

พฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต
ของผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลราชวิถี



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)
สาขาวิชาเอกสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ.2551
ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต
ของผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลราชวิถี

พิชิตรา ทูลมาลา

นางพิชิตรา ทูลมาลา

ผู้วิจัย

รองศาสตราจารย์นิรัตน์ อิมามิ Ph.D.

รองศาสตราจารย์นิรัตน์ อิมามิ Ph.D.

ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์มณีรัตน์ ชีระวิวัฒน์ Ph.D.

ผู้ช่วยศาสตราจารย์มณีรัตน์ ชีระวิวัฒน์ Ph.D.

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์ภารดี เต็มเจริญ ส.ค.

รองศาสตราจารย์ภารดี เต็มเจริญ ส.ค.

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ศาสตราจารย์ นพ.บรรจง มไหสวริยะ พ.บ.

ศาสตราจารย์ นพ.บรรจง มไหสวริยะ พ.บ.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

รองศาสตราจารย์ธราดล เก่งการพานิช พ.ม.

รองศาสตราจารย์ธราดล เก่งการพานิช พ.ม.

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)

สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต

ของผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลราชวิถี

ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)

สาขาวิชาเอกสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์

วันที่ 30 พฤษภาคม 2551

นางพิจิตรา ทูลมลา

ผู้วิจัย

รองศาสตราจารย์สุรีย์ จันทน์โมลี ส.ค.

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์นิรัตน์ อิมามี Ph.D.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์มนิรัตน์ ชีระวิวัฒน์ Ph.D.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์ภารดี เต็มเจริญ ส.ค.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ศาสตราจารย์ นพ.บรรจง มไหสวริยะ พ.บ.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์พิทยา จารุพูนผล

พ.บ., อ.ว. (ระบาควิทยา)

คณบดี

คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลือจากคณาจารย์ และผู้มีพระคุณหลายท่าน ซึ่งผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.สุริย์ จันทรโมลี รองศาสตราจารย์ ดร.นิรัตน์ อิมามี รองศาสตราจารย์ ดร.ภารดี เต็มเจริญ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มณีนันท์ ชีระวิวัฒน์ ที่ได้กรุณาให้ความรู้ ให้คำปรึกษา ข้อคิดเห็น ตรวจทาน แก้ไข และให้กำลังใจจนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้อย่างสมบูรณ์และขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ภาควิชาสุศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ทุกท่านที่ให้ความรู้ ความเข้าใจและชี้แจงแนวทางเพื่อเป็นพื้นฐานในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี

นอกจากนี้ผู้วิจัยขอขอบคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี ที่อนุญาตให้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัย และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ห้องตรวจอายุรกรรมเฉพาะโรคเบาหวาน ที่กรุณาให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างดียิ่ง และขอขอบคุณผู้ป่วยโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่กรุณาให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์และให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์แก่งานวิจัยฉบับนี้ ขอขอบคุณ นายแพทย์ประเสริฐ ธนะกิจจารุ หัวหน้างานอายุรศาสตร์โรคไต ตลอดจนคุณพรพิศ เมฆสวัสดิ์ หัวหน้าพยาบาลงานโรคไต รวมทั้งพี่ๆและน้องๆ ผู้ร่วมงานที่ทำให้โอกาสผู้วิจัยในการศึกษาและวิจัยครั้งนี้ด้วยดีตลอดมา

ท้ายที่สุดนี้ขอกราบขอบพระคุณบิดา (ที่ล่วงลับไปแล้ว) ในระหว่างที่ผู้วิจัยกำลังดำเนินการวิจัย) มารดา ครูอาจารย์ทุกท่านที่เคยอบรมสั่งสอนให้สติปัญญา และให้ความรู้แก่ผู้วิจัยมา และขอขอบคุณทุกท่านที่ผู้วิจัยไม่สามารถกล่าวนามไว้ ณ ที่นี้ที่ได้มีส่วนร่วมในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ให้บรรลุผลสำเร็จด้วยดี

พิจิตรา ทุลมาลา

พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลราชวิถี
(SELF CARE BEHAVIORS TO PREVENT KIDNEY COMPLICATION OF DIABETIC
PATIENTS AT RAJAVITHI HOSPITAL)

นางพิจิตรา ทูลมาลา 4736289 PHPH/M

วท.ม.(สาธารณสุขศาสตร)สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: นิรัตน์ อิมามิ Ph.D., มณีนรัตน์ ชีระวิวัฒน์ Ph.D., การดี เต็มเจริญ ส.ค.

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการรับรู้การดูแลตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวานและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การดูแลตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการรักษาที่คลินิกเฉพาะโรคเบาหวาน จำนวน 350 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้เป็นแบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ไค-สแควร์และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตในภาพรวมและรายด้านในระดับต่ำเกือบทุกด้าน ยกเว้นการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคไตเรื้อรังและการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคไตเรื้อรัง เพื่อควบคุมระดับน้ำตาล ระดับไขมันในเลือด และความดันโลหิตอยู่ในระดับปานกลาง มีพฤติกรรมโดยภาพรวมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังในระดับดี และพบว่า การรับรู้การดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.002$) เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์รายด้านพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคไตเรื้อรัง การรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองและการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001$, 0.001 และ 0.028 ตามลำดับ) แต่การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังและอุปสรรคในการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษาคั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานมีการรับรู้การดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตและมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตที่ถูกต้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังและการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวาน

คำสำคัญ : พฤติกรรม / การรับรู้ / เบาหวาน / โรคไตเรื้อรัง

168 หน้า

SELF CARE BEHAVIORS TO PREVENT KIDNEY COMPLICATION OF DIABETIC PATIENTS
AT RAJAVITHI HOSPITAL.

PICHITRA THOOLMALA 4736289 PHPH/M

M.Sc.(PUBLIC HEALTH) MAJOR IN HEALTH EDUCATION AND BEHAVIORAL SCIENCES

THESIS ADVISORS: NIRAT IMAMEE Ph.D., MANIRAT THERAWIWAT Ph.D., PARADEE
TEMCHAROEN Dr.P.H.

ABSTRACT

This descriptive research aimed to assess perceived self-care and self-care behaviors for preventing kidney complications in diabetic patients, and to study the relationship between self-care perceptions and self-care behaviors for preventing kidney complications. The study group comprised 350 diabetic patients attending a diabetic clinic. An interviewing schedule was used as the research instrument. The data was analyzed by computing descriptive statistics, Chi-square test and Pearson's product moment correlation coefficient.

The results of the study showed that the respondents had a low level of perceived self-care for preventing kidney complications, both of the total self-care perceptions and almost all specific aspects except the perceived severity of chronic kidney disorders. The perceived benefits of performing behaviors for preventing chronic kidney disorders, controlling blood sugar, blood cholesterol and blood pressure, were found to be at a moderate level. The respondents' self-care behaviors were found to be at a good level. A significant relationship was found between perceived self-care and perceived self-care behaviors for preventing kidney complications ($p=0.002$). The analysis of the relationship between the specific aspects of perceptions and self-care behaviors to prevent kidney complications showed that there was a significant relationship between self-care behavior and the following variables : perceived severity of kidney disorders; perceived self-efficacy to perform self-care behavior; and perceived benefits of performing self-care behaviors ($p=0.001$, 0.001 , and 0.028 respectively). But no significant relationship was found between self-care behaviors for preventing kidney complications and perceived susceptibility for getting chronic kidney disorders and perceived obstacles to perform self-care behaviors.

This study revealed that it is necessary to encourage diabetic patients to perceive self-care for preventing kidney complications appropriately, and to perform self-care behaviors correctly for preventing kidney complications.

KEY WORDS : BEHAVIOR / PERCEPTION / DIABETIC MELLITUS / CHRONIC KIDNEY
DISORDERS

168 pp.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภูมิ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามในการวิจัย	5
วัตถุประสงค์การวิจัย	5
สมมติฐานในการวิจัย	7
ตัวแปรในการวิจัย	7
ขอบเขตการวิจัย	8
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย	8
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	10
ส่วนที่ 1 ความรู้	11
ส่วนที่ 2 แนวคิดและทฤษฎีที่ประยุกต์ใช้ในการวิจัย	30
ส่วนที่ 3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	45
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	52
1. รูปแบบการวิจัย	52
2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	52
3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	54
4. การสร้างและการทดสอบคุณภาพเครื่องมือ	59
5. การขอจริยธรรม	61
6. การเก็บรวบรวมข้อมูล	61
7. การวิเคราะห์ข้อมูล	62

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	64
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	95
บทสรุปสำหรับผู้บริหารภาษาไทย	106
บทสรุปสำหรับผู้บริหารภาษาอังกฤษ	124
บรรณานุกรม	144
ภาคผนวก	153
ประวัติผู้วิจัย	168

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ การนับถือศาสนา และสถานภาพสมรส	66
2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว และความเพียงพอของรายได้	68
3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระยะเวลาที่ป่วยเป็นเบาหวาน	69
4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามประวัติการเจ็บป่วยของครอบครัว	71
5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคไตจากเบาหวานและแหล่งความรู้ที่ได้รับ	72
6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามสิทธิในการเบิกค่ารักษาและประเภทของสิทธิที่มี	73
7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามพฤติกรรมการสูบบุหรี่	74
8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามบุคคลที่อยู่อาศัยด้วยและแหล่งอาหารที่รับประทาน	75
9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศและค่าดัชนีมวลกาย	76
10 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับน้ำตาลในเลือด	77
11 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความดันโลหิต	78
12 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับไขมันในเลือด	80
13 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง	82
14 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการรับรู้การดูแลตนเอง	83
15 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการรับรู้การดูแลตนเองรายด้าน	85
16 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต	87
17 จำนวนและร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต	88

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
18	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารรายด้าน	90
19	จำนวนและร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมการออกกำลังกาย	91
20	ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การดูแลตนเอง อายุ รายได้ ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและระยะเวลาที่ป่วยเป็นเบาหวานที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวาน	93
21	ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อาชีพและการ ได้รับคำแนะนำกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน	94
22	ความรู้ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง	154
23	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไตเรื้อรังรายข้อ	157
24	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคไตเรื้อรังรายข้อ	159
25	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังรายข้อ	160
26	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังรายข้อ	162
27	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับรู้ความสามารถของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังรายข้อ	164

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่		หน้า
1	แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสำหรับใช้ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค	33
2	แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสำหรับใช้ทำนายพฤติกรรมการเจ็บป่วย	34
3	แสดงโครงสร้างความสัมพันธ์ระหว่าง 3 องค์ประกอบ ซึ่งเป็นตัวกำหนดที่มีอิทธิพลเชิงเหตุผลซึ่งกันและกัน	40
4	แสดงโครงสร้างที่สำคัญของทฤษฎีความสามารถตนเอง	40
5	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังในความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในผลของการกระทำที่มีผลต่อการตัดสินใจกระทำพฤติกรรมของบุคคล	41
6	กรอบแนวคิดในการวิจัย	51

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญในผู้ป่วยเบาหวาน และเป็นสาเหตุของภาวะไตวายเรื้อรัง (chronic renal failure) อันดับต้นในกลุ่มประชากรทั่วโลก (สมพร วงศ์อมรรตม, 2547: 181) โดยพบว่าร้อยละ 30-50 ของผู้ป่วยเบาหวานเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต และเป็นสาเหตุสำคัญที่สุดของไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (ทวี ศิริวงศ์, 2548: 72, วุฒิเดช โอภาสเจริญสุข, 2547: 209) จากรายงานของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยเมื่อปี พ.ศ.2546 พบว่า โรคไตเรื้อรังจากเบาหวานเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเป็นไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายและต้องเข้ารับการบำบัดทดแทนไตมากถึงร้อยละ 34 และจากการที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยได้ลงทะเบียนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาโดยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis) ตั้งแต่ปี พ.ศ.2540 ถึง พ.ศ.2548 พบว่าสถานการณ์ของโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในประชากรไทยสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยในปี พ.ศ.2547 พบอุบัติการณ์ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย 62.5 คนต่อประชากร 1 ล้านคนต่อปี (ทวี ศิริวงศ์, 2548: 4) นับเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขและมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศอย่างมาก

ผู้ป่วยเบาหวานไม่ได้เกิดโรคไตเรื้อรังทุกราย ขึ้นอยู่กับปัจจัยเสี่ยงและการควบคุมปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยแต่ละราย สำหรับประเทศไทยจากการสำรวจพบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เริ่มมีภาวะอัลบูมินรั่วปนมากับปัสสาวะ ซึ่งเป็นอาการผิดปกติของไตคิดเป็นร้อยละ 18.7-43.5 และพบว่ามีผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่ไตแล้วจากการตรวจพบปริมาณอัลบูมินในปัสสาวะที่เกินค่าปกติถึงร้อยละ 1.6-5.1 (วุฒิเดช โอภาสเจริญสุข, 2547: 211) จากการประมาณการของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยในปี พ.ศ.2548 ซึ่งพยายามที่จะประเมินจำนวนผู้ป่วยที่จะเกิดโรคไตเรื้อรังและไตวายระยะสุดท้ายในอนาคต ประเมินว่ามีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 3 ล้านคน เกิดโรคไตเรื้อรังปีละ 2% จำนวนเหล่านี้จะกระจายอยู่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-5 แล้วแต่การดำเนินโรคไตในรายนั้นๆ ตัวเลขดังกล่าวบ่งชี้ถึงสภาพการณ์อันเลวร้ายที่จะบังเกิดขึ้นในอนาคต ถ้ามิได้มีการดำเนินการป้องกันอย่างเหมาะสม (ทวี ศิริวงศ์, 2550: 5)

เมื่อผู้ป่วยเบาหวานเกิดภาวะไตวายเรื้อรังจนเข้าสู่ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย จะต้องทำการบำบัดทดแทนไต ซึ่งปัจจุบันมีหลายวิธี ได้แก่ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้องและการปลูกถ่ายไต ซึ่งแต่ละวิธีมีข้อจำกัดตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละรายและความสามารถในการให้บริการของสถานพยาบาลแต่ละแห่ง แต่ไม่ว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายจะได้รับการบำบัดไตด้วยวิธีใดก็ตาม การเรื่องค่าใช้จ่ายเป็นปัญหาที่สำคัญอย่างหนึ่งที่ผู้ป่วยต้องรับภาระ ทั้งนี้มีการคำนวณค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่บำบัดไตด้วยวิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมพบว่าผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 250,000 บาทต่อคนต่อปี (ทวี ศิริวงษ์, 2548: 4) ในขณะที่ผู้ป่วยต้องรับภาระค่าใช้จ่ายที่สูงมากและต้องได้รับการบำบัดไปตลอดชีวิต ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และครอบครัว รวมทั้งสังคมและเศรษฐกิจโดยภาพรวมของประเทศ กล่าวคือ ผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานจากภาวะแทรกซ้อนของโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ผู้ป่วยจะมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน บวม หอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้เนื่องจากภาวะน้ำและของเสียคั่งในร่างกายเพราะไตไม่สามารถขับน้ำและของเสียออกได้ ซึ่งถ้ารุนแรงมากและผู้ป่วยไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต อาจเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ สำหรับผลกระทบต่อครอบครัว เมื่อพบอาการที่หนักขึ้นของผู้ป่วยต่อครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป ทำให้ครอบครัวขาดความมั่นคง ถ้าผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัวต้องทำหน้าที่ดูแลครอบครัว แต่ผู้ป่วยเป็นไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายทำให้ไม่สามารถทำหน้าที่ได้ ครอบครัวขาดที่พึ่ง และยังต้องตกเป็นภาระของครอบครัวในการดูแล รวมทั้งส่งผลกระทบต่อโดยภาพรวมของประเทศ ทำให้สูญเสียบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถในการช่วยพัฒนาประเทศ และยังต้องสูญเสียเศรษฐกิจในการรักษาพยาบาล

จากการศึกษาของนักวิชาการทางการแพทย์หลายท่าน พบว่า พฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานเป็นปัจจัยสำคัญในการช่วยลดปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคไตเรื้อรัง และช่วยชะลอการเสื่อมของไตไม่ให้เกิดไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายเร็วกว่าที่ควรจะเป็น ซึ่งพฤติกรรมที่สำคัญได้แก่ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การควบคุมระดับความดันโลหิต การควบคุมระดับไขมันในเลือด การบริโภคอาหาร และพฤติกรรมการไม่สูบบุหรี่ (ทวี ศิริวงษ์, 2548: 62-78; วุฒิเดช โอภาสเจริญสุข, 2547: 209-216; ธนันดา ตระการวนิช ในเครือเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์ และกำธร ลีลามะลิ บรรณาธิการ, 2547: 193-218; วุฒิเดช โอภาสเจริญสุข, 2546: 128) ปัจจุบันมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพ โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและมีการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมากมาย แต่การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานยังทำได้ไม่ดีนัก จากการรายงานของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ปี 2548 (อ้างในกาญจนา ใจธรรม, 2541: 1-2) พบว่าผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานมีเพียงร้อยละ

17.6 เท่านั้นที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของจันทรเพ็ญ ชูประภาวรรณ (2543) ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานไม่ถึงร้อยละ 3 ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วรณรัตน์ ถาวง (Wannarat Lawang, 1999) ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานในเขตกรุงเทพมหานคร ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์พอใช้และไม่ดีสูงถึงร้อยละ 82.26 เช่นเดียวกับการศึกษาของสมคิด สีสลิษฐ์ (2546:74) ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงกว่าเกณฑ์ ถึงร้อยละ 79.1 จะเห็นว่าการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานยังคงเป็นปัญหาอยู่ โดยพบว่าสาเหตุสำคัญเกิดจากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอาหารได้ (กรองจิตร ชมสมุท, 2535 :2)

เป็นที่ทราบกันดีว่า เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หาย การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ไตต้องใช้ระยะเวลาในการดำเนินโรคนาน โดยพบว่าประมาณร้อยละ 20 ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 จะมีโรคไตจากเบาหวานและเข้าสู่ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายภายใน 15-20 ปีหลังจากได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน (วุฒิเดช โอภาสเจริญสุข, 2546: 212) แต่เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มักไม่มีอาการแสดงในการป่วยระยะเริ่มต้น ผู้ป่วยจึงสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติโดยไม่รู้สึกตัวตัวเองป่วย ทำให้ไม่สามารถทราบระยะเวลาดังต้นของการป่วยเป็นเบาหวานได้ ต่อเมื่อมีอาการผิดปกติแสดงให้เห็น ผู้ป่วยจึงมาพบแพทย์และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน ผู้ป่วยบางรายมาพบแพทย์และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานและมีโรคไตร่วมด้วย แต่เนื่องจากผู้ป่วยโรคไตจากเบาหวานจะมีอาการทางคลินิกเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ไตวายเรื้อรังจากเบาหวานระยะที่ 3 ขึ้นไป โดยผู้ป่วยระยะนี้จะไม่มีอาการผิดปกติให้เห็นนอกจากมีผลการตรวจปัสสาวะผิดปกติ (ทวี ศิริวงศ์ และอุดม ไกรฤทธิชัย, 2548 : 254)

โรงพยาบาลราชวิถี เป็นโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ผู้ป่วยที่มาใช้บริการมีภูมิลำเนาในกรุงเทพมหานครและต่างจังหวัด จากรายงานสถิติผู้ป่วยนอกตามกลุ่มสาเหตุ 21 กลุ่มโรค ของโรงพยาบาลราชวิถี ประจำปี 2548 (รายงานสถิติประจำปี 2548 โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข) เปรียบเทียบ 3 ปี ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2546-2548 โดยรวบรวมจากแบบ รง.504 พบว่า ปี 2546, 2547 และ 2548 มีผู้ป่วยเบาหวานเข้ามาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอกเป็นจำนวน 2,462 3,033 และ 3,679 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.03, 4.17 และ 4.05 ของจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกทั้งหมดของโรงพยาบาล และจัดเป็นโรคอันดับที่สองในสิบโรคที่มีผู้ป่วยมาใช้บริการมากที่สุด (โรงพยาบาลราชวิถี, 2548 : 30) แนวโน้มของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่โรงพยาบาลราชวิถีมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และถ้าโรคไตจากเบาหวานพบได้ประมาณร้อยละ 30-50 ของผู้ป่วยเบาหวาน ในอนาคตหากไม่มีการ

ควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคไตจากเบาหวานเพื่อชะลอการเสื่อมของไตแล้ว โรงพยาบาลราชวิถีจะมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้นประมาณ 918-1,529 คน

ดังที่กล่าวแล้วข้างต้นว่าโรคไตจากเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ใช้ระยะเวลาในการดำเนินโรคนานและไม่มีอาการแสดงให้เห็นในระยะเริ่มแรกของการป่วย จึงทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตดี ทั้งที่ผู้ป่วยกลุ่มนี้อยู่ในภาวะที่เสี่ยงต่อการเกิดไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (end stage renal disease : ESRD) ที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ อย่างไรก็ตามอุบัติการณ์ของภาวะแทรกซ้อนนี้สามารถลดลงได้โดยการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ดี และเมื่อไตเริ่มเสื่อมแล้ว ผู้ป่วยสามารถชะลอการเสื่อมของไตได้โดยการลดอาหารพวกโปรตีน ควบคุมระดับน้ำตาลและไขมันในเลือด ควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ต่ำและรักษาอย่างต่อเนื่อง

จากความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาดังกล่าว ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวาน ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการรักษาที่โรงพยาบาลราชวิถี เหตุผลของการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง ซึ่งยังไม่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะแทรกซ้อนทางไตมาก่อน เนื่องจากอัตราการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่สองมีมากกว่าการเกิดเบาหวานชนิดที่หนึ่ง การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ไตจากเบาหวานต้องใช้ระยะเวลาในการดำเนินโรคนาน ซึ่งผู้ป่วยเบาหวานมักไม่มีอาการแสดงจากการป่วยระยะเริ่มต้น ผู้ป่วยจึงสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติโดยไม่รู้สึกรู้ว่าตัวเองป่วยเป็นโรคไต ต่อเมื่อมีอาการผิดปกติแสดงให้เห็น ผู้ป่วยจึงมาพบแพทย์ แต่เนื่องจากผู้ป่วยโรคไตจากเบาหวานจะมีการทางคลินิกเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่โรคไตเรื้อรังจากเบาหวานระยะที่ 3 ขึ้นไป ซึ่งเป็นระยะที่โรคไตดำเนินไปมากแล้ว การดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตในระยะนี้ค่อนข้างซับซ้อน ไม่ช่วยชะลอการเสื่อมของไตได้ แต่จะช่วยให้มีของเสียสะสมในร่างกายลดลง และผู้ป่วยมีความสุขสบายขึ้นเท่านั้น ด้วยเหตุผลดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยเลือกศึกษากลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองและยังไม่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะแทรกซ้อนทางไตมาก่อน โดยประยุกต์ ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความสามารถตนเองเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย เพื่อจะได้ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ การรับรู้และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนให้บริการและจัดกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อปรับพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานให้มีโอกาสดูแลตนเองในการชะลอการเสื่อมของไตให้เร็วที่สุดก่อนที่การดำเนินของโรคจะลุกลามไปมากจนไม่สามารถชะลอการเสื่อมของไตได้

ในการศึกษารั้วนี้ได้ประยุคต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความสามารถตนเองเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ซึ่งแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้อธิบายพฤติกรรมของบุคคลในการที่จะปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคและการรักษาโรคว่าบุคคลจะต้องมีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค รับรู้ต่อความรุนแรงของโรค ซึ่งการรับรู้นี้จะผลักดันให้บุคคลหลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคามของโรค โดยการเลือกวิธีปฏิบัติที่คิดว่าเป็นทางออกที่ดีที่สุดด้วยการเปรียบเทียบประโยชน์ที่จะได้รับจากการปฏิบัติกับผลเสียหรืออุปสรรคที่จะเกิดขึ้น นอกจากนี้แรงจูงใจด้านสุขภาพ ปัจจัยร่วมอื่นๆ เช่น ตัวแปรด้านประชากร ความรู้เกี่ยวกับโรคและการรับรู้ในความสามารถของตนเองซึ่งถ้าบุคคลมีการรับรู้ในความสามารถของตนเองสูง บุคคลก็จะมีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นสูงด้วย ปัจจัยดังกล่าวนับเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคของบุคคลนั้นๆ และจากการศึกษาที่ผ่านมาได้มีการนำทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความสามารถตนเองมาใช้ในการจัดรูปแบบโครงการส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้ป่วยในการป้องกันโรค ซึ่งส่วนใหญ่ให้ผลสนับสนุนตามแนวคิดที่กล่าวมาแล้วข้างต้น

คำถามในการวิจัย

1. ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตเป็นอย่างไร
2. ผู้ป่วยเบาหวานมีการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตเป็นอย่างไร
3. ปัจจัยอะไรบ้างที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวาน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวาน

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อประเมินระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยเบาหวาน ในประเด็นต่อไปนี้

1.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง

1.2 การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคไตเรื้อรัง

2. เพื่อประเมินระดับการรับรู้ที่มีต่อการกระทำพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวาน ในประเด็นต่อไปนี้

2.1 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง

2.2 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง

2.3 การรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวาน

3. เพื่อประเมินระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวาน

4. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ที่มีต่อโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคไตเรื้อรัง และการรับรู้ที่มีต่อการกระทำเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง การรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวาน

5. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยร่วมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ อายุ เพศ อาชีพ รายได้และความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยเบาหวาน กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวาน

6. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการกระทำพฤติกรรม ได้แก่ ระยะเวลาที่ป่วยเป็นเบาหวานและการได้รับข้อมูล/คำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ ญาติ เพื่อน กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวาน

สมมติฐานการวิจัย

1. การรับรู้ที่มีต่อโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคไตเรื้อรัง และการรับรู้ที่มีต่อการกระทำเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง การรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวาน
2. ปัจจัยร่วมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต ได้แก่ อายุ เพศ อาชีพ รายได้ และความรู้เรื่องโรคเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวาน
3. แรงจูงใจในการกระทำพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต ได้แก่ ระยะเวลาที่ป่วยเป็นเบาหวานและการได้รับข้อมูล/คำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ ญาติ เพื่อน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวาน

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรต้น

ปัจจัยที่ผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่

1. การรับรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง
 - 1.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไตเรื้อรัง
 - 1.2 การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคไตเรื้อรัง
2. การรับรู้ที่มีต่อการกระทำเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต
 - 2.1 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง
 - 2.2 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง
 - 2.3 การรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง

3. บัณฑิตร่วมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ อายุ เพศ อาชีพ รายได้ และความรู้เรื่องโรคเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง

4. แรงจูงใจในการกระทำพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต ได้แก่ ระยะเวลาที่ป่วยเป็นเบาหวานและการได้รับข้อมูล/คำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ ญาติ เพื่อน

ตัวแปรตาม

พฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่

1. พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิต และระดับไขมันในเลือด

2. พฤติกรรมการออกกำลังกาย

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาเฉพาะผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการรักษาที่โรงพยาบาลราชวิถี ตั้งแต่เดือนกรกฎาคมถึงเดือนกันยายน พ.ศ.2550

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. ผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึง ผู้ป่วยที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่า 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นเบาหวาน โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต

2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง หมายถึง ความคิดเห็น ความเชื่อ ความนึกคิด ความเข้าใจของผู้ป่วยเบาหวานต่อปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคไตเรื้อรัง

3. การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคไตเรื้อรัง หมายถึง การรับรู้ ความเชื่อ ความนึกคิด ความเข้าใจของผู้ป่วยเบาหวานต่อผลกระทบของการเกิดโรคไตเรื้อรัง ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคได้ การดำเนินของโรคจะเข้าสู่ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายได้และจะไม่มีวิธีที่จะรักษาให้หายขาดได้ วิธีการบำบัดทดแทนไตมีความซับซ้อนต้องใช้อุปกรณ์พิเศษในการรักษาที่มีราคาแพง และมีผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจและวิถีชีวิตของผู้ป่วย

4. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง หมายถึง การรับรู้ความเชื่อ ความนึกคิด ความเข้าใจของผู้ป่วยเบาหวานต่อการดูแลสุขภาพตนเองว่าสามารถป้องกันโรคไตเรื้อรังได้

5. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง หมายถึง การรับรู้ความเชื่อ ความนึกคิด ความเข้าใจของผู้ป่วยเบาหวานต่อความยากลำบาก การสูญเสียเวลา ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพตนเอง

6. การรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง หมายถึง การตัดสินใจความสามารถของตนเองว่าจะสามารถจะแสดงพฤติกรรมออกมาได้ในระดับใด วัดได้โดยการตอบแบบสัมภาษณ์ตามความรู้สึเกี่ยวกับพฤติกรรม การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง ในเรื่องการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิต ระดับไขมันในเลือด และการออกกำลังกาย

7. พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง หมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง ในเรื่องการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิต ระดับไขมันในเลือด และการออกกำลังกาย

8. ปัจจัยร่วมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึง ปัจจัยที่มีส่วนช่วยส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย

9. แรงจูงใจในการกระทำพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต หมายถึง วิธีที่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานรับรู้และเชื่อว่าการดูแลสุขภาพตนเองจะสามารถป้องกันโรคไตเรื้อรังได้

10. ภาวะแทรกซ้อนทางไตจากเบาหวาน หมายถึง ภาวะที่ไตมีการสูญเสียหน้าที่การทำงานอย่างช้าๆ โดยมีสาเหตุมาจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง มีการตรวจพบโปรตีนรั่วออกมากับปัสสาวะและมีของเสีย (serum creatinine) ในเลือดสูงกว่า 1.5-2.0 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร แม้จะรักษาภาวะน้ำตาลในเลือดสูงที่เป็นสาเหตุให้หมดไปแล้วแต่ไตจะไม่สามารถฟื้นกลับมาทำงานปกติได้

11. ความรู้เกี่ยวกับโรคไตจากเบาหวาน หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ อาการและการป้องกันโรคไตเรื้อรังจากเบาหวาน

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษา ค้นคว้า แนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมา เป็นกรอบแนวคิดของการวิจัย ดังนี้

ส่วนที่ 1 ความรู้

- 1.1 ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับเบาหวาน
- 1.2 ความหมายของโรคไตเรื้อรังจากเบาหวาน
- 1.3 พยาธิสภาพของโรคไตเรื้อรัง
- 1.4 สาเหตุของโรคไตเรื้อรัง
- 1.5 กลไกการเกิดโรคไตเรื้อรัง
- 1.6 การดำเนินโรคไตเรื้อรังจากเบาหวาน
- 1.7 ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคไตเรื้อรังจากเบาหวาน
- 1.8 ผลกระทบของการเกิดโรคไตเรื้อรัง
- 1.9 แนวทางการป้องกันโรคไตเรื้อรังจากเบาหวาน
- 1.10 การดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวาน

ส่วนที่ 2 แนวคิดและทฤษฎีที่ประยุกต์ในการวิจัย

- 2.1 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model)
- 2.2 ทฤษฎีความสามารถตนเอง (self efficacy theory)

ส่วนที่ 3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ 1 ความรู้

1.1 ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับเบาหวาน

โรคเบาหวาน (diabetes mellitus) เป็นโรคเรื้อรังที่เป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อ (non-communicable disease) เป็นภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง เนื่องจากร่างกายขาดอินซูลิน หรือมีอินซูลินแต่ออกฤทธิ์ไม่ได้ ทำให้เกิดความผิดปกติในการเผาผลาญสารคาร์โบไฮเดรต ร่างกายไม่สามารถใช้น้ำตาลได้อย่างปกติ ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ และเมื่อสูงเกินขีดจำกัดของไต น้ำตาลก็จะถูกขับออกทางปัสสาวะ และมีรสหวาน นอกจากนี้ยังพบมีความผิดปกติของการเผาผลาญไขมันและโปรตีน

โรคเบาหวานก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบต่างๆ ของร่างกายและทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง ภาวะแทรกซ้อนชนิดเฉียบพลัน เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และภาวะกรดจากสารคีโตนกั่งในเลือด ภาวะแทรกซ้อนชนิดเรื้อรัง เช่น ภาวะหลอดเลือดตีบแข็ง ความดันโลหิตสูง จอตาเสื่อมและไตวาย เป็นแผลเรื้อรังและติดเชื้อง่าย เป็นต้น การดูแลรักษา และการควบคุมโรคเบาหวานจึงมีความสำคัญในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติและมีอายุยืนเท่ากับคนทั่วไป (วิมลรัตน์ จงเจริญ, 2543: 67)

ชนิดของเบาหวาน

1) โรคเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน (insulin-dependent diabetes mellitus : IDDM) เป็นโรคเบาหวานที่พบได้ประมาณร้อยละ 5-10 ของโรคเบาหวาน พบได้ในทุกกลุ่มอายุ แต่ส่วนใหญ่พบในคนที่อายุต่ำกว่า 20 ปี หรือเรียกว่าโรคเบาหวานในเด็ก (juvenile onset diabetes mellitus : diabetes type I) เนื่องจากการขาดอินซูลิน หรือเบต้าเซลล์ถูกทำลาย และมักพบว่ามีความสัมพันธ์กับแอนติเจนของเม็ดเลือดขาว (human leukocyte antigen : HLA) หรือการสร้างภูมิคุ้มกันต่อต้านตนเอง (autoimmune : islet cell antibody) อาการของโรคมักเกิดขึ้นเร็วและรุนแรง โดยเฉพาะภาวะคีโตนกั่งในเลือด (diabetes ketoacidosis) ผู้ป่วยมักมีน้ำหนักลดลงอย่างรวดเร็ว มีอาการซบพอมอายุสั้น มักเสียชีวิตจากการติดเชื้อ และภาวะแทรกซ้อนอย่างเฉียบพลัน และต้องรักษาด้วยการฉีดอินซูลินตลอดชีวิต

2) โรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน (noninsulin dependent diabetes mellitus : NIDDM) เป็นโรคเบาหวานที่พบบ่อยที่สุดคือ ประมาณร้อยละ 80-90 ของโรคเบาหวาน มักพบในผู้ใหญ่อายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป หรือเรียกว่าโรคเบาหวานในผู้ใหญ่ (adult-onset diabetes mellitus : diabetes type II) พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ผู้ป่วยประเภทนี้อาการมักไม่รุนแรงเท่ากับโรคเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลินหรือมักไม่เกิดภาวะคีโตนกั่งในเลือด เพราะเบต้าเซลล์ในตับอ่อนยังสามารถสร้างอินซูลิน และมีอินซูลินเพียงพอที่จะป้องกันการสลายตัวของไขมัน ในผู้ป่วยบางรายอาจมีอินซูลินมากกว่าปกติ แต่เป็นอินซูลินที่ออกฤทธิ์ไม่ได้ เนื่องจากอินซูลินรีเซปเตอร์มีน้อย

3) โรคเบาหวานชนิดที่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพโภชนาการ (malnutrition related diabetes mellitus : MRDM) เป็นโรคเบาหวานที่พบในผู้ป่วยเรื้อรัง โรคขาดโปรตีนและพลังงาน พบมากในคนที่อาศัยอยู่ในประเทศเขตร้อนของแถบเอเชียและแอฟริกา ผู้ป่วยประเภทนี้มักมีรูปร่างผอมมาก กล้ามเนื้อลีบ พบในกลุ่มอายุต่ำกว่า 35 ปี ต้องควบคุมภาวะน้ำตาลสูงในเลือดด้วยอินซูลิน แต่เป็นโรคเบาหวานที่เกิดภาวะคีโตนกั่งในเลือดได้ยาก

4) โรคเบาหวานที่พบร่วมกับการเป็นโรคอื่นๆ (other type of diabetes) เป็นโรคเบาหวาน ชนิดอื่นที่พบได้ยากมาก อาจพบร่วมกับโรคตับอ่อน โรคต่อมไร้ท่อ โรคที่เกิดจากยา และการใช้สารเคมี ความผิดปกติของอินซูลินหรือตัวรับอินซูลิน และโรคทางพันธุกรรมบางชนิด เป็นต้น

5) ภาวะที่มีความทนต่อกลูโคสบกพร่อง (impaired glucosed tolerance : IGT) เป็นผู้ที่อยู่ในภาวะที่ยังไม่เป็นโรคเบาหวาน แต่มีความทนต่อกลูโคสเป็นครั้งคราว ซึ่งพบได้ทั้งในคนอ้วนและไม่อ้วน ผู้สูงอายุ การได้รับยาบางชนิด การขาดการออกกำลังกายและพบร่วมกับการเป็นโรคอื่นๆ ที่อาจทำให้เกิดโรคเบาหวาน ผู้ที่มีภาวะการทนต่อกลูโคสบกพร่องนานๆ อาจทำให้เปลี่ยนเป็นโรคเบาหวานได้ หรืออาจเป็นภาวะเช่นนี้ตลอดไป (Robbins & Kummer,1987)

6) โรคเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์ (gestation diabetes mellitus : GDM) เป็นโรคเบาหวานที่พบในขณะตั้งครรภ์ พบได้ประมาณร้อยละ 3 ของการตั้งครรภ์ (ADA, 1995) และภายหลังการคลอดบุตร โรคนี้ก็อาจหายไปหรือไม่มีอาการ แต่บางรายอาจเป็นโรคเบาหวานตลอดไป เนื่องจากในขณะตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในร่างกายและด้านฤทธิ์อินซูลิน ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง พบได้ในอายุครรภ์ตั้งแต่ 20-24 สัปดาห์เป็นต้นไป ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงในขณะตั้งครรภ์จะมีสัมพันธ์ต่อการเกิดอันตรายแก่เด็กในครรภ์ การวินิจฉัยและการดูแลในขณะตั้งครรภ์จึงเป็นสิ่งสำคัญ

การวินิจฉัยโรคเบาหวาน

ตามเกณฑ์ของ WHO ในปี 2541 และ สหพันธ์โรคเบาหวานแห่งอเมริกา (American Diabetes Association, ADA) ในปี 2540 กำหนดว่า ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานจะตรวจพบระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง มีค่า 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และเมื่อได้รับการตรวจความทนต่อกลูโคส (oral glucose tolerance test, OGTT) หลังได้รับกลูโคส 75 กรัม พบว่าระดับน้ำตาลในเลือดมีค่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร รวมทั้งตรวจพบน้ำตาลในปัสสาวะซึ่งจะตรวจพบเมื่อระดับน้ำตาลในเลือดมีค่าเกิน 180 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

1.2 ความหมายของโรคไตเรื้อรังจากเบาหวาน

โรคไตเรื้อรังจากเบาหวาน (diabetic nephropathy) หมายถึง โรคไตที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยเบาหวาน เป็นภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานที่มีลักษณะประกอบด้วย การตรวจพบดังนี้

- 1) มีภาวะโปรตีนชนิดอัลบูมินรั่วออกมาในปัสสาวะ (albuminuria) ซึ่งในระยะแรกมีปริมาณเล็กน้อย (microalbuminuria) และต่อมาปริมาณมากขึ้น (macroalbuminuria หรือ overt proteinuria) โดยไม่ได้เกิดจากสาเหตุอื่น
- 2) มีความดันโลหิตสูง (วินิจฉัยโดยมีความดันโลหิตสูงกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท เมื่อยังไม่ได้รับการรักษาหรือความดันโลหิตสูงกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท เมื่อได้รับการรักษาแล้ว)
- 3) การทำงานของไต ในระยะแรกจะปกติต่อมาจะเริ่มเสื่อมและเสื่อมมากขึ้นจนเกิดโรคไตเรื้อรัง

โรคไตเรื้อรังจากเบาหวาน เป็นโรคไตที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยเบาหวานและมีปัจจัยจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง ปัจจัยจากพันธุกรรม ปัจจัยจากความดันโลหิตสูงและปัจจัยร่วมต่างๆ ทำให้การทำงานของไตเสื่อมลง โดยพบอัลบูมินรั่วออกมาในปัสสาวะ (microalbuminuria) เป็นสิ่งตรวจพบอย่างแรก

1.3 พยาธิสภาพของโรคไตเรื้อรัง

การดำเนินโรคของโรคไตเรื้อรัง อาจเกิดจากกลไกทั้งทางวิทยาภูมิคุ้มกันและที่ไม่ผ่านระบบภูมิคุ้มกัน อาทิ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง การทำลายไตในกลุ่มหลังเกิดได้จาก

หลายกลไก ได้แก่ ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ความดันโลหิตสูงทั้งร่างกาย แรงดันเลือดสูงในกรวยกรองไต (intraglomerular pressure) ในทางคลินิกพบว่า มีของเสียในเลือด (serum creatinine) สูงกว่า 1.5 ถึง 2.0 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร แม้โรคที่เป็นสาเหตุจะถูกขจัดแล้วก็ตามแต่ไตยังเสื่อมลงตามลำดับจนเกิดเป็นไตวายระยะสุดท้าย

เมื่อการทำงานของไตบกพร่องหน้าที่ต่างๆของไตจะลดลง หน้าที่บางอย่างจะลดลงเมื่อการทำงานของไตบกพร่องไปเพียงเล็กน้อย หรือหน้าที่บางอย่างลดลงเมื่อการทำงานของไตเสียไปมากแล้ว เรียกกลุ่มอาการและอาการแสดงซึ่งเกิดจากไตทำงานลดลงว่า uremic syndrome และเรียกภาวะของร่างกายในขณะไตไม่ทำงานหรือทำงานน้อยกว่าภาวะ uremia เชื่อว่าพยาธิสรีรวิทยาของอาการแสดงของการมีของเสียสะสมในร่างกาย (uremic syndrome) เกี่ยวข้องกับปัจจัยเกิดการสะสมของเสียในร่างกาย (uremic toxins) ทำให้เกิดพิษต่อร่างกาย ความผิดปกติของฮอร์โมนที่ขาด เช่น อิริโทโรโปอิติน (erythropoietin) วิตามินดี (vitamin D) เทสโตสเตอโรน (testosterone) อินซูลิน (insulin) และฮอร์โมนที่เกิน เช่น พาราไทรอยด์ฮอร์โมน (parathyroid hormone) โพรแลคติน (prolactin) โกรทฮอร์โมน (growth hormone) กลูคาγον (glucagons) และการเปลี่ยนแปลงองค์ประกอบของสารเคมีในร่างกาย การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ทำให้เซลล์และอวัยวะต่างๆ ทำงานผิดปกติ เกิดอาการและอาการแสดงของการมีของเสียสะสมในร่างกาย

โรคไตเรื้อรัง เป็นผลเนื่องมาจากหน่วยไตทำหน้าที่ได้ตามปกติเหลืออยู่จำนวนน้อยตามปกติได้มีความสามารถที่จะรักษาภาวะสมดุลของสภาพแวดล้อมภายในร่างกายให้คงไว้แม้ว่าจะสูญเสียหน้าที่ไปถึงร้อยละ 70-80 ก็ตาม หน่วยไตที่ทำหน้าที่ได้ตามปกตินี้จะมีขนาดโตขึ้น (hypertrophy) และทำหน้าที่เพิ่มมากขึ้น เพื่อรักษาภาวะสมดุลของสภาพแวดล้อมภายในร่างกาย ลักษณะสำคัญ คือ ความสมดุลระหว่างการทำหน้าที่ของโกลเมอรูลัส และท่อไต เมื่อหน่วยไตมีการกรองมากก็สามารถดูดกลับได้มาก จึงจะคงภาวะความเป็นปกติไว้ได้ จนกระทั่งร่างกายไม่สามารถปรับหน้าที่การทำงานของไตได้ ทำให้เกิดอาการและอาการแสดงของไตวายเรื้อรังขึ้น ซึ่งมักจะปรากฏอาการแสดงเมื่อไตเสียหน้าที่ไปมากกว่าร้อยละ 75-80 (เกรียง ตั้งสง่าและสมชาย เอี่ยมอ่อง, 2542 -6)

1.4 สาเหตุของโรคไตเรื้อรัง

สาเหตุสำคัญของโรคไตเรื้อรังนั้น แต่เดิมพบว่ามีสาเหตุจากโรคหลอดเลือดฝอยไตอักเสบเรื้อรังมากที่สุด ในปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่เข้าสู่ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมีสาเหตุจากโรคเบาหวานมากที่สุด รองลงมาเป็นโรคไตจากความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดฝอยไต

อีกเสบเรื้อรัง ส่วนสาเหตุอื่นๆ ได้แก่ โรคหัวใจในไต โรคไตอักเสบเรื้อรังจากการติดเชื้อ โรคเกาต์ โรคไตจากการกินยาแก้ปวดต่อเนื่องเป็นเวลานานๆ โรคถุงน้ำในไตที่ถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ สาเหตุต่างๆ เหล่านี้มักทำให้เกิดโรคกับไตทั้ง 2 ข้าง พร้อมๆ กัน (ประเสริฐ ธนกิจจารุ, 2545: 39) ซึ่งสอดคล้องกับสาเหตุของโรคไตวายเรื้อรังในประเทศสหรัฐอเมริกา ที่พบว่าสาเหตุสำคัญคือ เบาหวานร้อยละ 30.6 ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 26.5 การอักเสบของโกลเมอรูล่า ร้อยละ 13.6 โรคในทางเดินปัสสาวะ (urological disease) ร้อยละ 20.55 โรคของกระเพาะปัสสาวะ (cystic disease) ร้อยละ 3.45 (อุดม ไกรฤทธิ์ชัย, 2550: 67)

