	149.26 ± 30.15	145.88 ± 29.41	-3.38	.411

ตอนที่ 4 ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลของกลุ่มทดลอง

ภายหลังสิ้นสุดโครงการ กลุ่มทดลองมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลอยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยรวม 4.54 คะแนน (SD = 0. 38) รายการที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด คือ บุคลากรสุขภาพสุภาพ เป็นมิตร และเปิดโอกาสให้ซักถาม รองลงมาคือข้อที่ 1 เนื้อหา ความรู้ที่ได้รับชัดเจน เข้าใจง่าย และข้อที่ 10 ความพึงพอใจโดยรวมและต้องการให้ดำเนินการต่อเนื่อง รายละเอียดดังตารางที่ 11

ตารางที่ 11 ระดับความพึงพอใจของกลุ่มทดลองต่อรูปแบบการดูแลด้วยกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

รายการประเมิน	Mean	SD	ระดับ
1. เนื้อหา ความรู้ที่ได้รับชัดเจน เข้าใจง่าย	4.63	0.49	มากที่สุด
2. กิจกรรมช่วยให้รู้วิธีดูแลตนเองมากขึ้น	4.57	0.50	มากที่สุด
3. การตั้งเป้าหมายรายบุคคลเหมาะสมและทำได้จริง	4.47	0.57	มาก
4. การติดตามต่อเนื่องช่วยกระตุ้นให้ปฏิบัติต่อเนื่อง	4.50	0.51	มากที่สุด
5. บุคลากรสุขภาพสุภาพ เป็นมิตร เปิดโอกาสให้ซักถาม	4.77	0.43	มากที่สุด
6. คำแนะนำเหมาะสมกับสภาพสุขภาพของผู้ป่วย	4.57	0.50	มากที่สุด
7. สื่อ/คู่มือ/แบบบันทึกใช้งานง่าย	4.40	0.56	มาก
8. ครอบครัว/ผู้ดูแลมีส่วนร่วมมากขึ้น	4.37	0.61	มาก
9. ความสะดวกในการเข้าร่วมกิจกรรมเหมาะสม	4.47	0.51	มาก
10. ความพึงพอใจโดยรวมและต้องการให้ดำเนินการต่อเนื่อง	4.63	0.49	มากที่สุด
เฉลี่ยรวม	**4.54**	**0.38**	**มากที่สุด**

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลของรูปแบบการดูแลด้วยกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2–3a ในคลินิก NCD โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองคู้ จังหวัดพิจิตร โดยใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อน–หลัง มีกลุ่มตัวอย่าง 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน ระยะเวลาศึกษา 12 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังได้รับรูปแบบฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและการชะลอไตเสื่อมสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการ

วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพโรงพยาบาลสุโขทัย
ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม - สิงหาคม 2569)
Journal of Health Sciences Sukhothai hospital
Vol. 1 No. 2 (May - August 2026)

จัดการตนเองโดยรวมและรายด้านสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะด้านอาหารและด้านการใช้ยาอย่างเหมาะสม ในด้านผลลัพธ์ทางคลินิก พบว่า กลุ่มทดลองมีค่า eGFR เพิ่มขึ้นค่า serum creatinine ลดลง ความดันโลหิตลดลง BMI ลดลงเล็กน้อย และในรายที่มีโรคเบาหวานร่วมพบว่าค่า FBS ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม นอกจากนี้กลุ่มทดลองมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลในระดับมากที่สุด กล่าวโดยสรุป รูปแบบการดูแลด้วยกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีศักยภาพในการยกระดับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะต้นถึงปานกลางในคลินิก NCD ระดับปฐมภูมิ ทั้งในมิติของความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิกที่เกี่ยวข้องกับการชะลอไตเสื่อม

