

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพเพื่อชะลอความเสื่อมของไต ในผู้ป่วยไตเรื้อรัง ระยะที่ 3*

THE FACTORS PREDICTING HEALTHCARE BEHAVIORS IN DEALING WITH PATIENTS WITH STAGE 3 PROGRESSIVE CHRONIC KIDNEY DISEASE

ปาริชาติ ขวัญบุญ*, เบญญพร บรรณสาร, เยาวรัตน์ มัชฌิม

Parichat Khwanboon*, Banyaporn Bannaasan, Yaowarat Matchim

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย

Faculty of Nursing, Thammasat University, Bangkok, Thailand

*Corresponding author E-mail: pkorange201@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพเพื่อชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่มารับบริการที่คลินิกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลกระทุมแบน จำนวน 116 คน คำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G* Power เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามการรับรู้ด้านสุขภาพของบุคคล 3) แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเพื่อชะลอความเสื่อมของไตของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 4) แบบสอบถามพฤติกรรมดูแลสุขภาพเพื่อการชะลอความเสื่อมของไตของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และสถิติถดถอยพหุแบบเป็นขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพเพื่อชะลอความเสื่อมของไตได้ ร้อยละ 51.9 ($F = 40.275, p < .001$) มีทั้งหมด 3 ปัจจัย ได้แก่ 1) การรับรู้ความรุนแรงของโรค ($\beta = .372, p < .001$) 2) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อชะลอความเสื่อมของไต ($\beta = -.308, p < .001$) 3) ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพเพื่อการชะลอความเสื่อมของไต ($\beta = .321, p < .001$) และทั้ง 3 ปัจจัยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพเพื่อการชะลอความเสื่อมของไต ($r = .720$) ฉะนั้นจึงควรนำปัจจัยด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อชะลอความเสื่อมของไต และความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพเพื่อการชะลอความเสื่อมของไต มาใช้ในการวางแผนกิจกรรมและสร้างเป็นโปรแกรมการดูแลสุขภาพเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยปรับพฤติกรรมดูแลสุขภาพเพื่อการชะลอความเสื่อมของไต

คำสำคัญ: ผู้ป่วยไตเรื้อรัง, พฤติกรรมดูแลสุขภาพ, ชะลอความเสื่อมของไต

Abstract

The purpose of this research was to study the factors predicting healthcare behaviors in order to slow down the decline of kidney function in patients with stage 3 chronic kidney disease that were receiving treatment at the outpatient clinic of Krathumbaen Hospital in Thailand. A sample of 116 people was selected according to the specified criteria by using the G* Power program. The research tools consisted of the following: 1) a personal data questionnaire; 2) a

perception of health questionnaire; 3) a healthcare behavior knowledge assessment questionnaire; and 4) a healthcare behavior questionnaire for slowing the decline of the kidneys in stage 3 chronic kidney disease patients. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's product correlation coefficient, and stepwise multiple regression analysis. The results showed that all of factors able to predictive the healthcare behaviors for slowing down the decline of their kidney function ($R^2 = .519$, $F = 40.275$, $p < .001$). There was a total of three factors as follows: 1) perceived severity of the disease ($\beta = .372$, $p < .001$); 2) perceived barriers to behavioral practice for slowing renal impairment ($\beta = -.308$, $p < .001$); and 3) knowledge of healthcare behaviors for slowing down the decline of kidneys function ($\beta = .321$, $p < .001$). These were positively correlated with the healthcare behaviors for slowing down the decline of the kidney function of patients with stage 3 chronic kidney disease ($r = .720$). Therefore, the factors of perceived severity of the disease, perceived barriers to behavioral practice for slowing renal impairment, and knowledge of healthcare behaviors for slowing down the decline of kidneys function should be taken into account. Used to plan activities and create a health care program to help patients adjust health care behaviors to slow down the deterioration of the kidneys.