1.5 กลไกการเกิดโรคไตเรื้อรังจากเบาหวาน

เมื่อสมรรถภาพของไตลดลง ซึ่งเป็นระยะที่อัตราการกรองเหลือเพียงร้อยละ 50 หน้าที่ของไตโดยรวมลดลงเล็กน้อย เนื่องจากหน่วยไตที่เหลือมีความสามารถในการปรับตัวเพิ่มการทำงานเพื่อทดแทนหน่วยไตที่ถูกทำลายไป เมื่อหน่วยไตถูกทำลายร้อยละ 75 หน่วยไตที่เหลือต้องทำงานทดแทน ดังนั้นระยะนี้มักมีความสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูง และภาวะหลอดเลือด โกลเมอรูลัสแข็งตัว เนื่องจากความดันในหลอดเลือดเพิ่มขึ้นจากการคั่งของน้ำและโซเดียม พบภาวะอะโซทีเมียระดับปานกลาง (สารยูเรียในเลือด 40-100 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ครีเอตินินในเลือดมากกว่า 3 มิลลิกรัม/เดซิลิตร) ร่วมกับปัสสาวะมากและบ่อยตอนกลางคืน เนื่องจากหน่วยไตที่เหลือต้องรองรับเลือดที่มีความเข้มข้นสูง (มีสารยูเรียในเลือด) ทำให้เกิดปัสสาวะมากจากการเพิ่มความเข้มข้นของปัสสาวะ คือ แต่ละโมเลกุลของยูเรียและไนโตรเจนจะดึงน้ำเข้าสู่หลอดฝอยทำให้ปริมาณของปัสสาวะเพิ่มขึ้นร่วมกับไตเสียความสามารถในการทำให้ปัสสาวะเข้มข้น มีอาการชดเล็กน้อย เนื่องจากการสร้างอีริโทรพอยอิติน (erythropoietin) ลดลง และมีลักษณะผิวแห้งร่วมด้วย

เมื่อหน่วยไตถูกทำลายไปร้อยละ 90 จะเกิดภาวะกรดเนื่องจากไตสร้างแอมโมเนียลดลง ทำให้ไฮโดรเจนถูกขับถ่ายออกจากร่างกายลดลง ผู้ป่วยจึงหายใจหอบลึก มีการคั่งของสารนอนโปรตีนไนโตรเจน (non protein nitrogen เช่น ยูเรีย ยูริกแอซิก ครีเอตินิน และแอมโมเนีย) โดยเฉพาะครีเอตินินพบถึง 6-10 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ความเข้มข้นของของเสียระดับนี้ ทำให้หน่วยไตเสียความสามารถในการเจือจางปัสสาวะ หน่วยไตที่เหลือไม่สามารถปรับตัวทำงานทดแทนหน่วยไตที่เสียไป การกรองปัสสาวะลดลง ปัสสาวะน้อย ทำให้เกิดการคั่งของโซเดียมในร่างกายจึงพบอาการบวมร่วมด้วย เมื่อหน่วยไตลดเหลือเพียงร้อยละ 5-9 ระดับครีเอตินินมากกว่า 10 มิลลิกรัม/เดซิลิตร จึงมีการคั่งของของเสียในร่างกาย ปัสสาวะลดน้อยลงถึงไม่มีปัสสาวะเลย และมีอาการแสดงในระบบอื่นๆ เรียกว่า กลุ่มอาการยูริเมีย (โสภณ นภาพร, 2546 : 1-3)

1.6 การดำเนินโรคไตเรื้อรังจากเบาหวาน

ผู้ป่วยเบาหวานไม่ได้เกิดโรคไตเรื้อรังจากเบาหวานทุกราย มีการศึกษาการดำเนินโรคของผู้ป่วยเบาหวานเป็นระยะเวลานาน พบว่าผู้ป่วยเบาหวานร้อยละ 50 สามารถอยู่ในสภาวะปกติ ส่วนผู้ป่วยเบาหวานอีกร้อยละ 50 จะตรวจพบโปรตีนได้ในปัสสาวะ ซึ่งมักพบหลังจากวินิจฉัยเบาหวานนาน 5-10 ปี การแบ่งโรคไตเรื้อรังจากเบาหวานออกเป็น 5 ระยะ

ระยะที่ 1 Early hypertrophy and hyperfiltration

เป็นการเปลี่ยนแปลงในไตของผู้ป่วยเบาหวานระยะแรก พบมีอัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้น ขนาดไตเพิ่มขึ้น การขับถ่ายอัลบูมินในปัสสาวะปกติ ไม่มีความดันโลหิตสูง การควบคุมระดับน้ำตาลให้ปกติ สามารถทำให้การเปลี่ยนแปลงกลับคืนสู่ปกติได้ ระยะนี้ผู้ป่วยจะไม่มีอาการผิดปกติเมื่อตรวจร่างกาย ตรวจเลือดหรือปัสสาวะไม่พบความผิดปกติ จะพบว่าไตทำงานมากขึ้น (glomerula hyperfiltration)

ระยะที่ 2 Clinical latency

ผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดีจะทำให้การเปลี่ยนแปลงในไตเพิ่มมากขึ้นจากระยะที่ 1 โดยไม่ปรากฏอาการทางคลินิก แต่สามารถตรวจพบได้โดยการตรวจการทำงานของไต จะพบปริมาณโปรตีนในปัสสาวะปกติ (normoalbuminuria) หรืออาจพบการรั่วของโปรตีนปริมาณน้อยในปัสสาวะเป็นครั้งคราว ผู้ป่วยจะไม่มีอาการผิดปกติ เมื่อตรวจร่างกายและเลือดจะไม่พบความผิดปกติ ยกเว้นอาจตรวจพบโปรตีนปริมาณน้อยในปัสสาวะเป็นครั้งคราว

ระยะที่ 3 Incipient nephropathy (microalbuminuria)

พบในผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานมานานกว่า 5-10 ปี จะพบอัลบูมินรั่วออกมาในปัสสาวะ (microalbuminuria) มากกว่าคนปกติ พบอยู่ในช่วง 30-300 มิลลิกรัมต่อวัน ตลอดเวลา อัตราการกรองอาจพบเพิ่มกว่าปกติหรือลดลงมาเท่าปกติ ผู้ป่วยจะไม่มีอาการผิดปกติ เมื่อตรวจร่างกายและเลือดจะไม่พบความผิดปกติ ยกเว้นตรวจพบโปรตีนปริมาณน้อยในปัสสาวะตลอดเวลา โดยจะต้องตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะ จากการตรวจปัสสาวะอย่างน้อย 2 ครั้ง จากการตรวจปัสสาวะ 3 ครั้งภายในระยะเวลาหนึ่งเดือนจึงวินิจฉัยว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะนี้

ระยะที่ 4 Overt nephropathy (macroalbuminuria)

ระยะนี้จะพบการรั่วของโปรตีนปริมาณมากในปัสสาวะ คือ ตรวจพบอัลบูมินในปัสสาวะมากกว่า 300 มิลลิกรัมต่อวันตลอดเวลา อัตราการกรองที่ไตลดลง ผู้ป่วยบางรายจะมีอาการบวม ความดันโลหิตสูง การทำงานของไตลดลง เมื่อตรวจเลือดจะพบของเสียในเลือดเพิ่มขึ้น ส่วนการตรวจปัสสาวะจะพบโปรตีนปริมาณมากในปัสสาวะตลอดเวลา

ระยะที่ 5 End stage renal disease

เป็นระยะสุดท้ายหลังจากเป็นเบาหวานมา 15-30 ปี อัตราการกรองที่ไตจะลดลงมาก และดำเนินโรคเกิดการเสื่อมของไตมากขึ้นเรื่อยๆ จนในที่สุดเกิดภาวะไตวายระยะสุดท้าย ผู้ป่วยจะมีอาการของโรคไตเรื้อรัง อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ปัสสาวะออกน้อยลง ความดันโลหิตสูง บวม หัวใจวาย น้ำท่วมปอด ชีพหรือชัก เมื่อตรวจเลือดจะพบว่าการทำงานของไตลดลงอย่างมาก ของเสียในเลือดเพิ่มขึ้นมาก เกิดความผิดปกติของเกล็ดเลือดและกรดในเลือด

1.7 ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคไตเรื้อรังจากเบาหวาน

- 1) อายุมาก
- 2) ระยะเวลาของการเป็นเบาหวานมานาน
- 3) มีประวัติครอบครัวเป็นโรคไตจากเบาหวานหรือความดันโลหิตสูงหรือไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย
- 4) การควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี
- 5) การควบคุมระดับความดันโลหิตสูงได้ไม่ดี
- 6) ภาวะไขมันในเลือดสูง
- 7) การสูบบุหรี่

1.8 ผลกระทบของการเกิดโรคไตเรื้อรัง

เมื่อเกิดภาวะไตวายเรื้อรัง ส่งผลให้ประสิทธิภาพการขับของเสีย การควบคุมสมดุลต่างๆของร่างกาย รวมถึงประสิทธิภาพในการสังเคราะห์วิตามินและฮอร์โมนลดลง ในระยะแรกๆจะยังไม่ปรากฏอาการเด่นชัด จนเข้าสู่ระยะที่ไตทำหน้าที่ได้เพียงร้อยละ 20-40 ของภาวะปกติ ผู้ป่วยจะมีอาการปวดศีรษะและมีความเหนื่อยล้า และเมื่อไตทำหน้าที่ได้เพียงร้อยละ 5-10 ของ

ภาวะปกติ อาการแสดงดังกล่าวข้างต้นจะชัดเจนยิ่งขึ้นจะมีการปัสสาวะบ่อยในตอนกลางคืน (nocturia) มีปัสสาวะจำนวนมาก (polyuria) เมื่อภาวะไตวายเรื้อรังเพิ่มมากขึ้นไตไม่สามารถผลิตปัสสาวะได้มากเหมือนเดิม เป็นสาเหตุให้ปัสสาวะมีจำนวนน้อยกว่า 400 มิลลิลิตร ใน 24 ชั่วโมง (oliguria) และจำนวนปัสสาวะอาจลดจำนวนลงจนถึงระดับมีจำนวนน้อยกว่า 50 มิลลิลิตร ใน 24 ชั่วโมง (anuria) ในที่สุด ซึ่งในระยะดังกล่าวจะพบอาการแสดงของระบบต่างๆในร่างกาย ดังนี้

1.8.1 ผลทางด้านร่างกาย

ผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด ภาวะยูรีเมียมีผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด พบภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ ความดันโลหิตสูง ภาวะหัวใจวายและภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ

1) ความดันโลหิตสูงพบมากถึงร้อยละ 80 ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง มักมีสาเหตุจากการคั่งของโซเดียมมาก มีการกระตุ้นระบบเรนินแองจิโอเทนซินและอัลโดสเตอโรนเพิ่มขึ้น นอกจากนี้อาจเกิดจากภาวะไขมันในเลือดสูง และมีภาวะของฮอร์โมนพาราไธรอยด์สูง มีผลทำให้เกิดหินปูนเกาะที่หลอดเลือด มีระดับออกซาเลตสูงขึ้น อีกทั้งมีสาเหตุจากการสูบบุหรี่ และเป็นโรคเบาหวานร่วมด้วย

2) ภาวะหัวใจวาย พบได้บ่อยมาก สาเหตุมาจากความดันโลหิตสูง ร่างกายมีน้ำและโซเดียมมากเกินไป ภาวะโลหิตจางอาจพบได้ในผู้ป่วยที่ต้องรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มีการนำเลือดออกมาฟอกเลือดที่เครื่องมากเกินไป

3) ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ อาจเกิดจากตัวหัวใจเอง มีเกลือแร่ในเลือดผิดปกติ เช่น มีภาวะโปแตสเซียมในเลือดสูงกว่าปกติ มีภาวะแมกนีเซียมในเลือดสูงกว่าปกติ มีภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำกว่าปกติ และมีภาวะความเป็นกรดในเลือด มักพบว่ามีเชื้อหุ้มหัวใจอักเสบ ผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอก

ผลต่อระบบหายใจ ภาวะยูรีเมียมีผลต่อระบบหายใจ ที่พบบ่อยคือน้ำท่วมปอด ปอดอักเสบ มักพบร่วมกับภาวะหัวใจวาย ภาวะน้ำท่วมปอด มีสาเหตุจากการที่ผู้ป่วยไม่จำกัดน้ำ และเกลือแร่ในการบริโภคหรืออาจให้สารน้ำเข้าทางหลอดเลือดดำมากเกินไปในระบะที่มีปัสสาวะออกน้อย ต้องได้รับการแก้ไขอย่างรวดเร็วด้วยการทำไดอะลิซิส

ผลต่อระบบประสาท ภาวะยูรีเมียมีผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง ประสาทส่วนปลายและระบบประสาทอัตโนมัติ

1) ระบบประสาทส่วนกลาง ภาวะยูรีเมียทำให้การทำงานของสองส่วนกลางผิดปกติ ผู้ป่วยไม่มีสมาธิในการทำงาน มีอาการเหนื่อยชาลง พุดซ้าลง หลงลืมง่าย มีความสับสน ไม่รู้วัน เวลา บุคคล สถานที่ รวมทั้งระดับความรู้สึกตัวผิดปกติด้วย ตั้งแต่วางซึมเวลากลางวัน ไม่ค่อยหลับในเวลากลางคืน ซึมลงอาจจะมีอาการกระตุก ชัก เพื่อ และหมดสติในที่สุด

2) ระบบประสาทส่วนปลายและระบบประสาทอัตโนมัติ ผู้ป่วยมักมีอาการชาปลายมือปลายเท้า ถ้าเป็นมากจะมีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง เนื่องจากสารพิษจากภาวะยูรีเมีย ทำให้มีการนำกระแสประสาทผิดปกติ

ผลต่อระบบทางเดินอาหาร ภาวะยูรีเมียมีผลต่อระบบทางเดินอาหารทุกส่วน พบว่ามีแผลที่ปาก เหงือกอักเสบ มีแผลที่กระเพาะอาหาร ลำไส้เล็กอักเสบ ลำไส้ใหญ่อักเสบ ผู้ป่วยมักจะมีอาการเริ่มต้นด้วยมีอาการเบื่ออาหาร ถ้าเป็นมากๆ จะมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน มีอาการระอึก ตรวจพบว่ามียูเรียในน้ำลายสูงขึ้น ซึ่งจะถูกแบคทีเรียเปลี่ยนเป็นแอมโมเนีย ทำให้ลมหายใจมีกลิ่นยูเรีย (uremic fetor) นอกจากนี้อาจมีเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร

ผลต่อระบบเลือดและอวัยวะสร้างเลือด ผลจากภาวะยูรีเมียทำให้เกิดภาวะที่พบบ่อยในระบบนี้คือ ภาวะโลหิตจางหรือซีด ภาวะเลือดออกง่ายและภาวะต้านทานต่อโรคต่ำ

1) ภาวะโลหิตจาง เป็นอาการแสดงที่สำคัญและพบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ยังมีภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย จะมีอาการของภาวะโลหิตจางที่รุนแรง สาเหตุหรือกลไกที่เกิดภาวะโลหิตจางมีหลายประการ มีดังนี้

1.1) ไตสร้างหรือสังเคราะห์ฮอร์โมนอีริโทรพอยอิติน (erythropoietin) ลดลงทำให้การสร้างเม็ดเลือดแดงที่ไขกระดูกลดลง

1.2) เม็ดเลือดแดงถูกทำลายมากขึ้น เนื่องจากอายุของเม็ดเลือดแดงสั้นกว่าปกติ

1.3) มีการสูญเสียเลือดในระบบทางเดินอาหารง่ายกว่าปกติ เนื่องจากภาวะยูรีเมีย

2) ภาวะเลือดออกง่าย เป็นอาการแสดงที่พบได้ง่าย เช่น มีเลือดออกจากเยื่อบุช่องปาก ทางเดินอาหาร ทั้งนี้เกิดจากความผิดปกติของเกล็ดเลือด

3) ภาวะภูมิต้านทานต่อโรคต่ำ ภาวะยูรีเมียมีผลต่อการทำงานของเม็ดเลือดขาว ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะภูมิต้านทานต่อโรคต่ำ จึงเกิดภาวะติดเชื้อง่ายกว่าปกติ

ผลต่อระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ภาวะยูรีเมียมีผลต่อกล้ามเนื้อ ข้อ กระดูก พบว่ามีอาการของกล้ามเนื้ออ่อนแรง โดยเฉพาะเมื่อมีความไม่สมดุลของเกลือแร่ มีอาการปวดข้ออาจเป็นผลจากการมีการเกาะของแคลเซียม สำหรับกระดูกมีความผิดปกติเกิดขึ้น มีกระดูกผุ กระดูกพรุน

ผลต่อผิวหนัง แม้ว่าภาวะยูรีเมียมีผลต่อผิวหนัง มีความรุนแรงน้อยกว่าระบบอื่น แต่อาการเกิดขึ้นกับผิวหนัง ทำให้ผู้ป่วยมีความไม่สุขสบายทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

ผิวหนังของผู้ป่วยเหล่านี้จะแห้งและตึงเครียด เกิดเนื่องจากต่อมน้ำมันและต่อมเหงื่อฝ่อลง ทำให้ไม่มีการขับเหงื่อและมีเกล็ดยูเรีย (uremic frost) เกาะอยู่ที่ผิวหนังทำให้ผิวหนังแห้ง มีขุยขาวๆ ผู้ป่วยจะมีอาการคัน เกิดจากผิวหนังแห้ง และมีแคลเซียมฟอสเฟตเกาะที่ผิวหนังมาก

ผลต่อความสมดุลของน้ำ เกลือแร่ และความเป็นกรดด่าง

ภาวะไตวายเรื้อรังทำให้ไม่มีการขับน้ำออกจากร่างกายได้ลดลง หากร่างกายได้รับน้ำในปริมาณมากเกินไป อาจเกิดอาการของภาวะน้ำเกินได้ง่าย เช่น อาการบวม อาการเหนื่อย หอบจากภาวะหัวใจวาย ภาวะโซเดียมในเลือดต่ำกว่าปกติ ถ้าผู้ป่วยมีความดันโลหิตสูงหรือมีหัวใจทำงานผิดปกติร่วมด้วย จะเกิดอาการเหล่านี้ง่ายขึ้น

ภาวะยูรีเมีย ทำให้เกิดความไม่สมดุลของเกลือแร่ที่สำคัญ คือ โซเดียม โพแทสเซียม ฟอสเฟต แคลเซียมและแมกนีเซียม

ภาวะโซเดียมในเลือดต่ำกว่าปกติ (hyponatremia) เกิดจากไตขับน้ำปัสสาวะได้ลดลง มีอาการที่แสดงที่สำคัญคือ อาการจากภาวะสมองบวม เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ระดับความรู้สึกตัวลดลง มีตั้งแต่ซึมจนถึงหมดสติ ชัก เป็นต้น

ภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูงกว่าปกติ (hyperkalemia) เกิดจากไตขับโพแทสเซียมออกทางปัสสาวะลดลง อาการแสดงที่สำคัญคือ หัวใจเต้นผิดปกติ ซิพธรเต้นช้าลง ถ้ารุนแรงอาจมีอันตรายถึงชีวิต

ภาวะฟอสเฟตในเลือดสูงกว่าปกติ (hyperphosphatemia) เกิดจากไตขับฟอสเฟตออกทางปัสสาวะลดลง ภาวะนี้มีผลทำให้เกิดภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำกว่าปกติ (hypocalcemia) และมีฮอร์โมนพาราไธรอยด์มากกว่าปกติ (hyperparathyroid)

ภาวะแคลเซียมในเลือดสูงกว่าปกติ (hypercalcemia) มีอาการแสดงที่สำคัญคือ อาการทางระบบประสาทและกล้ามเนื้อ ได้แก่ อาการชา กระตุก ชัก ความดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นผิดปกติ เป็นต้น

ภาวะแมกนีเซียมในเลือดสูงกว่าปกติ (hypermagnesemia) เกิดจากไตขับแมกนีเซียมออกทางปัสสาวะลดลง อาการแสดงที่สำคัญ ได้แก่ กล้ามเนื้ออ่อนแรง หัวใจเต้นผิดปกติ มักพบร่วมกับอาการของภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ (hypocalcemia)

ภาวะยูริเมีย ทำให้เกิดภาวะความเป็นกรด (metabolic acidosis) มีผลเสียต่อร่างกาย คือ มีผลต่อการเผาผลาญโปรตีนสูง (protein catabolism) เกิดภาวะกระดูกผุ เนื่องจากมีการเคลื่อนของแคลเซียมออกจากกระดูก นอกจากนี้ภาวะความเป็นกรดยังทำให้มีการหลั่งฮอร์โมนพาราไธรอยด์ออกมาเพิ่มขึ้น

ผลต่อระบบต่อมไร้ท่อ ภาวะยูริเมียมีผลต่อระบบต่อมไร้ท่อ โดยเฉพาะต่อมพาราไธรอยด์ ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับฟอสเฟต แคลเซียมและวิตามินดี (ดังที่กล่าวในระบบกล้ามเนื้อและกระดูก)

อาการทางตา (ophthalmologic disturbances) ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังมักพบว่า มีอาการตาแดง (red eye syndrome) เกิดเนื่องจากมีแคลเซียมไปเกาะที่เยื่อตาแล้วทำให้เกิดอาการระคายเคือง นอกจากนี้อาจพบว่ามีภาวะผิดปกติของตา (retinopathy)

นอกจากจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในระบบต่างๆ ของร่างกายแล้วยังมีผลกระทบต่อสภาพจิตใจ อารมณ์และสังคมของผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของโรค ดังนี้

1.8.2 ผลทางด้านจิตใจ จากการที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับการสูญเสียต่างๆ อันได้แก่

การสูญเสียภาพลักษณ์ (loss of body image) จากพยาธิสภาพของโรคไตเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยมีร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป คือ มีอาการบวม ผิวหนังแห้ง คล้ำ หยาบกร้าน ผมหงอก ร่วงแห้งเปราะ ร่างกายอ่อนเพลีย ซบเซา ไม่สนใจผู้อื่น (Abram, 1974 อ้างถึงในสุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ, 2539 : 107)

การสูญเสียหน้าที่การงาน จากโรคไตเรื้อรังทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำงานน้อยลงกว่าเดิม ผู้ป่วยจึงไม่สามารถปฏิบัติงานในอาชีพได้อย่างเต็มที่ ประกอบกับประสิทธิภาพของการทำงานลดลง ความก้าวหน้าในหน้าที่การงานลดลง ทำให้ผู้ป่วยเครียดมากกลัวการสูญเสียหน้าที่การงาน อาจต้องเปลี่ยนงาน ย้ายตำแหน่งหน้าที่รับผิดชอบหรืออาจถูกออกจากงาน ทำให้มีผลกระทบต่อความมั่นคงของครอบครัว

1.8.3 ผลทางด้านเศรษฐกิจ ปัญหาเรื่องเงินค่ารักษาเป็นปัญหาสำคัญอันหนึ่ง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่มีองค์กรมูลนิธิหรือการประกันสุขภาพเข้ามาช่วยเหลือ เพราะค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงมาก ผู้ป่วยและสมาชิกภายในครอบครัวจึงต้องประสบปัญหาทางเศรษฐกิจ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นหัวหน้าครอบครัว ต้องให้คู่สมรสทำหน้าที่จัดการภายในครอบครัว เพราะสุขภาพร่างกายไม่เอื้ออำนวย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าสำหรับครอบครัวน้อยลง (สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ, 2539 : 108)

1.8.4 ผลทางด้านอารมณ์ ผลจากการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และแบบแผนในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยหงุดหงิดและมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย มีความต้องการพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้นทางด้านจิตใจ ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ถ้อยหน่า ความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมลดลง และบางรายมีอาการของโรคจิต ทำให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ที่พบมากคือการปฏิเสธ ทำให้ผู้ป่วยไม่ควบคุมอาหาร ไม่รับประทานยา ผู้ป่วยจึงเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรคเร็วขึ้น (Phipps et al., 1980 อ้างถึงในอัมภวรรณ ใจเปื้อย, 2543: 24)

1.8.5 ผลทางด้านสังคม การเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพภายในสังคมเกิดขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยมีความรู้สึกที่ตนเองเจ็บป่วยตลอดเวลา ความเครียดจากโรคและการปฏิบัติตามแผนการรักษา มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ และการที่ร่างกายไม่สามารถควบคุมการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ได้ นอกจากนี้ความต้องการพักผ่อน และการไม่สามารถปฏิบัติงานได้ตามปกติจะทำให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมลดลง การที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานนอกบ้านได้จะส่งผลให้สังคมของผู้ป่วยแคบลง ทำให้ผู้ป่วยค่อยๆ ตัดขาดจากสังคมไปทีละน้อย ซึ่งการถอยห่างนี้อาจเป็นไปโดยผู้ป่วยต้องการถอยหนีไปเอง หรือเป็นไปโดยสถานการณ์ที่เกิดขึ้นต่อเนื่องภายหลังการเจ็บป่วย เช่น จากการใช้เวลาสนใจหมกมุ่นกับตนเองในปัญหาการเจ็บป่วย อาการของโรคทำให้การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้ลำบาก การสูญเสียตำแหน่งทางสังคมและทัศนคติของสังคมที่มีต่อผู้ป่วยในทางลบ ผู้ป่วยจึงต้องเผชิญจากการแยกตัวจากสังคม ก่อให้เกิดความรู้สึกเหมือนถูกทอดทิ้ง ว้าเหว และเจ็บเหงา (ชูดาวดี รัตนจิตเกษม, 2537 อ้างในอัมภวรรณ ใจเปื้อย, 2543: 24)

1.9 แนวทางการป้องกันโรคไตเรื้อรังจากเบาหวาน

หลักการสำคัญในการป้องกันโรคไตเรื้อรังจากเบาหวานที่เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปในปัจจุบัน มีดังนี้คือ

1.9.1 การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

จากการศึกษาในต่างประเทศพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีจะสามารถลดความเสี่ยงในการเกิดโรคไตเรื้อรังจากเบาหวานได้ร้อยละ 35-56 (อุดม ไกรฤทธิ์ชัย ในทวี ศิริวงศ์, 2550: 72) ดังนั้นผู้ป่วยเบาหวานควรควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ได้ ส่วนวิธีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดทำได้โดยการควบคุมอาหาร การออกกำลังกายและการรับประทานยาลดระดับน้ำตาลในเลือดหรือฉีดอินซูลิน โดยมีเป้าหมายดังนี้

- ระดับน้ำตาลในเลือดภายหลังอดอาหาร 8-10 ชั่วโมง (fasting plasma glucose) อยู่ในช่วง 90-130 มก / ดล

- ระดับน้ำตาลในเลือดภายหลังการรับประทานอาหารควรต่ำกว่า 180 มก/ดล

- ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA_{1c}) ควรต่ำกว่าร้อยละ 7

1.9.2 การควบคุมระดับความดันโลหิต

จากการศึกษาในต่างประเทศ พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับความดันโลหิตปกติจะสามารถลดความเสี่ยงในการเกิดโรคไตเรื้อรังจากเบาหวานได้เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตสูง

จากรายงานของ INC VIII (The Seventh Report of Joint National Committee, 2003) ผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท จะถือว่ามีความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิต 130/80-139/90 มิลลิเมตรปรอท ควรได้รับการปรับพฤติกรรม เช่น การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย งดสูบบุหรี่และควบคุมอาหาร การจำกัดการรับประทานอาหารเค็ม ไม่ควรเกินวันละ 3-5 กรัม จะช่วยลดระดับความดันโลหิตได้โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงรวมทั้งยังช่วยลดอาการบวม น้ำหรือหัวใจล้มเหลวในผู้ป่วยที่มีการทำงานของไตลดลง เป้าหมายควบคุมความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท

1.9.3 การควบคุมภาวะไขมันในเลือด

การควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูงสามารถทำได้โดยควบคุมอาหารและการใช้ยา โดยมีเป้าหมายของระดับไขมันในเลือดดังนี้

ผู้ป่วยควรได้รับการตรวจระดับไขมันในเลือดอย่างน้อยปีละครั้ง ในผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจน้อย (ไลโปโปรตีนความหนาแน่นต่ำ, low density lipoprotein : LDL มากกว่า 100 มิลลิกรัม/เดซิลิตร และไลโปโปรตีนความหนาแน่นสูง, high density lipoprotein:

HDL น้อยกว่า 50 มิลลิกรัม/เดซิลิตร และไตรกลีเซอไรด์ มากกว่า 150 มิลลิกรัม/เดซิลิตร) การควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูงสามารถทำได้โดยควบคุมอาหารไขมัน

เป้าหมายสำหรับผู้ป่วยควรมีระดับไตรกลีเซอไรด์ น้อยกว่า 150 มิลลิกรัม/เดซิลิตรและระดับ และไลโปโปรตีนความหนาแน่นสูงมากกว่า 40 มิลลิกรัม/เดซิลิตร

1.9.4 การงดสูบบุหรี่

หลักฐานของการทำลายไตจากบุหรี่ สรุปได้ดังนี้ว่า การสูบบุหรี่ยิ่งสูบบ่อยมากยิ่ง (dose dependent) ยิ่งเพิ่มความเสี่ยงของการมีโปรตีนรั่วออกในปัสสาวะ และเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดภาวะไตวายระยะสุดท้าย การสูบบุหรี่เป็นตัวชี้วัดที่บ่งชี้ถึงการมีโปรตีนรั่วปนมากับปัสสาวะในผู้ป่วยที่เป็นความดันโลหิตสูงที่ไม่ทราบสาเหตุ และเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญที่สุดของการทำงานของไตลดลง (ลินา งามอายุทธ, 2550 : 113-117) เพิ่มปัจจัยเสี่ยงของการเป็นไตวายเรื้อรังในผู้ป่วยโรคไตดั้งเดิม เป็นปัจจัยอิสระของเบาหวานชนิดที่ 1 และชนิดที่ 2 ในการมีโปรตีนรั่วปนมากับปัสสาวะและเสริมโรคไตจากเบาหวานจนเป็นภาวะไตวายระยะสุดท้ายและเพิ่มปัจจัยเสี่ยงของภาวะไตขาดเลือด (ischemic nephropathy)

1.9.5 การออกกำลังกาย

ผู้ที่มีน้ำหนักเกินมากจะทำให้มีแรงดันในเส้นเลือดสูงขึ้น ซึ่งมีผลทำให้เกิดโปรตีนรั่วในปัสสาวะ อาการจะดีขึ้นได้ถ้าลดน้ำหนักต่ำลง ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังส่วนมากจะมีอาการเหนื่อยหอบง่าย เมื่อเคลื่อนไหวร่างกายหรือทำกิจกรรมต่างๆ เช่น ทำงาน ออกกำลังกาย ซึ่งสาเหตุของการเหนื่อยหอบนั้นเกิดจากเม็ดเลือดแดงต่ำ จึงทำให้รับออกซิเจนไปสู่ส่วนต่างๆของร่างกายไม่ดีเท่าที่ควร โดยเฉพาะบริเวณกล้ามเนื้อ กล้ามเนื้อจึงฝ่อลีบและไม่แข็งแรง การออกกำลังกายเป็นอีกทางหนึ่งที่จะช่วยให้สุขภาพแข็งแรงขึ้น อย่างไรก็ตามแม้ว่าการออกกำลังกายจะไม่ใช้การรักษาโรคโดยตรงและไม่สามารถทำให้ไตกลับสู่สภาพเดิมได้ แต่การออกกำลังกายช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น การออกกำลังกายจะทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรงขึ้น ช่วยควบคุมน้ำหนักและลดไขมันในร่างกาย

1.10 การดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวาน

1.10.1 การควบคุมอาหาร

ความสำคัญของอาหารเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวาน

- การควบคุมอาหารจะช่วยลดภาระการทำงานของไตในการขับถ่ายของเสีย ลดการท่งของของเสียที่เกิดจากอาหารที่รับประทาน ช่วยชะลอการเสื่อมของไต

- ยึดเวลาที่ต้องล้างไตให้ชัดเจน

- ป้องกันภาวะขาดสารอาหาร

- ช่วยให้มีสุขภาพดี และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

การควบคุมอาหารเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

การควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวานมีความสำคัญอย่างมากในการช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือด และปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ช่วยให้ผู้ป่วยมีน้ำหนักตัวที่เหมาะสมและมีภาวะโภชนาการที่ดีในผู้ป่วยโรคเบาหวานระยะแรกหรือในระยะที่อาการไม่รุนแรงอาจใช้วิธีควบคุมอาหารเพียงอย่างเดียว แต่ถ้าไม่ได้ผลแพทย์จะใช้วิธีรักษาด้วยยาร่วมด้วย ปัจจุบันการควบคุมอาหารไม่จำเป็นต้องจำกัดอาหารคาร์โบไฮเดรตอย่างเข้มงวด แต่ต้องควบคุมพลังงานที่ได้จากอาหารไม่ให้มากเกินไป และต้องได้รับสารอาหารครบถ้วน ความต้องการสารอาหารของร่างกายเช่นเดียวกับคนปกติ การควบคุมอาหารเพื่อช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดที่ได้ผลนั้นจำเป็นต้องควบคุมอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

ชนิดอาหารที่รับประทานได้และอาหารที่ควรจำกัด

ผลไม้ เนื่องจากผลไม้ส่วนใหญ่มีน้ำตาลค่อนข้างมาก จึงกำหนดให้รับประทานได้ประมาณร้อยละ 10 ของพลังงานที่ได้จากอาหารทั้งหมด ผลไม้ที่รับประทานได้ เช่น ส้ม ชมพู พุทรา แดงโม ฝรั่ง มะละกอสุก ส้มโอ ส้มเขียว และแอปเปิ้ล เป็นต้น

อาหารที่มีกากใย อาหารที่มีกากใยมากจะช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดและโคเลสเตอรอลในเลือดได้ (วิลลาร์ด จงเจริญ, 2543 : 82) จึงควรแนะนำให้ผู้ป่วยเบาหวานรับประทานอาหารที่มีกากใยมากทุกวัน โดยรับประทานได้เท่ากับภาวะปกติคือ 20-35 กรัม/วัน อาหารที่มีกากใยมากได้แก่ ผักชนิดต่างๆ พืชและถั่วเมล็ดแห้ง ถั่วสดและขนมปังโฮลวีต เป็นต้น

สุราหรือแอลกอฮอล์ ในผู้ป่วยเบาหวานควรงดการดื่มสุราและแอลกอฮอล์ เพราะแม้แอลกอฮอล์ไม่มีสารอาหารและคาร์โบไฮเดรต แต่แอลกอฮอล์ 1 กรัม ให้พลังงาน 7 กิโลแคลอรี แต่ถ้าจะดื่มให้ดื่มได้อย่างมากไม่ควรเกิน 30-60 มิลลิลิตร/วัน และไม่ควรดื่มในขณะที่กระเพาะอาหารว่าง เพราะแอลกอฮอล์จะทำให้ตับลดการสร้างกลูโคสจากไกลโคเจน ซึ่งอาจเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้ และไม่ควรดื่มเป็นประจำหรือไม่ควรเกินสัปดาห์ละ 2 ครั้ง

งดรับประทานอาหารที่มีรสหวานทุกชนิด เช่น น้ำหวาน น้ำอัดลม ขนมหวานต่างๆ ซ็อกโกแลต เยลลี่ ลูกกวาด แยม ไอศกรีม ชา และกาแฟที่ใส่น้ำตาล ผลไม้เชื่อม ผลไม้กระป๋อง และผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ทูเรียน ขนุน มะม่วงสุก เงาะ องุ่น น้อยหน่า ลำไยและลิ้นจี่ เป็นต้น เพราะเมื่อคุณชิมเข้าสู่ร่างกายแล้วจะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว

การควบคุมอาหารเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต

ในผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง โซเดียมถูกดูดซึมกลับที่ท่อไตส่วนปลาย (proximal และ distal tubule) เพิ่มขึ้น จึงควรจำกัดปริมาณโซเดียมในอาหาร การลดปริมาณอาหารและพลังงานจากอาหารจะลดปริมาณโซเดียมในอาหารได้บ้าง (วิลลาร์ดน์ จงเจริญ, 2543 : 152) แต่อาหารแต่ละชนิดประกอบด้วยปริมาณโซเดียมไม่เท่ากัน นอกจากนี้แหล่งของโซเดียมยังได้รับการใส่เกลือในอาหารแปรรูป การเก็บถนอมรักษาอาหาร การเตรียมและการปรุงอาหารต่างๆ แหล่งที่มีโซเดียมมากที่สุดคือเกลือ โดยเกลือ 1 ช้อนชา มีโซเดียม 1,038 มิลลิกรัม (ประเสริฐ ธนกิจจารุ, อุณา ลูวิระ, วลัย อินทรมพรรย์ และยุพาพิน จุลโมก, 2540) โซเดียมสามารถแบ่งเป็นระดับต่างๆ ได้ดังนี้ (วิลลาร์ดน์ จงเจริญ, 2543 : 152-153)

- อาหารไม่เติมเกลืออีกเมื่อปรุงเสร็จ (no extra salt) เป็นอาหารที่ให้โซเดียมได้ประมาณ 4 กรัม/วัน หรือประมาณ 174 มิลลิอิกวาเลนต์ การปรุงอาหารสามารถใช้เกลือหรือน้ำปลาหรือซีอิ๊วได้เล็กน้อยเพื่อให้มีรสบ้าง โดยให้ใช้เกลือได้ประมาณ 3 ช้อนชา/วัน แต่ไม่ให้มีการเติมเกลือ น้ำปลา ซีอิ๊วอีกเมื่อปรุงเสร็จหรือขณะรับประทาน ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็มหรือมีโซเดียมสูง เช่น อาหารกระป๋อง ไข่เค็ม เนื้อเค็ม หมูเค็ม ของหมักดอง ไข่กรอบ กุนเชียง แหนม หมูยอ หมูแฮม อาหารกรอบเค็มชนิดต่างๆ มันฝรั่งอบเกลือ ถั่วเค็ม ข้าวโพดคั่ว ผงชูรส เป็นต้น การจำกัดโซเดียมระดับนี้เหมาะสำหรับผู้ป่วยความดันเล็กน้อย หรือความดันตัวล่างอยู่ระหว่าง 90-104 มิลลิเมตรปรอท

- อาหารจำกัดโซเดียมน้อย (mild sodium restriction) เป็นอาหารที่มีโซเดียมได้ประมาณ 2-3 กรัม/วัน หรือประมาณ 87-130 มิลลิอิกวาเลนต์ โดยให้ใส่เกลือ น้ำปลาหรือซีอิ๊วในการปรุงอาหารได้ประมาณ 2 ช้อนชา/วัน และเมื่อปรุงอาหารเสร็จจะไม่มีการเติมเกลืออีก ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็มหรืออาหารที่มีโซเดียมมากทุกชนิด เช่น เต้าเจี้ยว น้ำบูดู ปลาาร้า ซอสชูรส ผงก้นบูด กะปิ ปลาเค็ม เนื้อเค็ม ไข่เค็ม อาหารกระป๋องสำเร็จรูปและอาหารหมักดองชนิดต่างๆ การจำกัดโซเดียมระดับนี้เหมาะสำหรับผู้ป่วยความดันสูงระดับปานกลาง หรือความดันตัวล่างอยู่ระหว่าง 105-119 มิลลิเมตรปรอท

- อาหารจำกัดโซเดียมปานกลาง (moderate sodium restriction) เป็นอาหารที่มีโซเดียมได้ประมาณ 1 กรัม/วัน หรือ 43.5 มิลลิอิกวาเลนซ์ โดยไม่มีการเติมเครื่องชูรส เค็ม เกลือ น้ำปลา ซีอิ๊ว หรือผงชูรส ทั้งในขณะปรุงอาหารหรือในขณะรับประทาน จำกัดให้นมได้ไม่เกิน 2 ส่วน/วัน เนื้อสัตว์ไม่เกิน 4 ส่วน ควรรับประทานผักที่มีโซเดียมต่ำ และควรจำกัดอาหารจำพวกขนมปัง ขนมเค้กและคุกกี้ การจำกัดโซเดียมระดับนี้เหมาะสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และความดันโลหิตสูงรุนแรง หรือความดันตัวล่างอยู่ระหว่าง 120-130 มิลลิเมตรปรอท

- อาหารจำกัดโซเดียมมาก (severe sodium restriction) เป็นอาหารที่มีโซเดียมได้ประมาณ 500 มิลลิกรัม/วัน หรือ 22 มิลลิอิกวาเลนซ์ อาหารประเภทนี้นอกจากจะไม่มีการเติมเครื่องชูรส เกลือ น้ำปลา ซีอิ๊ว หรือผงชูรสทั้งในขณะปรุงอาหารและขณะรับประทานแล้ว จะต้องจำกัดให้นมได้ไม่เกิน 1 ส่วน/วัน เนื้อสัตว์ไม่เกิน 3 ส่วนและงดอาหารที่มีโซเดียมมากต่างๆ ได้แก่ ขนมปัง ผักที่มีโซเดียมสูง เนยหรือเนยเทียม การจำกัดโซเดียมระดับนี้เหมาะสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวและท้องมานจากภาวะตับแข็ง ทั้งนี้การจำกัดโซเดียม 500 มิลลิกรัม/วันไม่ควรกำหนดให้นานกว่า 2-3 วัน

การควบคุมอาหารเพื่อควบคุมระดับไขมันในเลือด

ไขมัน เป็นอาหารที่ให้พลังงานเป็นหลัก ไขมันมีทั้งในพืชและสัตว์ ไขมันในอาหารยังช่วยดูดซึมวิตามินที่ละลายในไขมัน และในน้ำมันพืชบางชนิดยังมีกรดไขมันจำเป็นที่ร่างกายสร้างไม่ได้ (linoleic acid) ผู้ป่วยควรได้รับไขมันให้เพียงพอ และควรเลือกชนิดของน้ำมันพืชให้เหมาะสม เพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง

ไขมันในอาหารแบ่งเป็น

1. กรดไขมันอิ่มตัว (saturated fatty acid) มีมากในไขมันสัตว์ ได้แก่ เนย ครีม ชีส น้ำมันหมู ไขมันวัว เป็นต้น

ไขมันอิ่มตัวจากพืช มีมากในน้ำมันมะพร้าว กะทิ ไขมันเหล่านี้ควรหลีกเลี่ยง เนื่องจากทำให้ระดับโคเลสเตอรอลและแอล ดี แอล ในเลือดสูง เพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด

2. กรดไขมันไม่อิ่มตัว (unsaturated fatty acid) แบ่งเป็น

2.1 กรดไขมันไม่อิ่มตัวตำแหน่งเดียว (monounsaturated fatty acid) มีมากในน้ำมันมะกอก น้ำมันรำข้าว น้ำมันถั่วลิสง น้ำมันงา น้ำมันพืชเหล่านี้ช่วยในการลด

ระดับโคเลสเตอรอลและ แอล.ดี.แอล. ในเลือดและเพิ่มเอชดี.แอล. ช่วยป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดจึงควรใช้เป็นประจำในการผัดและทอดอาหาร

2.2 กรดไขมันไม่อิ่มตัวหลายตำแหน่ง (polyunsaturated fatty acid) มีมากในน้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันข้าวโพด น้ำมันเมล็ดทานตะวัน น้ำมันดอกคำฝอย น้ำมันเหล่านี้มีกรดไขมันจำเป็นที่ร่างกายสร้างไม่ได้จำนวนมาก ช่วยในการลดระดับโคเลสเตอรอล และ แอล.ดี.แอล. ในเลือด หากใช้จำนวนมาก อาจลดระดับเอช.ดี.แอล. ในเลือดด้วย จึงควรใช้ผัดอาหารแทนการทอดอาหาร

3. ไขมันทรานส์ เป็นน้ำมันพืชที่ผ่านกระบวนการเปลี่ยนสภาพจากของเหลวเป็นของแข็งในอุณหภูมิปกติ ได้แก่ มาการีน เนยขาว ที่ใช้ในการทำคุกกี้ ขนมอบต่างๆ เป็นไขมันที่เพิ่มระดับโคเลสเตอรอลและแอล.ดี.แอล. ในเลือด ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด

ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงควรรับประทานอาหารที่มีไขมันให้น้อยลง โดยได้รับปริมาณร้อยละ 25-30 ของพลังงานจากอาหารทั้งหมดเพื่อลดภาวะไขมันในเลือดสูง เช่นในรายที่รับประทานอาหาร 2000 กิโลแคลอรี/วัน ไม่ควรรับประทานไขมันเกิน 600 กิโลแคลอรีหรือประมาณไม่เกิน 70 กรัม/วัน และควรเป็นไขมันที่ได้จากกรดไขมันชนิดไม่อิ่มตัวที่มีกรดไลโนเลอิกสูง เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันข้าวโพด น้ำมันรำและน้ำมันเมล็ดฝ้าย (วิลสัน, 2543 : 150) เนื่องจากกรดไลโนเลอิกสูงมีฤทธิ์ลดโคเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ในเลือดลดการจับตัวของเกล็ดเลือดและลดความดันโลหิตสามารถป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงและโรคหัวใจขาดเลือด โดยกรดไลโนเลอิกจะช่วยเร่งการเผาผลาญโคเลสเตอรอลให้เป็นกรดน้ำดี นอกจากนี้กรดไลโนเลอิกบางส่วนจะถูกนำมาใช้ในการสร้างฮอร์โมนโปรสตาแกลนดิน (prostaglandin) ซึ่งมีฤทธิ์ในการเพิ่มการขับถ่ายโซเดียมและน้ำออกจากร่างกาย อาจช่วยลดความดันโลหิตสูงให้อยู่ในระดับปกติ แต่ควรจำกัดไขมันที่มีกรดไขมันอิ่มตัวสูง โดยได้รับจากอาหารไม่ควรเกินร้อยละ 10 ของพลังงานทั้งหมด ไขมันที่มีกรดไขมันอิ่มตัวสูงมีมากในไขมันจากสัตว์ ไข่แดง เนย นมและผลิตภัณฑ์จากนมต่างๆ และน้ำมันพืชบางชนิด เช่น น้ำมันมะพร้าว น้ำมันปาล์ม เป็นต้น