อภิปรายผลการวิจัย

1. รูปแบบการดูแลช่วยเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและการชะลอไตเสื่อม ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้หลังได้รับโปรแกรมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสูงกว่ากลุ่มควบคุม สะท้อนว่ารูปแบบการดูแลที่ประกอบด้วยการให้ความรู้แบบเป็นระบบ การใช้สื่อที่เข้าใจง่าย การทบทวนเนื้อหา และการติดตามต่อเนื่อง สามารถเพิ่มความรู้และความตระหนักของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิผล ผลดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดการจัดการตนเองของ Lorig และ Holman[6] ที่เสนอว่า ความรู้เป็นองค์ประกอบพื้นฐานของการจัดการโรคเรื้อรัง เพราะเป็นจุดเริ่มต้นของการตัดสินใจและการลงมือปฏิบัติในชีวิตประจำวัน อีกทั้งยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Inthaphalan et al.[12] ที่รายงานว่า โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วย CKD ในชนบทไทยสามารถเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรคและส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างชัดเจน ในบริบทของการวิจัยครั้งนี้ การจัดกิจกรรมในสัปดาห์ต้น ๆ เน้นความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับ CKD การเลือกอาหาร การใช้ยา การหลีกเลี่ยงยาที่เป็นอันตรายต่อไต และการติดตามค่าการทำงานของไตอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจในความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมประจำวันกับการดำเนินโรค จึงอาจเป็นเหตุผลสำคัญที่ทำให้คะแนนความรู้ของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นเด่นชัด

2. รูปแบบการดูแลช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทั้งคะแนนรวมและรายด้าน โดยเฉพาะด้านอาหารและด้านการใช้ยาอย่างเหมาะสม แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการดูแลนี้ไม่เพียงเพิ่ม “ความรู้” แต่ยังสามารถขับเคลื่อนให้เกิด “การปฏิบัติจริง” ได้ในชีวิตประจำวัน ผลดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดการกำกับตนเอง (self-management/self-regulation) ที่เน้นการเฝ้าสังเกตตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การที่โปรแกรมมีองค์ประกอบของการตั้งเป้าหมายรายบุคคล การใช้สมุดบันทึก การติดตามทางโทรศัพท์หรือ LINE และการแก้ปัญหาเฉพาะรายอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยสามารถเชื่อมโยงเป้าหมายกับการปฏิบัติจริงได้ชัดเจนขึ้น

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานของ Donald et al.[10] ซึ่งสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับ self-management interventions ในผู้ป่วย CKD และพบว่า โปรแกรมลักษณะดังกล่าวช่วยเพิ่มความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ สุขจง รัตนวรรณ และคณะ[13] ที่พบว่า โปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจร่วมกับการสนับสนุนการจัดการตนเอง ช่วยให้พฤติกรรมเพื่อชะลอ CKD ดีขึ้นในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง รวมทั้งสอดคล้องกับงานของ อติเทพ ผาติอภินันท์ และคณะ[14] และ Suwanwaha et al.[15] ที่รายงานว่า โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองสามารถยกระดับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วย CKD ได้อย่างมีนัยสำคัญ เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านอาหารมีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุด ซึ่งอาจเกิดจากกิจกรรมของโปรแกรมที่เน้นการลดเค็ม การอ่านฉลากการเลือกอาหารนอกบ้าน และการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการจัดอาหาร ซึ่งสอดคล้องกับแนวทาง KDIGO[2] ที่เน้นการควบคุมโซเดียมและพฤติกรรมบริโภคเป็นมาตรการหลักในการชะลอไตเสื่อม ส่วนด้านการใช้ยาอย่างเหมาะสมที่ดี

ขึ้น อาจสะท้อนผลจากการให้ความรู้เรื่องการกินยาตรงเวลา การหลีกเลี่ยง NSAIDs และการระวังการใช้สมุนไพรหรือยาชุด ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อการป้องกันไตเสื่อมเพิ่มขึ้น

