

รายงานการวิจัย

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพใน ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะแรกและระยะปานกลาง

สุปราณี กิติพิมพ์*

ดร. วันเพ็ญ ภิญญภาสกุล**

ดร. อรวมน ศรียุกต์ศุท**

Kitipim, S., Pinyopasakul, P., & Sriyuktasuth, A.

Factors predicting health promoting behaviors in patients with mild to moderate stages of chronic kidney disease.

Thai Journal of Nursing, 62(4), 35-42, 2013.

Key Words: Chronic Kidney Disease, Health Promoting Behaviors, Predictive Factors.

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะแรกและระยะปานกลาง โดยใช้แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะแรกและปานกลาง จำนวน 107 ราย ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคเบาหวานและคลินิกโรคความดันโลหิตสูง ในโรงพยาบาลนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู เลือกแบบตามสะดวก เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถาม จำนวน 5 ชุด ประกอบด้วย 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) การปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ 3) การรับรู้ประโยชน์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ 4) การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรม

สร้างเสริมสุขภาพ และ 5) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์การถดถอยพหุ

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพมี 3 ปัจจัย ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ($\beta = 0.361$, $p < .001$) การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ($\beta = -0.228$, $p < .05$) และอายุ ($\beta = -0.197$, $p < .05$) ตามลำดับ ปัจจัยทั้งสามสามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 44.7 ($R^2 = 0.447$, $p < .001$)

วิทยานิพนธ์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Abstract

The objective of this descriptive research was to examine factors predicting health promoting behaviors in patients with mild to moderate stage chronic kidney disease. Pender's Health Promotion Model was used as a conceptual framework. The sample of 107 patients with mild to moderate stages of chronic kidney disease attending the Diabetes and Hypertension Clinics at Naklang Hospital, Nongbualamphu Province, was selected by convenience sampling method. Five questionnaires were used in the study including: 1) demographic data; 2) health promoting behaviors; 3) perceived benefits to health promoting behaviors; 4) perceived barriers to health promoting behaviors; and 5) perceived self-efficacy in health promoting behaviors. The data were analyzed by using descriptive statistics and multiple regression analysis.

The results showed that there were three factors that could predict health promoting behaviors, including perceived benefits to health promoting behaviors ($\beta = 0.361, p < .001$), perceived barriers to health promoting behaviors ($\beta = -0.228, p < .05$), and age ($\beta = -0.197, p < .05$). All independent variables could explain the variance in health promoting behaviors 44.7 percents ($p < .001$).

ความสำคัญของปัญหา

โรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease: CKD) หรือเรียกว่าโรคไตวายเรื้อรัง (Chronic renal failure: CRF) มาก่อน เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย และทวีความรุนแรงมากขึ้นในปัจจุบัน โดยอัตราการป่วยเพิ่มจาก 395.8 คนในพ.ศ. 2550 เป็น 512.6 คน ต่อประชากรหนึ่งแสนคนในพ.ศ. 2552 และอัตราการตายเพิ่มจาก 18.1 คนในพ.ศ. 2548 เป็น 19.5 คน ต่อประชากรหนึ่งแสนคนในพ.ศ. 2550 (กระทรวงสาธารณสุข, 2552) เมื่อเนื้อไตที่เสียหายไปแล้วจะไม่สามารถฟื้นกลับคืนได้ อัตราการกรองของไตจะลดลงเรื่อยๆ กับเนื้อไตที่ลดลงจำนวนลง สุดท้ายจะทำให้เกิดไตวายตามมา (ลินา อองอาจุท, 2547) ผู้ป่วยจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต (Renal replacement therapy: RRT) ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งเพื่อประคับประคองให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ต่อไปได้ การบำบัดทดแทนไตต้องมีค่าใช้จ่ายประมาณรายละ 200,000 บาทต่อปี และผู้ป่วยยังมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจและหลอดเลือด

การติดเชื้อ (อรรถพงศ์ วงศ์วิวัฒน์, 2553) ทำให้เกิดผลเสียต่อทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัว และเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศ ผู้ป่วยจึงควรมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อดำรงสุขภาพที่ดี