อย่างไรก็ตามเนื่องจากน้ำมันพืชและไขมันสัตว์ปริมาณ 1 กรัมจะให้พลังงาน 9 กิโลแคลอรีเท่ากัน การรับประทานอาหารที่มีไขมันจึงต้องระมัดระวังไม่ให้เกินร้อยละ 30 ของพลังงาน และควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูง เช่น เครื่องในสัตว์ ไข่แดง ปู และปลาหมึก โดยจำกัดปริมาณโคเลสเตอรอลที่ได้รับน้อยกว่า 300 มิลลิกรัม/วัน หลีกเลี่ยง

อาหารที่มีไขมันสูง เช่น ข้าวขาหมู หมูสามชั้น แครปหมู เป็ดย่าง เป็ดพะโล้ ไก่ทอด ทอดมัน ปลา
ทอดโก๋ ข้าวเกรียบกรอบ ขนมที่มีเนย ครีมหรือไขมันมาก เช่นขนมเค้ก โดนัทและพาย เป็นต้น

น้ำมันพืชที่ควรเลือกใช้

น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันข้าวโพด น้ำมันรำข้าว น้ำมันถั่วลิสง น้ำมันปาล์ม
น้ำมันแต่ละชนิดมีกรดไขมันหลายชนิดอยู่ด้วยกัน เพื่อให้ได้ประโยชน์สูงสุดในการลดไขมันใน
เลือด ควรใช้น้ำมันรำข้าวสลับกับน้ำมันถั่วเหลือง หรือน้ำมันข้าวโพดสลับกับน้ำมันรำข้าวในการ
ทำอาหาร โดยใช้น้ำมันรำข้าวและน้ำมันปาล์มในการทอด และใช้น้ำมันข้าวโพดและน้ำมันถั่ว
เหลืองในการผัด

น้ำมันและไขมันที่ควรหลีกเลี่ยง

น้ำมันหมู น้ำมันมะพร้าว เนย ครีม หนุุดคิมมัน เนื้อวัวคิมมัน หมูกรอบ
หมูหัน หมูสามชั้น หนังเป็ด หนังไก่ เป็นต้น

1.10.2 การออกกำลังกาย

ประสงค์ของการออกกำลังกายชนิดต่างๆ คือ ช่วยเสริมสร้างสมรรถภาพของ
ร่างกายให้แข็งแรงขึ้น ทำกิจกรรมต่างๆ ได้นานขึ้น กล้ามเนื้อนำออกซิเจนไปใช้ได้ดีขึ้น ลดอาการ
เหนื่อยหอบง่าย ช่วยให้ร่างกายเคลื่อนไหวได้ดีและมีพลังงานมากขึ้น

ความถี่ของการออกกำลังกายนั้นควรอยู่ที่ 4-7 วันต่อสัปดาห์ และเพื่อ
ความปลอดภัย ควรเริ่มจากน้อยไปหามาก หลังจากที่ทำอย่างนี้มาเป็นเวลาสองสัปดาห์แล้วจึงค่อยๆ
เพิ่มจำนวนวัน ระยะที่เหมาะสมของการออกกำลังกายควรอยู่ที่ประมาณ 20-60 นาทีต่อครั้งอย่าง
ต่อเนื่อง และควรจะเริ่มจากระยะเวลาที่น้อยไปมาก หรือจะแบ่งการออกกำลังกายเป็นช่วงๆ ต่อวัน
ก็ได้โดยใช้เวลาช่วงละ 10-15 นาที 3-4 ครั้งต่อวัน

สิ่งหนึ่งที่ต้องคำนึงถึงคือ ควรเลือกกิจกรรมที่ชอบและเหมาะสมกับตัวเอง
การเลือกกิจกรรมที่ชอบจะทำให้เรามีความสุข เพลิดเพลิน สนุกและสนใจที่จะออกกำลังกายเพื่อ
สุขภาพของเรา นอกจากนี้ควรจะเปลี่ยนกิจกรรมที่ชอบมากและชอบน้อยสลับกันไปเพื่อไม่ให้
เกิดความเบื่อ

กิจกรรมที่เลือกนั้น นอกจากจะเลือกตามความชอบแล้ว กิจกรรมนั้นก็ควรจะเหมาะสมกับผู้ป่วยด้วย การเลือกกิจกรรมที่เหมาะสมกับตัวผู้ป่วยจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บ เช่น ถ้าผู้ป่วยมีอาการปวดหัวเข่า การวิ่งหรือการกระโดดก็ไม่เหมาะสม ดังนั้นผู้ป่วยควรจะเลือกกิจกรรมที่ใกล้เคียงกับการวิ่งหรือการกระโดดแต่มีความรุนแรงต่อหัวเข่าน้อยกว่า เช่น การเดินหรือเลือกกิจกรรมที่จะไม่ทำให้หัวเข่าปวดมากขึ้น เช่น การขี่จักรยาน หรือว่ายน้ำ เป็นต้น การทำเช่นนี้จะช่วยลดการเกิดอันตรายจากการออกกำลังกายได้

1.10.3 งดการสูบบุหรี่

จากการศึกษาทางระบาดวิทยา พบว่าในผู้ป่วยเบาหวานที่สูบบุหรี่จะเพิ่มอัตราการเกิดโรคไตจากเบาหวาน และจะทำให้การเสื่อมสภาพของไตเร็วมากขึ้น ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ที่สูบบุหรี่จะมีความเสี่ยงต่อการมีโปรตีนรั่วในปัสสาวะสูงกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ซึ่งจำนวนบุหรี่ที่สูบก็มีความสำคัญ (ลีนา อองอาจุท, 2550 : 114) โดยพบอุบัติการณ์ของการมีโปรตีนในปัสสาวะ ร้อยละ 13 ในผู้ที่สูบบุหรี่น้อยกว่า 10 มวน/วัน แต่พบมากกว่าร้อยละ 25 ในผู้ที่สูบบุหรี่มากกว่า 30 มวน/วัน ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ที่สูบบุหรี่จะมีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตสูงกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ประมาณ 2.8 เท่า ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าการสูบบุหรี่เพิ่มความเสี่ยงของการดำเนินโรคจากไตวายระยะที่ 1 ไปเป็นไตวายระยะที่ 4 ถึง 2-2.5 เท่า อัตราการกรองของไตลดลง ในผู้ป่วยที่สูบบุหรี่จะเร็วกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ที่สูบบุหรี่จะมีอัตราการกรองของไตลดลง เฉลี่ย 1.24 มล./นาท./เดือน เทียบกับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ 0.86 มล./นาท./เดือน ส่วนในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สูบบุหรี่จะมีอัตราการกรองของไตลดลงเฉลี่ย 1.21 มล./นาท./เดือน เทียบกับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ 0.73 มล./นาท./เดือน พอจะสรุปได้ว่าการสูบบุหรี่ทำให้อัตราการเสื่อมของไตลดลงประมาณร้อยละ 50 ซึ่งการสูบบุหรี่มีผลเสียต่อโรคไตจากเบาหวานถึงแม้ว่าจะคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตสูงโดยใช้ยา

ส่วนที่ 2 แนวคิดและทฤษฎีที่ประยุกต์ในการวิจัย

2.1 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นแบบแผนหรือรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาจากทฤษฎีทางด้านจิตวิทยาสังคม เพื่อใช้อธิบายการตัดสินใจของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ โดยครั้งแรกได้นำมาใช้ในการทำนายและอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรค (preventive health behavior)

ต่อมาภายหลังได้มีการดัดแปลงไปใช้ในการอธิบายพฤติกรรมการเจ็บป่วย (illness behavior) และพฤติกรรมของผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ (sick-role behavior)

พัฒนาการของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ในช่วงศตวรรษที่ 20 นักวิชาการได้หันมาสนใจพฤติกรรมของมนุษย์กันมากขึ้น เนื่องจากมีความเชื่อว่าพฤติกรรมของมนุษย์เป็นสิ่งที่สามารถศึกษาทำความเข้าใจและทำการควบคุมได้โดยวิธีการทางวิทยาศาสตร์

สำหรับพฤติกรรมสุขภาพ ได้รับความสนใจศึกษากันมากในตอนต้นของช่วงปี พ.ศ.2493-2503 ซึ่งถือว่าเป็นช่วงเริ่มแรกของการพัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เนื่องจากในระบุนั้นการจัดบริการด้านสาธารณสุขที่เน้นกิจกรรมด้านการป้องกันโรคมกกว่ากิจกรรมด้านการรักษาพยาบาลไม่ได้รับความสนใจจากประชาชน คือประสบปัญหาที่มีประชาชนมารับบริการการป้องกันโรคกันน้อย ทั้งๆที่บริการที่จัดให้นั้นไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ หรือเสียค่าใช้จ่ายต่ำมากก็ตาม ดังนั้นนักพฤติกรรมศาสตร์และนักสาธารณสุขจึงสนใจจะทำความเข้าใจว่าอะไรเป็นสาเหตุและสภาวะการใดที่เหมาะสมที่จะทำให้บุคคลมีการปฏิบัติในการป้องกันโรค และการไปตรวจสุขภาพ เพื่อคัดกรองหรือวินิจฉัยโรคตั้งแต่ระยะแรกเริ่มที่ยังไม่มีอาการใดๆ เช่น ในกรณีการตรวจสุขภาพ และป้องกันโรค วัณโรค มะเร็งปากมดลูก โรคฟัน ไข้รูมาติก โรคโปลิโอ โรคไขหวัดใหญ่ เป็นต้น

การพัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เกิดจากกลุ่มบุคคลที่ได้ทำการศึกษาวิจัยสภาพปัญหาของการบริการสาธารณสุขดังกล่าวมาแล้ว ได้แก่ Godfrey M. Hochbaum, S. Stephen Kegeles, Howard Leventhal และ Irwin M. Rosenstock เนื่องจาก Rosenstock เป็นบุคคลที่นำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพออกมาเขียนอธิบายและเผยแพร่ให้ผู้อื่นได้เข้าใจเกี่ยวกับโมเดลดังกล่าวมากขึ้น ชื่อของ Rosenstock (1966) ในฐานะเป็นผู้ริเริ่มแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพจึงเป็นที่คุ้นเคยและถูกอ้างถึงมากกว่าบุคคลอื่นๆ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้รับอิทธิพลมาจากทฤษฎีจิตวิทยาสังคมของ Kurt Lewin ซึ่งได้อธิบายว่าชีวิตของบุคคล (life space) จะมีทั้งส่วนที่เป็นแรงด้านบวก (positive valence) แรงด้านลบ (negative valence) และส่วนที่เป็นกลาง (relative neutral) แรงด้านบวกจะเป็นสิ่งที่ดึงดูดบุคคลให้เข้าสู่เป้าหมายที่ตนปรารถนา ส่วนแรงด้านลบจะเป็นตัวผลักดันให้บุคคลเคลื่อนหนีออกจากสิ่งที่ไม่ปรารถนา สำหรับส่วนที่เป็นกลางคือส่วนที่มีความสมดุลระหว่างแรงด้านบวกและลบ พฤติกรรมหรือการแสดงของบุคคลจึงถูกมองว่าเป็นกระบวนการของการถูกดึงดูดโดยแรงด้านบวกและการถูกผลักโดยแรงด้านลบ นอกจากนี้ Lewin ยังอธิบายถึงการตั้งเป้าหมายของบุคคลในสภาพการณ์ที่มีระดับความยากง่ายในการจะบรรลุเป้าหมายที่แตกต่างกันว่า บุคคลจะเลือกโดยเปรียบเทียบระดับของผลดีและผลเสียของความสำเร็จ

หรือความล้มเหลวกับโอกาสที่เขาจะบรรลุถึงความสำเร็งนั้นๆ ซึ่ง Lewin และคณะได้ตั้งสมมติฐานว่า พฤติกรรมของบุคคลเป็นผลมาจากตัวแปรที่สำคัญ 2 ประการคือ (1) คุณค่าของผลลัพธ์จากการกระทำที่มีต่อบุคคลที่กระทำและ (2) การคาดคะเนของบุคคลต่อโอกาสของการเกิดผลลัพธ์จากการกระทำนั้นๆ (Maiman and Becker, 1974 ; Mikhail, 1981)

การพัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในครั้งแรก โดย Hochbaum และคณะนั้นได้เริ่มจากแนวความคิดตามแนวทฤษฎีของ Kurt Lewin ที่กล่าวว่า “โลกของการรับรู้ของบุคคลจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคลนั้นๆ สิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวบุคคลจะไม่มีอิทธิพลต่อการกระทำของบุคคล ยกเว้นแต่สิ่งแวดล้อมเหล่านั้นได้ไปปรากฏอยู่ในใจหรือการรับรู้ของบุคคล ด้วยเหตุนี้บุคคลจึงแสดงออกตามสิ่งที่เขาเชื่อถึงแม้ว่าสิ่งนั้นจะไม่ถูกต้องตามที่ผู้อยู่ในวิชาชีพคิดก็ตาม”

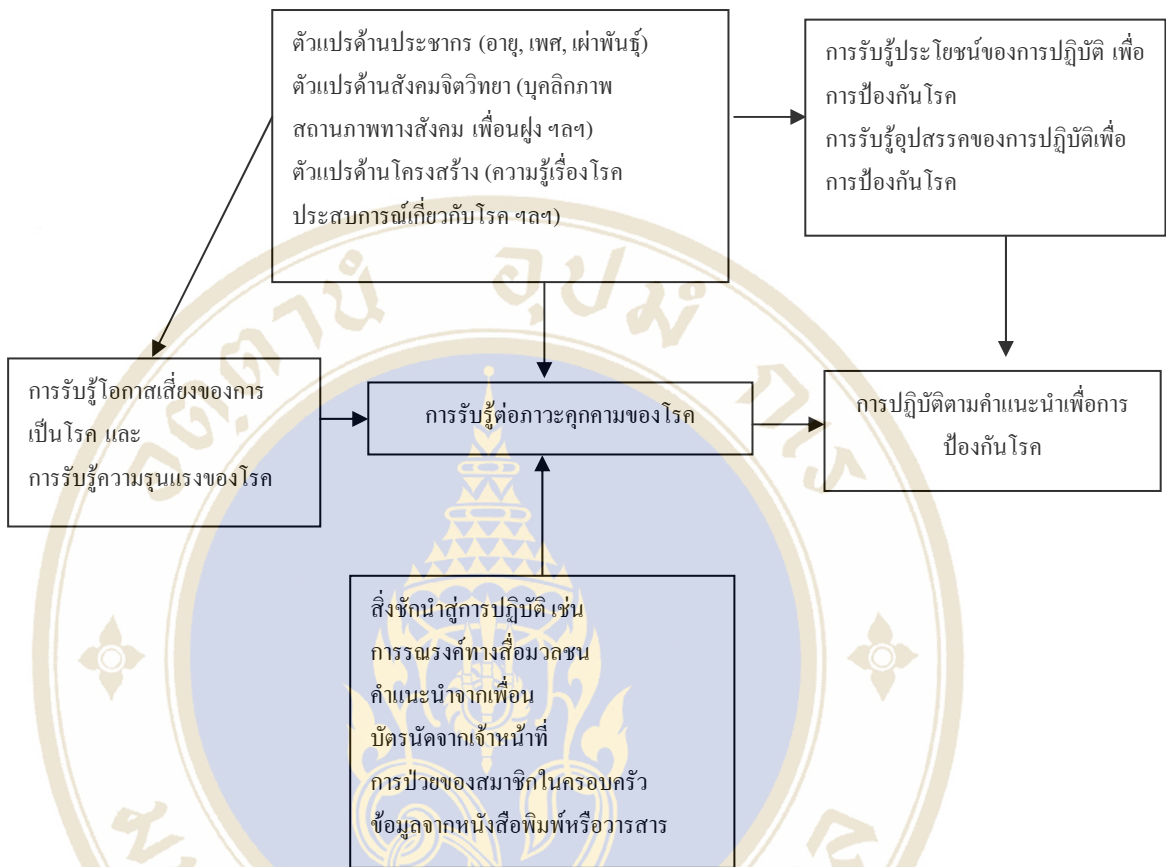
Rosenstock (1974) ได้อธิบายแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพว่า "การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่า (1) เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค (2) อย่างน้อยที่สุดโรคนั้นจะต้องมีความรุนแรงต่อชีวิตเขาพอสมควร (3) การปฏิบัติดังกล่าวเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะก่อให้เกิดผลดีแก่เขาโดยการช่วยลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค หรือช่วยลดความรุนแรงของโรค ถ้าเกิดป่วยเป็นโรคนั้นๆ และการปฏิบัติดังกล่าว ไม่ควรจะมีอุปสรรคทางด้านจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติของเขา เช่น ค่าใช้จ่าย เวลา ความไม่สะดวก ความกลัว ความอาย เป็นต้น" ต่อมา Rosenstock (1976) ยังได้เสนอเพิ่มเติมว่าในการอธิบายพฤติกรรมการไปตรวจสุขภาพเพื่อวินิจฉัยโรคในระยะเริ่มแรกนั้น นอกจากจะต้องประกอบด้วยปัจจัยดังกล่าวมาแล้ว ยังจะต้องเพิ่มปัจจัยด้านความเชื่อว่าเขาสามารถจะป่วยเป็นโรคได้ถึงแม้จะไม่มีอาการก็ตาม

การวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพในระยะต่อมาได้พบว่า นอกจากองค์ประกอบด้านความเชื่อหรือการรับรู้แล้ว ยังมีปัจจัยตัวอื่นที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ Becker และคณะ (1974) จึงได้ทำการปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรม การป้องกันโรคของบุคคล โดยได้เพิ่มปัจจัยร่วมและสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ ซึ่งเป็นปัจจัยอื่นๆ นอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคลที่พบว่ามีความอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรค ดังแผนภูมิที่ 1

การรับรู้ของบุคคล

ปัจจัยร่วม

พฤติกรรมที่ควรแสดง



แผนภูมิที่ 1 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสำหรับใช้ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค

(ที่มา : Becker, Drachman and Kirsht. A New Approach to Explaining Sick-Role Behavior in Low- income Populations. *American Journal of Public Health*, Vol 64, No.3, 1974, P. 206)

จากการที่ Kasl และ Cobb (1966) ได้ให้คำจำกัดความของพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ว่า "พฤติกรรมสุขภาพหรือพฤติกรรมการป้องกันโรค" คือกิจกรรมของบุคคลที่เชื่อว่าตนเองมีสุขภาพดี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันโรคหรือวินิจฉัยโรคในระยะเริ่มแรกที่ยังไม่ปรากฏอาการ "พฤติกรรมการเจ็บป่วย" คือกิจกรรมของบุคคลที่รู้สึกไม่สบาย โดยมีวัตถุประสงค์ที่จะแสวงหาการตรวจวินิจฉัยและการเยียวยารักษาที่เหมาะสม และ "พฤติกรรมของผู้ป่วย" คือกิจกรรมของบุคคลที่รู้ว่าตนเองป่วย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้หายจากการเจ็บป่วยนั้นๆ จากความหมายดังกล่าวทำให้เห็นได้ว่าพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ มีหลายลักษณะซึ่งแตกต่างกันทั้งในระยะที่ยังไม่เจ็บป่วย ในระยะที่รู้สึกไม่สบายและในระยะที่ป่วยเป็นโรคแล้ว จึงได้มีการปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเดิมที่ใช้ในการอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรค เพื่อให้สามารถนำไปใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมสุขภาพอื่นๆ ได้เหมาะสมยิ่งขึ้น

Becker และ Maiman (1975) และ Becker และคณะ (1974, 1977) ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยเพิ่มปัจจัยแรงจูงใจด้านสุขภาพ (health motivation) และปัจจัยอื่นๆ ที่จัดอยู่ในปัจจัยร่วมและปัจจัยสนับสนุน (modifying and enabling factor) รวมทั้งสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ (cues to action) มาใช้ในการอธิบายและทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วย (sick role behavior) ดังแผนภูมิที่ 2



แผนภูมิที่ 2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสำหรับใช้ทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วย

(ที่มา : Becker, Marshall H. The Health Belief Model and Sick Role Behavior, **Health Education Monograph**, Vol 2, No.4, 1974, P. 416)

ถึงแม้ว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพจะได้รับการปรับปรุงสำหรับนำไปใช้กับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลทั้งด้านการป้องกันโรค เมื่อมีอาการไม่สบาย และเมื่อสวามยกายของผู้ป่วยแล้ว แต่ Karl (1974) ยังได้เสนอแนะเพิ่มเติมว่า สำหรับพฤติกรรมการเจ็บป่วยแบบเรื้อรัง (chronic illness behavior) เช่น ผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น ซึ่งมีลักษณะแตกต่างไปจากพฤติกรรมป้องกันโรค พฤติกรรมการเจ็บป่วย และพฤติกรรมของผู้ป่วย จึงควรจะมีการพิจารณาปรับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพให้เหมาะสมเพื่อให้สามารถอธิบายพฤติกรรมดังกล่าวได้ดียิ่งขึ้น เนื่องจากพฤติกรรมการเจ็บป่วยเรื้อรังมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างกับพฤติกรรมอื่นๆ ใน 3 ประเด็นที่สำคัญคือ (1) บุคคลที่ป่วยเรื้อรังจะมีภาวะเสี่ยงปรากฏ ในขณะที่บุคคลจะรู้สึกไม่สบายดี ลักษณะดังกล่าวทำให้พฤติกรรมของผู้เจ็บป่วยเรื้อรังไม่สามารถจัดอยู่ในพฤติกรรมใดได้ โดยเฉพาะ แต่ดูเหมือนว่าจะอยู่ระหว่างพฤติกรรมป้องกันโรค และพฤติกรรมการเจ็บป่วย (2) การที่ผู้ป่วยเรื้อรังจะต้องรับการรักษาและปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาเพื่อลดภาวะเสี่ยงต่างๆ เป็นระยะเวลายาวนาน ดังนั้นการที่บุคคลซึ่งรู้สึกว่าตนสบายดีแต่ต้องมาสวามยกายผู้ป่วยในการรับการรักษา รวมทั้งการสนับสนุนจากสังคมและสถาบันต่างๆ จะน้อยมากเมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลที่ผู้ป่วยเป็นโรคเฉียบพลัน ทำให้การอธิบายพฤติกรรมของผู้ป่วยเรื้อรังในการรักษาสุขภาพจะมีลักษณะที่แตกต่างออกไป (3) แพทย์มักจะสั่งการรักษาโดยให้ผู้ป่วยเรื้อรังปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบางอย่าง เช่น เลิกสูบบุหรี่ หรือเปลี่ยนบริโภคนิสัยโดยที่แพทย์มักไม่ได้เป็นผู้ให้ความพยายามในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเรื้อรังปรับเปลี่ยนดังกล่าว ประเด็น 3 ประการข้างต้นนี้ทำให้การอธิบายพฤติกรรมของผู้ป่วยเรื้อรังในการมารับการรักษาตามนัดอย่างต่อเนื่อง การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือการลดกิจกรรมบางอย่างในชีวิต ฯลฯ จำเป็นต้องใช้กรอบแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีลักษณะที่แตกต่างจากการใช้อธิบายพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันพฤติกรรมเจ็บป่วย และพฤติกรรมของผู้ป่วยดังที่กล่าวมาแล้ว

ตามที่ได้กล่าวถึงพัฒนาการของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แสดงให้เห็นว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้ถูกปรับปรุงและพัฒนาเป็นระยะๆ โดยมีการเพิ่มปัจจัยภายนอกอื่นๆ ที่นอกเหนือจากการรับรู้หรือความเชื่อของบุคคลซึ่งเป็นปัจจัยภายใน ทั้งนี้เพื่อให้มีความสอดคล้องเหมาะสมและสามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพทั้งพฤติกรรมป้องกันโรค พฤติกรรมเจ็บป่วยและพฤติกรรมของผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น สำหรับองค์ประกอบต่างๆ ในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จะกล่าวถึงในรายละเอียดต่อไป

องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

องค์ประกอบที่สำคัญของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค และพฤติกรรมของผู้ป่วยมี 5 ประการคือ

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (perceived susceptibility)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค หมายถึง ความเชื่อหรือการคาดคะเนว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือปัญหาสุขภาพนั้นมากน้อยเพียงใด และถ้าเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยจะหมายถึงความเชื่อต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสการเกิดโรคซ้ำ และความรู้สึของผู้ป่วยว่าตนเองง่ายต่อการป่วยเป็นโรคต่างๆ

การศึกษาวิจัยเป็นจำนวนมากที่รายงานผลของความสัมพันธ์ในทางบวกระหว่างความเชื่อ ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคกับพฤติกรรมการป้องกันโรค โดยพบว่าความเชื่อเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมีความสัมพันธ์กับการไปรับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค และการไปตรวจสุขภาพเพื่อวินิจฉัยโรคตั้งแต่แรกเริ่ม เช่น โรคมะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม

สำหรับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคในผู้ป่วยพบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ป่วยตามคำแนะนำของแพทย์หรือพฤติกรรมการรักษาโรค (compliance) เช่นกัน ซึ่งมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการปฏิบัติในการรักษาโรคของบุคคล

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (perceived severity) หมายถึง ความเชื่อที่บุคคลเป็นผู้ประเมินเองในด้านความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย การก่อให้เกิดพิการ เสียชีวิต ความยากลำบากและการต้องใช้ระยะเวลาในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อนหรือมีผลกระทบต่อบทบาททางสังคมของตน ซึ่งการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่กล่าวถึง อาจมีความแตกต่างจากความรุนแรงของโรคที่แพทย์เป็นผู้ประเมิน

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ร่วมกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค จะทำให้นักลรับรู้ถึงภาวะคุกคาม (perceived threat) ของโรคว่ามีมากน้อยเพียงใด ซึ่งภาวะคุกคามนี้เป็นส่วนที่บุคคลไม่ปรารถนา และมีความโน้มเอียงที่จะหลีกเลี่ยง

3. การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับและค่าใช้จ่าย (perceived benefits and costs) เมื่อบุคคลมีความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค และมีความเชื่อว่าโรคนั้นมีความรุนแรงหรือก่อให้เกิดผลเสียต่อตนแล้ว ยังรวมถึงเวลา ความไม่สะดวกสบาย ความอาย การเสี่ยงต่อความไม่ปลอดภัย และอาการแทรกซ้อนด้วย บุคคลจะทำการประเมินค่าใช้จ่ายแล้วนำไปสัมพันธ์กับทรัพยากรที่มีอยู่หรือที่จะหามาได้ตลอดจนประสบการณ์ที่ผ่านมาเกี่ยวกับเรื่องนั้นๆ แม้บุคคลจะ

พยายามหลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคามเหล่านั้น โดยการแสวงหาการป้องกันหรือรักษาโรคดังกล่าว แต่การที่บุคคลจะยอมรับและปฏิบัติในสิ่งใดนั้นจะเป็นผลจากความเชื่อว่าวิธีการนั้นๆ เป็นทางออกที่ดีก่อให้เกิดผลดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่สุดจะทำให้ไม่ป่วยเป็นโรค หรือหายจากโรคนั้น ในขณะที่เดียวกันบุคคลจะต้องมีความเชื่อว่าค่าใช้จ่ายซึ่งเป็นข้อเสีย หรืออุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกัน และรักษาโรคจะต้องมีน้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับประโยชน์ที่จะได้รับ

4. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (health motivation)

แรงจูงใจด้านสุขภาพ หมายถึง ระดับความสนใจและความห่วงใยเกี่ยวกับสุขภาพ ความปรารถนาที่จะดำรงรักษาสุขภาพและการหลีกเลี่ยงจากการเจ็บป่วย แรงจูงใจนี้อาจเกิดจากความสนใจสุขภาพโดยทั่วไปของบุคคล หรือเกิดจากการกระตุ้นของความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ความเชื่อต่อความรุนแรงของโรค ความเชื่อต่อผลดีจากการปฏิบัติ รวมทั้งสิ่งเร้าภายนอก เช่น ข่าวสาร คำแนะนำของแพทย์ ซึ่งสามารถกระตุ้นแรงจูงใจด้านสุขภาพของบุคคลได้

แรงจูงใจสามารถวัดได้จากความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพโดยทั่วไป ความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำและการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพต่างๆ มีรายงานการวิจัยที่พบว่ามารดาของเด็กป่วยที่มีความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพโดยทั่วไปของบุตร เช่น มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของบุตร การจัดหาให้บุตรได้รับประทานวิตามิน การมีเทอร์โมมิเตอร์ไว้สำหรับวัดอุณหภูมิร่างกายของบุตร มารดาในกลุ่มนี้จะมีการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์เป็นอย่างดี และการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์จะมีการปฏิบัติในการรับประทานยา การมาพบแพทย์ ตามนัดสม่ำเสมอว่ากลุ่มที่ไม่มีความตั้งใจในเรื่องดังกล่าว (Becker, 1974)

5. ปัจจัยร่วม (modifying factors)

ปัจจัยร่วมนับเป็นปัจจัยที่มีส่วนช่วยส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคต่อการที่บุคคลจะปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค หรือการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาโรค ปัจจัยร่วมประกอบด้วยตัวแปรด้านประชากร เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติของบุคคล ตัวแปรด้านโครงสร้าง เช่น ความซับซ้อนและผลข้างเคียงของการรักษา ลักษณะของความยากง่ายของการปฏิบัติตามการให้บริการ ตัวแปรด้านปฏิสัมพันธ์ เช่น ชนิด คุณภาพ ความต่อเนื่องและความสม่ำเสมอของความสัมพันธ์ ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการและตัวแปรด้านสนับสนุน (กล่าวในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสำหรับพฤติกรรมของผู้ป่วย) หรือสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (cues to action กล่าวในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสำหรับพฤติกรรมการป้องกันโรค) ได้แก่ สิ่งกระตุ้น (trigger) ที่นำไปสู่การปฏิบัติที่เหมาะสม ตัวแปรเหล่านี้อาจเป็นสิ่งที่อยู่ภายในตัวบุคคล เช่น อาการไม่สบาย เจ็บปวด

อ่อนเพลียที่เกิดขึ้น ในตัวบุคคลนั้นเองหรือเป็นสภาวะภายนอกที่มากระตุ้น เช่น การรณรงค์หรือข่าวสารจากสื่อมวลชน คำแนะนำที่ได้จากเจ้าหน้าที่เพื่อนหรือผู้อื่น แหล่งหรือผู้ให้คำแนะนำ บัตรนัดหรือไปรษณียบัตรเตือน การเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว แรงกดดันหรือแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น

สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติหรือตัวกระตุ้น จะต้องเกิดขึ้นสอดคล้องเหมาะสมกับพฤติกรรม ระดับความเข้มของสิ่งกระตุ้นที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสมแตกต่างกันไปตามระดับความพร้อมด้านจิตใจของบุคคลที่จะแสดงพฤติกรรม คือถ้ามีความพร้อมด้านจิตใจน้อย จำเป็นต้องอาศัยสิ่งชักนำมาก แต่ถ้ามีความพร้อมด้านจิตใจสูงอยู่แล้วจะต้องการสิ่งกระตุ้นเพียงเล็กน้อยเท่านั้น

แนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยสรุปได้อธิบายพฤติกรรมของบุคคลในการที่จะปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค และการรักษาโรคว่าบุคคลจะต้องมีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค รับรู้ต่อความรุนแรงของโรค ซึ่งการรับรู้นี้จะผลักดันให้บุคคลหลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคามของโรค โดยการเลือกวิธีการปฏิบัติที่ดีที่ที่สุดด้วยการเปรียบเทียบประโยชน์ที่จะได้รับการปฏิบัติกับผลเสีย ค่าใช้จ่ายหรืออุปสรรคที่จะเกิดขึ้น นอกจากนี้แรงจูงใจด้านสุขภาพ และปัจจัยร่วมอื่นๆ เช่น ตัวแปรด้านประชากร โครงสร้างปฏิสัมพันธ์และสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ นับเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติสุขภาพของบุคคลนั้นๆ

การนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไปใช้

ตามที่ได้กล่าวมาแล้วว่า การปฏิบัติของบุคคลในการป้องกันโรค หรือการให้ความร่วมมือในการรักษาโรคหรือไม่นั้นจะขึ้นอยู่กับความเชื่อด้านสุขภาพ แรงจูงใจ และปัจจัยร่วมที่ชักนำหรือสนับสนุนให้เกิดการปฏิบัติ ดังนั้นการจัดโครงการสาธารณสุขสำหรับประชากรหรือผู้ป่วยที่มุ่งให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องนั้น จำเป็นต้องมีการสำรวจหรือตรวจสอบความเชื่อด้านสุขภาพที่มามีอยู่เดิมของบุคคลก่อน ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ความรุนแรงของโรค ประโยชน์และค่าใช้จ่ายหรืออุปสรรคของการปฏิบัติทางด้านสุขภาพในเรื่องนั้น ตลอดจนแรงจูงใจด้านสุขภาพและปัจจัยอื่น ๆ ที่มีส่วนกระตุ้นการปฏิบัติของบุคคล หลังจากนั้นจึงจัดโปรแกรมสุขภาพที่มีเนื้อหาและกระบวนการมุ่งส่งเสริมบุคคลให้มีความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ความเชื่อต่อความรุนแรงของโรค ความเชื่อต่อประโยชน์ที่จะได้รับการปฏิบัติตามคำแนะนำร่วมกับการปรับปรุงรูปแบบของโครงการสาธารณสุข นั้นๆให้มีความสะดวกลดขั้นตอนที่ยุ่งยาก หลีกเลี่ยงการทำให้ผู้รับบริการเกิดความรู้สึกกลัวอาย หรือต้องเสียค่าใช้จ่ายต่างๆ มากเกินไป การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการ เพื่อให้เกิดความพึง

พอใจต่อการบริการและการเลือกสิ่งชักนำที่จะเป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ดีขึ้น เช่น แรงสนับสนุนจากญาติหรือกลุ่มเพื่อน การทำข้อตกลงระหว่างผู้รับบริการกับเจ้าหน้าที่ (patient provider contract) การให้บัตรนัด การส่งไปรษณียบัตรเตือน ฯลฯ ซึ่งได้มีการนำแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไปใช้การศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลองเป็นจำนวนมาก ที่ให้ผลสนับสนุนว่าการจัดรูปแบบโครงการส่งเสริมสุขภาพหรือโปรแกรมสุขภาพตามกรอบแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสามารถส่งเสริมให้ประชาชนหรือผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการป้องกันโรค หรือร่วมมือปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาโรคได้ดียิ่งขึ้น

นอกจากนี้ยังมีการนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไปศึกษากับพฤติกรรมการป้องกันโรคและพฤติกรรมการรักษาโรคต่างๆ อีกเป็นจำนวนมาก เช่น พฤติกรรมการตรวจมะเร็งปากมดลูก พฤติกรรมการป้องกันกามโรค โรคไข้เลือดออก พฤติกรรมการปฏิบัติในการรักษาโรคเบาหวาน โรคข้อเข่าเสื่อม เป็นต้น ซึ่งส่วนใหญ่ให้ผลสนับสนุนตามแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามที่ได้กล่าวมาแล้ว

2.2 ทฤษฎีความสามารถตนเอง (Self-Efficacy Theory)

ผู้ศึกษาค้นคว้าและพัฒนาทฤษฎีความสามารถตนเองคือ Albert Bandura เป็นนักจิตวิทยาชาวอเมริกัน ซึ่งได้ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์ตามแนวทฤษฎีของ Skinner ในระยะแรก Bandura สนใจเรื่องตัวแบบเขาได้รายงานเกี่ยวกับความเชื่อของบุคคลในเรื่องความสามารถที่จะกระทำการสิ่งใดสิ่งหนึ่งด้วยความสามารถของตนเองเรียกว่า "ทฤษฎีความสามารถตนเองของ แบนดูรา" (Bandura's Self-Efficacy Theory) Bandura (1977 : 191-215) ได้เสนอแนะทฤษฎีนี้ให้บุคคลที่มีความเชื่อในความสามารถของตนเอง ซึ่งจะมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในเรื่องใดเรื่องหนึ่งได้

พื้นฐานแนวความคิดที่เกี่ยวกับความสามารถของตนเองนั้น แบนดูรา เชื่อว่าในการศึกษาพฤติกรรมของมนุษย์ จะต้องวิเคราะห์เงื่อนไขและสิ่งเร้าที่จะมาเสริมแรงให้ เงื่อนไขนั้นขึ้นอยู่กับพฤติกรรมการเรียนรู้ของมนุษย์ จากกระบวนการเรียนรู้ขององค์ประกอบหลายอย่างโดยมีพันธุกรรม สภาพแวดล้อม สังคม ประสบการณ์ ความสามารถเฉพาะตัวของบุคคล ผสมผสานกันจนยากแก่การตัดสินว่า พฤติกรรมนั้น ๆ เกิดจากสิ่งใดสิ่งหนึ่งโดยเฉพาะ สาเหตุของพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจึงมีลักษณะความสัมพันธ์แบบกำหนดอาศัยซึ่งกันและกัน (Reciprocal determinism) ระหว่างตัวแปร 3 กลุ่มคือ

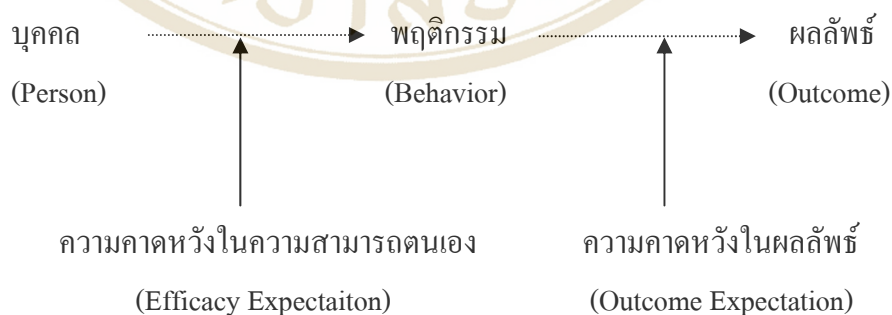
1. ปัจจัยส่วนบุคคล (personal factor = P)
2. เงื่อนไขเชิงพฤติกรรม (behavior condition = B)
3. เงื่อนไขเชิงสภาพแวดล้อม (environmental condition = E)

ซึ่งสามารถแสดงให้เห็นเข้าใจเด่นชัดขึ้นตามรูป



แผนภูมิที่ 3 แสดงโครงสร้างความสัมพันธ์ระหว่าง 3 องค์ประกอบ ซึ่งเป็นตัวกำหนดที่มีอิทธิพลเชิงเหตุผลซึ่งกันและกัน

จากแนวคิดที่กล่าวมาข้างต้น แบนคูราได้พัฒนาและทดสอบทฤษฎีความสามารถตนเอง (Self-Efficacy Theory) โดยมีสมมติฐานของทฤษฎีคือ ถ้าบุคคลสามารถคาดหวังหรือมีความเชื่อในความสามารถของตนเองโดยทราบว่าจะต้องทำอะไรบ้าง และเมื่อทำแล้วจะได้ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้ บุคคลนั้นก็จะปฏิบัติตามดังกล่าว โครงสร้างที่สำคัญของทฤษฎีมีดังนี้



แผนภูมิที่ 4 แสดงโครงสร้างที่สำคัญของทฤษฎีความสามารถตนเอง

จากโครงสร้างของทฤษฎี แสดงให้เห็นส่วนประกอบที่สำคัญของทฤษฎีคือ

1. ความคาดหวังในความสามารถ (Efficacy Expectation) เปรียบเสมือนความหมาย ความคาดหวังในความสามารถว่า เป็นความเชื่อของบุคคลที่ว่าตนสามารถทำพฤติกรรมต่างๆ ที่กำหนดไว้ได้ เพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการ เป็นความหวังที่เกิดขึ้นก่อนกระทำพฤติกรรม

2. ความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome Expectation) หมายถึง ความเชื่อที่บุคคล ประเมินค่าถึงพฤติกรรมเฉพาะอย่างที่จะปฏิบัติ จะนำไปสู่ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้เป็นการ คาดหวังในผลที่จะเกิดขึ้นที่สืบเนื่องจากพฤติกรรมที่ได้ทำ

จากรูปแบบนี้ บุคคลจะกระทำพฤติกรรมหนึ่งหรือไม่ขึ้นอยู่กับความคาดหวังว่า เมื่อกระทำพฤติกรรมนั้นจะได้รับผลที่ต้องการหรือไม่ และความคาดหวังว่าเขามีความสามารถที่จะ กระทำพฤติกรรมนั้นหรือไม่ เนื่องจากมนุษย์เรียนรู้ว่าการกระทำใดนำไปสู่ผลลัพธ์ใด แต่ ความสามารถของมนุษย์แต่ละคน ที่จะกระทำกิจกรรมต่างๆ มีขีดจำกัดไม่เท่ากัน ดังนั้นการที่บุคคล จะตัดสินใจว่าจะกระทำพฤติกรรมใดหรือไม่ ขึ้นอยู่กับความคาดหวังเกี่ยวกับ ความสามารถของตนเอง และอีกส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับความคาดหวังเกี่ยวกับผลของการกระทำที่จะ เกิดขึ้นซึ่งความคาดหวังทั้ง 2 ส่วนนี้มีความสัมพันธ์กันดังแสดงในแผนภูมิที่ 5

ความคาดหวังในผลของการกระทำ

สูง

ต่ำ

ความคาดหวัง
ในความสามารถ
ของตนเอง

สูง

ต่ำ

มีแนวโน้มที่จะทำ แน่นอน	มีแนวโน้มที่จะไม่ ทำ
มีแนวโน้มที่จะไม่ ทำ	มีแนวโน้มที่จะไม่ ทำแน่นอน

แผนภูมิที่ 5 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังในความสามารถของตนเอง และความ คาดหวังในผลของการกระทำที่มีผลต่อการตัดสินใจกระทำพฤติกรรมของบุคคล

จากแผนภูมิที่ 5 จะเห็นความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังในความสามารถของตนเองกับความคาดหวังในผลของการกระทำที่จะเกิดขึ้นได้ว่า ถ้าบุคคลมีความคาดหวังในความสามารถของตนเองสูง และมีความคาดหวังในผลของการกระทำสูงเช่นเดียวกัน บุคคลจะมีแนวโน้มที่จะตัดสินใจกระทำพฤติกรรมนั้นแน่นอน ในทางตรงกันข้าม ถ้าบุคคลมีความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนเองต่ำ และมีความคาดหวังในผลของการกระทำต่ำด้วย หรือมีความคาดหวังส่วนใดส่วนหนึ่งต่ำ บุคคลนั้นจะมีแนวโน้มที่จะตัดสินใจไม่กระทำพฤติกรรมนั้น

ยิ่งไปกว่านั้น แบนดูรายังได้กล่าวถึง บุคคลที่มีความคาดหวังในความสามารถของตนเองสูงอีกว่า บุคคลเหล่านี้มักจะมีความคาดหวังในผลการกระทำที่สูงอีกด้วย ในขณะที่บุคคลที่มีความคาดหวังในความสามารถของตนเองในระดับต่ำ จะมีความคาดหวังในผลการกระทำในระดับปานกลางหรือต่ำเช่นกัน

ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในผลการกระทำนั้น ไม่สามารถจะแยกจากกันได้อย่างเด็ดขาด เพราะบุคคลจะมองผลของการกระทำที่เกิดขึ้นว่าเป็นสิ่งแสดงถึงความเหมาะสมพอเพียงของพฤติกรรมที่ได้กระทำไป และยังเป็นสิ่งที่ช่วยในการตัดสินใจอีกว่า จะกระทำพฤติกรรมนั้น หรือพฤติกรรมอื่นใดต่อไปอีกหรือไม่ และถ้าเราสามารถควบคุมตัวแปรต่างๆ ในการวิเคราะห์ผลทางสถิติแล้วจะพบว่า ความคาดหวังในความสามารถของตนเองจะเป็นตัวทำนายแนวโน้มการกระทำพฤติกรรมได้ดีกว่าความคาดหวังในผลการกระทำ

โดยสรุปทฤษฎีความสามารถตนเอง มีหลักการมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม เมื่อบุคคลมีทักษะที่จะปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสมและมีกำลังใจอย่างเพียงพอ ความคาดหวังในความสามารถจึงเป็นสิ่งที่สำคัญที่จะทำนายหรือตัดสินใจว่า บุคคลจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและปฏิบัติตัว ตามคำแนะนำอย่างต่อเนื่องต่อไป

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความคาดหวัง เกี่ยวกับความสามารถของตนเอง แบนดูรา กล่าวว่าความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของบุคคล พัฒนามาจากปัจจัยหลัก 4 ประการ ดังนี้ (Bandura, 1977 a : 104)