Keywords: Health Care Behaviors, Chronic Kidney Disease Patients, Slowing Down the Decline of The Kidneys

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease: CKD) เป็นโรคที่มีแนวโน้มสูงขึ้น และเป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก จากการศึกษาในปี พ.ศ. 2560 พบว่ามีความชุกของโรคไตเรื้อรังทั่วโลก อยู่ที่ร้อยละ 9.1 ซึ่งเท่ากับ 700 ล้านคน ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตเป็นอันดับที่ 12 ซึ่งเพิ่มจากอันดับที่ 17 ในปี 2533 และจากรายงานของสมาคมโรคไตนานาชาติ (International Nephrology) ปี พ.ศ. 2561 คาดว่าในปี พ.ศ. 2568 โรคไตเรื้อรังจะเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของประชากรโลกประมาณ 36 ล้านคนต่อปี โดยส่งผลต่อการเสียชีวิตถึงร้อยละ 29 สำหรับในประเทศไทยพบว่โรคไตเรื้อรังยังเป็นปัญหาสำคัญ โดยแนวโน้มในการเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังมีมากขึ้น และจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตมีจำนวนสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ในปี พ.ศ. 2563 มีความชุก 2,580 ต่อประชากรหนึ่งล้านคน (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2563) ทั้งยังมีแนวโน้มการเสียชีวิตที่สูงขึ้นทุกปี จากอัตราการตายต่อแสนประชากร 14.24 ในปี พ.ศ. 2559 เป็น 16.49 ในปี พ.ศ. 2563 (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2565) โดยสาเหตุการเกิดโรคไตเรื้อรังที่สำคัญ ได้แก่ ความดันโลหิตสูงมากที่สุดร้อยละ 42.3 โรคเบาหวานรองลงมาคือร้อยละ 41.5 (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2563) โดยโรคไตเรื้อรังแบ่งออกเป็น 5 ระยะตามความรุนแรงของโรค และในระยะแรกมักไม่พบอาการผิดปกติทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าตนเองป่วย ทำให้ขาดความตระหนักในการดูแลตนเองหรือเปลี่ยนแผนการดำเนินชีวิตให้เหมาะสม เป็นเหตุให้ตรวจพบโรคดำเนินไปมากโตเสียหน้าที่จนเกิดความผิดปกติทางด้านร่างกาย

จากการศึกษาพบว่าการชะลอความเสื่อมของไตอย่างมีประสิทธิภาพนั้นสามารถทำได้โดยการสนับสนุนให้ความรู้เพื่อให้มีความฉลาดทางด้านสุขภาพ (health literacy) เมื่อผู้ป่วยมีแนวโน้มรับรู้ผลจากการกระทำของตน ภายใต้การควบคุม (กันตพร ยอดไชย, 2563) ได้แก่ การควบคุมอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การควบคุมความดันโลหิต การป้องกันภาวะแทรกซ้อน (ชุดิมา สร้อยนาค และคณะ, 2561) ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมการป้องกันและชะลอความเสื่อมของไตได้ โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายอย่าง ปัจจัยความเชื่อ การรับรู้ภาวะสุขภาพ