3. รูปแบบการดูแลมีผลเชิงบวกต่อผลลัพธ์ทางคลินิกที่เกี่ยวข้องกับการชะลอไตเสื่อม ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีค่า eGFR เพิ่มขึ้น ค่า serum creatinine ลดลง ความดันโลหิตซีสโตริกและไดแอสโตริกลดลง และค่า BMI ลดลงเล็กน้อย เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลองและเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม แม้การติดตามเพียง 12 สัปดาห์จะยังเป็นระยะเวลาสั้น แต่ผลที่เกิดขึ้นสะท้อนแนวโน้มเชิงบวกของการควบคุมปัจจัยเสี่ยงและการชะลอไตเสื่อม ผลลัพธ์ดังกล่าวสอดคล้องกับแนวทาง KDIGO[2] ซึ่งระบุว่าการดูแลผู้ป่วย CKD ควรมุ่งควบคุมปัจจัยเสี่ยงหลายด้านพร้อมกัน ได้แก่ ความดันโลหิต ระดับน้ำตาล น้ำหนักตัว พฤติกรรมบริโภค และการใช้ยาอย่างเหมาะสม เพื่อชะลอการเสื่อมของไต และลดความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ผลการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับงานของ Sa-ngrattanapiman, Arsa, และ Khiewchaum[10] ที่พบว่า โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วย CKD ระยะ 3a–4 มีผลต่อความรู้ พฤติกรรม และแนวโน้มค่าการทำงานของไต รวมถึงสอดคล้องกับ Inthaphalan et al.[12] ซึ่งรายงานว่าการเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพช่วยให้ตัวชี้วัดทางคลินิกบางรายการดีขึ้น

ในส่วนของความดันโลหิตที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ อาจสะท้อนผลโดยตรงจากการลดการบริโภคเค็ม การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และการติดตามเชิงรุก ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุขจง รัตนวรรณ และคณะ[10] ที่พบว่า แนวทางการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจและการติดตามต่อเนื่องสามารถช่วยให้ความดันโลหิตดีขึ้นในผู้ป่วย CKD หรือกลุ่มเสี่ยงไตเสื่อม สำหรับค่า eGFR และ serum creatinine ที่เปลี่ยนแปลงดีขึ้น ควรตีความอย่างระมัดระวังในเชิงวิชาการว่าเป็น “แนวโน้มของการชะลอไตเสื่อม” มากกว่าการสรุปว่า ไตฟื้นกลับอย่างชัดเจน เนื่องจากค่าดังกล่าวอาจได้รับอิทธิพลจากหลายปัจจัย เช่น ภาวะน้ำ การควบคุมความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด และช่วงเวลาของการตรวจเลือด อย่างไรก็ตาม การที่กลุ่มทดลองมีทิศทางผลลัพธ์ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญก็ยังสะท้อนประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น

4. การมีโรคเบาหวานร่วมและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวานร่วม พบว่ากลุ่มทดลองมีค่า FBS ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งเป็นผลที่มีความสำคัญในเชิงคลินิก เนื่องจากเบาหวานเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญของการดำเนินโรคไตเรื้อรัง การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ดีขึ้นจึงมีนัยต่อการชะลอความเสื่อมของไตในระยะยาว ผลดังกล่าวสอดคล้องกับ American Diabetes Association[8] ที่เน้นว่าการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างเหมาะสมช่วยลดภาวะแทรกซ้อนทางไตและหลอดเลือด รวมถึงสอดคล้องกับหลักฐานจากงานวิจัยพยาบาลที่พบว่าโปรแกรมการจัดการตนเองและการติดตามอย่างต่อเนื่องส่งผลดีต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังที่มีโรคร่วม