1. ความสำเร็จในการกระทำ (performance accomplishment) เป็นประสบการณ์ตรงจึงมีผลต่อความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของบุคคลอย่างมาก ความสำเร็จในการกระทำจะเป็นตัวเพิ่มความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของบุคคล และการไม่ประสบผลสำเร็จในการกระทำหลายครั้งซ้ำกันจะเป็นตัวลดความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตน ในกรณีที่ความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถเกิดจากการประสบความสำเร็จหลายครั้งจะทำให้บุคคลไม่ท้อถอย

ในการทำงานนั้น เมื่อไม่ประสบความสำเร็จในบางครั้ง ถ้าการไม่ประสบความสำเร็จนั้นสามารถแก้ไขความผิดพลาดด้วยความพยายาม ก็จะเป็นแรงเสริมในการทำงานต่อไป แม้งานจะยากเพียงใด บุคคลจะเพิ่มความพยายามเพื่อให้งานนั้นสำเร็จ

2. การได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่น (vicarious experience) เป็นสิ่งแนะหรือต้นแบบที่บุคคลนำมาพิจารณาความสามารถของตน เมื่อบุคคลสังเกตเห็นผู้อื่นได้รับความสำเร็จในการทำงานยาก โดยไม่มีผลเสียตามมา ทำให้เกิดความคาดหวังว่า ตนก็สามารถทำงานนั้นได้ถ้าตั้งใจและพยายาม โดยเฉพาะอย่างยิ่งอยู่ในวัยเดียวกัน เพศเดียวกัน ความสามารถและประสบการณ์ในอดีตไม่แตกต่างกัน

3. การชักจูงด้วยคำพูด (verbal persuasion) เป็นการรับเอาคำแนะนำชักจูงของผู้อื่นมาเป็นข้อมูล เพื่อพิจารณาความสามารถของตน ทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นว่าตนมีความสามารถที่จะทำงานได้สำเร็จ ถึงแม้ว่าจะเคยทำงานไม่สำเร็จมาแล้วเป็นการเพิ่มกำลังใจและความมั่นใจ วิธีนี้เป็นวิธีที่ใช้กันอย่างกว้างขวาง ซึ่งเป็นประโยชน์อย่างมากวิธีหนึ่งในกรณีที่ไม่สามารถสาธิตให้ดูหรือไม่สามารถให้ลองทำเองได้ด้วยตนเอง

4. ความตื่นตัวของอารมณ์ (emotional arousal) บุคคลจะรับรู้ว่าคุณตื่นตัวมีความวิตกกังวลหรือความกลัว จากอาการกระตุ้นของร่างกาย ในสภาวะที่ร่างกายถูกกระตุ้นมากจะทำให้การทำงานได้ผลไม่ดี หากบุคคลรับรู้ว่าคุณมีความวิตกกังวลในระดับสูง บุคคลจะคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนในการทำงานนั้นระดับต่ำ แต่ให้การปลุกเร้าความรู้สึกอยากจะทำด้วยตนเองด้วยความสำนึกในตนเองอย่างแท้จริง

แบนดูรา (Bandura 1977 : 84-85) ได้เสนอแนวคิดเพิ่มเติมว่า ความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของบุคคล อาจแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับมิติ (dimension) 3 มิติคือ

1. มิติตามระดับความคาดหวัง (magnitude) หมายถึง ระดับความคาดหวังของบุคคลในการจะกระทำการสิ่งต่างๆ ซึ่งจะผันแปรตามความยากง่ายของงานที่จะต้องทำบุคคลที่มีความคาดหวังในความสามารถตนเองต่ำหรือขีดความสามารถจำกัด ทำงานได้เฉพาะเรื่องที่ยากๆ ถ้ามอบหมายให้ทำกิจกรรมที่ยากเกินความสามารถก็จะพบความล้มเหลว ดังนั้นการมอบหมายงานต้องพิจารณาไม่ให้ยากเกินความสามารถ ควรเป็นงานที่มีความยากระดับปานกลาง

2. มิติความเข้มแข็งของความมั่นใจ (strength) หมายถึง ความสามารถที่จะพิจารณาตัดสินใจความเป็นไปได้ในความสามารถของบุคคลที่จะปฏิบัติงาน โดยใช้กระบวนการ 2 ขั้นตอนประการแรกคือ การมอบหมายรายการกิจกรรมที่จะปฏิบัติ ซึ่งจะสะท้อนทำให้มองเห็น

ระดับความยากง่ายของแต่ละกิจกรรม ประการที่สองคือ ให้ได้ชักถามถึงแนวทางรูปแบบของกิจกรรมเหล่านั้น

3. มิติความเป็นสากล (generality) เป็นความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนในการนำไปปฏิบัติ ในสถานการณ์นั้นซึ่งประสบการณ์การปฏิบัติงานบางอย่างก่อให้เกิดความสามารถ ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์อื่นที่คล้ายกัน แต่ในปริมาณที่แตกต่างกันได้ ประสบการณ์บางอย่างไม่ทำให้ความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถนำไปใช้ในสถานการณ์อื่นได้

แบนดูรา (Bandura 1977 : 22-27) ได้กล่าวถึงกระบวนการเรียนรู้ของมนุษย์ว่าเป็นกระบวนการที่สลับซับซ้อนมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องของพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจากการเรียนรู้จากตัวแบบเป็นส่วนใหญ่ การที่บุคคลได้เห็นพฤติกรรมที่แปลกใหม่และเหมาะสมจากผู้อื่นจะช่วยชี้แนะการกระทำของเขาได้ ในกระบวนการเรียนรู้ทางสังคม ตัวแบบจะเป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการเรียนรู้มาก กระบวนการเรียนรู้จากตัวแบบนี้อาจกล่าวได้ว่าเป็นกระบวนการเรียนรู้โดยการสังเกต (observational learning) ซึ่งแตกต่างจากการเลียนแบบ (imitation) และการถือคนตามแบบ (identification) โดยที่การเลียนแบบมีความหมายแคบกว่าคือ หมายถึง การลอกเลียนแบบการตอบสนองเท่านั้น ส่วนการถือคนตามแบบมีความหมายกว้างกว่า หมายถึง การรับเอาแบบแผนการประพฤติปฏิบัติของตัวแบบมาทั้งหมด

การเสนอตัวแบบ

การเสนอตัวแบบเสนอได้ 2 รูปแบบคือ

1. การเสนอตัวแบบจากชีวิตจริง (live model) การเสนอตัวแบบวิธีนี้เป็นการให้ผู้สังเกตได้เห็นตัวแบบในสภาพการณ์จริง ซึ่งมีข้อดีคือ ตัวแบบสามารถเพิ่มเติมหรือปรับปรุงพฤติกรรม เพื่อให้การแสดงพฤติกรรมชัดเจน หรือเหมาะสมกับสภาพการณ์มากยิ่งขึ้น การเสนอตัวแบบวิธีนี้ช่วยให้ผู้สังเกตเกิดความสนใจในตัวแบบ และลอกเลียนพฤติกรรมของตัวแบบได้ดีกว่าการเสนอตัวแบบวิธีอื่น (Bandura 1969 : 178-186) แต่การเสนอตัวแบบวิธีนี้ต้องระมัดระวังเรื่องการควบคุมผลรวม เพราะอาจมีเหตุการณ์ที่ไม่ได้คาดไว้ล่วงหน้าเกิดขึ้น ทำให้ตัวแบบไม่ได้รับผลกรรมที่พึงพอใจตามที่ควรได้รับ

2. การเสนอตัวแบบในรูปสัญลักษณ์ (symbolic model) การเสนอตัวแบบลักษณะนี้ได้แก่ การเสนอตัวแบบจากภาพยนตร์ วิดีโอเทป เทปบันทึกเสียง หนังสือ หุ่นกระบอก หรือการ์ตูน ฯลฯ ซึ่งเตรียมเรื่องราวของตัวแบบไว้เรียบร้อยแล้ว ทำให้มีผลดีในการที่จะเน้น

จุดสำคัญของการแสดงพฤติกรรมและยังสามารถควบคุมพฤติกรรม และผลกระทบของตัวแบบได้ ทั้งยังสามารถเก็บไว้ใช้ในการให้ตัวแบบครั้งต่อไปได้ และยังสามารถใช้ได้ทั้งบุคคลคนเดียวหรือกลุ่มบุคคลได้

การเสนอแม่แบบในลักษณะเทปโทรทัศน์

แบนดูรา (Bandura 1977 : 40-51) ได้แบ่งแม่แบบไว้ 2 ชนิด คือ ตัวแบบที่เป็นชีวิตจริง (live model) และตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ (symbolic model) ซึ่งสามารถแสดงออกมาได้หลายรูปแบบ เช่น ทางคำพูด การเขียนรูปภาพหรือหลายๆ รูปแบบของสัญลักษณ์รวมกันเป็นแม่แบบอันหนึ่ง การเสนอในลักษณะของรูปภาพอาจเสนอเป็นภาพยนตร์ วิดีโอเทป สไลด์ หรือ โสตทัศนูปกรณ์อื่นๆ ซึ่งปัจจุบันสื่อมวลชนประเภทโทรทัศน์มีอิทธิพลต่อรูปแบบของพฤติกรรมของมนุษย์มาก เพราะชีวิตมนุษย์ต้องเกี่ยวข้องกับสื่อมวลชนต่างๆ อยู่ตลอดเวลา การสื่อสารโดยทางคำพูดมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลน้อยกว่าการสื่อสารโดยใช้โสตทัศนูปกรณ์ทางด้านจิตวิทยาการเรียนรู้ โสตทัศนูปกรณ์มีคุณค่าดังนี้ (สำเภา วรารุณ 2514 : 5-9)

1. ทำให้ผู้เรียนเกิดความสนใจและต้องการเรียนในสิ่งใหม่ๆ มากขึ้น เช่น การคิดริเริ่ม สร้างสรรค์ การจินตนาการ ทักษะการแก้ปัญหาและความซาบซึ้งในคุณค่า
2. ทำให้ผู้เรียนมีมีโนภาพเริ่มแรกอย่างถูกต้องสมบูรณ์ และก่อให้เกิดความคิดรวบยอด อีกทั้งยังมีอิทธิพลต่อเจตคติของผู้เรียนด้วย
3. ช่วยเร้าให้ผู้เรียนเกิดความพอใจและช่วยให้ทำกิจกรรมด้วยตนเอง

ส่วนที่ 3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ซึ่งได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไตเรื้อรัง การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคไตเรื้อรัง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต การรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตมีดังต่อไปนี้

ฮวง จิน (2539: บทคัดย่อ) ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจีน ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน เพื่อศึกษาความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจีนที่เป็นโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน และศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างตัวแปรทั้งสองตัว กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุ 81 คน ที่มาตรวจรักษาที่คลินิก เบาหวานที่โรงพยาบาลที่เป็นแหล่งศึกษาแห่งที่ 1 และแห่งที่ 2 ของมหาวิทยาลัยการแพทย์ฮูหนาน เมืองชางซา สาธารณรัฐประชาชนจีน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้เครื่องมือประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน (แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน) ผลการศึกษาพบว่าความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิต

จตุรงค์ ประดิษฐ์ (2540) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกำแพงเพชร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับบริการที่คลินิกโรคเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกำแพงเพชร จำนวน 248 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ความเชื่อด้านสุขภาพและแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเอง ผลการวิจัย พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพรายด้านกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการดูแลตนเอง การรับรู้ถึงอุปสรรคในการดูแลตนเอง แรงจูงใจด้านสุขภาพและปัจจัยร่วม (ปัจจัยทางสังคม) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน

ดาวรุ่ง สุภากรณ์ (2540) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความหวัง การรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลรัฐบาลในเขตกรุงเทพมหานคร ได้แก่ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลวชิรพยาบาล โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลรามารับดี โรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลสงฆ์ และโรงพยาบาลตากสิน จำนวน 140 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ แบบสอบถามความหวัง แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความ สัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมการปฏิบัติ

ตนด้านสุขภาพของผู้ป่วยไตวาย เรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สุรศักดิ์ ธรรมเป็นจิตต์ (2541) ศึกษาการประยุต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลสกลนคร จังหวัดสกลนคร การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษา ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โดยประยุต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพด้วยการจัดกิจกรรมกลุ่มกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มารับบริการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลสกลนคร ระหว่างเดือนตุลาคม 2540 ถึงเดือนมีนาคม 2541 ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการปฏิบัติตน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรคแทรกซ้อน การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติ และพฤติกรรมควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย ถูกต้องมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและถูกต้องมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่าระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าของกลุ่มทดลองมีระดับ ลดลงจากก่อนได้รับโปรแกรมและลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นพรัตน์ เจริญกิจ (2542) ศึกษา การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ และอำนาจการทำนายการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และปัจจัยส่วนบุคคล ที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี หรือมากกว่า จำนวน 160 คน มารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลบางแพ, โรงพยาบาลเจ็ดเสมียน โรงพยาบาลจอมบึง และโรงพยาบาลวัดเพลง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ เครื่องมือที่ใช้ ในการวิจัย คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถตนเอง แบบสัมภาษณ์ ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคอาหาร และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมบริโภค ผลการวิจัย พบว่าการรับรู้ความสามารถตนเอง ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย และความคาดหวังในผลลัพธ์ สามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้ ร้อยละ 31.8

วิชชุดา เจริญกิจการ (2542) การศึกษาการรับรู้ความสามารถของตนเองและอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกาย ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โดยใช้วิธีวิจัยเชิงบรรยาย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญจากผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชบุรี โรงพยาบาล ดำเนินสะดวก ตำบลหัวโพ ตำบลคอนเซ่ง ตำบลคอนคลัง ตำบลบางตะโหนดและตำบลบ้านสิงห์ จำนวน 120 ราย โดยการสัมภาษณ์อย่างมีโครงสร้าง ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการออกกำลังกาย อิทธิพลระหว่างบุคคลและเพศสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุได้ ร้อยละ 49 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สิริรัตน์ เงามสมสกุล (2543) ได้ศึกษาปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้ความสามารถต่อพฤติกรรมการออกกำลังกาย ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจภายหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจหรือ การผ่าตัดต่อหลอดเลือดจำนวน 120 คน จากการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจงที่คลินิกโรคหัวใจ ศูนย์โรค หัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ และแผนกศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง ระหว่างเดือนมีนาคมจนถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ.2543 ผลการศึกษาพบว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายคือ การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการออกกำลังกายมีอิทธิพลตรงทางบวกสูงสุดต่อพฤติกรรมการออกกำลังกาย รองลงมาคือการรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกาย

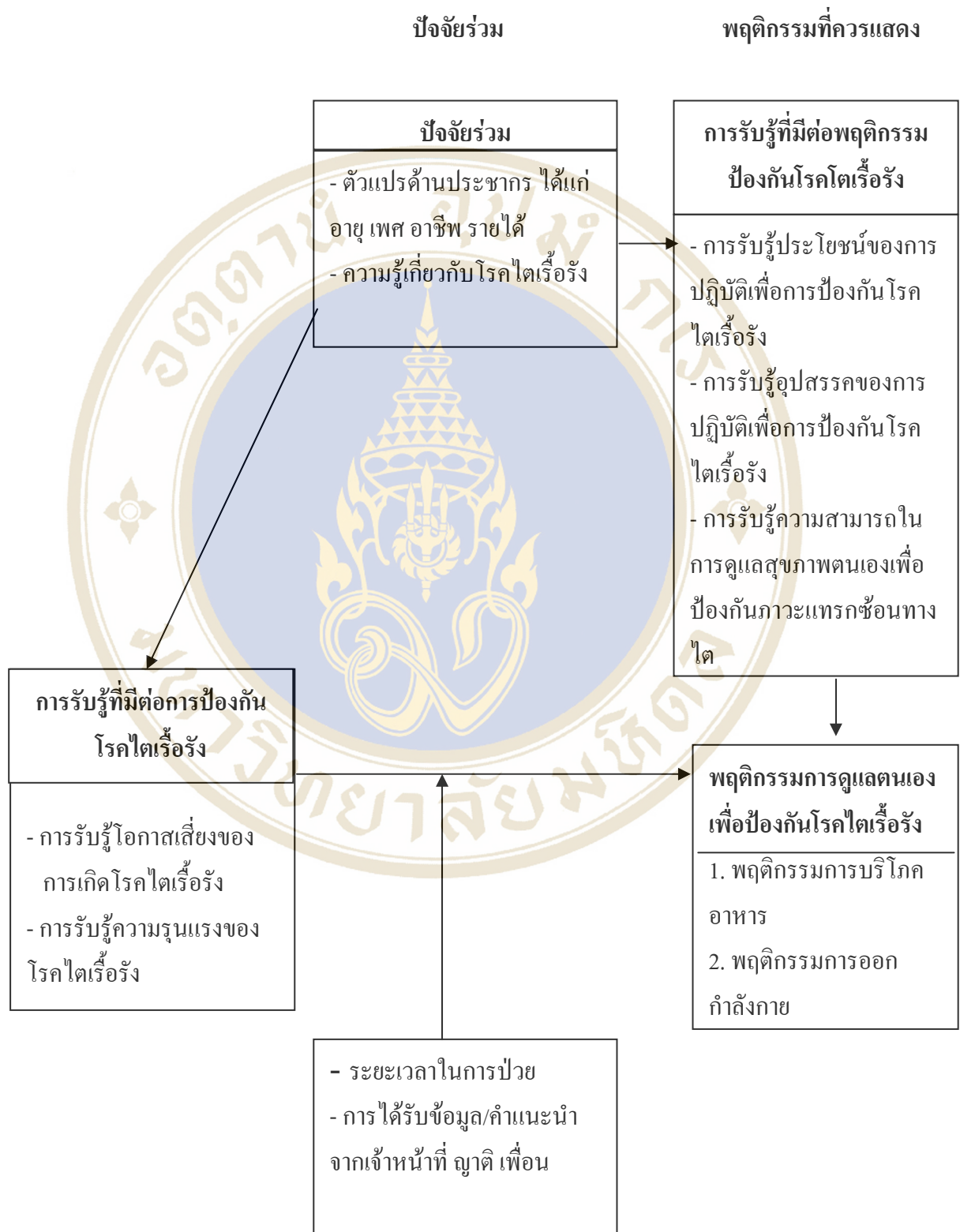
ยุวเรศ ไสสีสูบ (2543) ศึกษาการรับรู้ความสามารถของตนเองและอิทธิพลด้านสถานการณ์ต่อพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นนี้เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ จำนวน 145 ราย ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ความสามารถของตนเองและอิทธิพลด้านสถานการณ์ต่อพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ระหว่างเดือนมีนาคมถึงเดือนเมษายน 2543 ผลการ วิจัยพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองและความสามารถในการออกกำลังกายสามารถทำนายพฤติกรรมการ ออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้ร้อยละ 35.06

รัชนิย์ ไกรยศรี (2543) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ บุคลิกภาพที่เข้มแข็งและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อมั่นด้านสุขภาพ บุคลิกภาพที่เข้มแข็งและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างได้แก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองจำนวน 180 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบ สอบถาม 3 ชุด ได้แก่ แบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพ แบบวัดบุคลิกภาพที่เข้มแข็ง และแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเอง ผลการวิจัยพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตามแผนการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตามแผนการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แรงจูงใจด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ทับทิม ปัตตะพงศ์ (2545) ศึกษาการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของวัยรุ่นตอนกลางในกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นแบบแบ่งชั้นจากเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 อายุระหว่าง 14-16 ปี ซึ่งมีประสบการณ์ในการควบคุมน้ำหนักตัวจากโรงเรียนมัธยมศึกษา 7 โรงเรียน สังกัดกรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ ในกรุงเทพมหานคร จำนวน 180 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคและแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง และรายได้ครอบครัวสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของวัยรุ่นตอนกลางได้ร้อยละ 62.2

จากการศึกษาแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยข้างต้น สรุปได้ว่าการที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมใดออกมา บุคคลนั้นจะต้องมีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและมีการรับรู้ความสามารถตนเองในการแสดงพฤติกรรมนั้น ซึ่งองค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพดังกล่าวประกอบด้วย การรับรู้ต่อโรค ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ที่มีต่อการกระทำพฤติกรรม ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อการป้องกัน แรงจูงใจและปัจจัยร่วมในการแสดงพฤติกรรม โรคไตเรื้อรังเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่เหมาะสมเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวได้ ผู้วิจัยจึงนำทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการรับรู้ความสามารถตนเอง มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาแบบแผนพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งผลของการศึกษาดังกล่าวจะนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนจัดกิจกรรมสุขภาพที่เหมาะสมให้แก่ผู้ป่วยเบาหวานในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตต่อไป

กรอบแนวคิดในการวิจัย



แผนภูมิที่ 6 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ที่มีต่อโรคไตเรื้อรัง การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการเกิดโรคไตเรื้อรัง การรับรู้ที่มีต่อการกระทำพฤติกรรม ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต และการรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการรักษาที่โรงพยาบาลราชวิถี โดยมีวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

1. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research)

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรในการวิจัย ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวาน และยังไม่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะแทรกซ้อนทางไตมาก่อน เป็นผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่คลินิกเฉพาะโรคเบาหวาน โรงพยาบาลราชวิถี

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งยังไม่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะแทรกซ้อนทางไตมาก่อน เป็นผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่คลินิกเฉพาะโรคเบาหวาน โรงพยาบาลราชวิถี ซึ่งการได้มาของกลุ่มตัวอย่างมีขั้นตอนดังนี้

1) กำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างแบบง่ายของ Daniel (Wayne W. Daniel, 1995: 180) และใช้อัตราความชุกของโรคจากการสำรวจของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ปี พ.ศ.2546 พบว่ามีผู้ป่วยไตวายเรื้อรังจากเบาหวาน ร้อยละ 34 การคำนวณขนาดตัวอย่าง ได้ดังนี้

$$\begin{aligned}
 n &= \frac{z^2 pq}{d^2} \\
 n &= \text{ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้} \\
 p &= \text{เป็นค่าจากตาราง z ที่ระดับ } \alpha = 0.05 \\
 &\quad (\text{เมื่อทดสอบ 2 ทางใช้ } z / 2) \\
 &= 1.96 \\
 P &= \text{ความชุกของการเกิดโรคไตจากเบาหวาน จากการรายงานของ} \\
 &\quad \text{สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ปี พ.ศ.2546 พบร้อยละ 34} \\
 &= 0.34 \\
 Q &= 1-p \\
 D &= \text{ค่าความผิดพลาดสูงสุดระหว่างสัดส่วนของตัวแปรที่สนใจ} \\
 &\quad \text{ศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง} \\
 &= 0.05 \\
 \text{แทนค่า } n &= \frac{(1.96)^2(0.34)(1-0.34)}{(0.05)^2} \\
 &= 346 \text{ คน}
 \end{aligned}$$

จากการคำนวณได้จำนวนตัวอย่าง 346 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล หรือการผิดพลาดจากการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 350 คน

2) กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่าง เพื่อเป็นหน่วยในการศึกษาดังนี้

2.1) เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเบาหวานเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้

2.1.1) เป็นผู้ป่วยเบาหวานทั้งเพศชายและหญิง

2.1.2) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นเบาหวานชนิดที่สอง

2.1.3) ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคไตเรื้อรัง

2.1.4) ยินยอมให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์

2.2) เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเบาหวานออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้

2.2.1) ผู้ป่วยที่แพทย์ตรวจและให้การรักษาในโรงพยาบาล (ผู้ป่วยใน)

2.2.2) ระหว่างสัมภาษณ์ผู้ป่วยรู้สึกอึดอัดไม่สบายใจและขอยุติการให้ข้อมูล

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้เป็นแบบสัมภาษณ์ ซึ่งแบ่งเป็น 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลด้านประชากรและผลการตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ข้อมูลด้านประชากรประกอบด้วยข้อความจำนวน 15 ข้อ ลักษณะเป็นคำถามแบบเลือกตอบและแบบปลายเปิด เกี่ยวกับผลการตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพศ อายุ การนับถือศาสนา สถานภาพสมรส ลักษณะการอยู่อาศัยกับบุคคลในครอบครัว ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้/ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาที่ป่วยเป็นเบาหวาน ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว การได้รับความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังจากเบาหวาน แหล่งความรู้ที่ได้รับสิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาล พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และแหล่งอาหารที่ผู้ป่วยเบาหวานรับประทาน

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง ประกอบด้วยข้อความจำนวน 6 ข้อ เป็นคำถามแบบเลือกตอบโดยให้ผู้สัมภาษณ์อ่านข้อความให้ผู้ป่วยฟังและให้ผู้ป่วยตอบคำถามตามการรับรู้ของผู้ป่วย มีค่าคะแนนที่เป็นไปได้เท่ากับ 0-18 คะแนน

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสัมภาษณ์การรับรู้การดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยเบาหวาน แบ่งเป็นรายด้าน 5 ด้านคือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง การรับรู้ผลประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง และการรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต ข้อคำถามเป็นคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกและความคิดเห็น มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 11 ระดับ จาก

0 ถึง 10 ซึ่งลักษณะคำถามมีทั้งด้านบวกและด้านลบ การตอบคำถามให้ผู้ตอบเลือกระดับคะแนนตามความรู้สึกหรือความคิดเห็นของผู้ตอบที่มีต่อข้อความแต่ละข้อ โดยคะแนนที่เลือกตอบมีดังนี้

น้อยที่สุด
➔
 มากที่สุด

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ถ้าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ป่วยมากที่สุด ให้ตอบ 10 และลดระดับตัวเลขลงมา
เป็น 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0
ตามระดับความรู้สึกของผู้ป่วย หรือ

ถ้าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ป่วยน้อยที่สุด ให้ตอบ 0 และเพิ่มระดับตัวเลขขึ้น
เป็น 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
ตามระดับความรู้สึกของผู้ป่วย

เกณฑ์การให้คะแนน

ข้อความด้านบวก

ระดับความรู้สึกที่ผู้ป่วยตอบ	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ได้คะแนน	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

ข้อความด้านลบ

ระดับความรู้สึกที่ผู้ป่วยตอบ	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ได้คะแนน	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0

แบบสัมภาษณ์ส่วนนี้แบ่งเป็น 5 ด้าน คือ

ด้านที่ 1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง มีข้อความที่มีความหมายทางบวกทั้งหมด จำนวน 10 ข้อมีค่าคะแนนที่เป็นไปได้เท่ากับ 0-100 คะแนน

ด้านที่ 2 การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง มีข้อความจำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วยข้อความที่มีความหมายทางบวก 4 ข้อ ได้แก่ข้อ 2 3 4 และ 6 และข้อความที่มีความหมายทางลบ 2 ข้อ ได้แก่ข้อ 1 และ 5 มีค่าคะแนนที่เป็นไปได้เท่ากับ 0-60 คะแนน

ด้านที่ 3 การรับรู้ประโยชน์ มีข้อความที่มีความหมายทางบวกทั้งหมด จำนวน 8 ข้อมีค่าคะแนนที่เป็นไปได้เท่ากับ 0-80 คะแนน

ด้านที่ 4 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคไตเรื้อรังมีข้อความที่มีความหมายทางลบทั้งหมด จำนวน 8 ข้อมีค่าคะแนนที่เป็นไปได้เท่ากับ 0-80 คะแนน

ด้านที่ 5 การรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตมีข้อความที่มีความหมายทางบวกทั้งหมดจำนวน 8 ข้อมีค่าคะแนนที่เป็นไปได้เท่ากับ 0-80 คะแนน

ค่าคะแนนรวมทั้ง 5 ด้าน มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0-400 คะแนน

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตในเรื่องการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิด มีคำตอบให้เลือกตอบตามการปฏิบัติของผู้ป่วยในเรื่องที่ถาม ซึ่งคำตอบที่กำหนดให้เลือกตอบมี 4 คำตอบ คือ ไม่เคยปฏิบัติเลย ปฏิบัติ 1-3 ครั้ง/เดือน ปฏิบัติ 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ ปฏิบัติ 3-4 ครั้ง/สัปดาห์ และปฏิบัติ 5-7 ครั้ง/สัปดาห์ การให้คะแนนพฤติกรรมในแต่ละคำถาม มีดังนี้

	คะแนนพฤติกรรมด้านบวก	คะแนนพฤติกรรมด้านลบ
ปฏิบัติ 5-7 ครั้ง/สัปดาห์	= 4	0
ปฏิบัติ 3-4 ครั้ง/สัปดาห์	= 3	1
ปฏิบัติ 1-2 ครั้ง/สัปดาห์	= 2	2
ปฏิบัติ 1-3 ครั้ง/เดือน	= 1	3
ไม่เคยปฏิบัติเลย	= 0	4

คำถามด้านพฤติกรรมการปฏิบัติมีทั้งหมดจำนวน 21 ข้อ ค่าคะแนนที่เป็นไปได้เท่ากับ 0-75 คะแนน ซึ่งแบ่งเป็นพฤติกรรมแต่ละด้านดังนี้

- พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด จำนวน 7 ข้อ คะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 0-28 คะแนน

- พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมระดับไขมันในเลือดจำนวน 7 ข้อ คะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 0-28 คะแนน

- พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมความดันโลหิตมีข้อคำถาม จำนวน 4 ข้อ คะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 0-16 คะแนน
- พฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต มีคำถามจำนวน 3 ข้อ คะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 0-3 คะแนน

การแปลผลคะแนนและเกณฑ์การจัดระดับพฤติกรรม

การแปลผลคะแนนและการจัดระดับพฤติกรรมแต่ละด้าน ในการศึกษาครั้งนี้ใช้การจัดระดับคะแนนแบบอิงเกณฑ์โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลการศึกษาของบลูม (Bloom, 1971 : 47) โดยพฤติกรรมทุกด้านได้แก่ ด้านความรู้ การรับรู้และพฤติกรรมการปฏิบัติ จะใช้การแบ่งแบบอิงเกณฑ์เป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง

ระดับต่ำ	ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60	คือ ตั้งแต่ 0-10 คะแนน
ระดับปานกลาง	ได้คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ 60-79	คือ ระหว่าง 11-14 คะแนน
ระดับสูง	ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป	คือ ตั้งแต่ 15-18 คะแนน

ระดับคะแนนการรับรู้

ระดับต่ำ	ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60	คือ ตั้งแต่ 0-237 คะแนน
ระดับปานกลาง	ได้คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ 60-79	คือ ระหว่าง 238-317 คะแนน
ระดับสูง	ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป	คือ ตั้งแต่ 318-400 คะแนน

ส่วนคะแนนการรับรู้รายด้าน นำคะแนนเฉลี่ยรายด้านที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาคำนวณและแบ่งระดับการรับรู้โดยใช้เกณฑ์เดียวกัน ดังนี้

ระดับคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง

ระดับต่ำ	ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60	คือ ตั้งแต่ 0-59 คะแนน
ระดับปานกลาง	ได้คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ 60-79	คือ ระหว่าง 60-79 คะแนน
ระดับสูง	ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป	คือ ตั้งแต่ 80-100 คะแนน

ระดับคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคไตเรื้อรัง

ระดับต่ำ	ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60	คือ ตั้งแต่ 0-35 คะแนน
ระดับปานกลาง	ได้คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ 60-79	คือ ระหว่าง 36-47 คะแนน
ระดับสูง	ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป	คือ ตั้งแต่ 48-60 คะแนน

ระดับคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง

ระดับต่ำ	ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60	คือ ตั้งแต่ 0-47 คะแนน
ระดับปานกลาง	ได้คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ 60-79	คือ ระหว่าง 48-63 คะแนน
ระดับสูง	ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป	คือ ตั้งแต่ 64-80 คะแนน

ระดับคะแนนการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง

ระดับต่ำ	ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60	คือ ตั้งแต่ 0-47 คะแนน
ระดับปานกลาง	ได้คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ 60-79	คือ ระหว่าง 48-63 คะแนน
ระดับสูง	ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป	คือ ตั้งแต่ 64-80 คะแนน

ระดับคะแนนการรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง

ระดับต่ำ	ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60	คือ ตั้งแต่ 0-47 คะแนน
ระดับปานกลาง	ได้คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ 60-79	คือ ระหว่าง 48-63 คะแนน
ระดับสูง	ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป	คือ ตั้งแต่ 64-80 คะแนน

ระดับคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

ระดับดี	ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60	คือ ตั้งแต่ 0-44 คะแนน
ระดับพอใช้	ได้คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ 60-79	คือ ระหว่าง 45-59 คะแนน
ระดับไม่ดี/ต้องปรับปรุง	ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป	คือตั้งแต่ 60-75 คะแนน

ระดับคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยภาพรวม

ระดับดี	ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60	คือ ตั้งแต่ 0-42 คะแนน
ระดับพอใช้	ได้คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ 60-79	คือ ระหว่าง 43-57 คะแนน
ระดับไม่ดี/ต้องปรับปรุง	ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป	คือตั้งแต่ 58-72 คะแนน

ส่วนคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตในเรื่องการบริโภคอาหารรายด้าน นำคะแนนรายด้านที่เป็นไปได้มาคำนวณและแบ่งระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยใช้เกณฑ์เดียวกัน ดังนี้

ระดับคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

ระดับดี	ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60	คือ ตั้งแต่ 0-16 คะแนน
ระดับพอใช้	ได้คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ 60-79	คือ ระหว่าง 17-22 คะแนน
ระดับไม่ดี/ต้องปรับปรุง	ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป	คือ ตั้งแต่ 23-28 คะแนน

ระดับคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมระดับไขมันในเลือดในเลือด

ระดับดี	ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60	คือ ตั้งแต่ 0-16 คะแนน
ระดับพอใช้	ได้คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ 60-79	คือ ระหว่าง 17-22 คะแนน
ระดับไม่ดี/ต้องปรับปรุง	ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป	คือตั้งแต่ 23-28 คะแนน

ระดับคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมความดันโลหิต

ระดับดี	ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60	คือ ตั้งแต่ 0-9 คะแนน
ระดับพอใช้	ได้คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ 60-79	คือ ระหว่าง 10-12 คะแนน
ระดับไม่ดี/ต้องปรับปรุง	ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป	คือตั้งแต่ 13-16 คะแนน

4. การสร้างและการทดสอบคุณภาพเครื่องมือ

มีขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ ดังนี้

1. ศึกษาข้อมูลเบื้องต้น โดยศึกษารายละเอียดข้อมูลพื้นฐานทฤษฎีจากตำรางานวิจัยและเอกสารต่างๆที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนขอคำแนะนำจากอาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์
2. กำหนดขอบเขตและโครงสร้างของเนื้อหาแบบสัมภาษณ์ให้ครอบคลุมวัตถุประสงค์ของการวิจัย
3. สร้างข้อคำถามแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับปัจจัยทางด้านประชากร ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง การรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคไตเรื้อรัง การรับรู้

ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต การรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิต ระดับไขมันในเลือด และพฤติกรรมการออกกำลังกาย

4. ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญและอาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงของเนื้อหา (content validity) การใช้ภาษา และความชัดเจนของภาษา จากนั้นนำไปแก้ไขปรับปรุง

5. ทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยนำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการรักษาที่ห้องตรวจอายุรกรรมของโรงพยาบาลราชวิถี ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 คน แล้วนำผลที่ได้มาวิเคราะห์ความเที่ยง (reliability) เพื่อปรับปรุงแบบสัมภาษณ์ให้มีคุณภาพตามเกณฑ์

6. การวิเคราะห์ความเที่ยง (reliability) ของแบบสัมภาษณ์ด้านการรับรู้โดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์ของความคงที่ภายใน (coefficient of internal consistency) โดยใช้วิธีของครอนบาช (chronbach' alpha coefficient) พิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ของครอนบาชที่คำนวณได้โดยค่าที่ได้จะต้องไม่น้อยกว่า 0.70 ผลการวิเคราะห์มีดังนี้

ส่วนที่ 1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง จำนวน 10 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.8744

ส่วนที่ 2 การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคไตเรื้อรัง มีข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.7705

ส่วนที่ 3 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคไตเรื้อรัง มีข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.7666

ส่วนที่ 4 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคไตเรื้อรัง มีข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.7281

ส่วนที่ 5 การรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต มีข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.8782

เมื่อรวมค่าความเที่ยงของการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคไตเรื้อรัง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต การ

รับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.9351

หลังจากวิเคราะห์คุณภาพด้านต่างๆของแบบสัมภาษณ์แล้ว ได้นำมาปรับปรุงข้อคำถามบางข้อให้เหมาะสมทั้งด้านความชัดเจนของภาษาและรูปแบบ ก่อนนำไปใช้ในการรวบรวมข้อมูลต่อไป

5. การขอจริยธรรม

5.1 การขอจริยธรรมจากคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนเกี่ยวกับการทดลองในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหิดล

5.2 การขอจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลราชวิถี

ซึ่งดำเนินการตามขั้นตอนตามลำดับ ดังนี้

1. ผู้วิจัยดำเนินการเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอคำรับรองจากคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนเกี่ยวกับการทดลองในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหิดล และเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาให้การรับรองเชิงจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลราชวิถี
2. เมื่อได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนเกี่ยวกับการทดลองในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหิดลและคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลราชวิถี ผู้วิจัยเข้าพบรองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจบริการวิชาการ โรงพยาบาลราชวิถี หัวหน้าแผนกงานผู้ป่วยนอกและหัวหน้าห้องตรวจคลินิกเฉพาะโรคเบาหวาน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล พร้อมนัดวัน เวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

6. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยของโรงพยาบาล

2. แนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่างพร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการตอบคำถาม

3. บันทึกข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับผลการตรวจร่างกาย ได้แก่ ส่วนสูง น้ำหนัก ระดับความดันโลหิต และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ระดับน้ำตาลและระดับไขมันในเลือด จากการตรวจในวันที่ยกมา และหาข้อมูลเพิ่มเติมจากระบบคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาล

4. ดำเนินการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างตามแบบสัมภาษณ์ที่จัดทำขึ้นในระหว่างที่ผู้ป่วยรอพบแพทย์หรือหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาแล้วรอรับยา

5. ในระหว่างการสัมภาษณ์หากผู้ป่วยรู้สึกไม่สบายใจ คับข้องใจ ไม่สะดวกในการให้สัมภาษณ์ ผู้ป่วยสามารถยุติการให้ข้อมูลได้ทันที

6. นำแบบสัมภาษณ์ที่ได้มาตรวจสอบความครบถ้วนก่อนนำมาวิเคราะห์

7. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลตามระเบียบวิธีทางสถิติ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา

1.1 ข้อมูลด้านลักษณะประชากร วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

1.2 ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและจัดระดับขึ้นตามเกณฑ์

1.3 ข้อมูลการรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคไตเรื้อรัง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต การรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน วิเคราะห์โดยแจกแจงความถี่ตามระดับการรับรู้ หากค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและจัดระดับขึ้นตามเกณฑ์

2. สถิติวิเคราะห์

2.1 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานกับตัวแปรอิสระที่มีระดับการวัดเป็นช่วง (interval scale) ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไตเรื้อรัง การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคไตเรื้อรัง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง การรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง ปัจจัยร่วมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวาน (อายุ รายได้ และความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง) และแรงจูงใจในการกระทำพฤติกรรม (ระยะเวลาที่ป่วยเป็นเบาหวาน) โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (pearson' product moment correlation coefficient)

2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานกับตัวแปรอิสระที่มีระดับการวัดแบบนามบัญญัติ (nominal scale) ได้แก่ ปัจจัยร่วมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวาน (เพศ อาชีพ) และแรงจูงใจในการกระทำพฤติกรรม (การได้รับข้อมูล/คำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ ญาติ เพื่อน) โดยใช้สถิติไค-สแควร์ (Chi-square)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะแทรกซ้อนทางไต จำนวน 350 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล ตามแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูป ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอเป็น 5 ส่วน ดังนี้

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะประชากร ผลการตรวจร่างกายและทางห้องปฏิบัติการ
- ส่วนที่ 2 ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง การรับรู้เรื่องการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตและพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน
- ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การดูแลตนเอง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตกับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน
- ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยร่วม ได้แก่ อายุ เพศ อาชีพ รายได้ และความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังกับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวาน
- ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ของแรงจูงใจในการกระทำพฤติกรรม เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต ได้แก่ ระยะเวลาที่ป่วยเป็นเบาหวาน การได้รับข้อมูล/คำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ ญาติ เพื่อน กับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวาน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะประชากร ผลการตรวจร่างกายและทางห้องปฏิบัติการ

1. ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา และสถานภาพสมรส จากการศึกษารายละเอียดดังนี้

1.1 เพศ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 59.1 และ ร้อยละ 40.9

1.2 อายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 45-88 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 62.92 ปี เมื่อพิจารณาการกระจายของกลุ่มอายุ พบว่า อายุระหว่าง 60-69 ปี พบมากที่สุด (ร้อยละ 36.9) รองลงมาอายุระหว่าง 50-59 ปี และ 70 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 27.7 และ 26.9 ตามลำดับ) อายุ 45-49 ปี พบน้อยที่สุด คือ 30 คน (ร้อยละ 8.5) ซึ่งเป็นเพศชาย 17 คน (ร้อยละ 11.8) และเพศหญิง 13 คน (ร้อยละ 6.3) เมื่อพิจารณาแยกตามเพศพบว่า เพศชายอายุเฉลี่ย 62.69 ปี และส่วนมากมีอายุระหว่าง 60-69 ปี (ร้อยละ 40.6) รองลงมาอายุ 70 ปีขึ้นไป และ 50-59 ปี (ร้อยละ 24.5 และ 23.1 ตามลำดับ) ส่วนเพศหญิงอายุเฉลี่ย 63.08 ปี และพบว่าส่วนมากมีอายุระหว่าง 60-69 ปี (ร้อยละ 34.3) รองลงมาอายุระหว่าง 50-59 ปี และ 70 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 30.9 และ 28.5 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 1

1.3 ศาสนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบทุกคนนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 98.6) พบเพียงส่วนน้อยที่นับถือศาสนาอิสลาม และศาสนาคริสต์ (ร้อยละ 1.1 และ 0.3 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาแยกตามเพศพบว่า ทั้งเพศชายและเพศหญิงส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 98.6) ดังตารางที่ 1

1.4 สถานภาพสมรส พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 64.6) รองลงมาสถานภาพสมรสหม้าย/หย่า/แยก (ร้อยละ 25.1) กลุ่มตัวอย่างที่เป็นโสดพบน้อยที่สุด (ร้อยละ 10.3) เมื่อพิจารณาแยกตามเพศพบว่า เพศชายส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 72.0) รองลงมาเป็นหม้าย/หย่า/แยก และโสด (ร้อยละ 18.9 และ 9.1 ตามลำดับ) ส่วนเพศหญิง พบข้อมูลในลักษณะคล้ายคลึงกัน คือ ส่วนมากมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 59.4) รองลงมาสถานภาพสมรส หม้าย/หย่า/แยก และโสด (ร้อยละ 29.5 และ 11.1 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ การนับถือศาสนา และสถานภาพสมรส

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	เพศ				รวม	
	ชาย		หญิง			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)						
45-49	17	11.8	13	6.3	30	8.5
50-59	33	23.1	64	30.9	97	27.7
60-69	58	40.6	71	34.3	129	36.9
70 ปีขึ้นไป	35	24.5	59	28.5	94	26.9
รวม	143	100.0	207	100.0	350	100.0
อายุดำสุด-สูงสุด	45-86		45-88		45-88	
อายุเฉลี่ย	62.69		63.08		62.92	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	9.50		9.51		9.50	
ศาสนา						
พุทธ	141	98.6	204	98.6	345	98.6
อิสลาม	1	0.7	3	1.4	4	1.1
คริสต์	1	0.7	0	0.0	1	0.3
รวม	143	100.0	207	100.0	350	100.0
สถานภาพสมรส						
คู่	103	72.0	123	59.4	226	64.6
หม้าย/หย่า/แยก	27	18.9	61	29.5	88	25.1
โสด	13	9.1	23	11.1	36	10.3
รวม	143	100.0	207	100.0	350	100.0

1.5 ระดับการศึกษา กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาพบมากที่สุด (ร้อยละ 56.0) รองลงมา มัธยมศึกษา ไม่ได้เรียนหนังสือ และตั้งแต่อนุปริญญา/ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงขึ้นไป (ร้อยละ 20.3 12.0 และ 11.7 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาแยกตามเพศ พบว่าเพศชายส่วนมากมีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 48.3) รองลงมา มัธยมศึกษา ตั้งแต่อนุปริญญา/ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง ขึ้นไป และไม่ได้เรียนหนังสือ (ร้อยละ 30.1 15.4 และ 6.3 ตามลำดับ) ส่วนเพศหญิง พบว่า มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาพบมากที่สุด (ร้อยละ 61.4) รองลงมา ไม่ได้เรียนหนังสือ มัธยมศึกษา และตั้งแต่อนุปริญญา/ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงขึ้นไป (ร้อยละ 15.9 13.5 และ 9.2 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 2

1.6 อาชีพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 64.9) รองลงมา รับจ้าง/เกษตรกรและค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 12.2 และ 12.0 ตามลำดับ) ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจพบน้อยที่สุด (ร้อยละ 10.9) เมื่อพิจารณาในกลุ่มเพศชายพบว่าส่วนมากไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 51.0) รองลงมา เป็นข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ และรับจ้าง/เกษตรกร (ร้อยละ 18.2 และ 17.5 ตามลำดับ) ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัวพบน้อยที่สุด (ร้อยละ 13.3) ส่วนเพศหญิงพบเช่นเดียวกันคือ ส่วนมากไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 74.4) รองลงมา ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว รับจ้าง/เกษตรกร และข้าราชการ/ พนักงานรัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 11.1, 8.7 และ 5.8 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 2