และความเจ็บป่วย เป็นปัจจัยที่ส่งผลโดยตรงต่อการกำหนดหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย ในปี 1988 โรเซนสตอค, สเตเรเซอร์ และเบคเกอร์ (Strecher, V. J. et al., 1997) ได้พัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาประยุกต์ใช้ในการช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล โดยแนวคิดนี้บุคคลจะต้องเชื่อว่าตนเองมีโอกาสที่จะเกิดโรคหรือโรคที่ตนเองเป็นนั้นจะส่งผลกระทบต่อชีวิต และมีความเชื่อว่าหากปฏิบัติพฤติกรรมตามคำแนะนำจะช่วยลดการดำเนินและความรุนแรงของโรคได้ (Becker, M. H., 1974) สอดคล้องกับงานวิจัย ที่ศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของมุสลิมวัยทำงาน พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ ($r = .755$) (ชุดิมา สร้อยนาค และคณะ, 2561) และการศึกษาของ ดวงหทัย แสงสว่าง ที่สรุปว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์พฤติกรรมการลดระดับน้ำตาลในเลือด ($r = .128$, $p < .05$) และการดูแลสุขภาพทั่วไปและการป้องกันโรคแทรกซ้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .234$, $p < .05$) (ดวงหทัย แสงสว่าง และคณะ, 2561) นอกจากนี้การที่บุคคลมีความเชื่อว่าการกระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมจะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้น ดังนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำก็ขึ้นอยู่กับเปรียบเทียบข้อดีข้อเสียของพฤติกรรมนั้น (Rosenstock, I. M., 1974) จากการศึกษาของ สมฤดี บัวป้อม การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร ($r = .221$, $p < .05$) (สมฤดี บัวป้อม, 2565) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ เช่น ค่าใช้จ่ายในการรักษาโรค ซึ่งมีผลต่อการตัดสินใจในการให้ความร่วมมือในการรักษา มีการศึกษาในผู้สูงอายุ เกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อควบคุมโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .01$ ($r = -.29$) (พรศิริ พันธสี และกาญจนา ศรีสวัสดิ์, 2563) ส่วนปัจจัยด้านความรู้อาจมีผลโดยตรงหรือโดยอ้อมจากการศึกษาในผู้ป่วยไตเรื้อรังพบว่าความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยไตเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .01$ (ศิริวรรณ พายพัตร, และคณะ, 2563)

จากการเก็บรวบรวมสถิติโรคไตเรื้อรังของระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System) ปี 2562 ของจังหวัดสมุทรสาคร พบว่ามีผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงจำนวนมากถึง 92,739 ราย ซึ่งมีส่วนใหญ่ภาวะแทรกซ้อนทางไตร่วมด้วย โดยกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่พบมากอยู่ในระยะ 1-3 โดยระยะที่ 3 เป็นระยะที่สำคัญ เนื่องจากเป็นระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการแสดง โดยบริบทของโรงพยาบาลกระทุ่มแบน ถ้าผู้ป่วยยังไม่เข้าสู่ระยะที่ 4-5 จะยังไม่ได้รับการดูแลหรือคำแนะนำเฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นเกี่ยวกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในแต่ละด้านมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย และการศึกษาในผู้ป่วยไตเรื้อรังที่พบเป็นการศึกษาในระยะที่ 1-5 ซึ่งไม่ได้เน้นในระยะที่ 3 ซึ่งเป็นระยะเริ่มต้นของโรคไตเรื้อรัง ทั้งยังเป็นระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการของโรคไตเรื้อรังที่ชัดเจน ระยะนี้จึงเป็นระยะที่มีความสำคัญในการชะลอความเสื่อมของไต ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพเพื่อชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยไตระยะที่ 3 เพื่อนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานให้บุคลากรทีมสุขภาพได้นำไปใช้ในการวางแผนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยและวางแผนเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยไตเรื้อรังให้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพเพื่อชะลอความเสื่อมของไตได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะก่อให้เกิดประโยชน์อย่างมากในการชะลอความเสื่อมของไต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพเพื่อชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นแบบศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research)

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกระทู้แบน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง มาจากวิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยใช้หลักความน่าจะเป็น (probability sampling) เลือกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบง่าย (Simple random sampling) โดยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน จำนวน 116 คน คำนวณ โดยใช้โปรแกรม G* power 3.1.9.4 โดยกำหนดอำนาจทดสอบ (Power of analysis) .90 กำหนดค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ .15 (เนื่องจากไม่พบการศึกษาก่อนหน้านี้ ผู้วิจัยจึงใช้การกำหนดค่าอิทธิพลเท่ากับ .15 ซึ่งเป็นค่าขนาดอิทธิพลขนาดกลาง) กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะ 3 มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยของแพทย์หรือมีค่าอัตราการกรองของไตจากการคำนวณอยู่ระหว่าง 30-59 มิลลิตร/นาที่/1.73 ตารางเมตร มีสติสัมปชัญญะดีและสามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้ดี (ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไปต้องได้รับการประเมินสมรรถภาพสมอง โดยใช้แบบประเมินสมรรถภาพสมอง Mini-cognitive instrument (Mini Cog) (พิชญา กุศลารักษ์ และดาวชมพู นาคะวีโร, 2555)