ได้มีผู้นำแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender (1996) มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย เช่น นันทกา คำแก้ว (2547) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ สามารถทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังได้ร้อยละ 49.60 และอุบล จิบสมานบุญ (2543) พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและอายุ สามารถทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้ร้อยละ 29.10 อย่างไรก็ตาม ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตมากกว่าในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะแรกและปานกลาง

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะแรกและปานกลาง เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะที่ 1 ถึง 3 ในระยะที่ 1 พบว่า

ค่าอัตราการกรองของไต (Glomerular filtration rate: GFR) อาจมีค่าปกติหรือสูงกว่าปกติ คือ มากกว่าหรือเท่ากับ 90 ml/min/1.73 m² ระยะที่ 2 พบว่า GFR มีค่าลดลงเล็กน้อย คือ มีค่า GFR = 60 - 89 ml/min/1.73 m² และระยะที่ 3 มีค่า GFR ลดลงปานกลาง คือ มีค่า GFR = 30 - 59 ml/min/1.73 m² แนวทางการรักษาที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1 - 3 ได้แก่ การให้การดูแลรักษาเพื่อชะลอความเสื่อมของไต ป้องกันไม่ให้ไตถูกทำลายมากขึ้น และชะลอการเข้าสู่ระยะไตวาย (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2552) ผู้วิจัยจึงสนใจวิจัยเรื่องนี้เพื่อใช้พัฒนาแนวทางการดูแล และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยให้เหมาะสม

วัตถุประสงค์การวิจัย

ศึกษาอำนาจการทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะแรกและระยะปานกลาง ในโรงพยาบาลนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู โดยใช้ระดับการศึกษา อายุ รายได้ การรับรู้ประโยชน์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และการรับรู้สมรรถนะของตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเป็นตัวทำนาย

สมมติฐานการวิจัย

ตัวทำนายทุกตัวสามารถทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะแรกและระยะปานกลาง ในโรงพยาบาลนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภูได้

วิธีดำเนินการวิจัย

ชนิดของการวิจัย เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย (Descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 18 - 65 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรัง โดยมีภาวะไตเรื้อรังระยะ

ที่ 1 ถึง 3 ที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก และคลินิกโรคเบาหวาน ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลนากลาง โรงพยาบาลนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 107 ราย เลือกแบบสะดวก (Convenience sampling) คำนวณกลุ่มตัวอย่างจากการใช้ Power analysis (Polit & Beck, 2008) ขนาดอิทธิพลปานกลาง (Moderate effect size) สำหรับการวิเคราะห์การถดถอยพหุ กำหนดอำนาจการทดสอบ เท่ากับ .80 ความเชื่อมั่นในการทดสอบที่ระดับแอลฟา .05

เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถาม จำนวน 5 ฉบับ ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ค่าซีรั่มครีเอตินิน ค่าอัตราการกรองของไต และโรคประจำตัว

2. แบบสอบถามการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ใช้แบบสอบถาม Health Promotion Lifestyle Profile II (HPLP II) (Walker, Sechrist, & Pender, 2000) มีจำนวน 52 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในด้านโภชนาการ กิจกรรมทางด้านร่างกาย การพัฒนาทางจิตวิญญาณ การจัดการกับความเครียด การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ลักษณะคำตอบใช้มาตราประมาณค่า 4 ระดับคือ ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติสม่ำเสมอ ให้คะแนน 1 ถึง 4 ตามลำดับ การแปลความหมายของระดับใช้ค่าเฉลี่ยดังนี้ 1.00 - 2.00 หมายถึงต่ำ 2.01 - 3.00 หมายถึงปานกลาง และ 3.01 - 4.00 หมายถึงสูง

3. แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ใช้แบบสอบถาม Benefit Scale (Wilson, 1991) มีจำนวน 8 ข้อ เป็นคำถามประโยชน์ที่ได้รับจากการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ลักษณะ

คำตอบใช้มาตราประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่เคยได้รับประโยชน์ ได้รับประโยชน์บ้างครั้ง ได้รับประโยชน์บ่อยครั้ง และได้รับประโยชน์สม่ำเสมอ ให้คะแนน 1 ถึง 4 ตามลำดับ การแปลความหมายระดับใช้คะแนนรวมดังนี้ 8.00 - 16.00 หมายถึงต่ำ 16.01-24.00 หมายถึงปานกลาง และ 24.01 - 32.00 หมายถึงสูง

4. แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ใช้แบบสอบถาม Barrier Scale (Becker, Stuijbergen, & Sands, 1991) มีจำนวน 18 ข้อ เป็นคำถามอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ลักษณะคำตอบใช้มาตราประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่เคยเป็นอุปสรรค เป็นอุปสรรคบางครั้ง เป็นอุปสรรคบ่อยครั้ง และเป็นอุปสรรคสม่ำเสมอ ให้ 1 ถึง 4 คะแนนตามลำดับ การแปลความหมายระดับใช้คะแนนรวมดังนี้ 18.00 - 36.00 หมายถึงต่ำ 36.01 - 54.00 หมายถึงปานกลาง และ 54.01 - 72.00 หมายถึงสูง

แบบสอบถามฉบับที่ 2, 3 และ 4 แปลเป็นภาษาไทยโดย อรวมน ศรียุกตศุทธ (Sriyuktasuth, 2002)

5. แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ใช้ The General Self-Efficacy Scale ของ Schwarzer และ Jerusalem (1995) แปลเป็นภาษาไทยโดย นันทกา คำแก้ว (2547) มีจำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบใช้มาตราประมาณค่า 4 ระดับ คือ มั่นใจมากที่สุด มั่นใจมาก มั่นใจน้อย และไม่มั่นใจเลย ให้ 4 ถึง 1 คะแนนตามลำดับ การแปลความหมายระดับใช้คะแนนรวมดังนี้ 10.00 - 20.00 หมายถึงต่ำ 20.01 - 30.00 หมายถึง ปานกลาง และ 30.01 - 40.00 หมายถึง สูง

การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach coefficient alpha) โดยใช้ในผู้ป่วยที่ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามฉบับที่ 2, 3, 4

และ 5 เท่ากับ 0.90 0.80 0.90 และ 0.82 ตามลำดับ

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการระหว่างเดือนเมษายน พ.ศ. 2554 ถึง มีนาคม พ.ศ. 2555 โดย โครงการวิจัยได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนชุด C สายพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู และผู้อำนวยการโรงพยาบาลนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู ผู้ป่วยที่ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย โดยส่งแบบสอบถามให้ผู้ป่วยตอบด้วยตนเอง เมื่อเสร็จสิ้นการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยรับแบบสอบถามกลับคืน

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์การถดถอยพหุและใช้การเลือกตัวแปรเข้าสมการโดยวิธี Enter

ผลการวิจัย

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจำนวน 107 ราย มีอายุระหว่าง 24 - 65 ปี (M = 55, SD = 8.35) โดยพบว่า มีผู้ป่วยอายุ 20 - 40 ปี ร้อยละ 5.6 อายุ 41- 60 ปี ร้อยละ 62.6 และอายุ 41- 60 ปี ร้อยละ 31.8 ส่วนใหญ่เป็นหญิง ร้อยละ 72.9 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 83.2 และร้อยละ 88.8 ได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 80.4 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 54.2 มีความรู้สึกว่ารายได้ของครอบครัวไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย ผู้ป่วยร้อยละ 27.1 เป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 20.6 เป็นโรคความดันโลหิตสูง และร้อยละ 52.3 เป็นทั้งสองโรค ระยะของโรคไตเรื้อรัง พบว่า อยู่ในระยะที่ 3 ร้อยละ 51.4 และระยะที่ 2 ร้อยละ 48.6

1. ผลการศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะแรกและระยะปานกลาง ในโรงพยาบาลนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง

(M = 2.89, SD = 0.38) ในรายด้าน พบว่า มี 3 ด้านที่อยู่ในระดับปานกลางได้แก่ โภชนาการ (M = 2.78, SD = 0.33) กิจกรรมทางด้านร่างกาย (M = 2.22, SD = 0.55) และความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (M = 2.65, SD = 0.53) ส่วนด้านที่อยู่ในระดับสูงมี 3 ด้านได้แก่ การพัฒนาทางจิตวิญญาณ (M = 3.32, SD = 0.51) การจัดการกับความเครียด (M = 3.13, SD = 0.56) และการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (M = 3.21, SD = 0.48) ผู้ป่วยมีการรับรู้ประโยชน์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง

2. ผลการศึกษาอำนาจการทำนายพฤติกรรมสร้าง

เสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะแรกและระยะปานกลาง ในโรงพยาบาลกลาง จังหวัดหนองบัวลำภู พบว่าตัวแปรทำนาย 3 ตัวได้แก่ 1) การรับรู้ประโยชน์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ($\beta = 0.361$) 2) การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ($\beta = -0.228$) และ 3) อายุ 20-40 ปี ($\beta = -0.197$) สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยได้ ร้อยละ 44.7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนระดับการศึกษา อายุ 41-60 ปี รายได้ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพไม่สามารถทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยได้ (ตาราง 1)

ตาราง 1 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุในการทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วย

ตัวแปร	B	SEB	Beta	t	p -value
ค่าคงที่	2.456	0.360	-	6.814	.000
ระดับประถมศึกษา	-0.125	0.214	-0.103	-0.582	.562
ระดับมัธยมศึกษา	-0.056	0.237	-0.043	-0.238	.812
อายุ 20 - 40 ปี	-0.325	0.139	-0.197	-2.343	.021
อายุ 41 - 60 ปี	-0.052	0.064	-0.066	-0.810	.420
รายได้น้อยกว่า 5,000 บาท	-0.124	0.127	-0.130	-0.976	.331
รายได้ 5,000 - 15,000 บาท	-0.287	0.147	-0.262	-1.954	.054
การรับรู้ประโยชน์	0.030	0.007	0.361	4.212	.000
การรับรู้อุปสรรค	-0.012	0.005	-0.228	-2.550	.012
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	0.010	0.005	0.175	1.788	.077

R = 0.669 R² = 0.447 Adjusted R² = 0.396 df = 9, 97, F = 8.712, p < .05

การอภิปรายผลการวิจัย

ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยอาจมีพฤติกรรมที่สร้างเสริมสุขภาพยังไม่สม่ำเสมอ อาจเนื่องจากผู้ป่วยร้อยละ 62.6 มีอายุระหว่าง 41 - 60 ปี ซึ่งเป็นวัยที่ต้องทำงานนอกบ้าน อาจทำให้ไม่มีเวลาในการดูแลสุขภาพของตนเอง แต่ผู้ป่วยมีการรับรู้ประโยชน์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง อาจมาจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งมักได้รับความรู้จากบุคลากรทางสุขภาพ จึงมีความรู้ในการปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับโรคและรับรู้ประโยชน์ สอดคล้องกับนันทกา คำแก้ว (2547) ที่พบว่า ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรัง มักมีโรคประจำตัวอยู่ก่อนแล้ว เช่นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ทำให้ได้รับความรู้และคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์

ผู้ป่วยมีการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ มีการรับรู้อุปสรรคภายในและภายนอก ที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อาจเนื่องจากการมีโรคไตเรื้อรังที่อยู่ในระยะที่ 1-3 ยังไม่พบอาการแสดงทางร่างกาย และไม่กระทบต่อการปฏิบัติกิจกรรมรวมถึงการดำเนินชีวิต (ลินา อองอาจ ยุทธ, 2547) ผู้ป่วยจึงรับรู้ปัจจัยทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคลไม่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ในขณะที่เดียวกัน พบว่า ผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับ จิรรัตน์ แหบคงเหล็ก (2543) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคไตวายที่รักษาด้วยการขจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องแบบต่อเนื่อง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับสูง อาจเนื่องจากการเชื่อว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพภายใต้อุปสรรคต่างๆได้ และการรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพพลดลงได้ และการรับรู้ความ

สามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ มีอิทธิพลโดยอ้อมต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยผ่านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรมที่วางแผนไว้ (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2006)

การรับรู้ประโยชน์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ มีอิทธิพลมากที่สุดในการทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อาจเนื่องจากการเชื่อของผู้ป่วย โดยคาดหวังประโยชน์ที่จะได้รับภายหลังการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การได้รับความรู้จากทีมสุขภาพเกี่ยวกับประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ จะส่งผลโดยตรงต่อแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วย สอดคล้องกับนันทกา คำแก้ว (2547) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ สามารถทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังได้ และแนวคิดของ Pender (1996) ที่ว่าการรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมเป็นแรงเสริมช่วยให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น

การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ มีอิทธิพลต่อการทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเป็นลำดับที่สอง สอดคล้องกับวาศนา ครุฑเมือง (2547) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคสามารถทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อาจเนื่องมาจากการรับรู้อุปสรรคเป็นการรับรู้ถึงสิ่งขัดขวางต่อการปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆ โดยสิ่งนั้นอาจจะเป็นจริงหรือคาดคะเนขึ้น ถ้าผู้ป่วยมีการรับรู้อุปสรรคต่ำ จะมีความพร้อมในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นสูง และมีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้น (Pender, 1996) ส่วนอายุ 20 - 40 ปี สามารถทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะแรกและระยะปานกลางได้เป็นลำดับสุดท้าย สอดคล้องกับอุบล จิบสมานบุญ (2543) ที่พบว่า อายุสามารถทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้ และเป็นไปตามแนวคิด

ของ Pender (1996) ที่ระบุว่า ปัจจัยส่วนบุคคลมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

สำหรับระดับการศึกษา รายได้ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะแรกและระยะปานกลางได้ อาจเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 88.8 สำเร็จการศึกษาสูงสุดในระดับประถมศึกษา และร้อยละ 80.4 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ทำให้การกระจายของข้อมูลอยู่ในช่วงแคบ มีความหลากหลายของผู้ป่วยน้อยไป ผลนี้ไม่สอดคล้องกับอารักขา ไจธรรม (2545) ที่พบว่าระดับการศึกษาและรายได้ สามารถทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ และผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะนี้ ส่วนใหญ่ยังไม่มีอาการแสดงที่ผิดปกติของโรคไตเรื้อรังให้เห็นเด่นชัด (ลีนา องอาจยุทธ, 2547)

จึงไม่เห็นความจำเป็นในการลงมือปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ

พยาบาลและทีมสุขภาพควรมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ แก่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะแรกและระยะปานกลาง โดยเน้นให้ผู้ป่วยรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เพราะจะช่วยเป็นแรงเสริมให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มนี้ในการลดอุปสรรคต่างๆ เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ใหญ่ออนดันทันที่อยู่ ในวัยทำงาน

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2551). *สรุปสถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2551*. กรุงเทพมหานคร: ผู้แต่ง.
- จิรรัตน์ แหบคงเหล็ก. (2543). *การรับรู้สมรรถนะในตนเอง และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยการจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องแบบต่อเนื่อง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นันทกา คำแก้ว. (2547). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รัชนีย์ไกรยศรี, ผ่องศรี เกียรติเลิศนภา, และ วัลภา ผิวทน. (2544). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ บุคลิกภาพที่เข้มแข็ง และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 9(1), 1-10.
- ลีนา องอาจยุทธ. (2547). Chronic kidney disease: Risk factors and protective strategies. ใน ลีนา องอาจยุทธ, สุชาย ศรีทิพย์วรรณ, และ รัตนา ชวนะสุนทรพจน์ (บรรณาธิการ), *Practical Nephrology* (หน้า 173-183). กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี.
- วาสนา ครุฑเมื่อง. (2547). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2552). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2552*. กรุงเทพมหานคร: ผู้แต่ง.
- อารักขา ใจธรรม. (2545). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง* โรงพยาบาล จตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด. วิทยาลัยพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อุบล จิษมาบุญ. (2543). *การรับรู้สมรรถนะในตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง*. วิทยาลัยพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรรถพงษ์ วงศ์วิวัฒน์. (2553). Chronic kidney disease. ใน นิธิพัฒน์ เจียรกุล (บรรณาธิการ), *First Siriraj internal medicine board review* (หน้า 379 -385). กรุงเทพมหานคร: ภาพพิมพ์.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W. H. Freeman.
- National Kidney Foundation. (2002). K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: Evaluation, classification, and stratification. *American Journal of Kidney Diseases*, 39, S1- S266.
- Pender, N. J. (1996). *Health promotion in nursing practice* (3rd ed.). Stamford, CT: Appleton & Lange.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2006). *Health promotion in nursing practice* (5th ed.). New Jersey: Pearson Education.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (8th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Sriyuktasuth, A. (2002). *Utility of Pender's model in describing health-promoting behaviors in Thai women with systemic lupus erythematosus*. Unpublished doctoral dissertation, University of Alabama at Birmingham, USA.