1.7 รายได้ พบว่า รายได้ของครอบครัวต่อเดือนของกลุ่มตัวอย่างอยู่ระหว่าง 1,000-86,000 บาท โดยเฉลี่ยเท่ากับ 10,748 บาท กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท พบมากที่สุด (ร้อยละ 45.7) รองลงมา มีรายได้ระหว่าง 5,000-15,000 บาท และ 15,001-25,000 บาท (ร้อยละ 36.3 และ 9.4 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาในกลุ่มเพศชาย พบว่า มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนเฉลี่ย 11,721 บาท และส่วนมากมีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 49.0) รองลงมา อยู่ระหว่าง 5,000-15,000 บาท 15,001-25,000 บาท และมากกว่า 35,000 บาท (ร้อยละ 32.2, 7.7 และ 7.0 ตามลำดับ) ส่วนเพศหญิงมีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนเฉลี่ยเท่ากับ 10,106 บาท และส่วนมากมีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 43.5) รองลงมา อยู่ระหว่าง 5,000-15,000 บาท 15,001-25,000 บาท และ 25,001-35,000 บาท (ร้อยละ 39.1, 10.6 และ 4.3 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 2

1.8 ความเพียงพอของรายได้ที่ใช้จ่ายต่อเดือน พบว่า มีความเพียงพอมากที่สุด (ร้อยละ 69.4) เมื่อพิจารณาแยกตามเพศ พบว่า ทั้งเพศชายและเพศหญิงมีความเพียงพอของรายได้ที่ใช้จ่ายต่อเดือน (ร้อยละ 70.6 และ 68.6 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว และความเพียงพอของรายได้

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	เพศ				รวม	
	ชาย		หญิง			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา						
ไม่ได้เรียนหนังสือ	9	6.3	33	15.9	42	12.0
ประถมศึกษา	69	48.3	127	61.4	196	56.0
มัธยมศึกษา	43	30.0	28	13.5	71	20.3
อนุปริญญา/ประกาศนียบัตรวิชาชีพ	22	15.4	19	9.2	41	11.7
ชั้นสูงขึ้นไป						
รวม	143	100.0	207	100.0	350	100.0
อาชีพ						
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	73	51.0	154	74.4	227	64.9
รับจ้าง/เกษตรกร	25	17.5	18	8.7	43	12.2
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	19	13.3	23	11.1	42	12.0
ข้าราชการ /พนักงานรัฐวิสาหกิจ	26	18.2	12	5.8	38	10.9
รวม	143	100.0	207	100.0	350	100.0
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน (บาท)						
ต่ำกว่า 5 ,000	70	49.0	90	43.5	160	45.7
5,000-15,000	46	32.2	81	39.1	127	36.3
15,001-25,000	11	7.7	22	10.6	33	9.4
25,001-35,000	6	4.2	9	4.3	15	4.3
มากกว่า 35,000	10	7.0	5	2.4	15	4.3
รวม	143	100.0	207	100.0	350	100.0
รายได้ต่ำสุด-สูงสุด	1,000-86,000		1,000-80,000		1,000-86,000	
รายได้เฉลี่ย	11,721		10,106		10,748	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	15661.99		982.77		12504.49	
ความเพียงพอของรายได้ที่ใช้จ่ายต่อเดือน						
เพียงพอ	101	70.6	142	68.6	243	69.4
ไม่เพียงพอ	42	29.4	65	31.4	107	30.6
รวม	143	100.0	207	100.0	350	100.0

1.9 ระยะเวลาที่ป่วยเป็นเบาหวาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีระยะเวลาการป่วยเป็นเบาหวานตั้งแต่ 1-35 ปี เฉลี่ยเท่ากับ 9.68 ปี ระยะเวลาที่ป่วยเป็นเบาหวานน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี พบมากที่สุด (ร้อยละ 40.0) รองลงมา 6-10 ปี 11-15 ปี และ 21-25 ปี (ร้อยละ 28.9, 12.0 และ 8.3 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาแยกตามเพศพบว่า เพศชายมีระยะเวลาป่วยเป็นเบาหวานเฉลี่ย 9.13 ปี และส่วนมากป่วยเป็นเบาหวานน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี (ร้อยละ 40.6) รองลงมา 5-10 ปี 11-15 ปี และ 21-25 ปี (ร้อยละ 30.1, 12.6 และ 8.4 ตามลำดับ) ส่วนเพศหญิงมีระยะเวลาป่วยเป็นเบาหวานเฉลี่ย 10.05 ปี และส่วนมากป่วยเป็นเบาหวานน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี (ร้อยละ 39.7) รองลงมา 5-10 ปี 11-15 ปี 16-20 ปี และ 21-25 ปี (ร้อยละ 28.0 11.6 8.2 และ 8.2 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระยะเวลาที่ป่วยเป็นเบาหวาน

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	เพศ				รวม	
	ชาย		หญิง			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาที่ป่วยเป็นเบาหวาน (ปี)						
≤5	58	40.6	82	39.7	140	40.0
6-10	43	30.1	58	28.0	101	28.9
11-15	18	12.6	24	11.6	42	12.0
16-20	9	6.3	17	8.2	26	7.4
21-25	12	8.4	17	8.2	29	8.3
>25	3	2.0	9	4.3	12	3.4
รวม	143	100.0	207	100.0	350	100.0
ระยะเวลาที่ป่วยต่ำสุด-สูงสุด	1-27		1-35		1-35	
ค่าเฉลี่ย	9.13		10.05		9.68	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	6.98		7.93		7.56	

1.10 บุคคลในครอบครัวที่ป่วยเป็นเบาหวาน พบว่า บุคคลในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างที่ป่วยเป็นเบาหวานที่พบมากที่สุด ได้แก่ มารดา (ร้อยละ 27.5) รองลงมา คือ พี่ ลูก และน้อง (ร้อยละ 21.8, 19.7 และ 18.7 ตามลำดับ) บุคคลในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างที่ป่วยเป็นเบาหวานที่พบน้อยที่สุด ได้แก่ บิดา (ร้อยละ 12.3) เมื่อพิจารณาแยกตามเพศ พบว่า เพศชายส่วนมากมีมารดาป่วยเป็นเบาหวาน (ร้อยละ 24.7) รองลงมา คือ ลูก พี่ น้อง และพ่อ (ร้อยละ 20.3, 18.8, 18.8 และ 17.4 ตามลำดับ) ส่วนเพศหญิง พบว่า ส่วนมากมีมารดาป่วยเป็นเบาหวาน (ร้อยละ 29.0) รองลงมา คือ พี่ ลูก น้อง และบิดา (ร้อยละ 23.4, 19.4, 18.5 และ 9.7 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 4

1.11 บุคคลในครอบครัวที่ป่วยเป็นความดันโลหิตสูง พบว่า บุคคลในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างที่ป่วยเป็นความดันโลหิตสูงที่พบมากที่สุด ได้แก่ มารดา (ร้อยละ 27.8) รองลงมา คือ ลูก พี่ และน้อง (ร้อยละ 23.3, 22.2 และ 16.7 ตามลำดับ) บุคคลในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างที่ป่วยเป็นความดันโลหิตสูงที่พบน้อยที่สุด ได้แก่ บิดา (ร้อยละ 10.0) เมื่อพิจารณาแยกตามเพศ พบว่า เพศชายส่วนมากมีมารดาป่วยเป็นความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 36.4) รองลงมา คือ บิดา พี่ และลูก (ร้อยละ 21.2, 18.2, 15.2 และ 9.0 ตามลำดับ) ส่วนเพศหญิง พบว่า ส่วนมากมีลูกป่วยเป็นความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 31.6) รองลงมา คือ พี่ แม่ น้อง และบิดา (ร้อยละ 24.6, 22.8, 17.5 และ 3.5 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 4

1.12 บุคคลในครอบครัวที่ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง พบว่า บุคคลในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างที่ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังที่พบมากที่สุดในจำนวนเท่าๆ กัน ได้แก่ มารดา และน้อง (ร้อยละ 31.6 และ 31.6 ตามลำดับ) รองลงมา ได้แก่ บิดา และพี่ (ร้อยละ 15.8 และ 15.8 ตามลำดับ) บุคคลในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างที่ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังที่พบน้อยที่สุด คือ ลูก (ร้อยละ 5.2) เมื่อพิจารณาแยกตามเพศพบว่า เพศชายส่วนมากมีน้อง ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง (ร้อยละ 37.5) รองลงมา คือ มารดา บิดา และพี่ (ร้อยละ 37.0, 12.5 และ 12.5 ตามลำดับ) ส่วนเพศหญิง พบว่า ส่วนมากมีมารดา และน้องป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง (ร้อยละ 27.3 และ 27.3 ตามลำดับ) รองลงมา คือ บิดา พี่ และลูก (ร้อยละ 18.2, 18.2 และ 9.0 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามประวัติการเจ็บป่วยของครอบครัว

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	เพศ				รวม	
	ชาย		หญิง			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
บุคคลในครอบครัวที่ป่วยเป็นเบาหวาน						
แม่	17	24.7	36	29.0	53	27.5
พี่	13	18.8	29	23.4	42	21.8
ลูก	14	20.3	24	19.4	38	19.7
น้อง	13	18.8	23	18.5	36	18.7
พ่อ	12	17.4	12	9.7	24	12.3
รวม	69	100.0	124	100.0	193	100.0
บุคคลในครอบครัวที่ป่วยเป็นความดันโลหิตสูง						
แม่	12	36.4	13	22.8	25	27.8
ลูก	3	9.0	18	31.6	21	23.3
พี่	6	18.2	14	24.6	20	22.2
น้อง	5	15.2	10	17.5	15	16.7
พ่อ	7	21.2	2	3.5	9	10.0
รวม	33	100.0	57	100.0	90	100.0
บุคคลในครอบครัวที่ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง						
แม่	3	37.0	3	27.3	6	31.6
น้อง	3	37.5	3	27.3	6	31.6
พ่อ	1	12.5	2	18.2	3	15.8
พี่	1	12.5	2	18.2	3	15.8
ลูก	0	0.0	1	9.0	1	5.2
รวม	8	100.0	11	100.0	19	100.0

1.13 การได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคไตจากเบาหวาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากไม่เคยได้รับความรู้ (ร้อยละ 60.3) เมื่อพิจารณาแยกตามเพศ พบว่า ส่วนมากทั้งเพศชายและเพศหญิงไม่เคยการได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคไตจากเบาหวาน (ร้อยละ 60.8 และ 59.9) ดังตารางที่ 5

1.14 แหล่งความรู้เกี่ยวกับโรคไตจากเบาหวาน พบว่า ส่วนมากได้รับความรู้จาก แพทย์/พยาบาล ที่คลินิกเบาหวาน (ร้อยละ 74.1) รองลงมาคือ จากญาติ, นิตยสาร/วารสาร, วิทยุ/โทรทัศน์, เพื่อนและจากแผ่นพับ/โปสเตอร์ที่คลินิกเบาหวาน (ร้อยละ 17.3, 11.5, 10.8, 10.1 และ 4.3 ตามลำดับ) ในเพศชายส่วนมากเคยได้รับความรู้จากแพทย์/พยาบาล ที่คลินิกเบาหวาน (ร้อยละ 28.1) รองลงมาคือ จากญาติ, วิทยุ/โทรทัศน์, นิตยสาร/วารสาร, เพื่อนและจากแผ่นพับ/โปสเตอร์ที่คลินิกเบาหวาน (ร้อยละ 5.8, 5.0, 4.3, 1.4 และ 1.4 ตามลำดับ) ส่วนเพศหญิง ก็เช่นเดียวกัน คือ ส่วนมากเคยได้รับความรู้จากแพทย์/พยาบาล ที่คลินิกเบาหวาน (ร้อยละ 46.0) รองลงมาคือ ได้รับความรู้จากญาติ, เพื่อน, นิตยสาร/วารสาร, วิทยุ/โทรทัศน์และจากแผ่นพับ/โปสเตอร์ที่คลินิกเบาหวาน (ร้อยละ 11.5, 8.6, 7.2, 5.8 และ 2.9 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคไตจากเบาหวานและแหล่งความรู้ที่ได้รับ

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	เพศ				รวม	
	ชาย		หญิง			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคไต						
ไม่เคย	87	60.8	124	59.9	211	60.3
เคย	56	39.2	83	40.1	139	39.7
รวม	143	100.0	207	100.0	350	100.0
แหล่งความรู้เกี่ยวกับโรคไต*						
แพทย์/พยาบาลที่คลินิกเบาหวาน	39	28.1	64	46.0	103	74.1
ญาติ	8	5.8	16	11.5	24	17.3
นิตยสาร/วารสาร	6	4.3	10	7.2	16	11.5
วิทยุ/โทรทัศน์	7	5.0	8	5.8	15	10.8
เพื่อน	2	1.4	12	8.6	14	10.1
แผ่นพับ/โปสเตอร์ที่คลินิกเบาหวาน	2	1.4	4	2.9	6	4.3

*ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

1.15 สิทธิในการเบิกค่ารักษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสิทธิในการเบิกค่ารักษา (ร้อยละ 86.3) เมื่อพิจารณาแยกตามเพศ พบว่า ทั้ง เพศชายและเพศหญิงส่วนใหญ่มีสิทธิในการเบิกค่ารักษา (ร้อยละ 88.8 และ 84.5 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 6

1.16 ประเภทของสิทธิในการเบิกค่ารักษา พบว่า ส่วนใหญ่ใช้สิทธิข้าราชการ/ครอบครัวในการเบิกค่ารักษา (ร้อยละ 44.7) รองลงมาคือ สิทธิบัตรประกันสุขภาพหรือบัตรผู้สูงอายุ และประกันสังคม (ร้อยละ 42.4 และ 7.3 ตามลำดับ) ในกลุ่มเพศชายส่วนมากใช้สิทธิข้าราชการ/ครอบครัว (ร้อยละ 44.9) รองลงมาคือ บัตรประกันสุขภาพหรือบัตรผู้สูงอายุ ประกันสังคม และสิทธิรัฐวิสาหกิจ/ครอบครัว (ร้อยละ 42.5, 7.6 และ 4.7 ตามลำดับ) ส่วนเพศหญิงพบว่า ส่วนมาก ใช้สิทธิข้าราชการ/ครอบครัว (ร้อยละ 44.6) รองลงมาคือ คือ ประกันสุขภาพหรือบัตรผู้สูงอายุ ประกันสังคมและสิทธิรัฐวิสาหกิจ/ครอบครัว (ร้อยละ 42.3, 6.9 และ 6.2 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามสิทธิในการเบิกค่ารักษาและประเภทของสิทธิที่มี

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	เพศ				รวม	
	ชาย		หญิง			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สิทธิในการเบิกค่ารักษา						
ไม่มี	16	11.2	32	15.5	48	13.7
มี	127	88.8	175	84.5	302	86.3
รวม	143	100.0	207	100.0	350	100.0
ประเภทของสิทธิที่มี						
สิทธิข้าราชการ/ ครอบครัว	57	44.9	78	44.6	135	44.7
สิทธิรัฐวิสาหกิจ/ ครอบครัว	6	4.7	11	6.2	17	5.6
บัตรประกันสุขภาพหรือบัตรผู้สูงอายุ	54	42.5	74	42.3	128	42.4
ประกันสังคม	10	7.9	12	6.9	22	7.3
รวม	127	100.0	175	100.0	302	100.0

1.17 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่ (ร้อยละ 75.4) รองลงมา เคยสูบแต่ปัจจุบันเลิกสูบแล้ว (ร้อยละ 19.7) แต่ก็ยังพบกลุ่มตัวอย่างที่ปัจจุบันยังสูบบุหรี่อยู่ (ร้อยละ 4.9) เมื่อพิจารณาแยกตามเพศ พบว่า เพศชายส่วนมากไม่เคยสูบบุหรี่ (ร้อยละ 49.0) รองลงมาคือ เคยสูบแต่ปัจจุบันเลิกสูบแล้ว และปัจจุบันยังสูบบุหรี่อยู่ (ร้อยละ 43.3 และ 7.7 ตามลำดับ) ส่วนเพศหญิงพบว่าส่วนมากไม่เคยสูบบุหรี่ (ร้อยละ 93.7) รองลงมาคือ เคยสูบแต่ปัจจุบันเลิกสูบแล้วและปัจจุบันยังสูบบุหรี่อยู่ (ร้อยละ 3.4 และ 2.9 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามพฤติกรรมการสูบบุหรี่

พฤติกรรมการสูบบุหรี่	เพศ				รวม	
	ชาย		หญิง			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เคยสูบ	70	49.0	194	93.7	264	75.4
เคยสูบแต่ปัจจุบันเลิกสูบแล้ว	62	43.3	7	3.4	69	19.7
ปัจจุบันยังสูบบุหรี่	11	7.7	6	2.9	17	4.9
รวม	143	100.0	207	100.0	350	100.0

1.18 บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากอยู่กับคู่สมรส (ร้อยละ 64.0) รองลงมาอยู่กับลูกหลาน/อาศัยอยู่กับคนอื่น (ร้อยละ 32.9) ในกลุ่มเพศชายส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรส (ร้อยละ 71.3) รองลงมาอยู่กับลูกหลาน/อาศัยอยู่กับคนอื่น และอยู่คนเดียว (ร้อยละ 26.6 และ 2.1 ตามลำดับ) ส่วนเพศหญิงส่วนมากอยู่กับคู่สมรส (ร้อยละ 58.9) รองลงมาอยู่กับลูกหลาน/อาศัยอยู่กับคนอื่นและอยู่คนเดียว (ร้อยละ 37.2 และ 3.9 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 8

1.19 แหล่งอาหารที่รับประทาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปรุงอาหารรับประทานเอง (ร้อยละ 43.4) รองลงมาคือ สามี/ภรรยาปรุงให้และลูกหลานปรุงให้ (ร้อยละ 27.7 และ 14.9 ตามลำดับ) ผู้ป่วยซื้ออาหารสำเร็จรูปรับประทานพบน้อยที่สุด (ร้อยละ 14.0) เมื่อพิจารณาแยกตามเพศ พบว่า เพศชายส่วนมากซื้ออาหารสำเร็จรูปรับประทาน (ร้อยละ 37.1) รองลงมาคือ สามี/ภรรยาปรุงให้ ปรุงเองและลูก/หลานปรุงให้ (ร้อยละ 31.5, 18.1 และ 13.3 ตามลำดับ) ส่วนเพศหญิง พบว่าส่วนมากปรุงอาหารรับประทานเอง (ร้อยละ 60.9) รองลงมาคือ ซื้ออาหารสำเร็จรูปรับประทาน ลูก/หลานปรุงให้ และสามี/ภรรยาปรุงให้ (ร้อยละ 21.3, 14.5 และ 3.3 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามบุคคลที่อยู่อาศัยด้วยและแหล่งอาหารที่รับประทาน

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	เพศ				รวม	
	ชาย		หญิง			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
บุคคลที่อยู่อาศัยด้วย						
อยู่กับคู่สมรส	102	71.3	122	58.9	224	64.0
อยู่กับลูกหลาน/อาศัยอยู่กับคนอื่น	38	26.6	77	37.2	115	32.9
อยู่คนเดียว	3	2.1	8	3.9	11	3.1
รวม	143	100.0	207	100.0	350	100.0
แหล่งอาหารที่รับประทาน						
ปรุงเอง	26	18.1	126	60.9	152	43.4
สามี/ภรรยาปรุงให้	45	31.5	7	3.3	52	27.7
ลูก/หลานปรุงให้	19	13.3	30	14.5	49	14.9
ซื้ออาหารสำเร็จรูปรับประทาน	53	37.1	44	21.3	97	14.0
รวม	143	100.0	207	100.0	350	100.0

2. ผลการตรวจร่างกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

2.1 ดัชนีมวลกาย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีดัชนีมวลกายระหว่าง 14-50 กิโลกรัม/เมตร² เฉลี่ยเท่ากับ 25.85 กิโลกรัม/เมตร² โดยพบว่าเพศชายมีดัชนีมวลกายเฉลี่ยสูงกว่าเพศหญิง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายสูงกว่าเกณฑ์ (ร้อยละ 57.1) รองลงมาคือ อยู่ในเกณฑ์ปกติ (ร้อยละ 39.1) ผู้ป่วยที่มีดัชนีมวลกายต่ำกว่าเกณฑ์พบน้อยที่สุด (ร้อยละ 3.8) เมื่อพิจารณาแยกตามเพศ พบว่าเพศชายส่วนมากมีดัชนีมวลกายสูงกว่าเกณฑ์ (ร้อยละ 65.2) รองลงมาคือ อยู่ในเกณฑ์ปกติ และต่ำกว่าเกณฑ์ (ร้อยละ 31.9 และ 2.8 ตามลำดับ) ส่วนเพศหญิงพบว่าส่วนมากมีดัชนีมวลกายสูงกว่าเกณฑ์ (ร้อยละ 51.3) รองลงมาคือ อยู่ในเกณฑ์ปกติ และต่ำกว่าเกณฑ์ (ร้อยละ 44.2 และ 4.6 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศและค่าดัชนีมวลกาย

*ค่าดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/เมตร) ²	เพศ				รวม	
	ชาย		หญิง			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำกว่า เกณฑ์ (ต่ำกว่า 18.5 กิโลกรัม/เมตร ²)	4	2.8	9	4.6	13	3.8
อยู่ในเกณฑ์ปกติ (18.5-24.9 กิโลกรัม/เมตร ²)	45	31.9	87	44.2	132	39.1
สูงกว่าเกณฑ์ (มากกว่า 24.9 กิโลกรัม/เมตร ²)	92	65.2	101	51.3	193	57.1
รวม	141	100.0	197	100.0	338**	100.0
ดัชนีมวลกายต่ำสุด-สูงสุด	17-42		14-50		14-50	
ค่าเฉลี่ย	26.17		25.62		25.85	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	4.45		4.87		4.70	

* ดัชนีมวลกาย = น้ำหนัก (กิโลกรัม) / ส่วนสูง (เมตร)²

** จากจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 350 คน มีผู้ตอบแบบสอบถาม 338 คน

แหล่งที่มา : World Health Organization. Obesity: Preventing The Global Epidemic. Geneva: WHO, 1998.

2.2 ระดับน้ำตาลในเลือด พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดระหว่าง 73-350 มิลลิกรัม/เดซิลิตร โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 147.31 มิลลิกรัม/เดซิลิตร และพบว่าเพศชายและเพศหญิงมีค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดใกล้เคียงกัน เมื่อพิจารณาระดับน้ำตาลในเลือดตามเกณฑ์มาตรฐาน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าเกณฑ์ (ร้อยละ 73.1) พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 75.8 และ 69.2 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 10

2.3 น้ำตาลสะสมในเลือด พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือดระหว่าง 5.4-14.1 เปอร์เซ็นต์ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 8.178 เปอร์เซ็นต์ และพบว่าเพศหญิงมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดสูงกว่าเพศชาย เมื่อพิจารณาระดับน้ำตาลสะสมในเลือดตามเกณฑ์มาตรฐาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดสูงกว่าเกณฑ์ (ร้อยละ 87.7) พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 90.3 และ 83.9 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับน้ำตาลในเลือด

ระดับน้ำตาลในเลือด	เพศ				รวม	
	ชาย		หญิง			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับน้ำตาลในเลือด						
อยู่ในเกณฑ์ปกติ (≤126 มิลลิกรัมต่อเดลิตร)*	44	30.8	50	24.2	94	26.9
สูงกว่าเกณฑ์ (สูงกว่า 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร)*	99	69.2	157	75.8	256	73.1
รวม	143	100.0	207	100.0	350	100.0
ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำสุด-สูงสุด	73-350		74-340		73-350	
ค่าเฉลี่ย	147.80		146.97		147.31	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	58.68		52.82		55.21	
น้ำตาลสะสมในเลือด						
อยู่ในเกณฑ์ปกติ (ต่ำกว่า 7 เปอร์เซ็นต์)	23	16.1	20	9.7	43	12.3
สูงกว่าเกณฑ์ (ตั้งแต่ 7 เปอร์เซ็นต์ขึ้นไป)	120	83.9	187	90.3	307	87.7
รวม	143	100.0	207	100.0	350	100.0
น้ำตาลสะสมในเลือดต่ำสุด-สูงสุด	5.4-13.6		14.1-5.50		5.4-14.10	
ค่าเฉลี่ย	7.989		8.312		8.178	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	1.59		1.74		1.68	

* The Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Report of Expert Committee and Classification of Diabetes Mellitus. Diabetes Care 1997, 20 : 1183-79.

2.4 ระดับความดันโลหิตตัวบน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าความดันโลหิตตัวบน ระหว่าง 99-240 มิลลิเมตรปรอท โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 139.47 มิลลิเมตรปรอท และพบว่าเพศหญิงมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบนสูงกว่าเพศชาย เมื่อพิจารณาค่าความดันโลหิตตัวบนตามเกณฑ์มาตรฐาน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีความดันโลหิตตัวบนสูงกว่าเกณฑ์ (ร้อยละ 70.3) ซึ่งพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 71.3 และ 69.6 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 11

2.5 ระดับความดันโลหิตตัวล่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าความดันโลหิตตัวล่างระหว่าง 50-111 มิลลิเมตรปรอท เฉลี่ยเท่ากับ 78.44 มิลลิเมตรปรอท โดยผู้ป่วยเพศชายมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวล่างสูงกว่าเพศหญิง เมื่อพิจารณาค่าความดันโลหิตตัวล่าง ตามเกณฑ์มาตรฐาน (ค่าปกติต่ำกว่า 80) พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีค่าความดันโลหิตตัวล่างสูงกว่าเกณฑ์ (ร้อยละ 52.0) พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 53.1 และ 50.3 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 11

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความดันโลหิต

ระดับความดันโลหิต	เพศ				รวม	
	ชาย		หญิง			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความดันโลหิตตัวบน						
อยู่ในเกณฑ์ที่ดี (<120 mmHg)	19	13.3	33	15.9	52	14.9
อยู่ในเกณฑ์ปกติ (120 -129 mmHg)	9	6.3	12	5.8	21	6.0
สูงกว่าเกณฑ์ (> 130 mmHg)	115	80.4	162	78.3	277	79.1
รวม	143	100.0	207	100.0	350	100.0
ระดับความดันโลหิตตัวบนต่ำสุด-สูงสุด	99-200		102-240		99-240	
ค่าเฉลี่ย	138.29		140.42		139.47	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	18.36		23.77		21.51	
ระดับความดันโลหิตตัวล่าง						
อยู่ในเกณฑ์ที่ดี (< 80 mmHg)	71	49.7	97	46.9	168	40.0
อยู่ในเกณฑ์ปกติ (80 -84 mmHg)	8	5.6	5	2.4	13	3.7
สูงกว่าเกณฑ์ (> 85 mmHg)	64	44.8	105	50.7	169	48.3
รวม	143	100.0	207	100.0	350	100.0
ระดับความดันโลหิตตัวล่างต่ำสุด-สูงสุด	99-200		50-106		50-111	
ค่าเฉลี่ย	138.29		77.60		78.44	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	18.36		12.44		11.71	

แหล่งที่มา: Guidelines. 2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension

2.6 โคเลสเตอรอลในเลือด พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าโคเลสเตอรอลในเลือดระหว่าง 99-461 มิลลิกรัม/เดซิลิตร โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 184.48 มิลลิกรัม/เดซิลิตร และพบว่าเพศชายมีค่าโคเลสเตอรอลในเลือดเฉลี่ยสูงกว่าเพศหญิง เมื่อพิจารณาค่าโคเลสเตอรอลในเลือดตามเกณฑ์มาตรฐาน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีค่าโคเลสเตอรอลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ร้อยละ 51.7) พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 58.7 และ 46.9 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 12

2.7 ไตรกลีเซอไรด์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าไตรกลีเซอไรด์ระหว่าง 36-685 มิลลิกรัม/เดซิลิตร โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 146.79 มิลลิกรัม/เดซิลิตร และพบว่า เพศชายมีค่าไตรกลีเซอไรด์ เฉลี่ยสูงกว่าเพศหญิง เมื่อพิจารณาค่าไตรกลีเซอไรด์ตามเกณฑ์มาตรฐาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีระดับไตรกลีเซอไรด์อยู่ในเกณฑ์ปกติ (ร้อยละ 60.9) พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 61.5 และ 60.4 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 12

2.8 ไลโปโปรตีนความหนาแน่นสูง (high density lipoprotein: HDL) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าไลโปโปรตีนความหนาแน่นสูง ระหว่าง 16-116 มิลลิกรัม/เดซิลิตร โดยมีค่า เฉลี่ยเท่ากับ 55.86 มิลลิกรัม/เดซิลิตร และพบว่าเพศหญิงมีค่าไลโปโปรตีนความหนาแน่นสูงเฉลี่ย สูงกว่าเพศชาย เมื่อพิจารณาระดับไลโปโปรตีนความหนาแน่นสูงตามเกณฑ์มาตรฐาน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับไลโปโปรตีนความหนาแน่นสูง อยู่ในเกณฑ์ปกติ (ร้อยละ 96.3) ซึ่งพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 98.6 และ 93.0 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 12

2.9 ไลโปโปรตีนความหนาแน่นต่ำ (low density lipoprotein: LDL) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่า ไลโปโปรตีนความหนาแน่นต่ำ ระหว่าง 34-612 มิลลิกรัม/เดซิลิตร โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 113.33 มิลลิกรัม/เดซิลิตร และพบว่าเพศหญิงมีค่าไลโปโปรตีนความหนาแน่นต่ำ เฉลี่ย สูงกว่าเพศชาย เมื่อพิจารณาระดับไลโปโปรตีนความหนาแน่นต่ำ ตามเกณฑ์มาตรฐาน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีระดับไลโปโปรตีนความหนาแน่นต่ำ สูงกว่าเกณฑ์ (ร้อยละ 66.9) พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 73.9 และ 56.6 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 12

ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับไขมันในเลือด

ระดับไขมันในเลือด	เพศ				รวม	
	ชาย		หญิง			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับคอเลสเตอรอล						
อยู่ในเกณฑ์ดี (< 200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร)	84	58.7	97	46.9	181	51.7
ปกติ (200 -240 มิลลิกรัม/เดซิลิตร)	14	9.8	24	11.6	38	10.9
สูงกว่าเกณฑ์ (> 240 มิลลิกรัม/เดซิลิตร)	45	31.5	86	41.5	131	37.4
รวม	143	100.0	207	100.0	350	100.0
คอเลสเตอรอล ต่ำสุด-สูงสุด	116-461		99-373		99-461	
ค่าเฉลี่ย	128.81		185.82		184.48	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	47.33		44.75		45.84	
ไตรกลีเซอไรด์						
อยู่ในเกณฑ์ดี (< 150 มิลลิกรัม/เดซิลิตร)	68	47.6	105	50.7	173	49.4
ปกติ (150-499 มิลลิกรัม/เดซิลิตร)	44	30.8	38	18.4	82	23.4
สูงกว่าเกณฑ์ (> 499 มิลลิกรัม/เดซิลิตร)	31	21.7	64	30.9	95	27.1
รวม	143	100.0	207	100.0	350	100.0
ไตรกลีเซอไรด์ ต่ำสุด-สูงสุด	36-685		41-453		36-685	
ค่าเฉลี่ย	166.32		131.22		146.79	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	107.80		69.09		89.90	

ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับไขมันในเลือด (ต่อ)

ผลการตรวจร่างกาย	เพศ				รวม	
	ชาย		หญิง		จำนวน	ร้อยละ
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ไลโปโปรตีนความหนาแน่นสูง						
อยู่ในเกณฑ์ดี (> 60 มิลลิกรัม/เดซิลิตร)	56	39.2	122	58.9	178	50.9
อยู่ในเกณฑ์ปกติ (40 -60 มิลลิกรัม/เดซิลิตร)	69	48.3	73	35.3	142	40.6
ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ (< 40 มิลลิกรัม/เดซิลิตร)	18	12.6	12	5.8	30	8.6
รวม	143	100.0	207	100.0	350	100.0
ต่ำสุด-สูงสุด	16-116		29-114		16-116	
ค่าเฉลี่ย	52.19		58.80		55.86	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	17.24		15.81		16.75	
ไลโปโปรตีนความหนาแน่นต่ำ						
อยู่ในเกณฑ์ดี (< 130 มิลลิกรัม/เดซิลิตร)	62	43.4	54	26.1	116	33.1
อยู่ในเกณฑ์ปกติ (130-160 มิลลิกรัม/เดซิลิตร)	11	7.7	7	3.4	18	5.1
สูงกว่าเกณฑ์ (> 160 มิลลิกรัม/เดซิลิตร)	70	49.0	146	70.5	216	61.7
รวม	143	100.0	207	100.0	350	100.0
ต่ำสุด-สูงสุด	34-319		53-612		34-612	
ค่าเฉลี่ย	109.56		117.76		113.33	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	42.16		71.92		57.70	

แหล่งที่มา : National Cholesterol Education program (NCEP) Guidelines)

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง การรับรู้การดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง ประเมินจากแบบสัมภาษณ์แบบมีตัวเลือกให้เลือกตอบ มีค่าพิสัยของความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังอยู่ระหว่าง 0-17 คะแนน จากการศึกษ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เท่ากับ 6.91 โดยเพศชายและเพศมีคะแนนเฉลี่ยใกล้เคียงกัน เมื่อพิจารณาระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 84.9) เป็นผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิงใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 86.0 และ 84.1 ตามลำดับ) รองลงมาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังอยู่ในระดับปานกลางและสูง (ร้อยละ 14.0 และ 1.1 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 13

ตารางที่ 13 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง

ระดับความรู้เกี่ยวกับ โรคไตเรื้อรัง	เพศ				รวม	
	ชาย		หญิง			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สูง	3	2.1	1	0.5	4	1.1
ปานกลาง	17	11.9	32	15.5	49	14.0
ต่ำ	123	86.0	174	84.1	297	84.9
รวม	143	100.0	207	100.0	350	100.0
คะแนนต่ำสุด-สูงสุด	0-17		0-16		0-17	
ค่าเฉลี่ย	6.83		6.96		6.91	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	3.56		3.27		3.39	

2.2 ระดับการรับรู้การดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต ประเมินโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ซึ่งมีลักษณะการวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า แบ่งเป็นรายด้าน 5 ด้านคือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง การรับรู้ถึงผลประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง และการรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต ค่าพิสัยของการรับรู้ทั้ง 5 ด้าน อยู่ระหว่าง 158-342 คะแนน จากการศึกษ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้การดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตเฉลี่ยเท่ากับ

228.20 โดยเพศชายและเพศหญิงใกล้เคียงกัน เมื่อพิจารณาในกลุ่มเพศชาย พบว่า ส่วนมากมีระดับการรับรู้การดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 67.8) รองลงมา มีความรู้ในระดับปานกลาง และระดับสูง (ร้อยละ 30.8 และ 1.4 ตามลำดับ) ส่วนเพศหญิง ก็เช่นเดียวกัน มีระดับการรับรู้การดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 60.4) รองลงมา มีความรู้ในระดับปานกลาง และระดับสูง (ร้อยละ 36.7 และ 2.9 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 14

ตารางที่ 14 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการรับรู้การดูแลตนเอง

การรับรู้การดูแลตนเอง	เพศ				รวม	
	ชาย		หญิง		จำนวน	ร้อยละ
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
สูง	2	1.4	6	2.9	8	2.3
ปานกลาง	4	30.8	76	36.7	120	34.3
ต่ำ	97	67.8	125	60.4	222	63.4
รวม	143	100.0	207	100.0	350	100.0
คะแนนต่ำสุด-สูงสุด	158-326		161-342		158-342	
ค่าเฉลี่ย	227.30		228.83		228.20	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	34.12		37.32		36.01	

เมื่อศึกษาการรับรู้การดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตแยกเป็นรายด้าน พบรายละเอียดดังนี้

2.2.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง ค่าพิสัยของคะแนนอยู่ระหว่าง 6-98 คะแนน จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง เฉลี่ยเท่ากับ 39.34 โดยเพศชายและเพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ยใกล้เคียงกัน เมื่อพิจารณาระดับการรับรู้การดูแลตนเองด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 88.6) เป็นผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิงใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 87.4 และ 89.4 ตามลำดับ) รองลงมา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังในระดับปานกลางและสูง (ร้อยละ 9.7 และ 1.7 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 15

2.2.2 การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคไตเรื้อรัง ค่าพิสัยของคะแนน อยู่ระหว่าง 16-50 คะแนน จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้เฉลี่ยเท่ากับ 36.77 โดยเพศชาย และเพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ยใกล้เคียงกัน เมื่อพิจารณาระดับการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคไตเรื้อรัง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 51.1) ซึ่งพบในเพศชาย มากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 54.5 และ 48.8 ตามลำดับ) รองลงมา พบว่า มีการรับรู้ในระดับต่ำและสูง (ร้อยละ 40.0 และ 8.9 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 15

2.2.3 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง ค่าพิสัยของคะแนนอยู่ระหว่าง 26-80 คะแนน จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้เฉลี่ยเท่ากับ 58.88 โดยเพศชายและเพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ยใกล้เคียงกัน เมื่อพิจารณาระดับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคไต พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 55.1) โดยพบในเพศชายและเพศหญิงใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 54.5 และ 55.6 ตามลำดับ) รองลงมา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ในระดับสูงและต่ำ (ร้อยละ 32.0 และ 12.9 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 15

2.2.4 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง ค่าพิสัยของคะแนน อยู่ระหว่าง 0-68 คะแนน จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง เท่ากับ 32.88 โดยเพศชายและเพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ยใกล้เคียงกัน เมื่อพิจารณาระดับการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีการรับรู้ในระดับต่ำ (ร้อยละ 89.7) โดยพบในเพศชายและเพศหญิงใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 87.4 และ 91.3 ตามลำดับ) รองลงมา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ในระดับปานกลางและสูง (ร้อยละ 9.7 และ 0.6 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 15

2.2.5 การรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต ค่าพิสัยของคะแนนอยู่ระหว่าง 16-79 คะแนน จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้เฉลี่ยเท่ากับ 45.84 โดยเพศชายและเพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ยใกล้เคียงกัน เมื่อพิจารณาระดับการรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีการรับรู้ในระดับต่ำ (ร้อยละ 59.4) โดยพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 63.6 และ 56.5 ตามลำดับ) รองลงมาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ในระดับปานกลางและสูง (ร้อยละ 33.1 และ 7.1 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 15

ตารางที่ 15 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการรับรู้การดูแลตนเองรายด้าน

การรับรู้การดูแลตนเอง	เพศ				รวม	
	ชาย		หญิง			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตวายเรื้อรัง						
สูง	3	2.1	3	1.4	6	1.7
ปานกลาง	15	10.5	19	9.2	34	9.7
ต่ำ	125	87.4	185	89.4	310	88.6
รวม	143	100.0	207	100.0	350	100.0
คะแนนต่ำสุด-สูงสุด	9-98		6-89		6-98	
ค่าเฉลี่ย	39.68		39.11		39.34	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	17.47		16.21		16.71	
การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคไตวายเรื้อรัง						
สูง	11	7.7	20	9.7	31	8.9
ปานกลาง	78	54.5	101	48.8	179	51.1
ต่ำ	54	37.8	86	41.5	140	40.0
รวม	143	100.0	207	100.0	350	100.0
คะแนนต่ำสุด-สูงสุด	21-50		16-50		16-50	
ค่าเฉลี่ย	37.06		36.57		36.77	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	6.91		7.42		7.21	

ตารางที่ 15 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการรับรู้การดูแลตนเองรายด้าน (ต่อ)

การรับรู้การดูแลตนเอง	เพศ				รวม	
	ชาย		หญิง			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้ผลประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง						
สูง	50	35.0	62	30.0	112	32.0
ปานกลาง	78	54.5	115	55.6	193	55.1
ต่ำ	15	10.5	30	14.5	45	12.9
รวม	143	100.0	207	100.0	350	100.0
คะแนนต่ำสุด-สูงสุด	29-80		26-80		26-80	
ค่าเฉลี่ย	59.65		58.35		58.88	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	11.05		10.94		10.99	
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง						
สูง	0	0.0	2	1.0	2	0.6
ปานกลาง	18	12.6	16	7.7	34	9.7
ต่ำ	125	87.4	189	91.3	314	89.7
รวม	143	100.0	207	100.0	350	100.0
คะแนนต่ำสุด-สูงสุด	0-61		0-68		0-68	
ค่าเฉลี่ย	34.48		31.77		32.88	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	11.99		12.75		12.50	
การรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต						
สูง	7	4.9	18	8.7	25	7.1
ปานกลาง	45	31.5	2	34.8	117	33.1
ต่ำ	91	63.6	117	56.5	208	59.4
รวม	143	100.0	207	100.0	350	100.0
คะแนนต่ำสุด-สูงสุด	16-79		16-78		16-79	
ค่าเฉลี่ย	44.84		46.57		45.87	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	10.50		11.13		10.90	

2.3 พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต ประเมินโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ซึ่งมีลักษณะการวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า ค่าพิสัยของคะแนนอยู่ระหว่าง 0-75 คะแนน จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 60.51 โดยเพศชายและเพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ยใกล้เคียงกัน (60.2 และ 60.72 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาจัดระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 62.0) โดยพบในเพศชายและเพศหญิงใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 60.8 และ 62.8 ตามลำดับ) รองลงมา มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับพอใช้และระดับไม่ดี/ต้องปรับปรุง (ร้อยละ 34.6 และ 3.4 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 16

ตารางที่ 16 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	เพศ				รวม	
	ชาย		หญิง		จำนวน	ร้อยละ
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ระดับดี	87	60.8	130	62.8	217	62.0
ระดับพอใช้	51	35.7	70	33.8	121	34.6
ระดับไม่ดี/ต้องปรับปรุง	5	3.5	7	3.4	12	3.4
รวม	143	100.0	207	100.0	350	100.0
คะแนนต่ำสุด-สูงสุด	42-72		37-74		37-74	
ค่าเฉลี่ย	60.20		60.72		60.51	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	7.46		7.34		7.62	

เมื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตแยกเป็นรายด้าน พบรายละเอียดดังนี้

2.3.1 พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต มีค่าพิสัยของคะแนน อยู่ระหว่าง 0-72 คะแนน จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 59.34 โดยเพศชายและเพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ยใกล้เคียงกัน เมื่อพิจารณาจัดระดับพฤติกรรมการบริโภค

อาหารเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต อยู่ในระดับดี (ร้อยละ 64.2) โดยพบในเพศชายและเพศหญิงเท่ากัน (ร้อยละ 64.3 และ 64.3 ตามลำดับ) รองลงมา มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต อยู่ในระดับพอใช้ และระดับไม่ดี/ต้องปรับปรุง (ร้อยละ 32.9 และ 2.9 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 17

ตารางที่ 17 จำนวนและร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต

พฤติกรรมกรบริโภคอาหารเพื่อ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต	เพศ				รวม	
	ชาย		หญิง			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดี	92	64.3	133	64.3	225	64.2
ระดับพอใช้	46	32.2	69	33.3	115	32.9
ระดับไม่ดี/ต้องปรับปรุง	5	3.5	5	2.4	10	2.9
รวม	143	100.0	207	100.0	350	100.0
คะแนนต่ำสุด-สูงสุด	40-72		36-72		36-72	
ค่าเฉลี่ย	59.06		59.54		59.34	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	7.61		7.77		7.70	

2.3.2 พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด มีค่าพิสัยของพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด อยู่ระหว่าง 0-28 คะแนน จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยเท่ากับ 23-34 โดยเพศชายและเพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ยใกล้เคียงกัน เมื่อพิจารณาระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 70.0) เป็นผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิงใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 72.3 และ 69.1 ตามลำดับ) รองลงมา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด อยู่ในระดับพอใช้และระดับไม่ดี/ต้องปรับปรุง (ร้อยละ 26.9 และ 3.1 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 18

2.3.4 พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมระดับไขมันในเลือด มีค่าพิสัยของพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมระดับไขมันในเลือดอยู่ระหว่าง 9-28 คะแนน จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมระดับไขมันในเลือด เฉลี่ยเท่ากับ 21.63 คะแนน โดยเพศชายและเพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ยใกล้เคียงกัน เมื่อพิจารณาระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมระดับไขมันในเลือด พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมระดับไขมันในเลือด อยู่ในระดับดี (ร้อยละ 46.6) เป็นผู้ป่วยหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 47.3 และ 42.7 ตามลำดับ) รองลงมา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมระดับไขมันในเลือดอยู่ในระดับพอใช้และระดับไม่ดี/ต้องปรับปรุง (ร้อยละ 38.6 และ 14.9 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 18

2.3.5 พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมระดับควบคุมความดันโลหิต มีค่าพิสัยของพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมความดันโลหิต อยู่ระหว่าง 0-16 คะแนน จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมความดันโลหิต เฉลี่ยเท่ากับ 14.37 โดยเพศชายและเพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ยใกล้เคียงกัน เมื่อพิจารณาระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมความดันโลหิต พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมความดันโลหิต อยู่ในระดับดี (ร้อยละ 84.6) เป็นผู้ป่วยหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 87.9 และ 79.7 ตามลำดับ) รองลงมา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมความดันโลหิตอยู่ในระดับพอใช้และระดับไม่ดี/ต้องปรับปรุง (ร้อยละ 12.9 และ 2.6 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 18