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยไตเรื้อรังในระยะที่ 3 ครั้งแรก

เกณฑ์ยุติการวิจัย (Termination criteria) ขณะเข้าร่วมการวิจัยผู้เข้าร่วมวิจัย มีอาการผิดปกติ เช่น รู้สึกไม่สบาย เหนื่อยเจ็บแน่นหน้าอก เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม ผู้วิจัยนำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไต 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านโรคไต 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านทฤษฎี 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญโรคไต 2 ท่าน โดยแบบสอบถามดังกล่าวแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ที่ผู้วิจัยสร้างเอง โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อ ประกอบด้วย แบบสอบถามเกี่ยวกับ อายุ เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน สิทธิการรักษาพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง ประวัติบุคคลในครอบครัวที่ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง ประวัติการได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง แหล่งของอาหารที่รับประทาน โรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ด้านสุขภาพของบุคคล ดัดแปลงมาจากแบบประเมินของ ปิ่นแก้ว กล้ายประยงค์ (ปิ่นแก้ว กล้ายประยงค์, 2550) โดยมีข้อคำถามรวมทั้งหมด 45 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราวัดประเมินค่า (rating scale) 4 ระดับ โดยทำการทดสอบค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (content validity index [CVI]) ได้เท่ากับ 1.00 และการหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ Cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ .90 มีค่าคะแนนรายด้าน ดังนี้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อชะลอความเสื่อมของไต มีคะแนนอยู่ระหว่าง 10-40 คะแนน การแปลผลค่าคะแนนออกเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจากเกณฑ์มัธยิมเลขคณิตของคะแนนที่ได้ โดยใช้เกณฑ์ ดังนี้ (ชูศรี วงศ์รัตน์, 2560) ได้แก่ ระดับสูง (31-40 คะแนน) ระดับกลาง (21-30 คะแนน) ระดับต่ำ (10-20 คะแนน) และการรับรู้ประโยชน์ของการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อชะลอความเสื่อมของไต คะแนนอยู่ระหว่าง 15-45 คะแนน การแปลผลค่าคะแนนออกเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจากเกณฑ์มัธยิมเลขคณิตของคะแนนที่ได้ โดยใช้เกณฑ์ ดังนี้ ได้แก่ ระดับสูง (45-60 คะแนน) ระดับกลาง (21-45 คะแนน) ระดับต่ำ (15-30 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพเพื่อชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 ดัดแปลงมาจากแบบประเมิน ของ สุนิสา สีม (สุนิสา สีม และคณะ, 2557) จำนวน 26 ข้อ ลักษณะคำตอบกำหนดให้เลือกตอบได้ 4 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ ไม่ทราบ โดยถ้าตอบใช่ให้ค่าคะแนนเท่ากับ 1 ถ้าตอบ ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ ไม่ทราบ จะมีค่าคะแนน เท่ากับ 0 และทำการทดสอบค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (content validity index [CVI]) ได้เท่ากับ .99 และการหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ Kuder Richardson 20 ได้เท่ากับ .80 คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 0-26 การแปลผลค่าคะแนนออกเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจากเกณฑ์มัชฌิมเลขคณิตของคะแนนที่ได้ โดยใช้เกณฑ์ ดังนี้ ได้แก่ ระดับสูง (18-26 คะแนน) ระดับกลาง (10-17 คะแนน) ระดับต่ำ (0-9 คะแนน)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมดูแลสุขภาพเพื่อการชะลอความเสื่อมของไตของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบประเมิน ของ สุนิสา สีม (สุนิสา สีม และคณะ, 2557) โดยมีข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดประเมินค่า (rating scale) 4 ระดับ โดยทำการทดสอบค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (content validity index [CVI]) ได้เท่ากับ .99 และการหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ Cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ .73 คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 30-120 คะแนน การแปลผลค่าคะแนนออกเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจากเกณฑ์มัชฌิมเลขคณิตของคะแนนที่ได้ โดยใช้เกณฑ์ ดังนี้ ได้แก่ ระดับสูง (91-120 คะแนน) ระดับกลาง (61-90 คะแนน) และ ระดับต่ำ (30-60 คะแนน)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์ COA No. 066/2563 การรับรองวันที่ 26 มิถุนายน 2565 และ คณะกรรมการจริยธรรมในคน ของโรงพยาบาลกระทู้แบน IRB No. 014/ 2563 การรับรองวันที่ 7 กรกฎาคม 2563 และกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลเอง โดยจะพบอาสาสมัครวิจัย 1 ครั้ง และใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 40 นาที เนื่องจากระหว่างเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นช่วงเวลาที่ยังมีการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา ผู้วิจัยจึงขอดำเนินการเตรียมความพร้อมเพื่อความปลอดภัยของทั้งกลุ่มตัวอย่างและผู้วิจัย โดยให้ความพร้อมและมีการเว้นระยะห่างระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่าง มีการสวมหน้ากากอนามัยตลอดช่วงเวลาที่เก็บข้อมูลและมีการจัดให้มีฉากกั้นระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่าง มีเจลแอลกอฮอล์พร้อมใช้เมื่อมีการสัมผัสกันระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่าง และทำความสะอาดอุปกรณ์ด้วย 70% แอลกอฮอล์ทุกครั้ง