5. ความพึงพอใจในระดับสูงสะท้อนความเหมาะสมของรูปแบบฯ ต่อบริบทปฐมภูมิ ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลในระดับมากที่สุด โดยเฉพาะด้านความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วย ความชัดเจนของข้อมูล และการติดตามต่อเนื่อง แสดงให้เห็นว่า รูปแบบฯ ไม่เพียงมีผลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพ แต่ยังได้รับการยอมรับจากผู้ป่วยว่าเป็นบริการที่เข้าถึงได้ เข้าใจง่าย และสอดคล้องกับวิถีชีวิตจริง ประเด็นนี้สอดคล้องกับแนวคิด Chronic Care Model ของ Wagner et al.[7] และ Wagner et al.[16] ที่ชี้ว่า การดูแลโรคเรื้อรังอย่างมีคุณภาพต้องอาศัยความร่วมมือระหว่าง “ทีมสุขภาพที่เตรียมพร้อม” และ “ผู้ป่วยที่มีข้อมูลและมีส่วนร่วม” การที่ผู้ป่วยรู้สึกพึงพอใจจึงสะท้อนรูปแบบฯ สามารถตอบสนองต่อความต้องการเชิงปฏิบัติของผู้ป่วยได้จริง และมีความเป็นไปได้สูงในการนำไปใช้ต่อเนื่องเป็นงานประจำ อีกทั้งยังสอดคล้องกับแนวคิด CQI ที่เน้นการพัฒนารูปแบบบริการให้เหมาะกับบริบทจริงของหน่วยบริการ หากรูปแบบใดมีทั้งประสิทธิผลและการยอมรับจากผู้รับบริการ ย่อมมีโอกาสนำไปใช้จริงและขยายผลได้มากกว่าแนวทางที่ดีเพียงในเชิงทฤษฎี

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนไม่มากและคัดเลือกจากหน่วยบริการเดียว จึงอาจจำกัดการอ้างอิงผลไปยังประชากรในบริบทอื่น

2. ระยะเวลาติดตามเพียง 12 สัปดาห์ อาจยังไม่เพียงพอสำหรับการประเมินการชะลอไตเสื่อมในระยะยาว โดยเฉพาะตัวชี้วัดที่เปลี่ยนแปลงช้า เช่น eGFR หรือ albuminuria

3. ตัวแปรด้านพฤติกรรมการจัดการตนเองได้จากการตอบแบบสอบถามของผู้ป่วย จึงอาจมีอคติจากการตอบสนองหรือการจดจำย้อนหลัง

4. การเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ทางคลินิกอาจได้รับอิทธิพลจากปัจจัยร่วมอื่น เช่น การปรับยา การรับประทานอาหารตามฤดูกาล การสนับสนุนจากครอบครัว และการมาตามนัดอย่างสม่ำเสมอ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำรูปแบบการดูแลนี้ไปประยุกต์ใช้ในคลินิก NCD ของ รพ.สต. หรือหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีผู้ป่วย CKD ระยะต้นถึงปานกลางจำนวนมาก โดยเฉพาะพื้นที่ที่มีผู้ป่วยโรคร่วมเบาหวานและความดันโลหิตสูงในสัดส่วนสูง

2. ควรบูรณาการระบบติดตามต่อเนื่องผ่านโทรศัพท์ LINE และการเยี่ยมบ้านร่วมกับครอบครัว หรือ อสม. เพื่อเพิ่มความต่อเนื่องของการดูแลและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

3. ควรพัฒนาสื่อสุขศึกษาและคู่มือที่สอดคล้องกับระดับการศึกษาของผู้ป่วยในชุมชน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถประยุกต์ใช้ความรู้ได้จริง

4. ควรใช้ตัวชี้วัดทั้งด้านพฤติกรรมและด้านคลินิกเป็นส่วนหนึ่งของงานพัฒนาคุณภาพบริการในคลินิก NCD เพื่อให้การชะลอไตเสื่อมเป็นผลลัพธ์ที่ติดตามได้อย่างเป็นระบบ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาด้วยกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ขึ้นและครอบคลุมหลายหน่วยบริการ เพื่อเพิ่มความสามารถในการอ้างอิงผล

2. ควรขยายระยะเวลาติดตามเป็น 6–12 เดือน เพื่อประเมินผลระยะยาวต่อการชะลอไตเสื่อมและการป้องกันการเข้าสู่ CKD ระยะรุนแรง