ตารางที่ 18 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารรายด้าน

พฤติกรรมกรการบริโภคอาหาร	เพศ				รวม	
	ชาย		หญิง			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
พฤติกรรมกรการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด						
ระดับดี	102	71.3	143	69.1	245	70.0
ระดับพอใช้	35	24.5	59	28.5	94	26.9
ระดับไม่ดี/ต้องปรับปรุง	6	4.2	5	2.4	11	3.1
รวม	143	100.0	207	100.0	350	100.0
คะแนนต่ำสุด-สูงสุด	10-28		14-28		10-28	
ค่าเฉลี่ย	23.28		23.38		23.34	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	3.20		2.88		3.01	
พฤติกรรมกรการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมระดับไขมันในเลือด						
ระดับดี	61	42.7	102	47.3	163	46.6
ระดับพอใช้	61	42.7	74	35.3	135	38.6
ระดับไม่ดี/ต้องปรับปรุง	21	14.7	31	15.0	52	14.9
รวม	143	100.0	207	100.0	350	100.0
คะแนนต่ำสุด-สูงสุด	9-28		10-28		9-28	
ค่าเฉลี่ย	21.48		21.74		21.63	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	4.39		4.64		4.53	
พฤติกรรมกรการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมความดันโลหิต						
ระดับดี	114	79.7	182	87.9	296	84.6
ระดับพอใช้	26	18.2	19	9.2	45	12.9
ระดับไม่ดี/ต้องปรับปรุง	3	2.1	6	2.9	9	2.6
รวม	143	100.0	207	100.0	350	100.0
คะแนนต่ำสุด-สูงสุด	9-16		0-16		0-16	
ค่าเฉลี่ย	14.30		14.42		14.37	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	1.87		1.98		1.93	

2.3.6 พฤติกรรมการออกกำลังกาย จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีพฤติกรรมการออกกำลังกายร้อยละ 54.3 โดยเพศชายและเพศหญิงมีพฤติกรรมการออกกำลังกายใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 54.5 และ 54.1 ตามลำดับ) โดยกิจกรรมการออกกำลังกายที่ทำพบว่า ส่วนมากออกกำลังกายโดยทำงานบ้าน (ร้อยละ 45.3) ซึ่งพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 50.9 และ 37.2 ตามลำดับ) รองลงมาออกกำลังกายโดยการเดินเร็ว การทำงานประจำในอาชีพ วิ่งเหยาะ การออกกำลังกายบริหารและขี่จักรยาน (ร้อยละ 19.5, 19.0, 11.5, 4.2 และ 0.5 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 19

ตารางที่ 19 จำนวนและร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมการออกกำลังกาย

พฤติกรรมการออกกำลังกาย	เพศ				รวม	
	ชาย		หญิง			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การออกกำลังกาย						
ไม่ออกกำลังกาย	65	45.5	95	45.9	160	45.7
ออกกำลังกาย	78	54.5	112	54.1	190	54.3
รวม	143	100.0	207	100.0	350	100.0
กิจกรรมการออกกำลังกาย						
ทำงานบ้าน	29	37.2	57	50.9	86	45.3
เดินเร็ว	12	15.4	25	22.3	37	19.5
งานประจำในอาชีพ	19	24.3	17	15.2	36	19.0
วิ่งเหยาะ	14	17.9	8	7.1	22	11.5
การบริหาร	3	3.9	5	4.5	8	4.2
ขี่จักรยาน	1	1.3	0	0.0	1	0.5
รวม	78	100.0	112	100.0	190	100.0

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การดูแลตนเอง อายุ รายได้ ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง และระยะเวลาที่ป่วยเป็นเบาหวานกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

ในการศึกษาการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ครั้งนี้ เนื่องจากตัวแปรทุกตัวแปร มีการจัดระดับการวัดเป็นแบบช่วง (interval scale) ผู้วิจัยได้พิจารณาเลือกใช้สถิติวิเคราะห์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (pearson' product moment correlation coefficient) ซึ่งเป็นการศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปร 2 ตัวแปร (bivariate) หรือเรียกว่าสหสัมพันธ์ (correlation) สำหรับการพิจารณาว่าตัวแปร 2 ตัวนั้นมีความสัมพันธ์กันมากน้อยเพียงใด พิจารณาได้จากตัวเลขค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ดังนี้

1. เมื่อ r มีค่า 0.8 ขึ้นไป ถือว่า มีความสัมพันธ์ในระดับสูง
2. เมื่อ r มีค่า 0.6-0.8 ถือว่า มีความสัมพันธ์ในระดับค่อนข้างสูง
3. เมื่อ r มีค่า 0.4-0.6 ถือว่า มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง
4. เมื่อ r มีค่า 0.2-0.4 ถือว่า มีความสัมพันธ์ในระดับค่อนข้างต่ำ
5. เมื่อ r มีค่าต่ำกว่า 0.2 ถือว่า มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ

ผลการวิเคราะห์ พบว่า อายุ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคไตเรื้อรัง การรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง การรับรู้การดูแลตนเองโดยภาพรวม และการรับรู้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.005$) โดยที่ตัวแปรอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตมากที่สุด ($p < 0.001$) ซึ่งถือว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ ($r = 0.332$) รองลงมาคือ ตัวแปรการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคไตเรื้อรัง ($r = 0.179$) การรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ($r = 0.178$) การรับรู้การดูแลตนเองโดยภาพรวม ($r = 0.167$) และการรับรู้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพตนเอง ($r = 0.118$) ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง การรับรู้อุปสรรคในการดูแลสุขภาพตนเอง รายได้ ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง และระยะเวลาที่ป่วยเป็นเบาหวาน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (รายละเอียดในตารางที่ 20)

ตารางที่ 20 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การดูแลตนเอง อายุ รายได้ ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง และระยะเวลาที่ป่วยเป็นเบาหวานที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวาน (n=350)

	พฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยเบาหวาน	
	r	p
การรับรู้การดูแลตนเองโดยภาพรวม	0.167	0.002
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง	0.054	0.314
การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคไตเรื้อรัง	0.179	0.001
การรับรู้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพตนเอง	0.118	0.028
การรับรู้อุปสรรคในการดูแลสุขภาพตนเอง	0.027	0.613
การรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง	0.178	0.001
อายุ	0.332	< 0.001
รายได้	0.051	0.338
ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง	0.021	0.699
ระยะเวลาที่ป่วยเป็นเบาหวาน	- 0.080	0.732

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อาชีพ และการได้รับคำแนะนำของผู้ป่วยเบาหวานกับ พฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต

ตัวแปรเพศ อาชีพ และการได้รับคำแนะนำของผู้ป่วยเบาหวานมีระดับการวัดแบบนามบัญญัติ (nominal scale) จึงใช้สถิติไค-สแควร์ (chi-square)

ผลการวิเคราะห์ พบว่า เพศ อาชีพ และการได้รับคำแนะนำ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต ($p=0.933$, 0.125 , และ 0.962 ตามลำดับ) และเมื่อพิจารณาในรายละเอียด พบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับดี ร้อยละ 62.8 ระดับพอใช้ และระดับไม่ดี/ต้องปรับปรุง ร้อยละ 33.8 และ 3.7 ในขณะที่เพศชายมีพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับดี ร้อยละ 60.8 ระดับพอใช้และระดับไม่ดี/ต้องปรับปรุง ร้อยละ 35.7 และ 3.5 ตามลำดับ

อาชีพรับจ้าง/เกษตรกร มีพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับดี ร้อยละ 72.1 ระดับพอใช้ และระดับไม่ดี/ต้องปรับปรุง ร้อยละ 25.6 และ 2.3 ตามลำดับ, ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับดี ร้อยละ 63.9 ระดับพอใช้และระดับไม่ดี/ต้องปรับปรุง ร้อยละ 33.9 และ 2.2 ตามลำดับ, ธุรกิจส่วนตัว มีพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับดี ร้อยละ 54.8 ระดับพอใช้และระดับไม่ดี/ต้องปรับปรุง ร้อยละ 38.1 และ 7.1 ตามลำดับ, ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับดี ร้อยละ 47.4 ระดับพอใช้และระดับไม่ดี/ต้องปรับปรุง ร้อยละ 44.7 และ 7.9 ตามลำดับ

ผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับคำแนะนำ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับดี ร้อยละ 62.6 ระดับพอใช้และระดับไม่ดี/ต้องปรับปรุง ร้อยละ 34.1 และ 3.3 ตามลำดับ ในขณะที่ผู้ที่เคยได้รับคำแนะนำมีพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับดี ร้อยละ 61.2 ระดับพอใช้และระดับไม่ดี/ต้องปรับปรุง ร้อยละ 35.3 และ 3.6 ตามลำดับ (รายละเอียดในตารางที่ 21)

ตารางที่ 21 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อาชีพและการได้รับคำแนะนำกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน (n = 350)

	พฤติกรรมการดูแลตนเอง						X ²	df	p
	ระดับดี		ระดับพอใช้		ระดับไม่ดี/ ต้องปรับปรุง				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
เพศ									
ชาย	87	60.8	51	35.7	5	3.5	0.139	2	0.933
หญิง	130	62.8	70	33.8	7	3.4			
อาชีพ									
รับจ้าง/เกษตรกร	31	72.1	11	25.6	1	2.3	9.871	6	0.125
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	145	63.9	77	33.9	5	2.2			
ธุรกิจส่วนตัว	23	54.8	16	38.1	3	7.1			
ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	18	47.4	17	44.7	3	7.9			
การได้รับคำแนะนำ									
ไม่เคย	132	62.6	72	34.1	7	3.3	0.077	2	0.962
เคย	85	61.2	49	35.3	5	3.6			

บทที่ 5

อภิปรายผลการวิจัย สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (survey research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาได้แก่ผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งยังไม่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะแทรกซ้อนทางไตมาก่อน และเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่คลินิกเฉพาะโรคเบาหวาน โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 350 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้เป็นแบบสัมภาษณ์ ซึ่งแบ่งเป็น 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลด้านประชากรและผลการตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสัมภาษณ์การรับรู้การดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยเบาหวาน แบ่งเป็นรายด้าน 5 ด้านคือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง การรับรู้ผลประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคไตเรื้อรัง และการรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ด้วยตนเอง โดยศึกษาข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยของโรงพยาบาล แนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่างพร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการตอบคำถาม บันทึกข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับผลการตรวจร่างกาย ได้แก่ ส่วนสูง น้ำหนัก ระดับความดันโลหิต และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ระดับน้ำตาลและระดับไขมันในเลือด จากการตรวจในวันที่ศึกษา และหาข้อมูลเพิ่มเติมจากระบบคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาล ดำเนินการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างตามแบบสัมภาษณ์ที่จัดทำขึ้นในระหว่างที่ผู้ป่วยรอพบแพทย์หรือหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาแล้วรอรับยา ในระหว่างการสัมภาษณ์หากผู้ป่วยรู้สึกไม่สบายใจ คับข้องใจ ไม่สะดวกในการให้สัมภาษณ์ ผู้ป่วยสามารถยุติการให้ข้อมูลได้ทันที นำแบบสัมภาษณ์ที่ได้มาตรวจสอบความครบถ้วนก่อนนำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ คือ ค่าร้อยละ

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อศึกษาข้อมูลด้านลักษณะประชากร เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ใช้สถิติไค-สแควร์ (Chi-square) และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (pearson' product moment correlation coefficient) ผลการวิจัยสามารถอภิปรายและสรุปผลได้ดังต่อไปนี้

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้สามารถอภิปรายผลโดยพิจารณาตามสมมติฐานการวิจัยได้ดังนี้

สมมติฐานข้อ 1 การรับรู้ที่มีต่อโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการเกิดโรคไตเรื้อรัง และการรับรู้ที่มีต่อการกระทำเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง การรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวาน

การรับรู้การดูแลสุขภาพโดยภาพรวม พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ ($r=0.167$) เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ที่มีต่อโรคไตเรื้อรังรายด้าน พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตน้อยมากและไม่มีความนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.314$) โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังในระดับต่ำ และเมื่อพิจารณารายประเด็น พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังขาดการรับรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ การป่วยเป็นเบาหวานนานๆ และไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาล ระดับไขมันในเลือด ระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติได้ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารเพื่อชะลอการเสื่อมของไต อายุที่มากขึ้นและประวัติของบุคคลในครอบครัวที่ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง (รายละเอียดในตารางที่ 23) ซึ่งปัจจัยดังกล่าวเป็นปัจจัยที่สำคัญของการเกิดโรคไตเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยขาดการรับรู้ถึงอันตรายหรือภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นกับตนเองและขาดดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น

ทั้งนี้ อาจเป็นผลเนื่องมาจากประสบการณ์ตรงของผู้ป่วยเองที่ยังไม่พบว่ามีความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนทางไต แม้จะมีบุคคลในครอบครัวที่ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง แต่ก็พบเพียงส่วนน้อย ทำให้ผู้ป่วยคิดว่าตนเองไม่มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต

ผลการศึกษาที่สอดคล้องกับการศึกษาของสุนีย์ เก่งกาจ (2544: 73) ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของรัชชัย ไกรยศรี (2543: บทคัดย่อ) ที่พบว่า การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง

การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคไตเรื้อรัง พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001$) ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ ($r=0.179$) โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการรับรู้โรคไตเรื้อรังเป็นโรคที่รักษาไม่หายต้องรับการรักษาต่อเนื่องไปตลอดชีวิต, เสียค่าใช้จ่ายสูง, ไม่สามารถรับประทานอาหารได้เหมือนคนปกติต้องควบคุมอาหารหวาน อาหารเค็ม อาหารที่มีไขมันสูง ($\bar{X}=7.74, 8.11$ และ 7.86 ตามลำดับ) รายละเอียดในตารางที่ 24 สอดคล้องกับแนวคิดของโรเซนสต็อก (Rosen-stock, 1974: 328-335) ที่ว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคนั้น ทำให้บุคคลทราบถึงอันตรายที่มีต่อสุขภาพและผลกระทบต่อหน้าที่ในสังคม มีผลต่อการแสดงพฤติกรรมในการป้องกันโรคของบุคคล โดยที่บุคคลจะมีพฤติกรรมที่จะหลีกเลี่ยงการเป็นโรคนั้น การรับรู้ความรุนแรงของโรคจะเป็นสิ่งกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความหวาดกลัว ซึ่งมีผลในการกระตุ้นให้เกิดการกระทำในการป้องกัน ซึ่งถ้าบุคคลได้รับการช่วยเหลือ และแนะนำวิธีการที่จะเผชิญกับภาวะความเจ็บป่วยหรือลดอันตราย บุคคลก็จะมีการกระทำที่ถูกต้อง แต่ถ้าบุคคลไม่ทราบวิธีที่จะเผชิญกับปัญหานั้นอาจเกิดกลไกในการป้องกันขึ้น โดยจะมีพฤติกรรมปฏิเสธหรือไม่ยอมรับมากกว่าที่จะให้ความร่วมมือ ในการแก้ปัญหา

ผลการศึกษาที่สอดคล้องกับการศึกษาของจตุรงค์ ประดิษฐ์ (2540: บทคัดย่อ) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกำแพงเพชร ที่พบว่า การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การรับรู้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพตนเอง พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.028$) ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ ($r = 0.118$) โดยผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเรื่องการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การควบคุมระดับความดันโลหิต การควบคุมไขมันและการออกกำลังกาย ว่าสามารถช่วยชะลอการเสื่อมของไตได้ (รายละเอียดในตารางที่ 25) สอดคล้องกับแนวคิดของโรเซนสต็อก (Rosen-stock, 1974: 328-335) ที่ว่า พฤติกรรมทางด้าน

สุขภาพขึ้นอยู่กับความเชื่อในประสิทธิภาพหรือคุณค่าของพฤติกรรมที่จะกระทำว่าสามารถลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หรือช่วยลดความรุนแรงของโรคได้และยังขึ้นอยู่กับการคาดคะเนถึงอุปสรรคต่างๆ เช่น ค่าใช้จ่าย ความสะดวก ความทุกข์ทรมานของบุคคล การที่บุคคลจะปฏิบัติอย่างไรขึ้นอยู่กับว่าวิธีการนั้นๆ เป็นวิธีที่เขาเชื่อว่าให้ประโยชน์กับเขามากที่สุด มากกว่าผลเสียที่จะเกิดขึ้น ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของจตุรงค์ ประดิษฐ์ (2540: บทคัดย่อ) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกำแพงเพชร พบว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การรับรู้อุปสรรคในการดูแลสุขภาพตนเอง พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตในระดับที่น้อยมาก ($r=0.027$) ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.613$) ซึ่งผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มีการรับรู้อุปสรรคในการดูแลสุขภาพตนเองในระดับต่ำ (ร้อยละ 89.7) อธิบายได้ว่า การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตนเป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับปัจจัยหรือกิจกรรมต่างๆตามสภาพเป็นจริงที่ขัดขวางการมีพฤติกรรมสุขภาพอนามัย ส่งผลให้เกิดความขัดแย้งและหลีกเลี่ยงการมีพฤติกรรมอนามัยนั้นๆ และบุคคลจะประเมินระหว่างประโยชน์ที่จะได้รับกับอุปสรรคที่เกิดขึ้นก่อนการตัดสินใจว่าจะปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติตามนั้นหรือไม่ (ศิริพร ปาระมะ, 2545: 56) จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังในระดับต่ำมากที่สุด และเมื่อพิจารณารายชื่อพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีการรับรู้อุปสรรคของการออกกำลังกายมากที่สุด เนื่องจากทำให้เสียเวลามากและทำให้มีอาการหน้ามืด เป็นลม (ดังรายละเอียดในตารางที่ 26) ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นผู้สูงอายุ มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ทำให้พบว่า มีผู้ป่วยถึงร้อยละ 45.7 ที่ไม่มีการออกกำลังกายเลย ในกลุ่มผู้ป่วยที่ออกกำลังกาย พบว่า ร้อยละ 24.6 ออกกำลังกายโดยการทำงานบ้าน เช่น กวาดบ้าน ถูบ้าน ปลูกต้นไม้ รดน้ำต้นไม้, ร้อยละ 10.3 ออกกำลังกายโดยการทำงานประจำในอาชีพ มีเพียงร้อยละ 8.9 เท่านั้นที่ออกกำลังกายโดยการเดินเร็ว วิ่งเหยาะและกายบริหาร

การรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001$) ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ ($r=0.178$) ซึ่งเมื่อพิจารณาจากระดับการรับรู้ความสามารถ พบว่าผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มีการรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองในระดับต่ำ (ร้อยละ 59.4) โดยเฉพาะเรื่องการออกกำลังกาย (ดังรายละเอียดในตารางที่ 27)

สมมติฐานข้อ 2 ปัจจัยร่วม ได้แก่ อายุ เพศ อาชีพ รายได้ และความรู้เรื่องโรคเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวาน ที่มารับบริการรักษาที่โรงพยาบาลราชวิถี

ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยร่วมที่มีความสัมพันธ์กับการกระทำพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วย มีเพียงอายุที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนตัวแปรอื่นไม่พบความสัมพันธ์ทางสถิติ โดยมีรายละเอียดดังนี้

อายุ พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ทางบวกในระดับค่อนข้างต่ำ ($r = 0.332$) แสดงว่าผู้ป่วยที่อายุมากขึ้นจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองมากขึ้นด้วย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยเบาหวานมีระยะเวลาการป่วยมานาน เมื่อป่วยมานานและมีอายุมากขึ้นเรื่อยๆ ประสิทธิภาพการเรียนรู้เกี่ยวกับโรคก็มีเพิ่มขึ้น จนสามารถที่จะดูแลตนเองได้ในระดับหนึ่งซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Leady & Pepper, p 83 อ้างในเกศินี ไชนิล, 2536 หน้า 46) พบว่าอายุที่เพิ่มขึ้นของบุคคลมีผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง

เพศ ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวาน ($p = 0.933$) จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 62.0) โดยพบว่าเป็นเพศชายและเพศหญิงใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 60.8 และ 62.8 ตามลำดับ) และเมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานรายด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกาย พบว่าเพศชายและเพศหญิงใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 64.3, 64.3 และ 54.5, 54.1 ตามลำดับ) อาจเป็นเพราะว่าผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ทำให้มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง จึงไม่พบความแตกต่างในการดูแลตนเองของเพศชายและเพศหญิง สอดคล้องกับการศึกษาของศิริพร ปาระมะ (2545, หน้า 58) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาล จังหวัดลำพูน พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อาชีพ จากการศึกษาพบว่าอาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวานอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.125$) ซึ่งโดยทั่วไปลักษณะอาชีพจะถูกกำหนดจากระดับการศึกษา ซึ่งผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ (ร้อยละ

56.0) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา และส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 64.9) จึงไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

รายได้ จากการศึกษพบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวานในระดับที่น้อยมากและไม่พบความสัมพันธ์ทางสถิติ ($r=0.051$) ทั้งนี้เนื่องจากส่วนใหญ่ผู้ป่วยเบาหวานไม่ได้ประกอบอาชีพ แต่จากการสัมภาษณ์ พบว่า รายได้ส่วนใหญ่เป็นรายได้ของครอบครัวลูกหลานที่ผู้ป่วยเบาหวานอาศัยอยู่ด้วย

ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวาน ($p = 0.699$) ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ยังไม่เคยได้รับคำวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะแทรกซ้อนทางไตมาก่อน ยังไม่มีประสบการณ์ตรงเกี่ยวกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตและจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเบาหวานส่วนมากมีระยะเวลาที่ป่วยเป็นเบาหวานน้อยกว่า 5 ปี (ร้อยละ 40.0) ทำให้มีโอกาสนในการได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับโรคและการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ระหว่างผู้ป่วยด้วยกันน้อย ถึงแม้ความรู้จะเป็นปัจจัยร่วมที่สำคัญในการที่จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรม แต่การเพิ่มความรู้เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้เสมอไป จะต้องมียปัจจัยอื่นๆประกอบด้วย

สมมติฐานข้อ 3 แรงจูงใจในการกระทำพฤติกรรม ได้แก่ การได้รับข้อมูล/คำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ ญาติ เพื่อน และระยะเวลาที่ป่วยเป็นเบาหวานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวาน

การได้รับข้อมูล/คำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ ญาติ เพื่อน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวาน ($p=0.962$) ซึ่งจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่เคยได้รับข้อมูลหรือคำแนะนำเกี่ยวกับโรคไตจากเบาหวานร้อยละ 39.7 โดยแหล่งความรู้ที่ได้รับส่วนใหญ่ได้จากแพทย์และพยาบาลที่คลินิกเบาหวาน (ร้อยละ 74.1) จากการสอบถามเพิ่มเติมจากเจ้าหน้าที่ที่คลินิกเฉพาะโรคเบาหวานและการสังเกตการณ์ พบว่า มีการให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยเบาหวานและญาติทุกวันพฤหัสบดีที่หน้าห้องตรวจ ขณะที่ผู้ป่วยรอพบแพทย์ ลักษณะการให้สุขศึกษาทำเป็นกลุ่มโดยมีพยาบาลเป็นผู้บรรยายและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามเพิ่มเติมได้ เนื้อหาที่สอนเป็นความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ซึ่งภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยเบาหวาน เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับอวัยวะเฉพาะในร่างกายที่มีความซับซ้อน ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานยังไม่ทราบถึงสาเหตุ อาการ และการป้องกัน (ร้อยละ 56.3, 58.0 และ 76.3 ตามลำดับ) ดัง

รายละเอียดในภาคผนวก ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ นัยนา เมธา (2544, หน้า 55) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่าการได้รับคำแนะนำในเรื่องการปฏิบัติตัวในการบริโภคอาหารให้ถูกต้องไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูง

ระยะเวลาที่ป่วยเป็นเบาหวาน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวานอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.732$) ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ทางลบ ($r=-0.080$) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่ป่วยเป็นเบาหวานแตกต่างกันมาก โดยมีระยะเวลาที่ป่วยเป็นเบาหวานระหว่าง 1-35 ปี น้อยกว่า 5 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 40.0) รองลงมามีระยะเวลาที่ป่วยระหว่าง 5-10 ปี (ร้อยละ 28.9) เฉลี่ย 9.68 ปี และเนื่องจากผู้ป่วยที่มีระยะเวลาของการป่วยนานมักเป็นผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งอายุเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2537 หน้า 40) ศักยภาพในการดูแลตนเองสูงสุดและจะลดลงและมีข้อจำกัดเมื่อเข้าสู่วัยชรา ผลการศึกษานี้แตกต่างจากการศึกษาศิริพร ปาระมะ (2545, หน้า 57) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสี จังหวัดลำพูน พบว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ สามารถสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษานี้เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 59.1 และ ร้อยละ 40.9 มีอายุระหว่าง 45-88 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 62.92 ปี อายุระหว่าง 60-69 ปี พบมากที่สุด (ร้อยละ 36.9) กลุ่มตัวอย่างเกือบทุกคนนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 98.6) ส่วนมากมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 64.6) มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาพบมากที่สุด (ร้อยละ 56.0) ส่วนมากไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 64.9) รายได้ของครอบครัวต่อเดือนอยู่ระหว่าง 1,000-86,000 บาท โดยเฉลี่ยเท่ากับ 10,748 บาท กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท พบมากที่สุด (ร้อยละ 45.7) มีความเพียงพอของรายได้มากที่สุด (ร้อยละ 69.4)

ด้านประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ป่วยเป็นเบาหวานน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี พบมากที่สุด (ร้อยละ 40.0) บุคคลในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างที่ป่วยเป็นเบาหวานที่พบมากที่สุด ได้แก่ มารดา (ร้อยละ 27.5) ป่วยเป็นความดันโลหิตสูงที่พบมากที่สุด ได้แก่ มารดา (ร้อยละ 27.8) และป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังที่พบมากที่สุดในจำนวนเท่าๆ กัน ได้แก่ มารดา และน้อง (ร้อยละ 31.6 และ 31.6 ตามลำดับ) นอกจากนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง (ร้อยละ 60.3) ส่วนมากได้รับความรู้จากแพทย์/พยาบาลที่คลินิกเบาหวาน (ร้อยละ 74.1) ส่วนใหญ่มีสิทธิในการเบิกค่ารักษา (ร้อยละ 86.3) ส่วนใหญ่ใช้สิทธิข้าราชการ/ครอบครัวในการเบิกค่ารักษา (ร้อยละ 44.7)

ผลการตรวจร่างกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบว่า ส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายระหว่าง 14-50 กิโลกรัม/เมตร² เฉลี่ยเท่ากับ 25.85 กิโลกรัม/เมตร² ส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายสูงกว่าเกณฑ์ (ร้อยละ 57.1) มีระดับน้ำตาลในเลือดระหว่าง 73-350 มิลลิกรัม/เดซิลิตร เฉลี่ยเท่ากับ 147.31 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ส่วนมากมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าเกณฑ์ (ร้อยละ 73.1) มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดระหว่าง 5.4-14.1 เปอร์เซ็นต์ เฉลี่ยเท่ากับ 8.178 เปอร์เซ็นต์ ส่วนมากมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดสูงกว่าเกณฑ์ (ร้อยละ 87.7) ระดับความดันโลหิตตัวบน ระหว่าง 99-240 มิลลิเมตรปรอท เฉลี่ยเท่ากับ 139.47 มิลลิเมตรปรอท ส่วนมากมีความดันโลหิตตัวบนสูงกว่าเกณฑ์ (ร้อยละ 70.3) ระดับความดันโลหิตตัวล่าง ระหว่าง 50-111 มิลลิเมตรปรอท เฉลี่ยเท่ากับ 78.44 มิลลิเมตรปรอท ส่วนมากมีค่าความดันโลหิตตัวล่างสูงกว่าเกณฑ์ (ร้อยละ 52.0) ระดับโคเลสเตอรอลในเลือดระหว่าง 99-461 มิลลิกรัม/เดซิลิตร เฉลี่ยเท่ากับ 184.48 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ส่วนมากมีค่าโคเลสเตอรอลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ร้อยละ 51.7) ระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดระหว่าง 36-685 มิลลิกรัม/เดซิลิตร เฉลี่ยเท่ากับ 146.79 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ส่วนมากมีระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ร้อยละ 60.9) ระดับไลโปโปรตีนความหนาแน่นสูง ระหว่าง 16-116 มิลลิกรัม/เดซิลิตร โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 55.86 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ส่วนใหญ่มีระดับไลโปโปรตีนความหนาแน่นสูง อยู่ในเกณฑ์ปกติ (ร้อยละ 96.3) ระดับไลโปโปรตีนความหนาแน่นต่ำ ระหว่าง 34-612 มิลลิกรัม/เดซิลิตร เฉลี่ยเท่ากับ 113.33 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ส่วนมากมีระดับไลโปโปรตีนความหนาแน่นต่ำ สูงกว่าเกณฑ์ (ร้อยละ 66.9)

กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 84.9) เป็นผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิงใกล้เคียงกัน ซึ่งเมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วย พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต อย่างไม่มีนัยสำคัญ ($p=0.699$) การรับรู้การ自我ดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตโดยภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 67.8) เมื่อพิจารณาการรับรู้รายด้าน พบว่า

กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ เพื่อการป้องกันโรคไตเรื้อรัง และการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 88.6, 89.7 และ 59.4 ตามลำดับ) ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคไตเรื้อรังและการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคไต พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 51.1 และ 55.1 ตามลำดับ) ซึ่งเมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้รายด้านกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคไตเรื้อรัง การรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองและการรับรู้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001, 0.001$ และ 0.028 ตามลำดับ) ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังและการรับรู้อุปสรรคในการดูแลสุขภาพตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 62.0) โดยพบในเพศชายและเพศหญิงใกล้เคียงกัน เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล ระดับไขมันในเลือดและเพื่อควบคุมความดันโลหิต อยู่ในระดับดี ส่วนพฤติกรรมการออกกำลังกาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีพฤติกรรมการออกกำลังกายร้อยละ 54.3 โดยเพศชายและเพศหญิงมีพฤติกรรมการออกกำลังกายใกล้เคียงกัน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

จากการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังจากเบาหวานและการรับรู้ในการดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำ และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยภาพรวมอยู่ในระดับดี แต่เมื่อพิจารณาผลการตรวจร่างกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาล ระดับไขมันและความดันโลหิตได้ และมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตจากเบาหวาน ได้แก่ อายุ ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีระยะเวลาการป่วยเป็นเบาหวานเฉลี่ยประมาณ 10 ปี มีประวัติบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรัง มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มนมวัวที่มากกว่าเกณฑ์ จากผล

การศึกษาที่พบดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะโดยนำผลที่ได้จากการวิจัยมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต ดังนี้

1. จัดกิจกรรมส่งเสริมในผู้ป่วยเบาหวานได้มีความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังจากเบาหวาน ให้ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับปัจจัยที่เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรค การดำเนินโรค แนวทางในการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง โดยเฉพาะในด้านการควบคุมระดับน้ำตาล ระดับไขมันและความดันโลหิต เนื่องจากพบว่าผู้ป่วยยังไม่สามารถควบคุมปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ได้

ด้านความรู้ ผู้ป่วยควรมีความรู้เรื่องค่าปกติของระดับน้ำตาล ระดับไขมันและความดันโลหิต เพื่อจะได้ติดตามความผิดปกติจากผลการตรวจร่างกายของตนเองได้

ด้านการรับรู้ต่อโรคไตเรื้อรังและการรับรู้ต่อการปฏิบัติในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง ควรมีการส่งเสริมให้ความรู้แก่ผู้ป่วยถึงโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง ควบคู่ไปกับความรู้เกี่ยวกับการโรคไตเรื้อรัง เพื่อผู้ป่วยจะได้มีความเข้าใจและตระหนักในการดูแลตนเอง พร้อมกับมีแนวทางในการดูแลตนเองที่จะป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นได้

สำหรับช่องทางหรือแหล่งความรู้ที่จะให้แก่ผู้ป่วยนั้นควรมีการจัดสื่อการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติให้มากขึ้น เพิ่มจากการที่แพทย์หรือพยาบาลให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว เพื่อให้ผู้ป่วยที่ไม่มีโอกาสรับฟังคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่มีทางเลือกในการได้รับข้อมูล

2. ควรมีการติดตามประเมินความรู้เกี่ยวกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยเบาหวาน การรับรู้การดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต ควบคู่กับผลการตรวจร่างกายและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเกี่ยวกับระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิตและระดับไขมันในเลือด เนื่องจากผลการศึกษา พบว่า ผลการตรวจร่างกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการยังพบว่าผู้ป่วยยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาล ระดับความดันโลหิตและระดับไขมันในเลือดให้อยู่ในระดับปกติได้

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เจาะลึกและมีการสังเกตร่วมด้วยในผู้ป่วยเบาหวานเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต เพื่อจะได้ทราบถึงปัญหา สาเหตุ และข้อเท็จจริงเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานอย่างแท้จริง

2. ควรมีการศึกษาทั้งในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตและเริ่มมีภาวะแทรกซ้อนทางไตในระยะเริ่มแรก เนื่องจากในแต่ละระยะของการดำเนินโรคมีวิธีการดูแลผู้ป่วยที่แตกต่างกันซึ่งการดำเนินโรคของโรคไตเรื้อรังเป็นไปอย่างช้าๆ จะพบอาการแสดงก็ต่อเมื่อโรคได้ดำเนินไประยะท้ายๆแล้ว จึงไม่สามารถป้องกันหรือชะลอการเสื่อมของไตได้แล้ว ฉะนั้น การศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือที่เริ่มมีการเสื่อมของไตจะสามารถช่วยลดและชะลอการเสื่อมของไตได้



พฤติกรรม的自我ดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลราชวิถี

พิจิตรา ทูลมาลา 4736289 PHPH/M

วท.ม.(สาธารณสุขศาสตร์)สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: นิรัตน์ อิมามิ Ph.D., มณีรัตน์ ชีระวิวัฒน์ Ph.D., รศ.ภากรดี เต็มเจริญ ส.ด.

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไตเรื้อรังเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญในผู้ป่วยเบาหวาน และเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย แต่ผู้ป่วยเบาหวานไม่ได้เกิดโรคไตเรื้อรังทุกราย ขึ้นอยู่กับปัจจัยเสี่ยงและการควบคุมปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยแต่ละราย ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคไตเรื้อรังได้ การดำเนินโรคจะเข้าสู่ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ผู้ป่วยจะต้องทำการบำบัดทดแทนไต ซึ่งปัจจุบันมีหลายวิธี ได้แก่ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้องและการปลูกถ่ายไต แต่ไม่ว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายจะได้รับการบำบัดไตด้วยวิธีใดก็ตาม การเจ็บป่วยและการรักษาส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัว รวมทั้งสังคมและเศรษฐกิจโดยภาพรวมของประเทศ

จากการศึกษาของนักวิชาการทางการแพทย์หลายท่าน พบว่า พฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานเป็นปัจจัยสำคัญในการช่วยลดปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคไตเรื้อรัง และช่วยชะลอการเสื่อมของไตไม่ให้เกิดไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายเร็วกว่าที่ควรจะเป็น ซึ่งพฤติกรรมที่สำคัญได้แก่ การควบคุมระดับน้ำตาลและไขมันในเลือด การควบคุมระดับความดันโลหิตและการงดสูบบุหรี่

จากความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาดังกล่าว ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวาน ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการรักษาที่โรงพยาบาลราชวิถี เหตุผลของการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน

ชนิดที่สอง ซึ่งยังไม่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะแทรกซ้อนทางไตมาก่อน เนื่องจากอัตราการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่สองมีมากกว่าการเกิดเบาหวานชนิดที่หนึ่ง การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ไตจากเบาหวานต้องใช้ระยะเวลาในการดำเนินโรคนาน ซึ่งผู้ป่วยเบาหวานมักไม่มีการแสดงจากการป่วยระยะเริ่มต้น ผู้ป่วยจึงสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติโดยไม่รู้สึกว่าตัวเองป่วยเป็นโรคไต ต่อเมื่อมีอาการผิดปกติแสดงให้เห็น ผู้ป่วยจึงมาพบแพทย์ แต่เนื่องจากผู้ป่วยโรคไตจากเบาหวานจะมีอาการทางคลินิกเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่โรคไตเรื้อรังจากเบาหวานระยะที่ 3 ขึ้นไป ซึ่งเป็นระยะที่โรคไตดำเนินไปมากแล้ว การดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตในระยะนี้ค่อนข้างช้าเกินไป ไม่ช่วยชะลอการเสื่อมของไตได้ แต่จะช่วยให้มีของเสียสะสมในร่างกายลดลง และผู้ป่วยมีความสุขสบายขึ้นเท่านั้น ด้วยเหตุผลดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยเลือกศึกษากลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองและยังไม่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะแทรกซ้อนทางไตมาก่อน โดยประยุกต์ ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความสามารถตนเองเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย เพื่อจะได้ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ การรับรู้และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนให้บริการและจัดกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานให้มีโอกาสดูแลตนเองในการชะลอการเสื่อมของไตให้เร็วที่สุดก่อนที่การดำเนินของโรคจะลุกลามไปมากจนไม่สามารถชะลอการเสื่อมของไตได้

ในการศึกษารั้วนี้ได้ประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความสามารถตนเองเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ซึ่งแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้อธิบายพฤติกรรมของบุคคลในการที่จะปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคและการรักษาโรคว่าบุคคลจะต้องมีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค รับรู้ต่อความรุนแรงของโรค ซึ่งการรับรู้นี้จะผลักดันให้บุคคลหลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคามของโรค โดยการเลือกวิธีปฏิบัติที่คิดว่าเป็นทางออกที่ดีที่สุดด้วยการเปรียบเทียบประโยชน์ที่จะได้รับการปฏิบัติกับผลเสียหรืออุปสรรคที่จะเกิดขึ้น นอกจากนี้แรงจูงใจด้านสุขภาพ ปัจจัยร่วมอื่นๆ เช่น ตัวแปรด้านประชากร ความรู้เกี่ยวกับโรคและการรับรู้ในความสามารถของตนเองซึ่งถ้าบุคคลมีการรับรู้ในความสามารถของตนเองสูง บุคคลก็จะมีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นสูงด้วย ปัจจัยดังกล่าวนับเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคของบุคคลนั้นๆ และจากการศึกษาที่ผ่านมาได้มีการนำทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความสามารถตนเองมาใช้ในการจัดรูปแบบโครงการส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้ป่วยในการป้องกันโรค ซึ่งส่วนใหญ่ให้ผลสนับสนุนตามแนวคิดที่กล่าวมาแล้วข้างต้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวาน

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อประเมินระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยเบาหวาน ในประเด็นต่อไปนี้
 - 1.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง
 - 1.2 การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคไตเรื้อรัง
2. เพื่อประเมินระดับการรับรู้ที่มีต่อการกระทำพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวาน ในประเด็นต่อไปนี้
 - 2.1 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง
 - 2.2 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง
 - 2.3 การรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวาน
3. เพื่อประเมินระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวาน
4. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ที่มีต่อโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคไตเรื้อรังและการรับรู้ที่มีต่อการกระทำเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง การรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวาน

5. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยร่วมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ อายุ เพศ อาชีพ รายได้และความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยเบาหวาน กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวาน

6. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการกระทำพฤติกรรม ได้แก่ ระยะเวลาที่ป่วยเป็นเบาหวานและการได้รับข้อมูล/คำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ ญาติ เพื่อน กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวาน

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรต้น

ปัจจัยที่ผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่

1. การรับรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง

1.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไตเรื้อรัง

1.2 การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคไตเรื้อรัง

2. การรับรู้ที่มีต่อการกระทำเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต

2.1 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง

2.2 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง

2.3 การรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง

3. ปัจจัยร่วมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ อายุ เพศ อาชีพ รายได้ และความรู้เรื่องโรคเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง

4. แรงจูงใจในการกระทำพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต ได้แก่ ระยะเวลาที่ป่วยเป็นเบาหวานและการได้รับข้อมูล/คำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ ญาติ เพื่อน

ตัวแปรตาม

พฤติกรรม的自我ดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่

1. พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิต และระดับไขมันในเลือด
2. พฤติกรรมการออกกำลังกาย

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาเฉพาะผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการรักษาที่โรงพยาบาลราชวิถี และไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรัง

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง ซึ่งยังไม่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะแทรกซ้อนทางไตมาก่อน ที่มารับบริการรักษาที่คลินิกเฉพาะโรคเบาหวาน โรงพยาบาลราชวิถี การกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างแบบง่ายของ Daniel (Wayne W. Daniel, 1995 :180) ได้จำนวนตัวอย่าง 346 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล หรือการผิดพลาดจากการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 350 คน

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเบาหวานเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยเบาหวานทั้งเพศชายและหญิง
2. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นเบาหวานชนิดที่สอง
3. ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคไตเรื้อรัง
4. ยินยอมให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์

เกณฑ์การคัดผู้ป่วยเบาหวานออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้

1. ผู้ป่วยที่แพทย์ตรวจและให้พักรักษาในโรงพยาบาล (ผู้ป่วยใน)
2. ระหว่างสัมภาษณ์ผู้ป่วยรู้สึกอึดอัดไม่สบายใจและขอยุติการให้ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้เป็นแบบสัมภาษณ์ ซึ่งแบ่งเป็น 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลด้านประชากรและผลการตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ข้อมูลด้านประชากรประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ ลักษณะเป็นคำถามแบบเลือกตอบและแบบปลายเปิด เกี่ยวกับผลการตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพศ อายุ การนับถือศาสนา สถานภาพสมรส ลักษณะการอยู่อาศัยกับบุคคลในครอบครัว ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้/ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาที่ป่วยเป็นเบาหวาน ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว การได้รับความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังจากเบาหวาน แหล่งความรู้ที่ได้รับสิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาล พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และแหล่งอาหารที่ผู้ป่วยเบาหวานรับประทาน

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ เป็นคำถามแบบเลือกตอบโดยให้ผู้สัมภาษณ์อ่านข้อคำถามให้ผู้ป่วยฟังและให้ผู้ป่วยตอบคำถามตามการรับรู้ของผู้ป่วย มีค่าคะแนนที่เป็นไปได้เท่ากับ 0-18 คะแนน

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสัมภาษณ์การรับรู้การดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยเบาหวาน แบ่งเป็นรายด้าน 5 ด้านคือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง การรับรู้ผลประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง และการรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต ข้อคำถามเป็นคำถาม

เกี่ยวกับความรู้สึกและความคิดเห็น มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 11 ระดับ จาก 0 ถึง 10 ซึ่งลักษณะคำถามมีทั้งด้านบวกและด้านลบ การตอบคำถามให้ผู้ตอบเลือกระดับคะแนนตามความรู้สึกหรือความคิดเห็นของผู้ตอบที่มีต่อข้อคำถามแต่ละข้อ โดยคะแนนที่เลือกตอบมีดังนี้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยของโรงพยาบาล
2. แนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่างพร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการตอบคำถาม
3. บันทึกข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับผลการตรวจร่างกาย ได้แก่ ส่วนสูง น้ำหนัก ระดับความดันโลหิต และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ระดับน้ำตาลและระดับไขมันในเลือด จากการตรวจในวันที่ยกศึกษา และหาข้อมูลเพิ่มเติมจากระบบคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาล
4. ดำเนินการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างตามแบบสัมภาษณ์ที่จัดทำขึ้นในระหว่างที่ผู้ป่วยรอพบแพทย์หรือหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาแล้วรอรับยา
5. ในระหว่างการสัมภาษณ์หากผู้ป่วยรู้สึกไม่สบายใจ คับข้องใจ ไม่สะดวกในการให้สัมภาษณ์ ผู้ป่วยสามารถยุติการให้ข้อมูลได้ทันที
6. นำแบบสัมภาษณ์ที่ได้มาตรวจสอบความครบถ้วนก่อนนำมาวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลตามระเบียบวิธีทางสถิติ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา

- 1.1 ข้อมูลด้านลักษณะประชากร วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

1.2 ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและจัดระดับชั้นตามเกณฑ์

1.3 ข้อมูลการรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคไตเรื้อรัง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต การรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน วิเคราะห์โดยแจกแจงความถี่ตามระดับการรับรู้ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและจัดระดับชั้นตามเกณฑ์

2. สถิติวิเคราะห์

2.1 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานกับตัวแปรอิสระที่มีระดับการวัดเป็นช่วง (interval scale) ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไตเรื้อรัง การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคไตเรื้อรัง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง การรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง ปัจจัยร่วมในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวาน (อายุ รายได้และความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง) และแรงจูงใจในการกระทำพฤติกรรม (ระยะเวลาที่ป่วยเป็นเบาหวาน) โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (pearson' product moment correlation coefficient)

2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานกับตัวแปรอิสระที่มีระดับการวัดแบบนามบัญญัติ (nominal scale) ได้แก่ ปัจจัยร่วมในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวาน (เพศ อาชีพ) และแรงจูงใจในการกระทำพฤติกรรม (การได้รับข้อมูล/คำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ ญาติ เพื่อน) โดยใช้สถิติไค-สแควร์ (Chi-square)