การวิเคราะห์ทางสถิติ

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ค่าของคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ด้านสุขภาพของบุคคล ความรู้ และค่าคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการชะลอความเสื่อมของไตของผู้ป่วยไตเรื้อรัง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) โดยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ด้านสุขภาพของบุคคล ความรู้ กับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการชะลอความเสื่อมของไต โดยใช้สถิติสัมพัทธ์ความสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation co-efficient) กำหนดค่านัยสำคัญที่ .05 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple regressions analysis) โดย วิธี stepwise

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 60.3) มีอายุเฉลี่ย 63.75 ปี นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสมากที่สุด (ร้อยละ 77.6) จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 63.8) รองลงมา เป็นมัธยมศึกษา (ร้อยละ 14.7) และไม่ได้ศึกษา (ร้อยละ 60.3) ประกอบอาชีพเกษตรกรมากที่สุด (ร้อยละ 49.1) รองลงมา เป็นรับจ้าง (ร้อยละ 27.6) รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนอยู่ระหว่าง 10,001 – 15,000 บาท (ร้อยละ

39.7) สิทธิการรักษาใช้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติมากที่สุด (ร้อยละ 81.9) ทราบว่าตนเองเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังมากที่สุด ร้อยละ 60.3 ที่ทราบว่าเจ็บป่วยประมาณ 14.84 เดือน บุคคลในครอบครัวส่วนใหญ่ไม่มีประวัติเป็นโรคไตเรื้อรัง (ร้อยละ 90.5) มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวานมากที่สุด (ร้อยละ 37.9) รองลงมาเป็นทั้งโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน (ร้อยละ 30.2) ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังจากแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ ร้อยละ 53.4 ได้รับความรู้จากแผ่นพับและเอกสารสุขภาพ ร้อยละ 6.9 และไม่เคยได้รับความรู้ ร้อยละ 39.7 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับประทานเองมากที่สุด (ร้อยละ 56)

กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ด้านสุขภาพของบุคคล ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ($M = 34.56$, $SD = 2.82$) การรับรู้ความรุนแรงของโรค ($M = 34.44$, $SD = 2.65$) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค ($M = 54.58$, $SD = 3.33$) อยู่ในระดับสูง การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อชะลอความเสื่อมของไต ($M = 27.01$, $SD = 4.18$) อยู่ในระดับปานกลาง และพบว่าปัจจัยร่วม ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพเพื่อชะลอความเสื่อมของไต โดยรวม ($M = 19.49$, $SD = 2.47$) อยู่ในระดับสูง ส่วนการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อการชะลอความเสื่อมของไต โดยรวม โดยรวม ($M = 94.83$, $SD = 8.29$) อยู่ในระดับ สูง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้ด้านสุขภาพของบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อชะลอความเสื่อมของไต การปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อการชะลอความเสื่อมของไต ($n = 116$)