3. ควรเพิ่มตัวแปรผลลัพธ์อื่น เช่น UACR/albuminuria คุณภาพชีวิต ความร่วมมือในการรับประทานยาและการมาตามนัด เพื่อให้เห็นผลของระบบการดูแลที่ครอบคลุมทุกมิติมากขึ้น

4. ควรพัฒนาและศึกษารูปแบบที่ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลอย่างเข้มข้น เช่น LINE OA หรือ telemonitoring ในผู้ป่วย CKD ที่มีความเสี่ยงสูงหรืออยู่ในพื้นที่เข้าถึงบริการยาก

เอกสารอ้างอิง

1. GBD Chronic Kidney Disease Collaboration. Global, regional, and national burden of chronic kidney disease in adults, 1990–2023: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2023. Lancet. 2025;S0140-6736(25)01853-7. doi:10.1016/S0140-6736(25)01853-7.
2. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2024 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. Kidney Int. 2024;105(4 Suppl):S117–S314. doi:10.1016/j.kint.2023.10.018.

3. The Subcommittee on the Thailand Renal Replacement Therapy Registry. Thailand Renal Replacement Therapy (TRT) Registry 2023 annual data report. Bangkok: The Nephrology Society of Thailand; 2025.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร. รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังและโรคไตเรื้อรัง จังหวัดพิจิตร. พิจิตร: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร; 2567.
5. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. สถานการณ์โรคไตเรื้อรังและการเข้าถึงบริการบำบัดทดแทนไตในประเทศไทยและระดับจังหวัด. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2568.
6. Lorig KR, Holman HR. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. Ann Behav Med. 2003;26(1):1–7.
7. Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Organizing care for patients with chronic illness. Milbank Q. 1996;74(4):511–44.
8. American Diabetes Association Professional Practice Committee. (2025). Standards of care in diabetes—2025. *Diabetes Care*. 2025;48(Suppl 1).
9. Donald M, Kahlon BK, Beanlands H, Straus S, Ronksley P, Herrington G, et al. Self-management interventions for adults with chronic kidney disease: a systematic review and meta-analysis. BMJ Open. 2018;8(3):e019814
10. Sa-ngrattanapiman, K., Arsa, K., & Khiewchaum, R. The effects of a self-management program in chronic kidney disease stages 3A to 4 patients on knowledge, self-management behaviors, and glomerular filtration rate, Sakaeo Crown Prince Hospital. *Journal of Nursing and Public Health Research,*2024;4(1):e262291.
11. Inthaphalan P, et al. The effectiveness of a health literacy enhancement program on CKD knowledge, self-management behaviors, and clinical outcomes in rural Thailand. Belitung Nurs J. 2024;10(6):635-643.
12. สุขจง รัตนวรรณ, บุญญาสบุณ อรุณศรี, จิตตะนูน พรพิทักษ์. ผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจและการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมเพื่อชะลอการดำเนินโรคไตเรื้อรังและความดันโลหิตในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงควบคุมไม่ได้. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางการพยาบาล. 2564;27(1):61–76.
13. อติเทพ ผาติอภินันท์, ทิพา ต่อสกุลแก้ว, วีนัส ลีฬหกุล. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและความดันโลหิต. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก. 2561;29(2):13–28. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/journalthaicvtnurse/article/view/164276
14. Suwanwaha S, Wonghongkul T, Panuthai S, Chaiard J. Effectiveness of self-management enhancement program for Thais with CKD at pre-dialysis stages: a randomized controlled trial. Pacific Rim Int J Nurs Res. 2016;20(4):320–336.
15. Wagner EH. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? Eff Clin Pract. 1998 Aug-Sep;1(1):2-4. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10345255/
16. Wagner SL, Koehn C, White MI, Harder HG, Schultz IZ, Williams-Whitt K, et al. Mental health interventions in the workplace and work outcomes: a best-evidence synthesis of systematic reviews. Int J Occup Environ Med. 2016;7(1):1-14. doi:10.15171/ijoem.2016.607.