ผลการวิจัย

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษารั้งนี้ เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 59.1 และร้อยละ 40.9 มีอายุระหว่าง 45-88 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 62.92 ปี อายุระหว่าง 60-69 ปี พบมากที่สุด (ร้อยละ 36.9) กลุ่มตัวอย่างเกือบทุกคนนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 98.6) ส่วนมากมีสถานภาพสมรสอยู่ (ร้อยละ 64.6) มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาพบมากที่สุด (ร้อยละ 56.0) ส่วนมากไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 64.9) รายได้ของครอบครัวต่อเดือนอยู่ระหว่าง 1,000-

86,000 บาท โดยเฉลี่ยเท่ากับ 10,748 บาท กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท พบมากที่สุด (ร้อยละ 45.7) มีความเพียงพอของรายได้มากที่สุด (ร้อยละ 69.4)

ด้านประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ป่วยเป็นเบาหวาน น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี พบมากที่สุด (ร้อยละ 40.0) บุคคลในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างที่ป่วยเป็นเบาหวานที่พบมากที่สุด ได้แก่ มารดา (ร้อยละ 27.5) ป่วยเป็นความดันโลหิตสูงที่พบมากที่สุด ได้แก่ มารดา (ร้อยละ 27.8) และป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังที่พบมากที่สุดในจำนวนเท่าๆ กัน ได้แก่ มารดา และน้อง (ร้อยละ 31.6 และ 31.6 ตามลำดับ) นอกจากนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากไม่เคย ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง (ร้อยละ 60.3) ส่วนมากได้รับความรู้จากแพทย์/พยาบาล ที่คลินิก เบาหวาน (ร้อยละ 74.1) ส่วนใหญ่มีสิทธิในการเบิกค่ารักษา (ร้อยละ 86.3) ส่วนใหญ่ใช้สิทธิ ข้าราชการ/ครอบครัวในการเบิกค่ารักษา (ร้อยละ 44.7)

ผลการตรวจร่างกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบว่า ส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกาย ระหว่าง 14-50 กิโลกรัม/เมตร² เฉลี่ยเท่ากับ 25.85 กิโลกรัม/เมตร² ส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายสูงกว่า เกณฑ์ (ร้อยละ 57.1) มีระดับน้ำตาลในเลือดระหว่าง 73-350 มิลลิกรัม/เดซิลิตร เฉลี่ยเท่ากับ 147.31 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ส่วนมากมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าเกณฑ์ (ร้อยละ 73.1) มีระดับน้ำตาลสะสม ในเลือดระหว่าง 5.4-14.1 เปอร์เซ็นต์ เฉลี่ยเท่ากับ 8.178 เปอร์เซ็นต์ ส่วนมากมีระดับน้ำตาลสะสม ในเลือดสูงกว่าเกณฑ์ (ร้อยละ 87.7) ระดับความดันโลหิตตัวบน ระหว่าง 99-240 มิลลิเมตรปรอท เฉลี่ยเท่ากับ 139.47 มิลลิเมตรปรอท ส่วนมากมีความดันโลหิตตัวบนสูงกว่าเกณฑ์ (ร้อยละ 70.3) ระดับความดันโลหิตตัวล่าง ระหว่าง 50-111 มิลลิเมตรปรอท เฉลี่ยเท่ากับ 78.44 มิลลิเมตรปรอท ส่วนมากมีค่าความดันโลหิตตัวล่างสูงกว่าเกณฑ์ (ร้อยละ 52.0) ระดับโคเลสเตอรอลในเลือด ระหว่าง 99-461 มิลลิกรัม/เดซิลิตร เฉลี่ยเท่ากับ 184.48 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ส่วนมากมีค่า โคเลสเตอรอลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ร้อยละ 51.7) ระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดระหว่าง 36-685 มิลลิกรัม/เดซิลิตร เฉลี่ยเท่ากับ 146.79 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ส่วนมากมีระดับไตรกลีเซอไรด์ใน เลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ร้อยละ 60.9) ระดับไลโปโปรตีนความหนาแน่นสูง ระหว่าง 16-116 มิลลิกรัม/เดซิลิตร โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 55.86 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ส่วนใหญ่มีระดับไลโปโปรตีน ความหนาแน่นสูง อยู่ในเกณฑ์ปกติ (ร้อยละ 96.3) ระดับไลโปโปรตีนความหนาแน่นต่ำ ระหว่าง 34-612 มิลลิกรัม/เดซิลิตร เฉลี่ยเท่ากับ 113.33 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ส่วนมากมีระดับไลโปโปรตีน ความหนาแน่นต่ำ สูงกว่าเกณฑ์ (ร้อยละ 66.9)

กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 84.9) เป็นผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิงใกล้เคียงกัน ซึ่งเมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต อย่างไม่มีนัยสำคัญ ($p=0.699$) การรับรู้การดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตโดยภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 67.8) เมื่อพิจารณาการรับรู้รายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง และการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 88.6, 89.7 และ 59.4 ตามลำดับ) ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคไตเรื้อรังและการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคไต พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 51.1 และ 55.1 ตามลำดับ) ซึ่งเมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้รายด้านกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคไตเรื้อรัง การรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองและการรับรู้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001, 0.001$ และ 0.028 ตามลำดับ) ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังและการรับรู้อุปสรรคในการดูแลสุขภาพตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 62.0) โดยพบในเพศชายและเพศหญิงใกล้เคียงกัน เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล ระดับไขมันในเลือดและเพื่อควบคุมความดันโลหิต อยู่ในระดับดี ส่วนพฤติกรรมการออกกำลังกาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีพฤติกรรมการออกกำลังกายร้อยละ 54.3 โดยเพศชายและเพศหญิงมีพฤติกรรมการออกกำลังกายใกล้เคียงกัน

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระยะเวลาที่ป่วยเป็นเบาหวาน

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	เพศ				รวม	
	ชาย		หญิง			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาที่ป่วยเป็นเบาหวาน (ปี)						
≤5	58	40.6	82	39.7	140	40.0
6-10	43	30.1	58	28.0	101	28.9
11-15	18	12.6	24	11.6	42	12.0
16-20	9	6.3	17	8.2	26	7.4
21-25	12	8.4	17	8.2	29	8.3
>25	3	2.0	9	4.3	12	3.4
รวม	143	100.0	207	100.0	350	100.0
ค่าเฉลี่ย	9.13		10.05		9.68	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	6.98		7.93		7.56	

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศและค่าดัชนีมวลกาย

*ค่าดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/เมตร) ²	เพศ				รวม (388)	
	ชาย (141)		หญิง (197)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำกว่า เกณฑ์ (ต่ำกว่า 18.5 กิโลกรัม/เมตร ²)	4	2.8	9	4.6	13	3.8
อยู่ในเกณฑ์ปกติ (18.5-24.9 กิโลกรัม/เมตร ²)	45	31.9	87	44.2	132	39.1
สูงกว่าเกณฑ์ (มากกว่า 24.9 กิโลกรัม/เมตร ²)	92	65.2	101	51.3	193	57.1
ค่าเฉลี่ย	26.17		25.62		25.85	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	4.45		4.87		4.70	

* ดัชนีมวลกาย = น้ำหนัก (กิโลกรัม) / ส่วนสูง (เมตร)²

แหล่งที่มา : World Health Organization, Obesity: Preventing The Global Epidemic. Geneva: WHO, 1998.

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับน้ำตาลในเลือด

ระดับน้ำตาลในเลือด	เพศ				รวม (350)	
	ชาย (143)		หญิง (207)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับน้ำตาลในเลือด						
อยู่ในเกณฑ์ปกติ (80-120 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร)	44	30.8	50	24.2	94	26.9
สูงกว่าเกณฑ์ (สูงกว่า 120 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร)	99	69.2	157	75.8	256	73.1
ค่าเฉลี่ย	147.80		146.97		147.31	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	58.68		52.82		55.21	
น้ำตาลสะสมในเลือด						
อยู่ในเกณฑ์ปกติ (ต่ำกว่า 7 เปอร์เซ็นต์)	23	16.1	20	9.7	43	12.3
สูงกว่าเกณฑ์ (ตั้งแต่ 7 เปอร์เซ็นต์ขึ้นไป)	120	83.9	187	90.3	307	87.7
ค่าเฉลี่ย	7.989		8.312		8.178	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	1.59		1.74		1.68	

แหล่งที่มา: วลัย อินทร์ทรัพย์, โกชนบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน, 2540: 45

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความดันโลหิต

ระดับความดันโลหิต	เพศ				รวม (350)	
	ชาย (143)		หญิง(207)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความดันโลหิตตัวบน						
อยู่ในเกณฑ์ที่ดี (<120 mmHg)	19	13.3	33	15.9	52	14.9
อยู่ในเกณฑ์ปกติ (120 -129 mmHg)	9	6.3	12	5.8	21	6.0
สูงกว่าเกณฑ์ (> 130 mmHg)	115	80.4	162	78.3	277	79.1
ค่าเฉลี่ย	138.29		140.42		139.47	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	18.36		23.77		21.51	
ระดับความดันโลหิตตัวล่าง						
อยู่ในเกณฑ์ที่ดี (< 80 mmHg)	71	49.7	97	46.9	168	40.0
อยู่ในเกณฑ์ปกติ (80 -84 mmHg)	8	5.6	5	2.4	13	3.7
สูงกว่าเกณฑ์ (> 85 mmHg)	64	44.8	105	50.7	169	48.3
ค่าเฉลี่ย	138.29		77.60		78.44	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	18.36		12.44		11.71	

แหล่งที่มา: Guidelines. 2007 Guidelines for the Managment of Arterial Hypertension

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับไขมันในเลือด

ระดับไขมันในเลือด	เพศ				รวม (350)	
	ชาย (143)		หญิง (207)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับคอเลสเตอรอล						
อยู่ในเกณฑ์ (< 200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร)	84	58.7	97	46.9	181	51.7
ปกติ (200 -240 มิลลิกรัม/เดซิลิตร)	14	9.8	24	11.6	38	10.9
สูงกว่าเกณฑ์ (> 240 มิลลิกรัม/เดซิลิตร)	45	31.5	86	41.5	131	37.4
ค่าเฉลี่ย	128.81		185.82		184.48	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	47.33		44.75		45.84	
ไตรกลีเซอไรด์						
อยู่ในเกณฑ์ (< 150 มิลลิกรัม/เดซิลิตร)	68	47.6	105	50.7	173	49.4
ปกติ (150-499 มิลลิกรัม/เดซิลิตร)	44	30.8	38	18.4	82	23.4
สูงกว่าเกณฑ์ (> 499 มิลลิกรัม/เดซิลิตร)	31	21.7	64	30.9	95	27.1
ค่าเฉลี่ย	166.32		131.22		146.79	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	107.80		69.09		89.90	

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง

ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง	เพศ				รวม (350)	
	ชาย (143)		หญิง (207)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สูง	3	2.1	1	0.5	4	1.1
ปานกลาง	17	11.9	32	15.5	49	14.0
ต่ำ	123	86.0	174	84.1	297	84.9

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการรับรู้การดูแลตนเองรายด้าน

การรับรู้การดูแลตนเอง	เพศ				รวม (350)	
	ชาย (143)		หญิง (207)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตวายเรื้อรัง						
สูง	3	2.1	3	1.4	6	1.7
ปานกลาง	15	10.5	19	9.2	34	9.7
ต่ำ	125	87.4	185	89.4	310	88.6
การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคไตวายเรื้อรัง						
สูง	11	7.7	20	9.7	31	8.9
ปานกลาง	78	54.5	101	48.8	179	51.1
ต่ำ	54	37.8	86	41.5	140	40.0
การรับรู้ผลประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง						
สูง	50	35.0	62	30.0	112	32.0
ปานกลาง	78	54.5	115	55.6	193	55.1
ต่ำ	15	10.5	30	14.5	45	12.9
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง						
สูง	0	0.0	2	1.0	2	0.6
ปานกลาง	18	12.6	16	7.7	34	9.7
ต่ำ	125	87.4	189	91.3	314	89.7
การรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต						
สูง	7	4.9	18	8.7	25	7.1
ปานกลาง	45	31.5	2	34.8	117	33.1
ต่ำ	91	63.6	117	56.5	208	59.4

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	เพศ				รวม (350)	
	ชาย (143)		หญิง (207)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดี	87	60.8	130	62.8	217	62.0
ระดับพอใช้	51	35.7	70	33.8	121	34.6
ระดับไม่ดี/ต้องปรับปรุง	5	3.5	7	3.4	12	3.4

ตารางที่ 9 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การดูแลตนเอง อายุ รายได้ ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง และระยะเวลาที่ป่วยเป็นเบาหวานกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวาน (n = 350)

	พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต	
	r	p
การรับรู้การดูแลตนเองโดยภาพรวม	0.167	0.002
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง	0.054	0.314
การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคไตเรื้อรัง	0.179	0.001
การรับรู้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพตนเอง	0.118	0.028
การรับรู้อุปสรรคในการดูแลสุขภาพตนเอง	0.027	0.613
การรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง	0.178	0.001
ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง	0.021	0.699
อายุ	0.332	< 0.001
รายได้	0.051	0.338
ระยะเวลาที่ป่วยเป็นเบาหวาน	- 0.080	0.732

ตารางที่ 10 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อาชีพและการได้รับคำแนะนำกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวาน (n = 350)

พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกัน							X ²	df	p
ภาวะแทรกซ้อนทางไต									
ระดับดี		ระดับพอใช้		ระดับไม่ดี					
จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
เพศ							0.139	2	0.933
ชาย	87	60.8	51	35.7	5	3.5			
หญิง	130	62.8	70	33.8	7	3.4			
อาชีพ							9.871	6	0.125
รับจ้าง/เกษตรกร	31	72.1	11	25.6	1	2.3			
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	145	63.9	77	33.9	5	2.2			
ธุรกิจส่วนตัว	23	54.8	16	38.1	3	7.1			
ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	18	47.4	17	44.7	3	7.9			
การได้รับคำแนะนำ							0.077	2	0.962
ไม่เคย	132	62.6	72	34.1	7	3.3			
เคย	85	61.2	49	35.3	5	3.6			

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

จากการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังจากเบาหวานและการรับรู้ในการดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำ มีพฤติกรรมดูแลตนเองโดยภาพรวมอยู่ในระดับดี แต่เมื่อพิจารณาผลการตรวจร่างกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบว่าผู้ป่วยเบาหวานยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาล ระดับไขมันและความดันโลหิตได้ และมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตจากเบาหวาน ได้แก่ อายุ ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีระยะเวลาการป่วยเป็นเบาหวานเฉลี่ยประมาณ 10 ปี มีประวัติบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรัง มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มน้ำแอลกอฮอล์ที่สูงกว่าเกณฑ์ จากผลการศึกษาที่พบดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะโดยนำผลที่ได้จากการวิจัยมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต ดังนี้

1. จัดกิจกรรมส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังจากเบาหวาน ให้ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับปัจจัยที่เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรค การดำเนินโรค แนวทางในการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง โดยเฉพาะในด้านการควบคุมระดับน้ำตาล ระดับไขมันและความดันโลหิต เนื่องจากพบว่าผู้ป่วยยังไม่สามารถควบคุมปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ได้ ผู้ป่วยควรมีความรู้เรื่องค่าปกติของระดับน้ำตาล ระดับไขมันและความดันโลหิต เพื่อจะได้ติดตามความผิดปกติจากผลการตรวจร่างกายของตนเองได้ ควรมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง ควบคู่ไปกับความรู้เกี่ยวกับการโรคไตเรื้อรัง เพื่อผู้ป่วยจะได้มีความเข้าใจและตระหนักในการดูแลตนเอง พร้อมกับมีแนวทางในการดูแลตนเองที่จะป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นได้

สำหรับช่องทางหรือแหล่งความรู้ที่จะให้แก่ผู้ป่วยนั้นควรมีการจัดสื่อการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติให้มากขึ้น เพิ่มจากการที่แพทย์หรือพยาบาลให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว เพื่อให้ผู้ป่วยที่ไม่มีโอกาสรับฟังคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่มีทางเลือกในการได้รับข้อมูล

2. ควรมีการติดตามประเมินความรู้เกี่ยวกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยเบาหวาน การรับรู้การดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต ควบคู่กับผลการตรวจร่างกายและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเกี่ยวกับระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิตและระดับไขมันในเลือด เนื่องจากผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาล ระดับความดันโลหิตและระดับไขมันในเลือดให้อยู่ในระดับปกติได้

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เจาะลึกและการสังเกตเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต เพื่อจะได้ทราบถึงปัญหา สาเหตุ และข้อเท็จจริงเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานอย่างแท้จริง

2. ควรมีการศึกษาทั้งในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตและเริ่มมีภาวะแทรกซ้อนทางไตในระยะเริ่มแรก เนื่องจากในแต่ละระยะของการดำเนินโรคมีวิธีการดูแลผู้ป่วยที่แตกต่างกันซึ่งการดำเนินโรคของโรคไตเรื้อรังเป็นไปอย่างช้าๆ จะพบอาการแสดงก็ต่อเมื่อโรคได้ดำเนินไประยะต่างๆแล้ว จึงไม่สามารถป้องกันหรือชะลอการเสื่อมของไตได้แล้ว ฉะนั้นการศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือที่เริ่มมีการเสื่อมของไตจะสามารถช่วยลดและชะลอการเสื่อมของไตได้

BEHAVIORS TO PREVENT KIDNEY COMPLICATION OF DIABETIC
PATIENTS AT RAJAVITHI HOSPITAL

PICHITRA THOOLMALA 4736289 PHPH/M

M.Sc. (PUBLIC HEALTH) MAJOR IN HEALTH EDUCATION AND BEHAVIORAL SCIENCES

THESIS ADVISORS: NIRAT IMAMEE Ph.D., MANIRAT THERAWIWAT Ph.D.,
PARADEE TEMCHAROEN Dr.P.H.

EXECUTIVE SUMMARY

Background and Significance of the Problem

Chronic kidney disorders are the important complications found among diabetic patients and are the important causes of the onset of the last stage of kidney failure. However, not all diabetic patients get chronic kidney disorders, depending on the individual patient's risk factors and ability to control risk factors. If the patient can't control the risk factors causing chronic kidney disorders, he / she will reach the last stage of kidney failure. The patient needs to get the therapy for replacing the kidney's function. At present, there are various methods which include hemodialysis, peritoneal dialysis and kidney transplantation. Whatever method of therapy that the patient with the last stage of kidney failure received, his/her illness and treatment will affect the patient physically and mentally, the family, as well as the country's socio-economic situation.

From the studies of many medical academicians it was found that the self-care behaviors of the diabetic patients are the important factors that help to decrease the risks causing chronic kidney disease and to delay the degeneration of the kidney which that extended the time to get the last stage of kidney failure. The important

behaviors are the control the levels of blood sugar, blood cholesterol, and blood pressure and stopping smoking.

From the aforementioned background and the significance of the problem, the researcher was interested in studying self-care behaviors for preventing kidney complications of the diabetic patients attending Ratchavidhi Hospital. The reason for selecting the Type II diabetic patients who have not been diagnosed by the physicians that they had kidney complications was the higher number of the Type II diabetic patients comparing with the Type I diabetic patients. Because the onset of the kidney disorders among diabetic patients takes quite a long time, the diabetic patients can live their life normally without any symptoms of kidney disorders during the first stage of their illness of diabetes mellitus. After they had symptoms they came to see the physician. Since the diabetic patients will have clinical signs and symptoms when they have reached the third stage of chronic kidney disease which is the severe stage of kidney disease already. Self-care behaviors for preventing kidney complications at this stage is almost too late and it will not be effective in delaying the degeneration of the kidney but it only helps to reduce the waste products in the body and will make the patients feel more comfortable. Due to the mentioned reasons, the researcher selected the Type II diabetic patients as the samples. These sampled patients have not been diagnosed by the physicians that they had or had not kidney complications. The research conceptual framework has been developed by applying the Health Belief Model and Self-Efficacy Theory. The data regarding knowledge, perception and practices of the diabetic patients will be beneficial for planning the service activities and organizing the learning activities for modifying health behaviors of the diabetic patients in taking care of themselves for delaying the degeneration of their kidneys before the onset of the severe stage of the illness that nothing can be done to delay the degeneration of the kidneys.

In carrying out this study the Health Belief Model and Self-Efficacy Theory have been applied. According to the concepts of Health Belief Model, in order to perform the behaviors for preventing and curing disease the person has to perceive the susceptibility of getting the disease and perceive the severity of that disease. These

perceptions will push the person to avoid from the threat of the alternatives that the person thought that they are the best ones by comparing the benefits and the obstacles that might occur. Besides, health motivation and other factors, for example, demographic characteristics, knowledge about the disease, and perceived self-efficacy, whereby the person who holds higher level of self-efficacy will have higher tendency to perform the behaviors, are the factors affecting disease prevention behaviors. It was evidenced from the literature review that most of the health promotion programs implemented for the patients to prevent diseases, by applying the Health Belief Model and Self-efficacy Theory were effective and supported the already mentioned concepts.

Research Objectives

General Objective

To study self-care behaviors for preventing kidney complication of the diabetic patients.

Specific Objectives

1. To assess the level of perceptions regarding chronic kidney disorders among diabetic patients in regards to the following aspects:

1.1 perceived susceptibility of getting chronic kidney disorders; and

1.2 perceived severity of getting chronic kidney disorders.

2. To assess the level of perceptions toward self-care behaviors for preventing kidney complications among diabetic patients in regards to the following aspects:

2.1 perceived benefits of performing behaviors for preventing chronic kidney disorders ;

2.2 perceived obstacles of performing behaviors for preventing chronic kidney disorders; and

2.3 perceived self-efficacy in performing self-care behaviors for preventing chronic kidney disorders among diabetic patients.

3. To assess the level of self-care behaviors for preventing kidney complications among diabetic patients.

4. To analyze the relationship between the perceptions about chronic kidney disorders, those were : perceived susceptibility of chronic kidney complications and perceived severity of getting chronic kidney complications ; perceptions toward self-care behavior for preventing kidney complications which were : perceived benefits of performing behaviors for preventing chronic kidney disorders; perceived obstacles of performing behaviors for preventing chronic kidney disorders and perceived self-efficacy in performing self-care behaviors for preventing chronic kidney disorders; and self-care behaviors for preventing kidney complications among diabetic patients.

5. To analyze the relationship between the co-factors affecting self-care behaviors for preventing kidney complications among diabetic patients which include age, gender, occupation, income and knowledge about chronic kidney disorders and self-care behaviors for preventing kidney complications among diabetic patients.

6. To analyze the relationship between motivation for action, which includes duration of illness and receiving information / suggestions from health personnel, relatives and friends, and self-care behaviors for preventing kidney complications among diabetic patients.

Research Variables

Independent Variables

The factors affecting self-care behaviors for preventing kidney complications among diabetic patients were:

1. Perceptions regarding chronic kidney disorders

1.1 Perceived susceptibility of getting chronic kidney disorders

1.2 Perceived severity of getting chronic kidney disorders

2. Perceptions toward self-care behaviors for preventing kidney complications

2.1 Perceived benefits of performing behaviors for preventing chronic kidney disorders

2.2 Perceived obstacles of performing behaviors for preventing chronic kidney disorders

2.3 Perceived self-efficacy in performing behaviors for preventing chronic kidney disorders

3. Co-factors affecting self-care behaviors for preventing kidney complications among diabetic patients which include age, gender, occupation, income and knowledge about chronic kidney disorders.

4. Motivation for action to prevent kidney complication, which includes illness duration and receiving information / suggestions from health personnel, relatives and friends.

Dependent Variable

Self-care behaviors for preventing kidney complications :

1. Food consumption behaviors for controlling the levels of blood sugar, blood pressure and blood cholesterol.

2. Physical exercise behaviors

Scope of the Research

This study was carried out with the diabetic patients who attended the diabetic clinic at Rajavithi Hospital and have not been diagnosed that have or have not kidney disorders.

Research Methods

Research Design

This study was a descriptive research

Population and Sample

The population of this study were the Type II diabetic patients who have not been diagnosed that have or have not kidney complications. These patients were attending the diabetic clinic at Rajavithi Hospital. The sample size of 346 cases was determined by computing the simple formula developed by Daniel (Wayne W. Daniel, 1995 : 180). In order to prevent the loss of the data or the mistake that might occur from collecting the data, the researcher collected the data from 360 diabetic patients.

Criteria for Selecting the Samples

1. Both male and female diabetic patients
2. Those who have been diagnosed as having Type II diabetes mellitus.
3. Those who have not been diagnosed that have or have not chronic kidney disorders.
4. Who are willing to give the information through the interview.

Research Instrument

The research instrument used was the interview schedule which composed of the following 4 parts:

Part 1 This part composed of the data regarding demographic characteristics and the results of physical and laboratory examinations. Regarding the demographic data, there were 15 questions, multiple choice and open-ended types in regard to the results of the physical and laboratory examinations, gender, age, religion, marital status, family living characteristics, educational level, occupation, income / adequacy of the income, duration of being sick with diabetes mellitus, family illness history, receiving information about chronic kidney disorder due to diabetes mellitus, sources of information received, medical care benefits, smoking behavior, and the sources of food that the diabetic patients consumed.

Part 2 The part concerned with knowledge about chronic kidney disorders. There were 6 multiple-choice questions. The interviewer read the questions one-by-one to the sampled patient and the patient was asked to answer the question. The score range of this part was 0-18.

Part 3 This part concerned with perceptions about self-care for preventing kidney complications. There were 5 sections of this perception part : perceived susceptibility and severity of getting chronic kidney disorders, perceived benefits and obstacles of performing self-care behaviors for preventing chronic kidney disorders, and perceived self-efficacy to prevent kidney complications. These statements concerned with feelings and opinions, 11-point-rating-rating scale with the range from 0(zero) to 10. There were both positive and negative statements. The sampled patients were asked to select the score level that was relevant to their feeling or opinions toward each statement.

Data Collection

The data were collected by the researcher through the use of the interview schedules. The steps of data collection were as follows:

1. The researcher studied the data of the sampled patients from the patient records of the hospital in accordance with the characteristics set.
2. The researcher introduced herself to the sampled patient and explained the objectives of the study as well as asking for cooperation in answering the questions.
3. The researcher recorded the information of the sampled patients' physical examination results in regard to height, weight blood pressure, and the results of laboratory examinations which include blood sugar and blood cholesterol levels. These data were the data measured in the day of the interview and additional data were also gotten from the hospital's computer.
4. The researcher interviewed the sampled patients by using the interviewed the sampled patients by using the interview schedules developed during the patients were waiting to see the physicians or after they have seen the physicians and were waiting to get the medicines.
5. During the interview, if the patients were not comfortable, had some conflicts, or were not convenient to be interviewed they could stop giving the information anytime.
6. The finished interview schedules were rechecked again before being analyzed.

Data Analysis

The data were analyzed by using the programmed computer. The following statistics were used to analyze the data:

1. Descriptive Statistics

1.1 The data regarding demographic characteristics were analyzed by computing frequency, percentage, means, and standard deviation.

1.2 The data regarding knowledge about chronic kidney disorders were analyzed by computing frequency, percentage, means, standard deviation, and ranking order accordingly with the criteria.

1.3 The data regarding perceived susceptibility and perceived severity of getting chronic kidney disorders, perceived benefits and obstacles of performing behaviors for preventing kidney complications, perceived self-efficacy for preventing kidney complications, and self-care behaviors of diabetic patients were analyzed by computing frequency accordingly with the perception levels, percentage, means, standard deviation, and ranking order in accordance with the criteria set.

2. Analytical statistics

2.1 The analysis of the relationship between self-care behaviors of the diabetic patients and the independent variables measured the by using the interval scales, which were: perceived susceptibility of getting chronic kidney disorders, perceived severity of getting chronic kidney disorders, perceived benefits and obstacles of performing behaviors to prevent chronic kidney disorders, perceived self-efficacy for kidney complication, co-factors affecting self-care behaviors (age, income and knowledge about chronic kidney disorders), and motivation for action (duration of being ill with diabetes mellitus) was carried out by computing Pearson's Product Moment Correlation Coefficient.

2.2 The relationship between self-care behavior of diabetic patients and the independent variables measured by using the nominal scales which include co-factors affecting self-care behaviors for preventing kidney complication of diabetic patients (gender and occupation) and motivation for action (receiving information / suggestions from health personnel, relatives and friends) was analyzed by using Chi-square test.

Results

It was found that : the samples were consisted of the higher percentages than males (59.1% compared to 40.9%); the age was between 45-88 years with the age average of 62.92 years; the highest percentage was found in the age group of 60-69 years (36.9%); most of the samples were Buddhists (98.6%); 64.6 percent were married; the highest percentage of them finished primary education (56.0%); 64.9 percent were unemployed; monthly income was between 1,000-86,000 Bahts with the average income of 10,748 Bahts; the highest percentage of the group had income lower than 5,000 Bahts; while 69.4 percent mentioned that their income was adequate.

Regarding the illness experience with diabetes mellitus it was found that : the highest percent of the group have been sick with diabetes mellitus of less than or equal to 5 years (40.0%); the highest percentage of the respondents mentioned that their mothers have been sick with diabetes mellitus (27.5%); the highest percentage of the respondents mentioned that their mothers have been sick with hypertension (27.8%); the similar percentage (31.6%) indicated that their mother and their younger sisters / brothers have been sick with chronic kidney disorders; most of the respondents have never received knowledge / information about chronic kidney disorders (60.3%); most of the respondents had received information from physicians and nurses at the diabetic clinic (74.1%); most of them have the right to reimburse the cost for medical treatment (86.3%); and 44.7 percent indicated that they can reimburse the cost for medical treatment from the government or through their family members.

In regard to the results of their physical and laboratory examinations it was found that : most of them had body mass index between 14-50 kg/m², with the average of 25.85 kg/m²; 57.1 percent had higher level of BMI than the normal BMI; most of them had blood sugar level between 73-350 mg/dl, with the average of 147.31 mg/dl, and most of them had higher level of blood sugar than the normal blood sugar level (73.1%); The accumulated blood sugar level was found to be between 5.4-14.1% with the average of 8.178%, and most of them had higher level of accumulated blood sugar than the normal value (87.7%) ; the value of the systolic pressure was

found to be between 99-240 mmHg with the average of 139.47 mmHg and most of the respondents had systolic pressure higher than the normal level (70.3%); the value of the diastolic pressure was found to be 50-11 mmHg with the average of 78.44 mmHg, and 52.0 percent of the respondents had diastolic pressure higher than the normal level; the value of blood cholesterol of the respondents was found to be between 99-461 mg/dl with the average of 184.48 mg/dl and 51.7 percent had normal level of blood cholesterol; the value of triglyceride was found to be between 36-685 mg/dl with the average of 146.79 mg/dl, and 60.9 percent had normal level of triglyceride; the high density lipoproteins was found to be between 16-116 mg/dl with the average value of 55.86 mg/dl, and 96.3 percent had the normal level of high density lipoprotein; and the low-density lipoprotein was between 34-612 mg/dl with the average value of 113.33 mg/dl, and 66.9 percent of them had low-density lipoprotein higher than the normal level.

Most of the sampled patients had a low level of knowledge regarding chronic kidney disorders (84.9%) who were both males and females. No significant relationship was found between knowledge regarding chronic kidney disorders and self-care behaviors ($p=0.699$). In general, the perception level toward self-care for preventing kidney complications was found to be low (67.8%). When the consideration had been made about each aspect it was found that most of the respondents had the low levels of perceived susceptibility of getting chronic kidney disorders, perceived obstacles of performing behaviors for preventing chronic kidney disorders, and perceived self-efficacy to perform behaviors for preventing chronic kidney disorders (88.6%, 89.7%, 59.4% respectively). Regarding perceived severity of getting chronic kidney disorders and perceived benefits of performing behaviors for preventing chronic kidney disorders, about half of the respondents had the moderate (51.1% and 55.1% respectively). Significant relationship was found between self-care behaviors for preventing kidney complications and the following aspects of perceptions: perceived severity of getting chronic kidney disorders, perceived self-efficacy to perform behaviors for preventing kidney disorders, and perceived benefits of performing self-care behaviors ($p=0.001$, 0.001 and 0.028 respectively). But no significant relationship was found between self-care behaviors for preventing kidney

complications and perceived susceptibility of getting chronic kidney disorders and perceived obstacles in performing behaviors for preventing kidney complications.

Most of the respondents had a good level of self-care behaviors for preventing kidney complications (62.0%) whereas similar finding was found among males and female. When each aspect of self-care behaviors has been considered it was found that most of the respondents had a high level of food consumption behaviors for controlling blood sugar level, blood cholesterol level, and blood pressure. Regarding physical exercise behavior, it was found 54.3 percent of the respondents performed this behavior and the similar number of males and females have performed physical exercise behavior.

Table 1 Distribution of number and percentage of the respondents by time duration of being sick with diabetes mellitus

Characteristics	Sex				Total	
	Male		Female			
	Number	Percent	Number	Percent	Number	Percent
Illness Duration (year)						
≤5	58	40.6	82	39.7	140	40.0
6 – 10	43	30.1	58	28.0	101	28.9
11 – 15	18	12.6	24	11.6	42	12.0
16 – 20	9	6.3	17	8.2	26	7.4
21 – 25	12	8.4	17	8.2	29	8.3
> 25	3	2.0	9	4.3	12	3.4
Total	143	100.0	207	100.0	350	100.0
Mean	9.13		10.05		9.68	
Standard Deviation	6.98		7.93		7.56	

Table 2 Distribution of number and percentage of the respondents by sex and body mass index

*Body Mass Index (kg/m ²)	Sex				Total (388)	
	Male (141)		Female (197)			
	Number	Percent	Number	Percent	Number	Percent
Low (<18.5kg/ m ²)	4	2.8	9	4.6	13	3.8
Normal (18.5-24.9 kg/ m ²)	45	31.9	87	44.2	132	39.1
High (>24.9 kg/ m ²)	92	65.2	101	51.3	193	57.1
Mean	26.17		25.62		25.85	
Standard Deviation	4.45		4.87		4.70	

* BMI = Body Weight (kg) / height (m)²

Source : World Health Organization. Obesity : Preventing the Global Epidemic. Geneva : WHO, 1998.

Table 3 Distribution of number and percentage of respondents by blood sugar level

Blood Sugar Level	Sex				Total (350)	
	Male (143)		Female (207)			
	Number	Percent	Number	Percent	Number	Percent
Blood Sugar Level						
Normal (80-120kg/dl)	44	30.8	50	24.2	94	26.9
High (>120mg/dl)	99	69.2	157	75.8	256	73.1
Mean	147.80		146.97		147.31	
Standard Deviation	58.68		52.82		55.21	
Accumulated Blood Sugar Level						
Normal (<7%)	23	16.1	20	9.7	43	12.3
High (≥7%)	120	83.9	187	90.3	307	87.7
Mean	7.989		8.312		8.178	
Standard Deviation	1.59		1.74		1.68	

Source : Walai Intarumpun. Nutrition Therapy for Diabetic Patients, 1997 : 45

Table 4 Distribution of number and percentage of respondents by blood pressure level

Blood Pressure Level	Sex				Total (350)	
	Male (143)		Female (207)			
	Number	Percent	Number	Percent	Number	Percent
Systolic Blood Pressure						
Desirable (<120 mmHg)	19	13.3	33	15.9	52	14.9
Normal (120-129mmHg)	9	6.3	12	5.8	21	6.0
High (>130mmHg)	115	80.4	162	78.3	277	79.1
Mean	138.29		140.42		139.47	
Standard Deviation	18.36		23.77		21.51	
Diastolic Blood Pressure						
Desirable (<80 mmHg)	71	49.7	97	46.9	168	40.0
Normal (80-84 mmHg)	8	5.6	5	2.4	13	3.7
High (>85mmHg)	64	44.8	105	50.7	169	48.3
Mean	138.29		77.60		78.44	
Standard Deviation	18.36		12.44		11.71	

Source : Guidelines. 2007 Guideliness for the Management of Arterial Hypertension

Table 5 Distribution of number and percentage of respondents by blood fat level

Blood Fat Level	Sex				Total (350)	
	Male (143)		Female (207)			
	Number	Percent	Number	Percent	Number	Percent
Blood Cholesterol Level						
Desirable (<200 mg/dl)	84	58.7	97	46.9	181	51.7
Normal (200-240mg/dl)	14	9.8	24	11.6	38	10.9
High (>240mg/dl)	45	31.5	86	41.5	131	37.4
Mean	128.81		185.82		184.48	
Standard Deviation	47.33		44.75		45.84	
Triglyceride Level						
Desirable (<150 mg/dl)	68	47.6	105	50.7	173	49.4
Normal (150-499mg/dl)	44	30.8	38	18.4	82	23.4
High (>499mg/dl)	31	21.7	64	30.9	95	27.1
Mean	166.32		131.22		146.79	
Standard Deviation	107.80		69.09		89.90	

Table 6 Distribution of number and percentage of respondents by level of knowledge about chronic kidney disorders

Level of knowledge about chronic kidney disorders	Sex				Total (350)	
	Male (143)		Female (207)			
	Number	Percent	Number	Percent	Number	Percent
High	3	2.1	1	0.5	4	1.1
Moderate	17	11.9	32	15.5	49	14.0
Low	123	86.0	174	84.1	297	84.9

Table 7 Distribution of number and percentage of respondents by level of perceptions regarding self-care

Perceptions Regarding Self-Care	Sex				Total (350)	
	Male (143)		Female (207)			
	Number	Percent	Number	Percent	Number	Percent
Perceived Susceptibility of Getting Chronic Kidney Disorders						
High	3	2.1	3	1.4	6	1.7
Moderate	15	10.5	19	9.2	34	9.7
Low	125	87.4	185	89.4	310	88.6
Perceived Susceptibility of Getting Chronic Kidney Disorders						
High	11	7.7	20	9.7	31	8.9
Moderate	78	54.5	101	48.8	179	51.1
Low	54	37.8	86	41.5	140	40.0
Perceived Benefits of Performing Behaviors for Preventing Chronic kidney Disorders						
High	50	35.0	62	30.0	112	32.0
Moderate	78	54.5	115	55.6	193	55.1
Low	15	10.5	30	14.5	45	12.9
Perceived Obstacles of Performing Behaviors for Preventing Chronic Kidney Disorders						
High	0	0.0	2	1.0	2	0.6
Moderate	18	12.6	16	7.7	34	9.7
Low	125	87.4	189	91.3	314	89.7
Perceived Self-Efficacy to Perform Self-care Behaviors for Preventing kidney Complications						
High	7	4.9	18	8.7	25	7.1
Moderate	45	31.5	2	34.8	117	33.1
Low	91	63.6	117	56.5	208	59.4

Table 8 Distribution of number and percentage of respondents by level of respondents by level of self-care behaviors for preventing kidney disorders

Level of Self-Care Behaviors	Sex				Total (350)	
	Male (143)		Female (207)			
	Number	Percent	Number	Percent	Number	Percent
Good	87	60.8	130	62.8	217	62.0
Moderate	51	35.7	70	33.8	121	34.6
Low / Need to be Improved	5	3.5	7	3.4	12	3.4

Table 9 Relationship between self-care perceptions, age, income, knowledge regarding chronic kidney disorders, illness duration and self-care behaviors for preventing kidney complications of diabetic patients (n=350)

Selected Variables	Self-care Behaviors	
	r	p
Self-care perceptions	0.167	0.002
Perceived susceptibility of getting chronic kidney disorders	0.054	0.314
Perceived severity of getting chronic kidney disorders	0.179	0.001
Perceived benefits of performing self-care behaviors	0.118	0.028
Perceived obstacles to perform self-care behaviors	0.027	0.613
Perceived self-efficacy to perform self-care behaviors	0.178	0.001
Knowledge regarding chronic kidney disorders	0.021	0.699
Age	0.332	< 0.001
Income	0.051	0.338
Illness duration	- 0.080	0.732

Table 10 Relationship between sex, occupation, receiving suggestions, and self-care behaviors for preventing kidney complications of diabetic patients (n=350)

Selected Variables	Level of Self-care Behavior for Preventing Kidney complication of diabetic patients (n=350)						χ^2	df	p
	Good		Moderate		Low				
	Number	Percent	Number	Percent	Number	Percent			
Sex									
Male	87	60.8	51	35.7	5	3.5	0.139	2	0.933
Female	130	62.8	70	33.8	7	3.4			
Occupation									
Labor/agriculturist	31	72.1	11	25.6	1	2.3	9.871	6	0.125
Unemployed	145	63.9	77	33.9	5	2.2			
Personal business	23	54.8	16	38.1	3	7.1			
Government officer/ Semi-government officer	18	47.4	17	44.7	3	7.9			
Receiving Suggestions									
Never	132	62.6	72	34.1	7	3.3	0.077	2	0.962
Every	85	61.2	49	49	5	3.6			

Recommendations**Recommendations Derived from the Research Results**

The results of this study revealed that the sampled diabetic patients had a low level of knowledge regarding chronic kidney disorders and had a good level of self-care behavior. But when the consideration about the results of physical and laboratory examinations has been made it was found that the sampled diabetic patients could not control their levels of blood sugar, blood cholesterol and blood pressure. They also had same risks of getting kidney complications from diabetes, for example, age. Most of them were older persons, have been sick of diabetes for averagely 10 years. It was also found that their family members has diabetes, hypertension, and

chronic kidney disorders. Most of them also smoked and had higher level of BMI. From those mentioned findings, the following recommendations are made in order to be applied for taking care of diabetic patients in order to prevent kidney complications:

1. The activities should be organized in order to promote diabetic patients gained correct and adequate knowledge about chronic kidney disorders caused by diabetes mellitus. The knowledge should cover the contents regarding the factors causing the onset of kidney disorders, the progress of the disease, measures for preventing chronic kidney disorders particularly the control of the levels of blood sugar, blood cholesterol and blood pressure. Since it was found that the patients were not able to control these risk factors effectively, therefore they should gain correct knowledge about the normal levels of blood sugar, blood cholesterol and blood pressure, so they can follow-up the abnormal levels from the results of their physical and laboratory examinations. The diabetic patients should be promoted to have appropriate perceived susceptibility and severity of getting chronic kidney disorders as well as correct knowledge about the onset of chronic kidney disorders in order to understand and be aware about the benefits of self-care. They will also know how to take care of themselves for preventing the complications that may occur.

Regarding the communication channels or sources of information that will be given to the patients, additional educational media should be developed for disseminate information to the patients and their relatives. These education media will be added to the present method that the information has been disseminated only from physicians or nurses to the diabetic patients. Those patients who not have a chance to get suggestions from health personnel will have an alternative to get information.

2. The follow-up activities should be made in order to assess knowledge about the onset of kidney complications among diabetic patients and perceptions about self-care for preventing kidney complications, as well as the results of physical and laboratory examinations in regard to blood sugar, blood cholesterol, and blood pressure levels because the results of this study showed that the diabetic patients could not be able to control blood sugar, blood cholesterol and blood pressure levels effectively.

Recommendations for Furthering Researches

1. Qualitative research should be carried out by employing in-depth interview and observation the patients self-care behaviors for preventing kidney complications, in order to assess problems, causes and details about self-care behaviors of diabetic patients.

2. The research should be done with both the diabetic patients who have not kidney complications and those who just begin to have the first stage of kidney complications. Because different patient cares are required for each stage of the illness progress. Because the progress of chronic kidney disorders occurs slowly and the symptoms will be shown up at the last stage of the illness, therefore at this stage the degeneration of the kidney can not be prevented or delayed. Thus, the study carried out with the diabetic patients who have not had kidney complications or those who just have the first stage of kidney's degeneration will be beneficial in reducing or delaying the degeneration of the kidney.

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

- กาญจนา เกษกาญจน์. (2541). การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กาญจนา ใจธรรม. (2541). ผลการตั้งเป้าหมายการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน. โรงพยาบาลศูนย์ยะลา จังหวัดยะลา. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- กรองจิต ชมสมุทร. (2535). ประสิทธิภาพของแรงสนับสนุนจากญาติต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรคเบาหวานในกลุ่มผู้สูงอายุ ที่คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขภาพศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2547). รู้ทันเบาหวาน. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ: สำนักกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2544). คู่มือดูแลตนเองเบื้องต้นเรื่องเบาหวาน “รู้ทันเบาหวาน”. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย. งานเวชระเบียนและสถิติ กลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศ. รายงานสถิติประจำปี 2547. โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- กองสถิติสาธารณสุข สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2547). สถิติสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: สำนักนโยบายและแผนกระทรวงสาธารณสุข.
- กระทรวงสาธารณสุข. กองสุกศึกษา. (2542). แนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้ในการดำเนินงานสุกศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- เกศินี ไพบูลย์. (2536). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์เบาหวาน. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล.

เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์, สมชาย เอี่ยมอ่อง. (2538). Case Discussion Diabetic Nephropathy.

ใน นพ.สมชาย เอี่ยมอ่อง, บรรณาธิการ. 2538. วารสารสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย.

กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์, 2538 : 46-52.

เกรียง ตั้งสง่าและสมชาย เอี่ยมอ่อง. (2542). **HEMODIALYSIS**. กรุงเทพมหานคร : เท็กซ์ แอนด์
เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด.

งานเวชระเบียนและสถิติ กลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศ. รายงานสถิติประจำปี 2548. โรงพยาบาล
ราชวิถี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

จตุรงค์ ประดิษฐ์. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการ
ดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกำแพงเพชร. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร-
มหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ. (2543). **สถานะสุขภาพคนไทย**. พิมพ์ครั้งที่ 1, นนทบุรี: สถาบันวิจัย
ระบบสาธารณสุข.