พฤติกรรม	คะแนนที่เป็นไปได้ (Possible score)	คะแนนที่เป็นจริง (Actual score)	Mean	SD	ระดับ พฤติกรรม
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค	10-40	28-40	34.56	2.82	สูง
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	10-40	29-40	34.44	2.65	สูง
การรับรู้ประโยชน์ของการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อชะลอความเสื่อมของไต	15-60	48-60	54.58	3.33	สูง
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อชะลอความเสื่อมของไต	10-40	20-37	27.01	4.18	ปานกลาง
ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพเพื่อชะลอความเสื่อมของไต	0 - 26	14-24	19.49	2.47	สูง
พฤติกรรมดูแลสุขภาพเพื่อการชะลอความเสื่อมของไต	30-120	80-115	94.83	8.29	สูง

2. ทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพเพื่อชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทำนายกับการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อการชะลอความเสื่อมของไตพบว่า ไม่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์คู่ใดที่มีค่าสูงเกินไป ($r > .75$) แสดงว่าตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเอง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ด้านสุขภาพของบุคคล ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพเพื่อชะลอความเสื่อมของไต กับการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพเพื่อการชะลอความเสื่อมของไต ($n = 116$)

ตัวแปรที่ศึกษา	(X1)	(X2)	(X3)	(X4)	(X5)	(Y)
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (X1)	1					
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (X2)	.639**	1				

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ด้านสุขภาพของบุคคล ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพเพื่อชะลอความเสื่อมของไต กับการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพเพื่อชะลอความเสื่อมของไต (n = 116) (ต่อ)

ตัวแปรที่ศึกษา	(X1)	(X2)	(X3)	(X4)	(X5)	(Y)
3. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อชะลอความเสื่อมของไต (X3)	.312**	.444**	1			
4. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อชะลอความเสื่อมของไต (X4)	-.180	-.162	-.065	1		
5. ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพเพื่อชะลอความเสื่อมของไต (X5)	.372**	.251**	-.024	.432**	1	
6. พฤติกรรมดูแลสุขภาพเพื่อชะลอความเสื่อมของไต (Y)	.506**	.503**	.226*	.507**	.547**	1

**p < .01, *p < .05

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพเพื่อชะลอความเสื่อมของไต ในผู้ป่วยไตเรื้อรัง ระยะที่ 3 พบว่า ปัจจัยทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพเพื่อชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยไตเรื้อรังมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F = 40.275$) มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .720 มีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการพยากรณ์เท่ากับ 5.827 โดยตัวแปรที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพเพื่อชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ < .001 มีดังนี้ การรับรู้ความรุนแรงของโรค ($\beta = .372$) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อชะลอความเสื่อมของไต ($\beta = -.308$) ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพเพื่อชะลอความเสื่อมของไต ($\beta = .321$) โดยตัวแปรทั้ง 3 ตัวสามารถร่วมกันทำนายการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพเพื่อชะลอความเสื่อมของไตได้ร้อยละ 51.9 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสามารถในการทำนายพฤติกรรมเพื่อชะลอความเสื่อมของไต (n = 116)

ตัวแปร	B	SE b	Beta	t	p-value
ค่าคงที่ (Constant)	50.075	9.871		5.073	.000**
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อชะลอความเสื่อมของไต	1.081	.250	.321	4.330	.000**
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	1.167	.213	.372	5.488	.000**
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อชะลอความเสื่อมของไต	-.611	.144	-.308	-4.226	.000**

Constant = 50.075, R = .720, R² = .519, Adj R² = .506, SEest = 5.827, F = 40.275

**p < .001

สามารถเขียนสมการพยากรณ์พฤติกรรมดูแลสุขภาพเพื่อชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยไตเรื้อรัง ระยะที่ 3 ได้ดังนี้

$$Y = 50.075 + 1.167(\text{คะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรค}) - 0.611(\text{คะแนนการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อชะลอความเสื่อมของไต}) + 1.081(\text{คะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาพเพื่อชะลอความเสื่อมของไต})$$