คารุง สุกากรณ์. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างความหวัง การรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการ
ปฏิบัติตนด้านสุขภาพของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วย
เครื่องไตเทียม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกการพยาบาล
ผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ทับทิม ปัดตะพงศ์. (2545). การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง
และพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของวัยรุ่นตอนกลางใน
กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกการพยาบาล
แม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ทวี ศิริวงศ์. (2548). **แนวปฏิบัติเพื่อชะลอการเสื่อมของไต**. กรุงเทพฯ : บริษัท ศรีเมืองการพิมพ์
จำกัด.

ทวี ศิริวงศ์ และคณะ. (2547). แนวปฏิบัติในการชะลอการเสื่อมของไต. ใน รศ.นพ.ทวี ศิริวงศ์,
บรรณาธิการ. **วารสารสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย**. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์กรุงเทพ
เวชสาร, 6-16.

ทวี ศิริวงศ์. (2547). Proteinuria: เป้าหมายที่ต้องควบคุมเพื่อชะลอการเสื่อมของไต. ใน รศ.นพ.ทวี
ศิริวงศ์, บรรณาธิการ. **วารสารสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย**. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์
กรุงเทพเวชสาร, 37-49.

- ทวี ศิริวงศ์ และ อุดม ไกรฤทธิชัย. (2548). กลเม็ดเคล็ดลับอย่างไร ไตไม่วาย. พิมพ์ครั้งที่ 3. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- ชนันดา ตระการวนิช. Delayed Progression in Chronic Kidney Disease. ใน เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์ และกำธร ลีลามะลิ, บรรณาธิการ. **Nephrology Review 2004**. กรุงเทพฯ : สร้างสื่อ, 2547 : 193-222.
- ธารารัตน์ ดวงแข. (2541). ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อโรคของสมาชิกในครัวเรือนผู้ป่วยวัณโรค. วิทยานิพนธ์พยาบาล-ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกการพยาบาลอนามัยชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นพรัตน์ เจริญกิจ. (2542). การรับรู้ความสามารถตนเอง, ความคาดหวังในผลลัพธ์, และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นัยนา เมธา. (2544). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. ปรินญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาโภชนศาสตร์ศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- บุญธรรม จิระจันทร์. Update in Diabetic Nephropathy. ใน นพ.สมชาย เอี่ยมอ่อง, บรรณาธิการ. **วารสารสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย**. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์, 2540 : 14-36.
- บุญธรรม จิระจันทร์. Update in Diabetic Nephropathy. **วารสารโรคไต**. 1997 ; 3(1) : 14-362.
- ประเสริฐ ธนกิจจารุ และอนุตร จิตตินันท์. (2545). การรักษาผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังในระยะก่อนการฟอกเลือด. กรุงเทพฯ : สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย.
- ประเสริฐ ธนกิจจารุ และคณะ. (2540). **ตำราโภชนบำบัดและโรคไต**. กรุงเทพมหานคร : ชวนชมการพิมพ์.
- ประทีกย์ โอประเสริฐสวัสดิ์. (2538). **วิจัยทางคลินิก**. กรุงเทพมหานคร:จัดพิมพ์โดยบริษัทโฮลิสติก พับลิชชิ่ง จำกัด
- พัชรินทร์ สืบสายอ่อน. (2546). การบริโภคอาหารและการรับรู้ภาวะโรคของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาโภชนศาสตร์ศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- พิพัฒน์ ถักมิจรัตกุล. (2542). กระบวนการวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ (ตัวอย่างงานวิจัยเน้นด้านโรคติดเชื้อ). กรุงเทพมหานคร: เจริญดีการพิมพ์
- พงษ์ลดา นวชัย. ความรู้ทางโภชนาการพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัย สาขาวิชาโภชนศาสตร์ศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มณี อุดมเดชวัฒน์. (2547). ผลทางคลินิกของการให้คำปรึกษาทางด้านโภชนบำบัดในผู้ป่วยที่มีภาวะโคเลสเตอรอลในเลือดสูง ที่ศูนย์บริการสาธารณสุข 25 กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ ภา.ม. สาขาวิชาเอกโภชนศาสตร์ศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์.
- ยุวเรศ ไสสีสูบล. (2543). การรับรู้ความสามารถของตนเองและอิทธิพลด้านสถานการณ์ต่อพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลอุดรดิตถ์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รินธนา คูศิริสิน. (2546). การดูแลตนเองด้านโภชนาการและสุขภาพกับระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกโภชนศาสตร์ศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รัชนิย์ ไกรยศรี. (2543). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ บุคลิกภาพที่เข้มแข็งและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- รุ่งจิต ลีलगามวงศา. (2540). ผลการประยุกต์ระบบการพยาบาลของโอเร็ม ต่อความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวและความสามารถในการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเองของผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกขาหัก. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ลีนา งามอายุทธ. (2547) Lipids and the Kidney. ใน รศ.นพ.ทวี ศิริวงศ์, บรรณาธิการ. วารสารสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร, 2547: 72-76.
- ลีนา งามอายุทธ. (2550). “โรคไตเรื้อรังกับการสูบบุหรี่” ใน Update on CKD Prevention : Strategies and Practical Points. ทวี ศิริวงศ์ (บรรณาธิการ). หน้า 113- 116. ขอนแก่น : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- วิชชุดา เจริญกิจการ. (2542). การรับรู้ความสามารถของตนเองและอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิมลรัตน์ จงเจริญ. (2543). โภชนบำบัดสำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง. สงขลา : โรงพิมพ์ خانเมือง.
- วิภาวรรณ จรรย์สุกรินทร์. (2544). การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนจากญาติในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลเลิดสิน .วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิทยา ศรีดามา. (2546). ตำราอายุรศาสตร์ 2. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ยูนิดี.
- วลัย อินทร์มรรย์. (2540). โภชนบำบัดสำหรับผู้ป่วย. ในประเสริฐ ธนกิจจารุ, บรรณาธิการ ตำราโภชนบำบัดและโรคไต, กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.
- วุฒิเดช โอภาสเจริญสุข. (2547). Pathogenetic Roles for Uric Acid in Hypertension and Cardiovascular and Kidney Disease. ใน รศ. นพ.ทวี ศิริวงศ์, บรรณาธิการ. วารสารสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร, 2547 : 24-36.
- วุฒิเดช โอภาสเจริญสุข. (2546). **Nephrology review 2003**. ใน สุขาย ศรีทิพย์วรรณ,วุฒิเดช โอภาสเจริญสุข, ธนินดา ตระการวนิช บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์พิมพ์ดี, 2546 : 141-148.
- วุฒิเดช โอภาสเจริญสุข, ทวีพงษ์ ปาจริย, อินทรีย์ กาญจนกุล. (2547) (ร่าง) แนวทางการวินิจฉัย, การป้องกัน และการรักษาโรคไตจากเบาหวาน. ใน วุฒิเดช โอภาสเจริญสุข, ทวีพงษ์ ปาจริยอินทรีย์ กาญจนกุล, บรรณาธิการ. **Glomerular Disease 2004**. กรุงเทพฯ : อุษาการพิมพ์, 2547 : 209-218.
- วุฒิเดช โอภาสเจริญสุข. (2550) **Diabetes Nephropathy**. กรุงเทพมหานคร : เท็กซ์ แอนด์เจอร์นัลส์ พับลิเคชั่น.
- วุฒิเดช โอภาสเจริญสุข. (2547) “Pathogenetic Role for uric Acid in Hypertension and Cardiovascular and Kidney Disease” สมาคมโรคแห่งประเทศไทย. 1 (1) หน้า 24-36.

- วัลยา ตูพานิช. (2544). ผลของการให้ความรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ของสตรีวัยหมดประจำเดือน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศศิธร ชัยวิเศษ. (2541). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกการพยาบาลบิศา มาระดาและทารก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ศิริพร ปาระมะ. (2545). ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลลี่ จังหวัดลำพูน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกจิตวิทยาการศึกษาและการแนะแนว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุจิตรา ลิมอำนวยลาก. การพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยซีเอฟีดี้. ขอนแก่น : ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2544
- สิริรัตน์ เงามสมสกุล. (2543). ปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้ความสามารถต่อพฤติกรรมการออกกำลังกาย ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจภายหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจหรือการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุชญญา วงษ์เพ็ง. (2542). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคความโลหิตสูงของผู้สูงอายุในชุมชนกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุนีย์ เก่งกาจ. (2544). การรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลพร้าว จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุพรรณิ กัณหดิลก. (2543). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองกับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ของมารดาวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมกิต สีสิทธิ์. (2546). ความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกายการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันการเข้าถึงบริการสุขภาพการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- สุรศักดิ์ ธรรมเป็นจิตต์. (2541). การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลสกลนคร จังหวัดสกลนคร. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุมาพร บรรณสาร. (2545). ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการ ระยะเวลาของการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยกับการปรับตัวของผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคไตวายเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมพร วงศ์อมรรต. (2547). Pathogenesis of Diabetic Nephropathy. ใน วุฒิเดช โอภาสเจริญสุข, ทวีพงษ์ ปาจริย, อินทรีย์ กาญจนกุล, บรรณาธิการ. **Glomerular Disease 2004**. กรุงเทพฯ : อุษากการพิมพ์, 2547 : 181-195.
- สมพงษ์ สุวรรณวลัยกรณ์. (2547). Microalbuminuria in Diabetes Mellitus. ใน วุฒิเดช โอภาสเจริญสุข, ทวีพงษ์ ปาจริย, อินทรีย์ กาญจนกุล, บรรณาธิการ. **Glomerular Disease 2004**. กรุงเทพฯ : อุษากการพิมพ์, 2547: 197-207.
- โสภณ นภาพร. (2542). “กลไกการเกิดโรคไตวายเรื้อรัง” ใน **Hemodialysis**. เกรียง ตั้งสง่า และสมชาย เอี่ยมอ่อง (บรรณาธิการ). หน้า 1-41. กรุงเทพมหานคร : เท็กซ์ แอนด์เจอร์นัลพับลิเคชั่น จำกัด.
- เสรี ราชโรจน์. (2537). สภาพการวัดและประเมินผลการศึกษาในโรงเรียน (หน่วยที่ 3). การบริหารและการจัดการ การวัดและการประเมินผลการศึกษา (หน่วย 1-7). (พิมพ์ครั้งที่1). กรุงเทพมหานคร. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
- อำนาจ ชัยประเสริฐ. (2547). การดูแลรักษาภาวะความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. ใน รศ.นพ.ทวี ศิริวงศ์, บรรณาธิการ. วารสารสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ กรุงเทพเวชสาร, 2547 : 66-71.
- อัมภวรรณ ใจเบ็ญ. (2543). การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย. วิทยานิพนธ์ ส.ม. เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อุดม ไกรฤทธิชัย. (2550). “Prevention of Dhronic Kidney Disease from Diabetes Mellitus” ใน **Update on CKD Prevention : Strategies and Practical Point**. ทวี ศิริวงศ์ (บรรณาธิการ).หน้า 67-76. ขอนแก่น : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อุษณา ลุวิระ. (2540). วิธีป้องกันไตวายด้วยการควบคุมอาหาร. วารสารมูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย,11(21), 13-18.

ฮวง จิน. (2539). ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจีน ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต. พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ภาษาอังกฤษ

- American Diabetes Association. (1996). “Diabetes Nephropathy” **Diabetes Care**. 21(supp.1), S50 – S53.
- _____. (2004). “Preventive in Foot care in People with Diabetes” **Diabetes Care** . 27 (supp.1), S31 - S32.
- _____. (2006). “Standards of Medical Care in Diabetes – 2006.” **Diabetes Care**. 29 (supp.1), S4 - S42.
- Bandura. A. (1977). **Guide for constructing self-efficacy scales**. Unpublished Manuscript, Stamford University.
- Corradi L. et al. (May 1993) “Association between Smoking and Microalbuminuria in Hypertensive Patients with type 2 Diabetes Mellitus” **Journal of Nephrol.** 11 (5) p S190-191.
- Ejerblad E et al. (June 2006) “Obesity and Risk for Chronic Renal Failure” **J am Soc Nephrol.** 17 (6) p. 1695-1702.
- Gambaro G et al. (December 2001) “Cigaretted Smoking is a Risk Factor for Nephropathy and its Progression in type 2 Diabetes Mellitus” **Diabetes Nutr Metabl.** 14 (6) p. 377-42.
- Gelber RP et al. (November 2005) “Association between body Mass Index and CKD in Apparently healthy men” **Am J Kidney Dis.** 46 (5) p 871-880
- Haire-Joshu D, Glasgow RE, Tibbs TL. (1999) “Smoking and Diabetes” **Diabetes Care.** 1887-98.
- Hideki Uedea et al. (May 20003) “Factors Affecting Progression of Renal Failure in Patient with type 2 Diabetes” **Diabetes Care.** 26 (5) p. 1530-1533.
- National Kidney Foundation. K/DOQI. (2002) Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease : Evaluation, Classification and Stratification. **Am J Kidney Disease.** P. 44.

- Orth SR. (2002) "Smoking and the Kidney" **J Am Soc Nephrol.** 13 p. 1663-72.
- Regalado M and Yang S. Wesson DE. (2000) "Cigarette Smoking is Associated with Augmented Progression of Renal Insufficiency in Severe Essential Hypertension" **Am J Kidney Disease.** 35 p. 687.
- Stengel B et al. (July 2003) "Lifestyle Factors, Obesity and the Risk of Chronic Kidney Disease" **Epidemiology.** 14 (4) p. 479-487.
- Stephan R. Orth. (July 2005) "Effects of Smoking on Renal Function in Patients with type 1 and type 2 Diabetes mellitus" **Nephrology Dialysis Transplantation.** 20 (11) p. 2414-2419.
- The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention Detection Evaluation and Treatment on High Blood Pressure. (2003) **JAMA.** P. 289.
- The Diabetes Control and Complications Trial Research Group. (1993) "The Effect of Intensive Treatment of Diabetes on the Development and Progression of Long-Term complication in Insulin-Dependent Diabetes Mellitus" **Nursing English J med.** 239 p. 977-86.
- Wannarat Lawang. "Problems and health care needs of diabetic patients staying at home in the Bangkok metropolitan area." Master's thesis (Community Health Nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University, 1999. CALL NO. : Thesis W249b 1999
- Whittaker, A.A. (1984) "The Influence of Psychological Factor on Patient Adjustment to Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis" **ANNA.** 11 p. 10-16.



ผลการวิเคราะห์ข้อมูลรายด้าน

ตารางที่ 22 ความรู้ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง

ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง	เพศ	ร้อยละ	
		ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง
1. ท่านคิดว่าระดับน้ำตาลในเลือดของคนปกติควรมีค่าเท่าไร	ชาย	62.9	37.1
	หญิง	58.0	42.0
	รวม	60.0	40.0
2. ท่านคิดว่าระดับความดันโลหิตของคนปกติควรมีค่าเท่าไร	ชาย	46.2	53.8
	หญิง	42.5	57.5
	รวม	44.0	56.0
3. ท่านคิดว่าคนที่มียาระดับไขมันในเลือดปกติควรมีค่าคอเลสเตอรอลเท่าไร	ชาย	21.7	78.3
	หญิง	18.8	81.2
	รวม	20.0	80.0

ตารางที่ 22 ความรู้ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง (ต่อ)

ข้อความ	เพศ	ร้อยละ						
		เบาหวาน	ความดันโลหิตสูง	ไขมันในเลือดสูง	การสูบบุหรี่	พันธุกรรม	อื่นๆ	ไม่ทราบ
4. ท่านคิดว่าโรคไตเรื้อรังเกิดจากสาเหตุใด*	ชาย	27.3	4.9	0.7	2.1	0.0	24.5	53.1
	หญิง	25.6	1.9	0.0	1.9	0.0	21.7	58.5
	รวม	26.3	3.1	0.3	2.0	0.0	22.9	56.3

* ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ตารางที่ 22 ความรู้ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง (ต่อ)

ข้อความ	เพศ							
	เพศ	คลื่นไส้/ อาเจียน	เบื่อ อาหาร	ปัสสาวะ ออกน้อยลง	บวม	หอบ เหนื่อย	อื่นๆ	ไม่ทราบ
5. ท่านคิดว่าคนที่ เป็นโรคไตเรื้อรัง ส่วนใหญ่จะมี อาการอย่างไร*	ชาย	0.0	0.7	9.1	18.2	9.8	11.2	59.4
	หญิง	3.9	1.4	1.7	28.5	9.7	9.7	57.0
	รวม	3.3	1.1	8.3	24.3	9.7	10.3	58.0

* ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ตารางที่ 22 ความรู้ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง (ต่อ)

ข้อความ	เพศ	ร้อยละ						ไม่ทราบ
		ควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือด ให้ปกติ	ควบคุมระดับ ความดัน โลหิตให้ปกติ	ควบคุมไขมัน ในเลือดให้ ปกติ	งดสูบบุหรี่	ออกกำลังกาย สม่ำเสมอ	อื่นๆ	
6. ท่านคิดว่า การ ป้องกันโรคไต เรื้อรังควรทำ อย่างไร*	ชาย	11.2	3.5	0.7	0.0	0.7	6.3	81.1
	หญิง	17.4	1.0	1.9	0.0	1.4	9.7	72.9
	รวม	14.9	2.0	1.4	0.0	1.1	8.3	76.3

* ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ตารางที่ 22 ความรู้ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง (ต่อ)

ข้อความ	เพศ	ร้อยละ		
		ควบคุมอาหาร	ออกกำลังกาย	อื่นๆ
7. ท่านควรทำอะไรเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ปกติ*	ชาย	86.7	11.9	24.5
	หญิง	91.8	3.4	17.9
	รวม	89.7	6.9	20.6
8. ท่านคิดว่าการควรทำอะไรเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้ปกติ*	ชาย	62.2	8.4	44.1
	หญิง	70.0	1.4	37.2
	รวม	66.9	4.3	40.0
9. ท่านคิดว่าควรทำอะไรเพื่อควบคุมระดับไขมันในเลือดให้ปกติ*	ชาย	72.0	4.9	37.1
	หญิง	78.7	1.4	28.3
	รวม	76.0	2.9	32.0

* ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ตารางที่ 23 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไตเรื้อรังรายข้อ

ข้อความ	เพศ	ระดับความรู้สึกลึกที่ผู้ป้อนตอบ (%)										X̄	S.D	
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9			10
1. ท่านคิดว่าท่านมีโอกาสเป็นโรคไตเรื้อรังหรือไม่ (+)	ชาย	29.4	14.0	19.6	7.7	4.9	14.0	0.7	1.4	5.6	0.0	2.8	2.32	2.67
	หญิง	34.3	20.8	14.0	8.4	6.3	6.8	0.5	1.0	1.4	0.5	5.8		
	รวม	32.3	18.0	16.3	5.7	5.7	9.7	0.6	1.1	3.1	0.3	4.6		
2. ผู้ที่มีอายุมากมีโอกาสเกิดโรคไตเรื้อรังได้ (+)	ชาย	21.0	11.2	11.9	14.0	13.3	16.1	2.8	4.9	2.8	0.7	1.4	3.01	2.40
	หญิง	17.4	11.6	18.8	16.4	8.2	17.4	1.4	2.4	2.9	1.9	1.4		
	รวม	18.9	11.4	16.0	15.4	10.3	16.9	2.0	3.4	2.9	1.4	1.4		
3. คนที่มีพ่อแม่ ลูก พี่น้อง ปู่ ย่า ตา ยายป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง ก็มีโอกาสดังเกิดโรคไตเรื้อรังได้ (+)	ชาย	35.0	14.0	10.5	10.5	9.1	13.3	0.7	1.4	2.1	1.4	2.1	2.22	2.42
	หญิง	36.7	14.0	11.1	12.1	6.8	13.0	2.9	0.0	0.3	1.0	1.9		
	รวม	36.0	14.0	10.5	11.4	7.7	13.4	2.0	0.6	1.1	1.1	2.0		
4. คนที่สูบบุหรี่จะมีโอกาสดังเกิดโรคไตเรื้อรังได้ (+)	ชาย	50.3	11.9	5.6	5.6	3.5	14.7	2.8	2.1	1.4	0.7	1.4	2.04	2.57
	หญิง	42.5	15.9	0.8	6.3	4.3	13.0	4.8	1.9	1.9	0.0	2.4		
	รวม	45.7	14.3	6.3	6.0	4.0	13.7	4.0	2.0	1.7	0.3	2.0		
5. การรับประทานเนื้อสัตว์ให้น้อยลงสามารถลดการทำงานของไตได้ (+)	ชาย	17.5	4.9	13.3	11.2	7.7	26.6	4.2	6.3	6.3	0.0	2.1	3.60	2.59
	หญิง	17.9	6.8	11.1	16.4	9.7	22.2	3.9	3.4	4.3	0.0	4.3		
	รวม	17.7	6.0	12.0	14.3	8.9	24.0	4.0	4.6	5.1	0.0	3.4		
6. การออกกำลังกายเป็นประจำจะช่วยลดโอกาสดังเกิดโรคไตเรื้อรังได้ (+)	ชาย	4.9	0.0	10.5	7.0	7.7	28.0	6.3	8.4	8.4	2.1	16.8	5.65	2.85
	หญิง	3.9	3.4	8.2	8.2	7.7	26.1	3.4	10.6	6.8	4.8	16.9		
	รวม	4.3	2.0	9.1	7.7	7.7	26.9	4.6	9.7	7.4	3.7	16.9		

ตารางที่ 23 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไตเรื้อรังรายข้อ (ต่อ)

ข้อความ	เพศ	ระดับความรู้สึกรู้สึกที่ผู้ปวยตอบ (%)											$\bar{X}$	S.D
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
7. คนที่เป็นโรคเบาหวานนั้นๆ จะมีโอกาสเป็นโรคไตเรื้อรังได้ (+)	ชาย	0.7	0.0	4.9	7.7	7.7	32.9	8.4	9.1	7.7	8.2	16.8	6.16	2.46
	หญิง	2.4	0.0	3.9	7.2	7.2	25.6	9.2	14.0	7.2	8.2	15.0		
	รวม	1.7	0.0	4.3	7.4	7.4	28.6	8.9	12.0	7.4	6.6	15.7		
8. ผู้ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จะทำให้มีโอกาสเกิดโรคไตเรื้อรัง (+)	ชาย	1.4	0.0	5.6	8.4	8.4	28.0	8.4	14.0	7.7	4.2	14.0	6.050	2.50
	หญิง	3.4	0.5	3.9	3.4	10.6	30.4	4.8	12.1	8.7	7.7	14.5		
	รวม	2.6	0.3	4.6	5.4	9.7	29.4	6.3	12.9	8.3	6.3	14.3		
9. คนที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ จะทำให้มีโอกาสเกิดโรคไตเรื้อรัง (+)	ชาย	10.5	1.4	9.8	6.3	11.2	23.8	9.1	8.4	4.2	4.2	11.2	5.03	2.92
	หญิง	10.1	2.4	6.3	11.6	8.7	25.6	3.9	9.2	5.3	6.3	10.6		
	รวม	10.3	2.0	7.7	9.4	9.7	24.9	6.0	8.9	4.9	5.4	10.9		
10. ผู้ที่ไม่สามารถควบคุมระดับไขมันในเลือดได้ จะทำให้มีโอกาสเกิดโรคไตเรื้อรัง (+)	ชาย	19.6	11.9	14.7	10.5	6.3	16.8	2.1	7.7	1.4	1.4	7.7	3.26	2.98
	หญิง	21.7	15.0	17.3	8.7	4.3	15.0	1.4	3.4	1.9	1.9	7.2		
	รวม	20.9	13.7	17.4	9.4	5.1	15.7	1.7	5.1	1.7	1.7	7.4		

ตารางที่ 24 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคไทรเรื้อรังรายชื่อ

ข้อความ	เพศ	ระดับความรู้ที่ผู้ป่วยตอบ (%)										$\bar{X}$	S.D	
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9			10
1. คนที่เป็นโรคไทรไธรืงสามารถใช้ชีวิตได้เหมือนคนปกติ (-)	ชาย	5.6	0.0	4.2	7.7	4.9	20.3	7.0	11.2	6.3	2.8	30.1	6.55	3.00
	หญิง	6.8	1.9	2.9	2.4	2.9	22.2	4.8	17.4	6.8	1.9	30.0		
	รวม	6.3	1.1	3.4	4.6	3.7	21.4	5.7	14.9	6.6	2.3	30.0		
2. คนที่เป็นโรคไทรไธรืงจะต้องได้รับการรักษาต่อเนื่องไปตลอดชีวิต (+)	ชาย	0.0	0.0	1.4	3.5	4.9	9.8	4.9	8.4	23.1	9.8	34.3	7.74	2.30
	หญิง	0.5	0.0	1.4	5.3	4.3	12.1	5.8	8.7	15.9	12.1	33.8		
	รวม	0.3	0.0	1.4	4.6	4.6	11.1	5.4	8.6	18.9	11.1	34.0		
3. การเป็นโรคไทรไธรืงทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษามาก (+)	ชาย	0.7	0.0	0.0	1.4	4.2	9.8	2.1	7.7	22.4	14.0	37.8	8.11	2.09
	หญิง	0.5	0.0	1.4	1.4	1.9	10.6	7.7	7.7	18.8	11.1	38.6		
	รวม	0.6	0.0	0.9	1.4	2.9	10.3	5.4	7.7	20.3	12.3	38.3		
4. คนที่เป็นโรคไทรไธรืงไม่สามารถรับประทานอาหารเหมือนคนปกติได้ ต้องควบคุมอาหารหวาน อาหารเค็ม และอาหารที่มีไขมันสูง (+)	ชาย	0.7	0.0	0.7	3.5	2.1	10.5	4.9	7.7	23.1	10.5	36.4	7.86	2.22
	หญิง	0.5	0.5	1.0	2.4	2.9	15.0	4.8	9.7	18.8	10.1	34.3		
	รวม	0.6	0.3	0.9	2.9	2.6	13.1	4.9	8.9	20.6	10.3	35.0		
5. คนที่เป็นโรคไทรไธรืงสามารถออกแรงทำงานหนักได้เท่าคนปกติ (-)	ชาย	4.9	0.7	0.7	3.5	3.5	30.1	7.7	12.6	7.7	4.9	23.8	6.50	2.80
	หญิง	6.8	1.9	1.4	2.4	2.9	26.6	5.8	12.6	12.1	4.3	23.2		
	รวม	6.0	1.4	1.1	2.9	3.1	28.0	6.6	12.6	10.3	4.6	23.4		
6. คนที่เป็นโรคไทรไธรืง จะทำให้ติดเชื้อโรคได้ง่าย (+)	ชาย	17.5	13.3	12.6	7.7	4.2	30.1	0.7	2.1	1.4	0.0	10.5	3.65	3.10
	หญิง	15.0	16.4	15.5	9.2	3.4	22.7	1.4	1.0	1.9	2.4	11.1		
	รวม	16.0	15.1	14.3	8.6	3.7	25.7	1.1	1.4	1.7	1.4	10.9		

ตารางที่ 25 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคติดต่อร้ายเชื้อ

ประเด็น	ข้อความ	เพศ	ระดับความรู้ที่ผู้ปวยตอบ (%)										$\bar{X}$	S.D	
			0	1	2	3	4	5	6	7	8	9			10
1. การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยการควบคุมอาหารหวาน เช่น น้ำตาล ขนมหวาน	1. ช่วยชะลอการเสื่อมของไต ได้ (+)	ชาย	0.7	0.0	1.4	4.9	2.8	13.3	16.1	13.3	23.1	7.0	17.5	7.13	2.13
		หญิง	0.0	1.0	1.9	2.4	4.8	13.0	11.6	17.9	19.3	8.7	19.3		
		รวม	0.3	0.6	1.7	3.4	4.0	13.1	13.4	16.0	20.9	8.0	18.6		
2. การควบคุมการรับประทานผลไม้ที่มีรสหวาน เช่น ทุเรียน มะม่วง สุก ลิ้นจี่ ลำไย	2. ช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ใน ระดับปกติ (+)	ชาย	0.0	0.0	0.0	0.0	1.4	13.3	8.4	15.4	30.1	14.7	16.8	7.72	1.80
		หญิง	1.0	0.0	0.0	1.3	3.4	8.7	7.2	18.8	22.7	15.5	21.7		
		รวม	0.6	0.0	0.0	0.6	2.6	10.6	7.7	17.4	25.7	15.1	19.7		
3. การควบคุมระดับความดันโลหิตโดยการควบคุมอาหารที่มีรสเค็ม	3. สามารถชะลอการเสื่อมของไตได้ (+)	ชาย	0.7	0.0	2.1	3.5	2.8	15.4	7.7	10.5	28.7	11.2	17.5	7.18	2.29
		หญิง	1.4	0.0	1.4	4.8	0.3	12.1	13.5	10.6	17.9	8.2	23.7		
		รวม	1.1	0.0	1.7	4.3	4.9	13.4	11.1	10.6	22.3	9.4	21.1		
4. การลดปริมาณเครื่องดื่มที่มีรสเค็ม เช่น น้ำปลา เกลือ ซอส	4. ช่วยควบคุมระดับความดันโลหิตให้ปกติได้ (+)	ชาย	0.7	0.0	0.7	0.7	0.7	7.0	13.3	15.4	29.4	14.7	17.5	7.48	1.96
		หญิง	2.4	0.0	0.0	1.4	2.9	12.1	9.2	17.9	27.5	10.1	18.4		
		รวม	1.7	0.0	0.3	1.1	2.0	10.0	10.9	16.9	28.3	12.0	16.9		

ตารางที่ 25 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติป้องกันโรคไทรอยด์รายข้อ (ต่อ)

ประเด็น	ข้อความ	เพศ	ระดับความรู้ที่ผู้ปวตอบ (%)										$\bar{X}$	S.D	
			0	1	2	3	4	5	6	7	8	9			10
5. การควบคุมระดับไขมันในเลือดโดยการเลือกไขมันในการปรุงอาหาร เป็นน้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันรำ	5. ช่วยชะลอการเสื่อมของไตได้ (+)	ชาย	8.4	2.8	4.9	3.5	4.2	21.7	9.1	12.6	11.9	7.7	13.3	5.63	3.00
		หญิง	12.1	1.9	4.3	7.7	5.8	17.4	9.2	12.6	13.5	4.8	10.6		
		รวม	10.6	2.3	4.6	6.0	5.1	19.1	9.1	12.6	12.9	6.0	11.7		
6. การลดการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงเช่นเนื้อสัตว์ติดมัน	6. ช่วยควบคุมระดับไขมันในเลือดให้ปกติ (+)	ชาย	0.0	0.7	0.7	0.0	2.1	7.0	5.6	24.5	28.7	9.8	21.0	7.67	1.83
		หญิง	0.5	0.5	0.0	1.0	4.3	9.7	7.7	17.4	27.5	11.1	20.3		
		รวม	0.3	0.6	0.3	0.6	3.4	8.6	6.9	20.3	28.0	10.6	20.6		
7. การออกกำลังกายเป็นประจำ	7. ช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือด ได้ (+)	ชาย	0.0	0.0	0.0	0.0	1.4	7.0	8.4	7.7	39.2	13.3	23.1	7.97	1.75
		หญิง	1.0	0.0	1.0	1.0	1.9	8.2	3.9	10.6	36.2	13.5	22.7		
		รวม	0.6	0.0	0.6	0.6	1.7	7.7	5.7	9.4	37.4	13.4	22.9		
8. การออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องครั้งละ 20-60 นาที	8. ทำให้หัวใจและหลอดเลือดแข็งแรง (+)	ชาย	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	6.3	6.3	12.6	38.5	13.3	23.1	8.09	1.51
		หญิง	0.0	0.0	0.0	0.0	1.9	8.7	4.8	13.5	31.9	16.9	22.2		
		รวม	0.0	0.0	0.0	0.0	1.1	7.7	5.8	13.1	34.6	15.4	22.6		

ตารางที่ 26 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับรู้ผลกระทบของกรปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคไทรอย์รายข้อ

ประเด็น	ข้อความ	เพศ	ระดับความรู้สึกรู้สึกที่ผู้ป่วยตอบ (%)										$\bar{X}$	S.D	
			0	1	2	3	4	5	6	7	8	9			10
1. การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยการควบคุมอาหารหวาน เช่น น้ำตาล ขนมหวาน	1. การเลือกรับประทานอาหารเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเป็นสิ่งที่ยากทำได้ยากลำบาก (-)	ชาย	18.2	10.5	16.8	9.8	9.8	19.6	2.8	4.2	0.7	0.7	7.0	3.79	3.02
		หญิง	15.0	9.2	14.0	8.7	9.7	18.4	4.8	3.4	2.9	2.4	11.6		
		รวม	16.3	9.7	15.1	9.1	9.7	18.0	4.0	3.7	2.0	1.7	9.7		
2. การควบคุมการรับประทานผลไม้ที่มีรสหวาน เช่น ทุเรียน มะม่วงสุก ลิ้นจี่ ลำไย	2. การจำกัดการรับประทานผลไม้ ทำให้ความสุขในการรับประทานอาหารของท่านลดลง (-)	ชาย	14.0	10.5	16.1	7.7	7.0	17.6	5.6	7.0	0.0	0.7	11.9	4.18	3.18
		หญิง	13.0	12.1	11.1	9.2	8.2	13.5	8.2	6.8	2.4	1.4	11.0		
		รวม	13.4	11.4	13.1	8.6	7.7	16.0	7.1	6.9	1.4	1.1	13.1		
3. การควบคุมระดับความดันโลหิตโดยการควบคุมอาหารที่มีรสเค็ม	3. การควบคุมอาหารที่มีรสเค็มทำให้รสชาติอาหารไม่อร่อย (-)	ชาย	21.0	9.8	15.4	7.7	5.6	18.9	6.3	2.8	0.7	1.4	10.5	3.99	3.26
		หญิง	12.1	12.1	15.9	10.1	6.3	14.3	3.9	5.8	1.0	1.9	16.4		
		รวม	15.7	11.1	13.7	9.1	6.0	16.3	4.9	4.6	0.9	1.7	14.0		
4. การลดปริมาณเครื่องปรุงที่มีรสเค็ม เช่น น้ำปลา เกลือ ซอส	4. ท่านไม่สามารถเลือกรับประทานอาหารรสเค็มน้อยได้ เนื่องจากไม่ได้ปรุงอาหารเอง (-)	ชาย	2.8	1.4	5.6	3.5	6.3	21.7	8.4	13.3	11.2	7.0	18.9	6.80	2.68
		หญิง	1.4	1.0	5.3	3.4	2.4	17.9	7.2	15.9	8.7	5.3	31.4		
		รวม	2.0	1.1	5.4	3.4	4.0	19.4	7.7	14.9	9.7	6.0	26.3		

ตารางที่ 26 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับรู้ผลกระทบของโรคติดต่อ (ต่อ)

ประเด็น	ข้อความ	เพศ	ระดับความรู้สึกรู้สึกที่ผู้ป่วยตอบ (%)										$\bar{X}$	S.D	
			0	1	2	3	4	5	6	7	8	9			10
5. การควบคุมระดับไขมันในเลือด โดยการเลือกไขมันในการปรุงอาหาร เป็นน้ำมันตัวเหลืองน้ำมันรำ	5. การซื้ออาหารที่ปรุงสำเร็จรับประทานทำให้ท่านไม่สามารถเลือกชนิดของไขมันรับประทานได้ (-)	ชาย	7.0	0.7	6.3	8.4	16.1	21.7	7.0	14.0	4.2	2.8	11.9	5.50	2.82
		หญิง	7.2	1.4	3.9	10.6	13.0	13.0	10.1	13.5	9.7	1.0	16.4		
		รวม	7.1	1.1	4.9	9.7	14.3	16.6	8.9	13.7	7.4	1.7	14.6		
6. การลดการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงเช่น เนื้อสัตว์ติดมัน	6. การรับประทานอาหารนอกบ้าน ทำให้มีความยุ่งยากในการเลือกชนิดของไขมันรับประทาน (-)	ชาย	7.7	1.4	4.9	6.3	9.1	19.6	12.6	16.1	3.5	4.2	14.7	5.91	2.84
		หญิง	5.8	2.4	3.9	6.3	7.7	14.0	12.1	14.5	12.6	2.9	17.9		
		รวม	6.6	2.0	4.3	6.3	8.3	16.3	12.3	15.1	8.9	3.4	16.6		
7. การออกกำลังกายเป็นประจำ	7. ทำให้ท่านเสียเวลามาก (-)	ชาย	1.4	1.4	1.4	2.8	6.3	4.2	2.1	2.8	7.0	5.6	65.0	8.44	2.52
		หญิง	1.4	0.5	1.4	3.9	4.3	2.4	3.9	8.2	6.3	9.7	58.0		
		รวม	1.4	0.9	1.4	3.4	5.1	3.1	3.1	6.0	606	8.0	60.9		
8. การออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง ครั้งละ 20-60 นาที	8. การออกกำลังกายต่อเนื่องทำให้ท่านมีอาการหน้ามืด เป็นลม (-)	ชาย	0.7	0.7	2.1	0.7	2.1	7.0	2.1	4.9	7.7	8.4	63.6	8.51	2.38
		หญิง	1.9	0.0	2.9	2.4	1.9	4.3	5.3	9.2	4.8	12.1	55.1		
		รวม	1.4	0.3	2.6	1.7	2.0	5.4	4.0	7.4	6.0	4.6	58.6		

ตารางที่ 27 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับรู้ความสามารถของการปฏิบัติป้องกันโรคที่เรื้อรังรายชื่อ

ประเด็น	ข้อความ	เพศ	ระดับความรู้สีกู้ภัยตอบ (%)											$\bar{X}$	S.D
			0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
1. การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยการควบคุมอาหารหวาน เช่น น้ำตาล ขนมหวาน	1. ถึงแม้จะต้องจำกัดอาหารเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ปกติ ก็สามารถทำได้ (+)	ชาย	0.0	0.0	2.8	3.5	9.8	31.5	23.8	16.1	6.3	3.5	2.8	5.94	1.84
		หญิง	0.5	0.5	2.4	2.4	11.6	29.0	18.4	9.7	15.0	2.4	8.2		
		รวม	0.3	0.3	2.6	2.5	10.9	30.0	20.6	12.3	11.4	2.9	6.0		
2. การควบคุมการรับประทานผลไม้ที่มีรสหวาน เช่น ทุเรียน มะม่วงสุก ลิ้นจี่ ลำไย	2. ท่านสามารถลดการรับประทานผลไม้ตามฤดูกาล เช่น ทุเรียน มะม่วงสุก ลิ้นจี่ ลำไยให้น้อยลงได้ (+)	ชาย	1.4	0.0	6.3	5.6	12.6	29.4	13.3	12.6	7.7	4.2	7.0	5.92	2.19
		หญิง	1.0	1.0	3.4	5.3	9.7	22.7	15.5	10.6	18.4	3.4	9.2		
		รวม	1.1	0.6	4.6	5.4	10.9	25.4	14.6	11.4	14.0	3.7	8.3		
3. การควบคุมระดับความดันโลหิตโดยการควบคุมอาหารที่มีรสเค็ม	3. ท่านสามารถควบคุมอาหารเค็มเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้ปกติได้ (+)	ชาย	0.0	1.4	1.4	3.5	8.4	28.0	14.0	20.3	6.3	3.5	13.3	6.36	2.11
		หญิง	0.5	0.5	1.9	4.8	7.7	20.8	17.8	15.0	11.6	3.4	14.0		
		รวม	0.3	0.9	1.7	4.3	8.0	23.7	17.4	17.1	9.4	3.4	13.7		
4. การลดปริมาณเครื่องดื่มรสเค็ม เช่น น้ำปลา เกลิโอ ซอส	4. ท่านสามารถลดการเติมน้ำปลา ซีอิ๊ว ซอส ในอาหารที่ปรุงแล้วให้น้อยลง (+)	ชาย	2.1	1.4	4.9	5.6	8.4	24.5	11.9	14.0	11.9	4.9	10.5	6.15	2.56
		หญิง	5.3	0.5	2.4	6.3	6.3	20.8	8.2	13.5	15.5	6.3	15.0		
		รวม	4.0	.9	3.4	6.0	7.1	22.3	9.7	13.7	14.0	5.7	13.1		

ตารางที่ 27 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับรู้ความสามารถของการปฏิบัติป้องกันโรคที่เรื้อรังรายชื่อ (ต่อ)

ประเด็น	ข้อความ	เพศ	ระดับความรู้สึกรู้สึกที่ผู้ป่วยตอบ (%)										$\bar{X}$	S.D	
			0	1	2	3	4	5	6	7	8	9			10
5. การควบคุมระดับไขมันในเลือดโดยการเลือกไขมันในการปรุงอาหาร เป็นน้ำมันถั่วเหลืองน้ำมันรำ	5. ท่านสามารถเลือกชนิดของไขมันรับประทานเพื่อควบคุมระดับไขมันในเลือดได้ (+)	ชาย	1.4	0.0	1.4	4.9	5.6	18.2	21.0	22.4	12.6	7.0	5.6	6.52	1.99
		หญิง	1.4	0.0	1.4	1.4	5.8	18.4	19.3	19.8	15.0	5.8	11.6		
		รวม	1.4	0.0	1.4	2.9	5.7	18.3	20.0	20.9	14.0	6.3	9.1		
6. การลดการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงเช่น เนื้อสัตว์ติดมัน	6. ท่านสามารถเลือกรับประทานเนื้อสัตว์ที่มีไขมันต่ำได้ เช่น เนื้อปลา เนื้อไก่ไม่ติดหนัง(+)	ชาย	1.4	0.0	2.8	2.1	3.5	20.3	12.6	16.8	24.5	8.4	7.7	6.80	2.24
		หญิง	3.4	0.5	1.4	3.4	4.3	12.1	13.0	12.6	26.6	9.7	13.0		
		รวม	2.6	0.3	2.0	2.9	4.0	15.4	12.9	14.3	25.7	9.1	10.9		
7. การออกกำลังกายเป็นประจำ	7. ท่านสามารถออกกำลังกายเป็นประจำสัปดาห์ละ 3-4 ครั้งได้ (+)	ชาย	10.5	3.5	10.5	29.4	7.7	13.3	4.2	3.5	3.5	2.1	11.9	4.24	2.90
		หญิง	12.1	2.4	12.6	20.3	12.1	15.5	3.4	8.2	1.9	0.5	11.1		
		รวม	11.4	2.9	11.7	24.0	10.3	14.6	3.7	6.3	2.6	1.1	11.4		
8. การออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง ครั้งละ 20-60 นาที	8. นอกเหนือจากการออกกำลังกายท่านมีกิจกรรมอื่นทำ จนทำให้มีเหงื่อออกเป็นประจำ (+)	ชาย	11.9	6.6	11.2	25.9	6.3	16.1	8.4	2.8	1.4	0.7	9.1	3.95	2.78
		หญิง	14.5	5.3	10.1	17.4	12.6	18.4	2.9	5.3	5.3	1.4	6.8		
		รวม	13.4	3.7	10.6	20.9	10.0	17.4	5.1	4.3	3.7	1.1	7.7		

เอกสารรับรองโครงการวิจัยที่เกี่ยวกับการวิจัยในคน
โรงพยาบาลราชวิถี

เอกสารเลขที่ 020 / 2550

ชื่อโครงการ (ภาษาไทย) “แบบแผนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วย
เบาหวาน : กรณีศึกษาที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลราชวิถี ”

(ภาษาอังกฤษ) “ PATTERNS OF SELF CARE BEHAVIORES TO PREVENT KIDNEY
COMPLICATIONS OF DIABETIC PATIENTS: A CASE STUDY AT
RAJAVITHI HOSPITAL ”

ชื่อหัวหน้าโครงการ นางพิจิตรา ทูลมาลา
ตำแหน่ง -
สังกัดหน่วยงาน นักศึกษาปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล

โครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาและรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
โรงพยาบาลราชวิถี เมื่อวันที่ 15 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2550

ลงนาม

(นายแพทย์สิริวัฒน์ อนันตพันธุ์พงศ์)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

ลงนาม

(นายเจษฎา โชคดำรงสุข)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี



No. MU 2007-070

**Documentary Proof of Ethical Clearance
The Committee on Human Rights Related to
Human Experimentation
Mahidol University, Bangkok**

Title of Project. Patterns of Self Care Behaviors to Prevent Kidney Complications of Diabetic Patients. A Case Study at Rajavithi Hospital
(Thesis for Master Degree)

Principle Investigator. Mrs. Pichitra Thoolmala

Name of Institution. Faculty of Public Health

Approved by the Committee on Human Rights Related to Human Experimentation

Signature of Chairman.

(Professor Dr. Srisin Khusmith)

Signature of Head of the Institute.

(Professor Dr. Poruchai Matangkasombut)

Date of Approval. 12 APR 2007

Date of Expiration. 11 APR 2008

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางพิจิตรา พูลมาลา
วัน เดือน ปีเกิด	20 มีนาคม 2510
สถานที่เกิด	จังหวัดพิจิตร ประเทศไทย
ประวัติการศึกษา	พ.ศ.2536-2539 ปริญญาตรีพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ.2547-2551 ปริญญาโทวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและ พฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ที่อยู่	เลขที่ 129/636 หมู่ 3 ตำบลบางรักน้อย อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000