อภิปรายผล

การศึกษาพบว่าปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพเพื่อชะลอความเสี่ยงของไตในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 ได้ร้อยละ 51.9 ($F = 40.275, p < .001$) มีทั้งหมด 3 ปัจจัย ดังต่อไปนี้ ปัจจัยการรับรู้ความรุนแรงของโรคเป็นปัจจัยตัวแรกที่สามารถทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพเพื่อชะลอความเสี่ยงของไตในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 ได้มากที่สุด ($\beta = .372, p < .001$) ซึ่งอาจเป็นผลมาจากที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังและได้รับข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคจากแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขรวมถึงจากหนังสือและเอกสารสุขภาพ (ร้อยละ 60.3) ทั้งนี้เป็นไปตามแนวคิดตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Strecher, V. J. et al., 1997) ที่กล่าวว่า แม้บุคคลจะตระหนักถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแต่พฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคมักยังไม่เกิดขึ้น ถ้าบุคคลไม่มีความเชื่อว่าโรคนั้นมีความรุนแรงจะก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกายหรือกระทบกระเทือนต่อฐานะทางสังคม จากการศึกษาพบว่าเมื่อบุคคลมีการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคในระดับสูง จะทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อชะลอความเสี่ยงของไตในระดับที่สูงเช่นกัน อีกทั้งมีการศึกษาของ สมฤดี บัวป้อม ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทั่วไปและการป้องกันโรคแทรกซ้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .115, p < .05$) (สมฤดี บัวป้อม, 2565) นอกจากนี้ การศึกษาของประนอม กาญจนวนิชย์ ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .223$) (ประนอม กาญจนวนิชย์, 2564)

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อชะลอความเสี่ยงของไต เป็นปัจจัยตัวที่ 2 ที่สามารถทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพเพื่อชะลอความเสี่ยงของไตในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 ($\beta = .321, p < .001$) และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพื่อการชะลอความเสี่ยงของไตในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 ($r = .547$) ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนั้น ปัจจัยด้านความรู้เป็นปัจจัยร่วม ซึ่งมีส่วนส่งเสริมให้บุคคลปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ เพื่อการป้องกันหรือรักษาโรคได้ โดยผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพเพื่อการชะลอความเสี่ยงของไตโดยรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง และผลการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพเพื่อการชะลอความเสี่ยงของไตโดยรวม เฉลี่ยอยู่ในระดับสูงเช่นกัน ดังนั้นหมายความว่า หากผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพเพื่อการชะลอความเสี่ยงของไตเพิ่มขึ้น ก็มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพเพื่อชะลอความเสี่ยงของไตดีขึ้นตามไปด้วย ผลการศึกษานี้เป็นไปตามการศึกษาของ สมฤดี บัวป้อม ที่สรุปว่า ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทั่วไปและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ.05 ($r = .172, p < .05$) (สมฤดี บัวป้อม, 2565) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการได้รับความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ สุปรัตน์ รักษภานุสิทธิ์ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ สรุปว่า ความรู้มีความสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกันกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ($r = .139, p < .01$) (สุปรัตน์ รักษภานุสิทธิ์ และคณะ, 2561) อีกทั้งการศึกษาของ นิภาดา วรโพธิ์ สรุปว่าความรู้เรื่องพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวาน ($\beta = 0.193, p < .001$) (นิภาดา วรโพธิ์, 2563)

ปัจจัยการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อชะลอความเสี่ยงของไต เป็นปัจจัยตัวสุดท้ายที่สามารถทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพเพื่อชะลอความเสี่ยงของไตในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 ($\beta = -.308, p < .001$) ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนั้น การรับรู้อุปสรรคที่เป็นไปตามการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ได้แก่ การรับรู้ความยากง่ายของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้ถึงความสะดวก ค่าใช้จ่ายแพง ทำให้เกิดการเจ็บปวดไม่สะดวกในการมารับบริการ หรือ การปฏิบัติพฤติกรรมขัดกับการประกอบอาชีพ ขัดกับการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งส่งผลทำให้เลือกที่จะไม่

กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2565). ระบาดวิทยาและการสอบสวนมาตรการการป้องกันโรคไตเรื้อรัง. เรียกใช้เมื่อ 23 เมษายน 2566 จาก <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1308820220905025852.pdf>

- กันตพร ยอดไชย. (2563). ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง: การพยาบาลและการจัดการอาการ. (พิมพ์ครั้งที่ 2). สงขลา: บริษัทนีโอพ้อยท์ (1995) จำกัด.
- จรีรัตน์ สุทธิพัฒนางกูร, และรัตน์ศิริ ทาโด. (2560). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก, 28(2), 111-125.
- ชุติมา สร้อยนาค และคณะ. (2561). การศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของมุสลิมวัยทำงาน. วารสารพยาบาลทหารบก, 19(ฉบับพิเศษ), 267-277.
- ชูศรี วงศ์รัตนะ. (2560). เทคนิคการสร้างเครื่องมือวิจัย : แนวทางการนำไปใช้อย่างมืออาชีพ. กรุงเทพมหานคร: อมรรการพิมพ์.
- ฐปรัตน์ รักษาณัฐสิทธิ์ และคณะ. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี. วารสารวิทยบริการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 29(3), 170-178.
- ดวงหทัย แสงสว่าง และคณะ. (2561). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางปูใหม่ จังหวัดสมุทรปราการ. วารสารวไลยลงกรณ์ (มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์, 8(1), 103-117.
- นิภาดา วรโพธิ์. (2563). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวาน ในอำเภอทัพทัน จังหวัดอุทัยธานี. อุทัยธานี : มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ประนอม กาญจนวนิชย์. (2564). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 36(2), 20-33.
- ปิ่นแก้ว กล้ายประยงค์. (2550). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาในการสร้างเสริมพฤติกรรมปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไตเข้าสู่ไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 ที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรคไต โรงพยาบาลรามารามิบัติ. ใน วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษา. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- พรศิริ พันธสี และกาญจนา ศรีสวัสดิ์. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุ สมาคมแต่จีวแห่งประเทศไทย แขวงทุ่งวัดดอน เขตสาทร กรุงเทพมหานคร. วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ, 6(1), 45-57.
- พิชญา กุศลารักษ์ และดาวชมพู นาคะวิโร. (2555). การศึกษาความเที่ยงตรงของแบบทดสอบ Mini-Cog ในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมชาวไทย. รามารามิบัติเวชสาร, 35(4), 265-271.
- วรรัตน์ จันทน์นุ่ม, และคณะ. (2564). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมชะลอการสูญเสียหน้าที่ของไตในผู้เป็นเบาหวานในจังหวัดชลบุรี. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา, 29(1), 44-55.
- ศิริวรรณ พายพัตร, และคณะ. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท, 3(2), 22-36.
- สมฤดี บัวป้อม. (2565). ความรู้ การรับรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองในกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงโรคเบาหวานที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ในเขตเทศบาลเมืองสุโขทัยธานี จังหวัดสุโขทัย. Health science clinical research, 37(1), 83-95.

- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2563). Thailand Renal Replacement Therapy year 2020. เรียกใช้เมื่อ 23 เมษายน 2566 จาก <https://www.nephrothai.org/wp-content/uploads/2022/06/Final-TRT-report-2020.pdf>
- สุนิสา สีส้ม และคณะ. (2557). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อการชะลอความเสื่อมของไตต่อความรู้ พฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิต. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก, 25(1), 17-31.
- Becker, M. H. (1974). The health belief model and sick role behavior. Health Education Monographs, 2(4), 409-419.
- Rosenstock, I. M. (1974). The Health Belief Model and Preventive Health Behavior. Health Education Monographs, 2(4), 354-386.
- Strecher, V. J. et al. (1997). Health behavior and health education: theory, research, and practice. USA: John Wiley & Sons.